Multi Culti Med

SODOBNI PRISTOPI K VEČKULTURNEMU IZOBRAŽEVANJU

ZA ŠTUDENTE MEDICINE IN ZDRAVSTVENIH VED



Urednica:
Małgorzata Szkup

Pripravljeno v okviru
Erasmus+ KA220 projekta
MultiCultiMed

Sofinancira
Evropska unija

SODOBNI PRISTOPI K VEČKULTURNEMU IZOBRAŽEVANJU
ZA ŠTUDENTE MEDICINE IN ZDRAVSTVENIH VED

Urednica: Małgorzata Szkup

Pripravljeno v okviru
Erasmus+ KA220 projekta
MultiCultiMed

Sofinancira
Evropska unija

Financirano s strani Evropske unije. Mnenja in stališča, izražena v tej vsebini, so izključno mnenja avtorja(jev) in ne odražajo nujno stališč Evropske unije ali Evropske izvršne agencije za izobraževanje in kulturo (EACEA). Evropska unija in EACEA ne prevzemata odgovornosti zanje.

Naslov Sodobni pristopi k večkulturnemu izobraževanju za študente medicine in zdravstvenih ved

Izvirni naslov Modern multicultural education for medical and health science students

Avtorji
Małgorzata Szkup, Małgorzata Zimny, Magdalena Stankiewicz, Magdalena Kuczyńska, Karmen Erjavec, Sabina Krsnik, Maria A. Marchwacka, Emilia Burbela, Olha Fedortsiv, Volodymyr Dzhyvak, Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou, Marzena Mikła, Paloma Moral de Calatrava

Urednica Małgorzata Szkup

Grafično oblikovanje in tehnično urejanje Sabina Krsnik

Fotografije in vizualni materiali Canva Pro, uporabljeno z licenco.

Izdaja 1. izdaja

Izdajatelj Univerza v Novem mestu

Založba Založba Univerze v Novem mestu

Leto izida 2025

Tiskarna Jože Dolinšek s.p.

Naklada 200 izvodov

© *Založba Univerze v Novem mestu, 2025*

So-financirano s strani Evropske unije
Ta publikacija je bila sofinancirana s podporo Evropske komisije v okviru programa Erasmus+, Ključni ukrep 2 – Partnerstva za sodelovanje v visokošolskem izobraževanju.
Naslov projekta: *MultiCultiMed – Sodobno večkulturno izobraževanje za študente medicine in zdravstvenih ved*
Številka projekta: *2024-1-PL01-KA220-HED-000251323*

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

378.018.4:316.72:61(035)

SODOBNI pristopi k večkulturnemu izobraževanju za študente medicine in zdravstvenih ved / urednica Małgorzata Szkup ; [avtorji Małgorzata Szkup ... [et al.] ; fotografije in vizualni materiali Canva Pro]. - 1. izd. - Novo mesto : Založba Univerze, 2025
Prevod dela: Modern multicultural education for medical and health science students

ISBN 978-961-6770-95-8
COBISS.SI-ID 252006147

Kazalo

Uvodna beseda **7**

O projektu MultiCultiMed **8**

1

POGLAVJE 1 — MODEL EMPOWER: INOVATIVNI OKVIR ZA VEČKULTURNO IZOBRAŽEVANJE ŠTUDENTOV MEDICINE IN ZDRAVSTVENIH VED

Małgorzata Szkup (Poljska)

1.1 Uvod **10**

1.2 Model EMPOWER – ključni elementi **12**

1.3 Kulturna ponižnost v kulturni vzgoji študentov medicine in zdravstvenih ved **14**

1.4 Profesionalno dobro počutje kot temelj učinkovitosti večkulturnega izobraževanja študentov medicine in zdravstvenih ved .. **20**

1.5 Model EMPOWER - razvijanje refleksivnih kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev v okolju, ki podpira zdravje in dobro počutje **22**

1.6 MODEL EMPOWER - izobraževalni viri **25**

1.7 MODEL EMPOWER - podporna orodja..... **32**

2

POGLAVJE 2 — RAZNOLIKOST IN VKLJUČEVANJE V ZDRAVSTVU

Małgorzata Zimny (Poljska)

2.1 Uvod **36**

2.2 Prednosti raznolikosti in vključevanja v zdravstvu **37**

2.3 Premagovanje ovir **41**

2.4 Vključujoče vodenje **44**

2.5 Poklicno vedenje v kontekstu kulturne raznolikosti **46**

Zaključni razmislek: povezanost s kulturno kompetentnostjo in modelom EMPOWER..... **57**

3

POGLAVJE 3 — GLOBALIZACIJA IN VEČKULTURNOST V MEDICINSKEM IZOBRAŽEVANJU IN TERAPEVTSKIH TIMIH

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukrajina)

3.1 Uvod **60**

3.2 Kaj pravijo raziskave **62**

3.3 Večkulturnost in raznolikost v terapevtskih timih **66**

Zaključni razmislek: povezanost s kulturno kompetentnostjo in modelom EMPOWER..... **70**

4

POGLAVJE 4 — KULTURNA IDENTITETA IN ZDRAVSTVENO VARSTVO

Magdalena Stankiewicz (Poljska)

4.1 Uvod 72
4.2 Pacient kot subjekt v sistemu zdravstvenega varstva 76
4.3 Kulturna identiteta in zdravstveno varstvo 77
4.4 Kulturne determinante zdravja in bolezni 79
4.5 Izzivi v zdravniški praksi 80
4.6 Psihološki mehanizmi, ki vplivajo na oblikovanje večkulturnih odnosov v medicinskem okolju 83
4.7 Rasizem in strukturno nasilje kot dejavniki duševnega zdravja – vloga zdravstvenih strokovnjakov 86
Zaključni razmislek: povezanost s kulturno identiteto, zdravjem in modelom EMPOWER 90

5

POGLAVJE 5 — MEDKULTURNE KOMPETENCE: SPREMINJANJE PERSPEKTIVE IN REFLEKTIVNA KOMPETENTNOST

Maria Anna Marchwacka (Nemčija)

5.1 Uvod 92
5.2 Kultura - kulturne reference in intersekcionalnost 93
5.3 Kulturna raznolikost: Primer Nemčija 96
5.4 Medkulturno izobraževanje kot proces interakcije 98
5.5 Razvoj refleksivne kompetence 101
5.6 Spremenimo perspektivo in se oddaljimo od esencializma 104
5.7 Zaključek 106
Zaključni razmislek: povezanost s kulturno kompetentnostjo in modelom EMPOWER 110

6

POGLAVJE 6 — BEGUNCI, MIGRACIJE IN ZDRAVJE

Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Ciper)

6.1 Uvod 112
6.2 Vpliv migracij na zdravje 113
6.3 Zdravstvene ovire za migrante in begunce 114
6.4 Vključevanje globalnega zdravja, migracij, beguncev in transkulturnih potreb 115
Zaključni razmislek: povezovanje migracij in zdravja z modelom EMPOWER 117

7 **POGLAVJE 7 — VPLIV PODNEBNIH SPREMEMB IN PANDEMIJE NA SVETOVNO ZDRAVJE**
Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Ciper)

7.1 Uvod **120**
7.2 Pandemije in njihov globalni vpliv **121**
7.3 Podnebne spremembe kot globalna grožnja za zdravje **123**
7.4 Zaključek **124**
Zaključni razmislek: povezovanje globalnih zdravstvenih kriz z modelom EMPOWER **126**

8 **POGLAVJE 8 — STARANJE PREBIVALSTVA**
Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Ciper)

8.1 Uvod **128**
8.2 Staranje prebivalstva kot globalni izziv **131**
8.3 Odnos zdravstvenih delavcev do starejših pacientov **134**
8.4 Kako kultura vpliva na dojemanje staranja **135**
8.5 Izzivi, s katerimi se soočajo starejši priseljenci, ki se starajo v državah gostiteljicah..... **136**
8.6 Kaj o tem pravijo evropske pogodbe in konvencije? **136**
Zaključni razmislek: staranje prebivalstva in model EMPOWER **143**

9 **POGLAVJE 9 — UČINKOVITO VEČKULTURNO KOMUNICIRANJE IN PRAKSE SODELOVANJA: STRATEGIJE ZA VKLJUČEVANJE IN DIALOG**
Karmen Erjavec, Sabina Krsnik (Slovenija)

9.1 Uvod **146**
9.2 Medkulturna komunikacija v zdravstvu **149**
9.3 Strategije za učinkovito kulturno komunikacijo **152**
9.4 Zavezanost k dialogu in sodelovanju v večkulturni komunikaciji na področju zdravstvenega varstva **168**
Zaključni razmislek: medkulturna komunikacija in sodelovanje skozi prizmo modela EMPOWER **179**

10 **POGLAVJE 10 — VPLIV KULTURNIH DEJAVNIKOV NA ODNOS DO ZDRAVJA IN BOLEZNI**
Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukrajina)

10.1 Uvod **182**
10.2 Pojmovanje zdravja in bolezni v različnih kulturah **183**
10.3 Zaznavanje telesa **187**
10.4 Vpliv kulture na oblikovanje prepričanj o duševnem zdravju **189**
Zaključni razmislek: kulturni dejavniki zdravja in model EMPOWER **196**

11 **POGLAVJE 11 — VPRAŠANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V VEČKULTURNI DRUŽBI**
Paloma Moral de Calatrava (Španija)

11.1 Uvod **198**
11.2 Modeli akulturacije **200**
11.3 Akulturacijski stres in upravljanje duševnega zdravja **203**
11.4 Odisejev sindrom **206**
Zaključni razmislek: duševno zdravje v multikulturni družbi in model EMPOWER **211**

12 **POGLAVJE 12 —VERSKE, DUHOVNE INKULTURNE PRAKSE, POVEZANE Z ZDRAVJEM**
Marzena Mikła (Španija)

12.1 Uvod **214**
12.2 Kratek vodnik po duhovnih in verskih praksah, povezanih z zdravjem **216**
Zaključni razmislek: verske in kulturne prakse ter model EMPOWER **236**

13 **POGLAVJE 13 — VEČKULTURNOST V MEDICINI - ETIČNA VPRAŠANJA**
Magdalena Kuczyńska (Poljska)

13.1 Uvod **238**
13.2 Človeško dostojanstvo kot najvišja vrednota v večkulturnih odnosih v medicini **244**
13.3 Strpnost in večkulturnost v medicini **246**
13.4 Tri sestavine moralne drže v povezavi z večkulturnostjo v medicini **246**
13.5 Zaključek **248**
Zaključni razmislek: etika multikulturalizma v medicini in model EMPOWER **250**

14 **POGLAVJE 14 — ČLOVEKOVE PRAVICE**
Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukrajina)

14.1 Uvod **252**
14.2 Kaj pravijo raziskave **256**
Zaključni razmislek: človekove pravice v kontekstu modela EMPOWER **260**

Seznam avtorjev **261**

Uvodna beseda

Sodobno zdravstveno varstvo deluje na stičišču dinamičnih družbenih, kulturnih in demografskih sprememb. V dobi globalizacije, množičnih migracij, starajočega se prebivalstva ter vse večjega pomena človekovih pravic in enakosti si medicinsko izobraževanje ne more več privoščiti, da bi ostalo omejeno zgolj na prenos kliničnega znanja. Ključno je, da bodoče zdravstvene delavce pripravimo na učinkovito, empatično in pravično delovanje v vse bolj kulturno raznolikih poklicnih okoljih.

Pričujoči priročnik je nastal prav kot odgovor na te izzive. Je rezultat edinstvenega sodelovanja mednarodne skupine strokovnjakov in združuje najsodobnejše pristope v medkulturnem izobraževanju, akademsko znanje ter praktične izkušnje. V njegovi osnovi leži izvirni model EMPOWER – konceptualni in izobraževalni okvir, ki spodbuja učinkovitost, večkulturnost, strokovnost, poklicno dobrobit ter dostop do podpornih učnih virov. Model podpira razvoj reflektivnih kulturnih kompetenc in spodbuja obravnavo pacienta kot enakovrednega partnerja v terapevtskem procesu.

Ta knjiga ni le vir akademskega znanja – je tudi povabilo k dialogu, razmisleku in spremembi. Bralcu ponuja prostor za razmislek o kulturni ponižnosti, samorefleksiji in skupni odgovornosti pri gradnji zdravstvenega sistema, ki je odprt za raznolikost. Prav tako predstavlja teoretski temelj širšega izobraževalnega ekosistema, obogatenega s praktičnimi orodji in interaktivnimi vajami, dostopnimi preko platforme MultiCultiMed.

Vabim vas, da se tega priročnika lotite osebno in zavzeto – kot študent, kot bodoči strokovnjak in kot človek.

S prijaznimi pozdravi,
Małgorzata Szkup

O projektu MultiCultiMed

Ta priročnik je bil razvit v okviru projekta MultiCultiMed – sodobno medkulturno izobraževanje za študente medicine in zdravstvenih ved (št. projekta: 2024-1-PL01-KA220-HED-000251323). Gre za mednarodno pobudo, ki jo izvajajo univerze iz šestih držav: Poljske, Španije, Slovenije, Cipra, Ukrajine in Nemčije. Projekt je bil zasnovan kot odgovor na vse večje povpraševanje po kulturno kompetentnih zdravstvenih delavcih ter potrebo po modernizaciji izobraževalnih sistemov po vsej Evropi.

Projekt MultiCultiMed se osredotoča na ključne globalne izzive – migracije, staranje prebivalstva in zdravstvene neenakosti – z inovativnim in integriranim pristopom k medkulturnemu izobraževanju. Študentom ne ponuja zgolj teoretičnega znanja, temveč tudi praktična orodja za spodbujanje empatije, razumevanje raznolikosti in učinkovito delo v medkulturnih timih.

Glavni rezultati projekta vključujejo:

- večjezični, akademsko utemeljen priročnik,
- interaktivno izobraževalno platformo z vajami, usklajenimi z vsebino priročnika,
- metodološki priročnik za učitelje in mentorje,
- ter »Človeško knjižnico« – zbirko resničnih zgodb posameznikov, ki predstavljajo marginalizirane ali kulturno raznolike skupine.

Vsi ti elementi skupaj tvorijo prilagodljiv, večdimenzionalen izobraževalni sistem, ki podpira razvoj kulturne ozaveščenosti in strokovnih kompetenc med študenti medicine, zdravstvene nege, psihologije, dietetike, fizioterapije in drugih zdravstvenih ved.

Toplo vas vabimo, da raziščete to gradivo in se pridružite naši skupni viziji – oblikovati bolj vključujočo, pravično in človeku prijazno prihodnost zdravstva – v Evropi in širše.

Projektna skupina MultiCultiMed

Poglavje 1

Model EMPOWER

– inovativni okvir za večkulturno izobraževanje študentov medicine in zdravstvenih ved

MAŁGORZATA SZKUP
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poljska)

> **Izobraževanje, ki vas nauči razumeti svet, njegove prebivalce in njihove različne perspektive, je najboljše orodje za spodbujanje miru, empatije in sodelovanja.**
>
> *Kofi Annan*

1.1 Uvod

Sodobno večkulturno izobraževanje študentov[1] medicine in zdravstvenih ved je izobraževalni pristop, ki vključuje načela **kulturne raznolikosti, pravičnosti in vključevanja**. Vedno bolj se priznava kot ključna sestavina izobraževanja zdravstvenih delavcev, saj omogoča razvoj spretnosti za učinkovito delo z različnimi skupinami pacientov. Ker družbe postajajo vse bolj multikulturne, se je medicinsko izobraževanje preusmerilo v učni načrt, ki poudarja **kulturno kompetenco**, kar prihodnjim izvajalcem zdravstvenih storitev omogoča, da razumejo in obravnavajo različne zdravstvene potrebe, na katere vplivajo kulturna okolja (Liu idr., 2022; Verbree idr., 2023; Papadopoulos, 2024). Opazen porast pomena večkulturnega izobraževanja v medicinskih učnih načrtih izhaja iz zavedanja o velikih razlikah v zdravstvenih izidih med različnimi kulturnimi skupinami. Raziskave kažejo, da kulturno kompetentna oskrba ne le izboljšuje zadovoljstvo pacientov, temveč tudi izboljšuje zagotavljanje zdravstvenega varstva z obravnavanjem edinstvenih izzivov, s katerimi se soočajo predstavniki manjšinskih skupnosti (Majda idr., 2021). Univerze spreminjajo svoje izobraževalne programe, da bi usposabljanje za kulturno kompetenco vključile kot enega od ciljev izobraževanja (Liu idr., 2022; Zanetti idr., 2014). Kljub pozitivnemu razvoju pa izvajanje večkulturnega izobraževanja ni brez izzivov. Kritiki izpostavljajo vprašanja, kot so neustrezna institucionalna podpora, trdovratni stereotipi ter potreba po izvajanju učinkovitejših metod izobraževanja in ocenjevanja kulturnih kompetenc (Srinivasan idr., 2024). To je tekoč proces, ki zahteva spremljanje za namen evalvacije in prilagajanja.

Razprava o teh izzivih poudarja pomen stalnih prizadevanj za izboljšanje izobraževalnih praks in spodbujanje vključujočega okolja, ki prednostno vrednoti **kulturni ponižnosti in ozaveščenosti** pri usposabljanju na področju zdravstvenega varstva. Preobrazba izobraževanja na področju zdravstva, ki vključuje te elemente, je ključnega pomena za usposabljanje delovne sile, ki bo sposobna obvladovati kompleksnost vse bolj povezanega sveta. Opremljanje prihodnjih zdravstvenih delavcev s potrebnimi veščinami in znanjem ter oblikovanje njihovega odnosa do dela z različnimi skupnostmi ima lahko ključno vlogo pri spodbujanju enakosti in izboljšanju zdravstvenih rezultatov v zdravstvenem sistemu (Verbree idr., 2023; Majda idr., 2021).

Osrednji elementi modela EMPOWER:
- *opolnomočenje učencev v večkulturnem izobraževanju in*
- *spodbujanje opolnomočenja pacientov.*

Model EMPOWER je inovativen, lasten pristop k večkulturnemu izobraževanju, posebej zasnovan za študente medicine in zdravstvenih ved, katerega cilj je izboljšati refleksivne kulturne kompetence in kulturno ponižnost med bodočimi zdravstvenimi delavci.

Cilj modela EMPOWER je povečati učinkovitost večkulturnega izobraževanja in ga prilagoditi resničnim izzivom vsakdanje prakse. Osredotoča se na **krepitev vloge študentov, visokošolskih učiteljev, kvalificirane delovne sile na področju zdravstva in pacientov** ter prispeva k ustvarjanju bolj odprtega in podpornega okolja za pridobivanje kompetenc. Opolnomočenje študentov poudarja samo-usmerjevalno učenje in aktivno

[1] *Vsi izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.*

sodelovanje ter jih opremlja z veščinami, potrebnimi za učinkovito delovanje v različnih kliničnih okoljih.

Krepitev vloge pacientov spodbuja samoupravljanje njihovega zdravja in sodelovanje pri sprejemanju zdravstvenih odločitev, kar omogoča aktivno sodelovanje v zdravstveni oskrbi. Z vključevanjem teh elementov želi model EMPOWER spodbujati odnos osebne zavezanosti, ponižnosti, razmisleka, odgovornosti in odprtosti. Uvajanje njegovih načel v večkulturno izobraževanje bo premostilo vrzel med teoretičnim znanjem in njegovo praktično uporabo.

Model EMPOWER kot nov koncept v medicinskem izobraževanju ni namenjen le izboljšanju učinkovitosti usposabljanja bodočih zdravstvenih delavcev, temveč tudi obravnavi nujne potrebe po zagotavljanju enakosti in boljših zdravstvenih rezultatov za paciente, zlasti tiste iz marginaliziranih skupin. Osredotoča se na zelo zanimive izobraževalne izkušnje, zato lahko postane dragoceno orodje za oblikovanje bolj vključujočega zdravstvenega sistema, ki bo izpolnjeval različne potrebe pacientov in skupnosti.

Zaradi dinamičnega razvoja večkulturne vzgoje in njenega obsežnega področja uporabe bo potrebno nenehno kritično vrednotenje in prilagajanje modela različnim izobraževalnim kontekstom.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- razumevanje **osnovnih načel večkulturnega izobraževanja** v medicini in zdravstvenih vedah,
- razumevanje pomena **refleksivnih kulturnih kompetenc**, kulturne ponižnosti, poklicne blaginje, izobraževalnih virov in orodij, ki podpirajo vključevanje v zdravstvenem usposabljanju,
- seznanitev z **modelom EMPOWER** kot inovativnim pristopom k večkulturnemu izobraževanju, katerega cilj je okrepiti vlogo študentov in na pacienta osredotočeno oskrbo,
- krepitev **vloge pacientov** pri izboljšanju zdravstvenih rezultatov in spodbujanju enakosti na področju zdravja,
- samorefleksije o **osebnih predsodkih in stereotipih** ter s tem podpiranje razvoja kulturne ponižnosti in ozaveščenosti v zdravstveni praksi.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- razložiti osnovna načela večkulturnega izobraževanja v okviru medicine in zdravstvenih ved ter poudariti njegov pomen pri oblikovanju raznolikega in vključujočega zdravstvenega okolja,
- opisati koncept kulturne ponižnosti in njegovega pomena v medicinski praksi, s poudarkom na njegovi vlogi pri izboljšanju odnosa med pacienti in

zdravstvenimi delavci ter pri izboljšanju rezultatov zdravljenja,
- uporabiti izobraževalnih virov in orodij, ki podpirajo vključevanje, pri razvijanju lastnih refleksivnih kulturnih kompetenc, pri čemer si prizadeva razumeti pojav raznolikosti v zdravstvenih ustanovah,
- analizirati in uporabiti model EMPOWER v kontekstu večkulturnega izobraževanja ter prikazati njegov vpliv na izboljšanje procesov izobraževanja in oskrbe s poudarkom na krepitvi vloge pacientov in študentov,
- razumeti načela krepitve vloge pacientov in pojasniti njen vpliv na izboljšanje zdravstvenih izidov, sprejemanje odločitev in spodbujanje večje enakosti na področju zdravja med različnimi skupinami pacientov,
- kritično razmišljati o osebnih predsodkih in stereotipih ter uporabljati načelo kulturne ponižnosti v medicinski praksi, pri čemer je treba razumeti, kako ti predsodki vplivajo na klinično odločanje, oskrbo pacientov in komunikacijo,
- dokazati sposobnost ustvarjanja vključujočega in kulturno občutljivega zdravstvenega okolja z vključevanjem ključnih elementov večkulturnega izobraževanja in krepitvijo vloge pacientov v klinični praksi in vsakodnevnih stikih s pacienti.

> *Vsak človek ima pravico do razumevanja svojih kulturnih in duhovnih potreb, tako kot je treba zadovoljiti njegove fizične in psihološke potrebe.*
>
> *Madeleine Leininger*

1.2 Model EMPOWER - ključni elementi

Kot odgovor na vse večjo potrebo po prilagajanju medicinskega izobraževanja različnim družbam je predlagan nov pristop k večkulturnemu izobraževanju, ki temelji na modelu EMPOWER, katerega cilj je okrepiti kompetence študentov medicine in zdravstvenih ved. Ta model ima pet ključnih značilnosti, ki skupaj opisujejo celovit izobraževalni okvir, ki podpira razvoj bodočih zdravstvenih delavcev v večkulturnem okolju.

E — **Effective** – poudarja pomen učinkovitosti v izobraževanju in se osredotoča na optimizacijo procesov poučevanja in učenja. Učinkovitost izobraževanja ne pomeni le posredovanja znanja, temveč tudi opremljanje študentov s sposobnostjo njegove uporabe v različnih kliničnih okoljih, kar je temelj za kakovostno zdravstveno oskrbo.

M — **Multicultural** – poudarja pomen vključevanja kulturne raznolikosti v izobraževalne programe. V dobi globalizacije je sposobnost razumevanja in spoštovanja različnih kultur bistvena pri delu s pacienti iz različnih okolij. Uvajanje koncepta multikulturnosti v učni načrt omogoča študentom zdravstvenih ved, da se bolje pripravijo na učinkovito sodelovanje s pacienti, ki imajo različne vrednote, prepričanja in zdravstvene potrebe.

P – **Professional** – se nanaša na visoko raven človeške občutljivosti, strokovnega znanja, izkušenj in etičnega ravnanja. Pri izobraževanju študentov medicine in zdravstvenih ved ne gre le za učenje tehničnih veščin, temveč tudi za razvijanje odnosa, ki temelji na empatiji, etičnem ravnanju in zavzetosti za dobrobit pacientov. Te vrednote so temelj zelo kakovostne zdravstvene oskrbe in prispevajo k vzpostavljanju zaupanja med pacienti in zdravstvenimi delavci.

W – **Wellness** – poudarja pomen zagotavljanja razvoja strokovnjakov v okolju, ki podpira njihovo zdravje in dobro počutje. Spodbujanje dobrega počutja v izobraževanju na področju medicine in zdravstvenih ved pomeni ustvarjanje prostora, v katerem se študenti ne učijo le, kako skrbeti za druge, temveč tudi, kako poskrbeti zase, tako fizično kot čustveno. Ta pristop je še posebej pomemben zaradi vse večjih zdravstvenih izzivov, s katerimi se morajo soočati zdravstveni delavci.

ER – **Education Resource** – se osredotoča na zagotavljanje ustreznih izobraževalnih virov, ki podpirajo razvoj kulturnih in strokovnih kompetenc pri študentih. Ustrezno izobraževalno gradivo, kot so literatura, digitalna orodja in zanimivi sklopi praktičnih vaj, je bistvenega pomena za to, da študenti razvijajo svoje zdravstvene veščine ob upoštevanju družbene in kulturne raznolikosti.

Model EMPOWER tako predstavlja inovativen pristop, ki študentom medicine in zdravstvenih ved ne le omogoča razvoj v kulturnem kontekstu, temveč jih tudi pripravlja na prihodnje delo v vse bolj raznoliki družbi. S povezovanjem teh petih ključnih značilnosti modela - **učinkovitosti, večkulturnosti, strokovnosti, dobrega počutja** in **ustreznih izobraževalnih virov** - ta model krepi kompetence študentov ter jih pripravlja na vodilno vlogo v zdravstvu in vlogo zagovornikov enakosti na področju zdravja v globalnem kontekstu.

E – Effective - poudarja učinkovitost
M – Multicultural - poudarja večkulturnost
P - Professional - visoka raven humanosti, strokovnega znanja, usposobljenosti in etičnega vedenja
W – Wellness - razvoj strokovnjakov v okolju, ki podpira zdravje in dobro počutje
ER - Education Resource - ustrezni izobraževalni viri

Predstavljeni model predstavlja pristop, ki **temelji na ponižnosti** kot osrednjem elementu, ki podpira štiri ključne stebre učinkovitega delovanja v strokovnem in izobraževalnem okolju. Ti stebri vključujejo:

- reflektivne kulturne kompetence,
- strokovno dobrobit,
- izobraževalne vire,
- podporna orodja.

Model poudarja, da **ponižnost predstavlja temelj** za razvoj vsakega od teh področij ter spodbuja bolj zavestno, odzivno in uravnoteženo delovno ter učne okolje (slika 1).



Slika 1. Ključni elementi modela EMPOWER

1.3 Kulturna ponižnost v kulturni vzgoji študentov medicine in zdravstvenih ved

Koncept kulturne ponižnosti se je pojavil konec devetdesetih let prejšnjega stoletja. Opredeljen je bil kot dinamičen in vseživljenjski proces, ki poudarja samorefleksijo in osebno kritiko, da bi prepoznali lastne pristranskosti in omejitve. Priznava, da so kulturne identitete kompleksne in se nenehno razvijajo, pri čemer poudarja pomen stalne radovednosti namesto končnega obvladovanja kulturnega znanja (Pawlak-Sobczak, 2019). V nasprotju s kulturno kompetenco, ki lahko nakazuje obstoj točke, ko je učenje o različnih kulturah zaključeno (doseganje kompetence), kulturna ponižnost spodbuja razumevanje, da je učenje neskončno potovanje, ki od posameznikov zahteva, da ostanejo odprti za nove izkušnje in perspektive (Lekas idr., 2020) (tabela 1).

Tabela 1. Primerjava kulturne kompetence in kulturne ponižnosti

	Kulturna kompetenca	Kulturna ponižnost
Cilji	Poglobiti razumevanje manjšinskih kultur (ciljnih skupin), da bi lahko storitve ponujali na učinkovitejši in ustreznejši način.	Spodbujanje samorefleksije in razvoja na področju kulture, da bi izboljšali ozaveščenost ponudnikov storitev.
Osnovna načela	Znanje Usposabljanje	Samorefleksija Skupno učenje

Omejitve	Krepi prepričanje, da je človek lahko "kompetenten" v kulturi, ki se razlikuje od njegove lastne. Ohranja mit, da so kulture enotne. Temelji na teoretičnem znanju in ne na življenjskih izkušnjah ter predpostavlja, da so strokovnjaki lahko "certificirani" za kulturno razumevanje.	Strokovni delavci težko v celoti razumejo koncept učenja ob pacientih in od njih. Ni dokončnega izida, kar je lahko izziv za zaposlene na akademskem in zdravstvenem področju.
Prednosti	Omogoča posameznikom, da si prizadevajo za dosego cilja. Spodbuja razvoj spretnosti.	Spodbuja neprekinjeno učenje brez fiksne končne točke in se osredotoča na vrednost procesa rasti in razumevanja. Podpira vzpostavljanje pozitivnih odnosov med strokovnjaki in pacienti, s ciljem zmanjšati škodljive neenakosti v zdravstvu.

Korenine koncepta kulturne ponižnosti so povezane s prizadevanji za izboljšanje sodelovanja zdravstvenega varstva z različnimi družbenimi skupinami. Uvedbo kulturne ponižnosti je deloma spodbudilo prepoznavanje sistemskih neenakosti, s katerimi se soočajo marginalizirane skupine.

Čeprav pristop kulturne ponižnosti pridobiva na priljubljenosti, avtorji poudarjajo, da enega ne bi smeli izbrati na račun drugega. Namesto tega predlagajo model "oboje/hkrati", ki združuje prednosti obeh pristopov. Poudarjajo, da:

- sta kulturna kompetentnost in kulturna ponižnost komplementarni,
- skupaj omogočata učinkovitejšo in pravičnejšo prakso v zdravstveni in socialni oskrbi, še posebej ob vse večji raznolikosti in družbenih izzivih (Greene-Moton in Minkler, 2019).

Model ledene gore služi kot temeljna metafora v razpravah o kulturni zavesti, saj poudarja, da kultura ni le opazno vedenje, temveč zajema tudi globlje plasti, kot so vrednote in prepričanja (So idr., 2023), slika 2.

Ta model, skupaj z drugimi, poudarja kompleksnost kulturnih interakcij, kar še dodatno krepi potrebo po **kulturni ponižnosti kot dopolnilnem pristopu h kulturni kompetenci**, ki zgolj teoretično znanje obogati z refleksivno komponento. Ko se je kulturna ponižnost uveljavila, je postala prepoznana kot bistvena za spodbujanje smiselnih partnerstev med izvajalci zdravstvenih storitev in skupnostmi, kjer se priznavajo in obravnavajo dinamike moči in zgodovinski konteksti. Ta premik k bolj vključujoči in refleksivni praksi odraža širše trende v medicinskem in zdravstvenem izobraževanju, kjer je vse večji poudarek na razvijanju strokovnjakov, ki niso le

kompetentni, temveč tudi empatični in odgovorni v interakcijah s pacienti iz različnih kulturnih okolij (Solchanyk idr., 2021; Tervalon in Murray-García, 1998) .

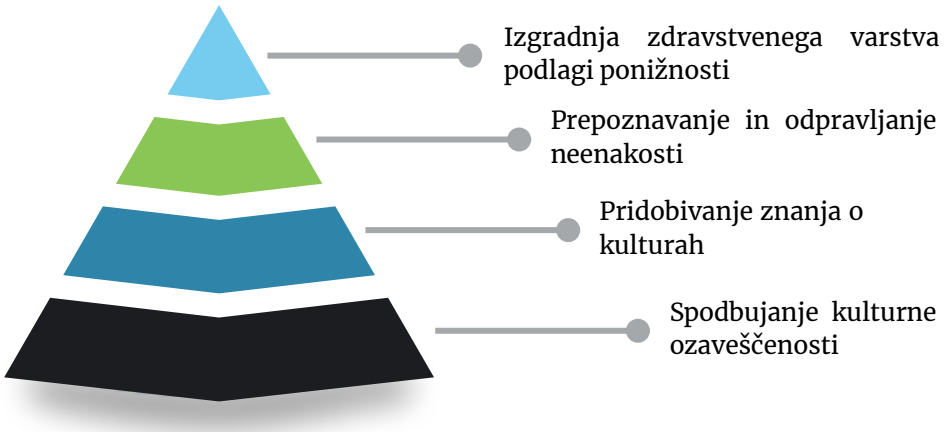


Slika 2. Metafora ledene gore v povezavi s kompleksnostjo kulture

Kulturna kompetenca + kulturna ponižnost = refleksivna kulturna kompetenca

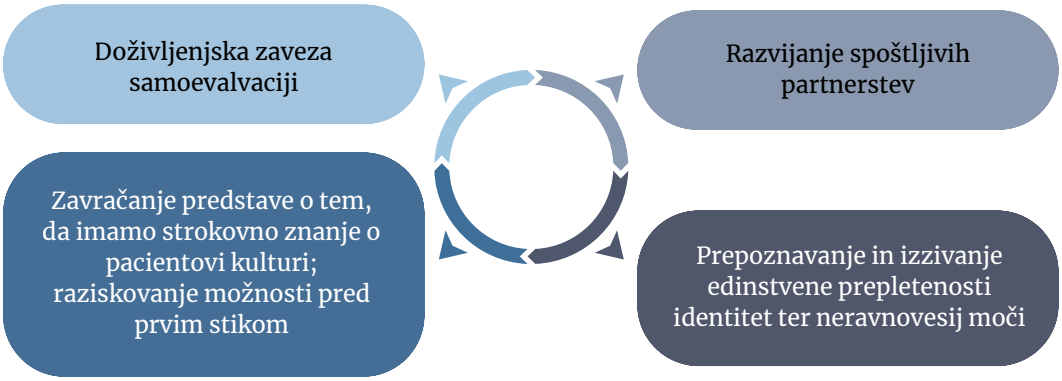
Razvijanje kulturne usposobljenosti in kulturne ponižnosti sta stalna procesa, ki se razvijata kot odziv na nove situacije, izkušnje in odnose. Kulturna kompetenca je bistvena podlaga za izvajanje kulturne ponižnosti. Da bi dosegli višjo raven oskrbe pacientov iz različnih kulturnih okolij, je treba vključiti procese refleksije in samorefleksije, ki temeljijo na naslednji miselni poti, ki vodi razvoj od kulturne usposobljenosti h kulturni ponižnosti (slika 3):

1. **Spodbujanje osebne kulturne ozaveščenosti:** Kaj opredeljuje mojo kulturo in kako oblikuje način, kako dojemam druge in kako z njimi komuniciram?
2. **Pridobivanje znanja o kulturah:** Katere so značilnosti drugih kultur in katere so njihove edinstvene prednosti? Kaj je lahko še posebej pomembno za posameznike, ki se z njimi identificirajo?
3. **Prepoznavanje in odpravljanje neravnovesja moči**: Kako lahko uporabim razumevanje svoje kulture in kultur drugih, da prepoznam in si prizadevam za odpravo nepravičnosti v zdravstvu?
4. **Izgradnja zdravstvenega varstva na podlagi ponižnosti:** Kaj lahko storim, da je oskrba, ki jo zagotavljam, bolj vključujoča in enakopravna?



Slika 3. Razlikovanje med kulturno ponižnostjo in kulturno kompetenco

Kulturna ponižnost temelji na več ključnih načelih, ki vodijo strokovnjake v interakciji z različnimi skupinami prebivalstva (slika 4). Ta načela poudarjajo samorefleksijo, priznavanje dinamike moči in razvoj spoštljivih partnerstev, zavračanje prepričanja o strokovnem poznavanju pacientove kulture in raziskovanje možnosti pred prvim stikom (Yeager in Bauer-Wu, 2013).



Slika 4. Glavna načela kulturne ponižnosti

Zavračanje predstave o tem, da imamo strokovno znanje o pacientovi kulturi

V okviru večkulturnega izobraževanja študentov medicine in zdravstvenih ved je pomemben vidik zavračanje ideje o "strokovnem" znanju o pacientovi kulturi pred prvim stikom. Sodobni pristopi h kulturni kompetentnosti v zdravstvu poudarjajo, da je vsak pacient edinstven, z individualnimi in spreminjajočimi se kulturnimi izkušnjami. Praksa predpostavljanja, da obstaja univerzalno "strokovno" znanje o kulturi določene skupine, lahko vodi do poenostavitev in stereotipov, kar lahko negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Učinkovitejši je prožen in odprt pristop k različnim identitetam pacientov, namesto da bi sprejemali vnaprejšnje kulturno znanje. Namesto tega bi morali veščine postavljanja vprašanj, poslušanja in vključevanja pacientov v proces diagnosticiranja in zdravljenja, pri čemer je treba upoštevati njihove

individualne kulturne potrebe in izkušnje. Uvedba strategij v medicinsko in zdravstveno izobraževanje, ki se osredotočajo na razvijanje veščin spoznavanja pacientov in raziskovanja možnosti za interakcijo pred prvim srečanjem, lahko pomaga preprečiti pasti posploševanja.

> *Kulturno razumevanje v okviru zdravstvenega varstva ne temelji na obvladovanju stereotipov, temveč bolj na stalnem procesu učenja in prilagajanja oskrbe potrebam pacientov, kar je ključno za doseganje enakosti v zdravstvenem varstvu (Betancourt idr., 2003).*

Poleg tega bi moralo biti razvijanje sposobnosti aktivnega poslušanja in izkazovanja odprtosti za kulturno raznolikost temeljni element medicinskega izobraževanja, kar bi omogočilo učinkovito interakcijo s pacienti iz različnih družbenih in kulturnih okolij (Zghal idr., 2021).

Prepoznavanje in izzivanje edinstvene medsektorskosti in neravnovesij moči

Intersekcionalnost ali medsektorskost preučuje, kako različne družbene identitete, kot so rasa, spol, socialno-ekonomski status, spolnost in druge, vplivajo na posameznikove izkušnje in dostop do zdravstvenega varstva. Prepoznavanje teh prekrivajočih se identitet zdravstvenim delavcem omogoča, da razumejo kompleksnost kulturnih ozadij pacientov, kar vodi k bolj prilagojeni in učinkoviti oskrbi. Z razumevanjem in sprejemanjem intersekcionalnosti lahko medicinsko izobraževanje preseže tradicionalne modele kulturne usposobljenosti in spodbuja globlje razumevanje večplastne narave identitet pacientov. Ta pristop ne le obogati učne izkušnje študentov, temveč prispeva tudi k zmanjševanju zdravstvenih razlik s spodbujanjem bolj vključujočih in empatičnih zdravstvenih praks (Rehman idr., 2023; Paniagua, 2024).

Kulturna ponižnost vključuje tudi zavedanje o neravnovesju moči, ki obstaja v odnosih med zdravnikom in stranko. Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da je njihova vloga povezana z avtoriteto in možnostjo, da zagotavljajo ali odrekajo pomembne storitve (So idr., 2023). S priznavanjem te dinamike si lahko zdravstveni delavci prizadevajo za ustvarjanje bolj pravičnega okolja, ki spodbuja sodelovanje in spoštovanje. To načelo poudarja pomen razvijanja partnerstev, ki krepijo vloge strank in skupnosti, namesto da ohranjajo hierarhične odnose (Solchanyk idr., 2021; Shah idr., 2024).

Razvoj spoštljivih partnerstev

Tretje načelo kulturne ponižnosti se nanaša na potrebo po razvijanju vzajemno koristnih partnerstev s posamezniki in skupnostmi. To načelo poziva zdravnike, naj se v odnose s pacienti iz različnih kulturnih skupin vključujejo na način, ki spoštuje avtonomijo in se osredotoča na sodelovalno učenje in skupno odločanje (Paniagua, 2024; Gonzales-Walters idr., 2024). Z vrednotenjem prispevkov in spoznanj drugih lahko zdravniki izboljšajo svoje razumevanje različnih kultur in ustvarijo bolj vključujoče prakse, ki se odzivajo na potrebe vsakega pacienta (So idr., 2023).

Vseživljenjska zavezanost samoocenjevanju

Eno od temeljnih načel kulturne ponižnosti je vseživljenjska zavezanost k samoocenjevanju in samokritiki. To načelo priznava, da je razumevanje lastnega kulturnega ozadja in predsodkov stalen in dinamičen proces. Ključni element dela v zdravstvu je potreba po kritični samorefleksiji in analiziranju, kako lastne izkušnje in vrednote vplivajo na oblikovanje interakcij z drugimi. Ta nenehna samoocena posameznikom omogoča, da se bolje zavedajo svojih predpostavk in izpodbijajo predsodke v svoji praksi.

Ta načela skupaj tvorijo osnovo za izvajanje kulturne ponižnosti v zdravstvu, kar na koncu privede do boljših rezultatov za stranke in spodbuja bolj vključujoče okolje v medicinskih in zdravstvenih znanostih.



1.4 Profesionalno dobro počutje kot temelj učinkovitosti večkulturnega izobraževanja študentov medicine in zdravstvenih ved

Profesionalno dobro počutje zajema celostni pristop k dobremu počutju, ki vključuje več razsežnosti zdravja, vključno s telesnimi, čustvenimi, poklicnimi, socialnimi, duhovnimi in intelektualnimi vidiki (Belthur idr., 2024). Opredeljeno je kot aktivno in uspešno izvajanje dejavnosti, izbir, življenjskih slogov, tradicij in ritualov, ki prispevajo k stanju celostnega zdravja (Chatterjee idr., 2022). Ta široka opredelitev je v nasprotju s splošnim prepričanjem, da je dobro počutje, omejeno na telesno zdravje in telesno pripravljenost, ter poziva k bolj vključujočemu upoštevanju vseh dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo in kolektivno dobro počutje v poklicnem okolju.

Profesionalno dobro počutje je temeljni dejavnik učinkovitosti večkulturnega izobraževanja, zlasti na področju medicinskih in zdravstvenih ved. Zaradi hitro naraščajoče raznolikosti družb v Evropi je vključevanje medkulturnih kompetenc v poklicno dobro počutje bistveno za učinkovito obravnavanje različnih potreb pacientov, izboljšanje zdravstvenih rezultatov in ohranjanje visoke ravni zadovoljstva osebja.

Vpliv vse večjih zahtev na dobro počutje zdravstvenih delavcev: obravnava izgorelosti in kulturne kompetence v raznolikem okolju pacientov

V zadnjih letih se zdravstveni sistemi po vsem svetu soočajo z vse večjim pritiskom, da bi zadovoljili potrebe vse bolj raznolikih skupin pacientov. Ker demografske spremembe še naprej oblikujejo družbe, se od izvajalcev zdravstvenega varstva vse bolj zahteva, da zagotavljajo oskrbo, ki upošteva kulturne razlike, etnično raznolikost in socialne determinante zdravja. Čeprav ima kulturna kompetentnost pomembno vlogo pri izobraževanju zdravstvenih strokovnjakov, narašča zavedanje, da lahko pričakovanja, povezana z njo, nenamerno prispevajo k večji čustveni obremenitvi. Kot ugotavljajo Elbanna s sod. (2023), lahko pretiran poudarek na potrebi biti »kompetenten« v vsaki kulturni situaciji povzroči pritisk in negotovost, zlasti v kontekstu vse bolj raznolike populacije pacientov.

Zaradi vse večje kulturne raznolikosti populacij pacientov morajo biti zdravstveni delavci opremljeni s širokim naborom spretnosti, vključno s kulturnimi kompetencami, da bi lahko obvladali zapletene interakcije in zagotovili kakovostno oskrbo. Ker se zdravstveni sistemi prilagajajo različnim skupnostim, se od zdravstvenih delavcev pričakuje, da dobro razumejo kulturne odtenke, ki vplivajo na zdravstvena prepričanja pacientov, stile komuniciranja in želje pri zdravljenju. Vendar ta vse večja potreba po kulturni usposobljenosti postavlja dodatne zahteve zdravstvenim delavcem, ki se že tako soočajo z izzivi, kot so dolgi delovni čas, velik stres in čustveni davek zaradi nege (Fan idr., 2024).

Raziskave kažejo, da se pri zdravstvenih delavcih, od katerih se zahteva, da vzdržujejo raven strokovnosti na različnih področjih - vključno s kulturno kompetenco -, pojavijo višje ravni stresa, tesnobe in izgorelosti. Intenzivno čustveno delo, ki ga zahteva

interakcija s pacienti iz različnih kulturnih okolij, lahko zdravstvenim delavcem jemlje davek, kar vodi v občutke izčrpanosti, frustracije in neangažiranosti (Shepherd idr., 2019). To tveganje je še posebej veliko, kadar se kulturna kompetenca ocenjuje na načine, ki poudarjajo pomanjkljivosti in ne prednosti.

Kulturna kompetenca je ključnega pomena za zdravstvene delavce, saj jim omogoča učinkovito sodelovanje z različnimi skupinami prebivalstva. Vendar se orodja, ki se običajno uporabljajo za ocenjevanje kulturne usposobljenosti, kot so vprašalniki in obrazci za samoocenjevanje, osredotočajo predvsem na ugotavljanje pomanjkljivosti. Te ocene po navadi poudarjajo vrzeli v znanju ali zaznane pomanjkljivosti v kulturnem razumevanju, kar krepi pristop, ki temelji na primanjkljajih (Lin idr., 2017). Ta način ocenjevanja lahko ustvari negativno, visoko obremenjujoče okolje, ki spodkopava občutek kompetentnosti in dobrega počutja zdravstvenih delavcev.

Glede na študije takšne ocene, ki temeljijo na pomanjkljivostih, pogosto vodijo do povečane ravni stresa med izvajalci zdravstvenih storitev (Karatuna idr., 2022). Namesto da bi se počutili opolnomočeni zaradi priložnosti za izboljšanje svoje kulturne ozaveščenosti, lahko občutijo tesnobo in negotovost zaradi svojih zaznanih pomanjkljivosti. Ta stres pa se lahko kaže v vrsti škodljivih čustvenih odzivov, vključno z umikom iz stikov s pacienti ali izogibanjem pacientom iz različnih kulturnih okolij. V skrajnih primerih lahko zdravstveni delavci kažejo pasivno-agresivno vedenje, kot sta razočaranje ali užaljenost, kar še dodatno poslabša kakovost oskrbe pacientov.

Psihološki vpliv ocenjevanja na podlagi pomanjkljivosti

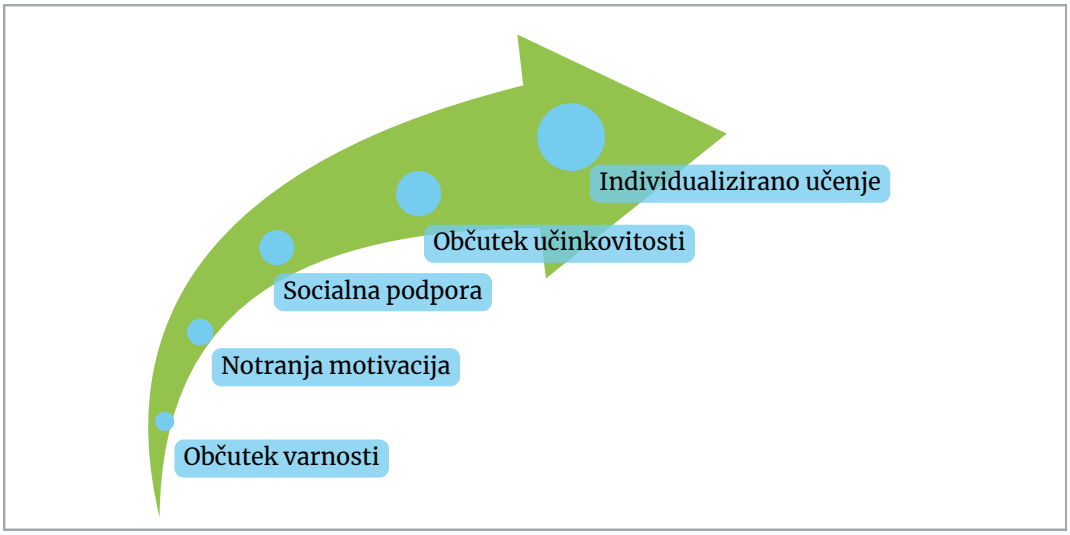
Glavna težava sedanjega pristopa k ocenjevanju kulturnih kompetenc je njegova težnja po spodbujanju samokritičnosti in sramu. Zdravstveni delavci lahko ob ocenah, ki poudarjajo pomanjkljivosti, ponotranjijo občutek neuspeha, kar lahko še poveča stres in prispeva k izgorelosti. Takšen pristop, namesto da bi spodbudil izboljšanje, pogosto vodi v nezavzetost, izogibanje in razočaranje. Vse več dokazov kaže, da lahko ta negativni psihološki vpliv povzroči začaran krog izgorelosti, v katerem se zdravstveni delavci čutijo vse manj sposobni zadovoljiti različne potrebe svojih pacientov (Tajfel in Turner, 1986).

V neki študiji so ugotovili, da so zdravniki in medicinske sestre, ki so bili redno podvrženi ocenam, ki so opozarjale na njihove pomanjkljive kulturne kompetence, bolj dovzetni za doživljanje stresa in tesnobe. Ti čustveni odzivi lahko, če se z njimi ne spoprimemo, zmanjšajo kakovost oskrbe pacientov in vodijo k manjšemu zadovoljstvu zdravstvenih delavcev pri delu. Poleg tega lahko čustvene obremenitve pri usposabljanju za kulturno kompetenco, če niso ustrezno obravnavane, prispevajo k naraščajoči pojavnosti izgorelosti pri zdravstvenih delavcih (Tanios idr., 2021).

1.5 Model EMPOWER - razvijanje refleksivnih kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev v okolju, ki podpira zdravje in dobro počutje

Model EMPOWER se osredotoča na spodbujanje rasti strokovnjakov v okolju, ki podpira zdravje in dobro počutje.

Model EMPOWER predlaga ne le obravnavo potreb pacientov iz različnih kulturnih okolij, temveč tudi prepoznavanje in vrednotenje potreb študentov in zdravstvenih delavcev v okviru celovitega pristopa k razvoju kulturne usposobljenosti in kulturne ponižnosti (Elbanna idr., 2023). Poudarja potrebo po ustvarjanju učnega okolja, ki podpira zdravje in dobro počutje študentov, hkrati pa se osredotoča na zagotavljanje občutka varnosti med razvijanjem refleksivne kulturne kompetence, spodbujanje notranje motivacije, zagotavljanje socialne podpore in povečanje učinkovitosti izobraževalnih ukrepov (slika 5).



Slika 5. Model EMPOWER - razvoj strokovnjakov v okolju, ki podpira zdravje in dobro počutje

Ne morete vedeti vsega o drugih kulturah! To je dejstvo. Dovolj je, če ste odprti za dialog in poglede drugih.

Eden od temeljnih vidikov modela EMPOWER je ustvarjanje **okolja, v katerem se udeleženci** med pridobivanjem novih kompetenc, zlasti tistih, povezanih z občutljivimi vprašanji, kot so stereotipi in raznolikost, **počutijo varno**. Varno izobraževalno okolje spodbuja udeležence, da izrazijo svoja vprašanja in negotovosti brez strahu pred obsojanjem, kar spodbuja globlje sodelovanje v učnem procesu. Priznavanje in sprejemanje dejstva, da je nemogoče pridobiti popolno znanje o vseh kulturah, omogoča razvoj odnosa, ki vključuje zavedanje lastnih omejitev in odprtost za dialog. To varno izobraževalno okolje spodbuja pripravljenost za nenehno učenje in dovzetnost za različne perspektive.

Notranja motivacija ima ključno vlogo pri zagotavljanju učinkovitosti večkulturnega usposabljanja, zlasti v smislu dobrega počutja učencev. Kadar so udeleženci notranje motivirani, je njihova vključenost v učni proces bolj pristna in trajna. Notranja motivacija, opredeljena kot želja po učenju, ki jo spodbujajo osebno zanimanje za predmet, občutek vrednosti izobraževanja in želja po samorazvoju, spodbuja globlje razumevanje in usvajanje vprašanj, povezanih s kulturno raznolikostjo. Ta vrsta motivacije vodi k bolj premišljenemu pristopu k predmetu, spodbuja razvoj odprte miselnosti do različnih perspektiv ter občutljivosti za potrebe in izkušnje drugih. Poleg tega, ko udeleženci čutijo, da imajo dejanski vpliv na svoj razvoj, ter se učni proces ujema z njihovimi vrednotami in interesi, se izboljša njihovo psihološko in čustveno počutje. Zato učinkovitost večkulturnega usposabljanja ni povezana le s pridobivanjem znanja, temveč tudi z ustvarjanjem okolja, ki podpira osebno rast, odprtost do drugih in ohranjanje dobrega počutja udeležencev.

Socialna podpora je sestavni del učinkovitega učenja, v modelu EMPOWER pa ima ključno vlogo v procesu pridobivanja refleksivnih kulturnih kompetenc. Podpora, ki jo zagotavljajo učitelji, mentorji in skupine vrstnikov, spodbuja okolje, ki spodbuja sodelovanje in medsebojno zaupanje, kar je bistvenega pomena za strokovni razvoj v zdravstvenem sektorju. Učitelj deluje kot vodnik in opora, pri čemer ne posreduje le znanja, temveč spodbuja tudi razmislek o lastnih predsodkih, stereotipih in stališčih. Skupina študentov pa oblikuje skupnost, v kateri lahko udeleženci delijo svoje izkušnje, uspehe in izzive, povezane z razvojem kulturnih kompetenc. S tem sodelovanjem se posamezniki v učnem procesu počutijo manj izolirane, kar omogoča vzpostavljanje močnejših vezi z drugimi in povečuje motivacijo za nadaljnjo osebno in poklicno rast.

Ključni vidik modela EMPOWER je spodbujanje **občutka uspešnosti in učinkovitosti** prizadevanj udeležencev. Ugotovitve raziskave kažejo, da so posamezniki, ki verjamejo v svoje zmožnosti za doseganje ciljev, bolj motivirani in vključeni v učni proces. Zato ta model poudarja redno zagotavljanje povratnih informacij udeležencem, pri čemer poudarja napredek in ne le opozarja na pomanjkljivosti. V modelu EMPOWER ocenjevanje napredka temelji na pozitivni okrepitvi. Pomemben element je tudi možnost, da udeleženci samostojno spremljajo svoj napredek, kar krepi njihov občutek nadzora nad učnim procesom in učinkovitostjo njihovih dejanj.

Ena od ključnih značilnosti modela EMPOWER je zagotavljanje **individualizirane izobraževalne poti**, ki vključuje zelo privlačna orodja, namenjena izboljšanju kulturne usposobljenosti in kulturne ponižnosti študentov in zdravstvenih delavcev.

Individualna izobraževalna pot omogoča vsakemu udeležencu, da napreduje v svojem tempu, ob upoštevanju njegovega edinstvenega predznanja, načina učenja in posebnih potreb. Ta pristop je bistven za spodbujanje poglobljenega in smiselnega učenja v kontekstu kulturne usposobljenosti, kjer nobena metoda ne deluje univerzalno. Zdravstveni delavci in študenti prihajajo iz različnih izobraževalnih okolij in imajo različne izkušnje, zato se lahko njihova pripravljenost za vključitev v študij večkulturnosti precej razlikuje. Ponudba takšne učne metode zagotavlja, da ima vsak udeleženec možnost, da si samostojno prizadeva za ustrezno raven izzivov in podpore,

zaradi česar je učna izkušnja ustrezna in učinkovita. Individualizirana pot v okviru modela EMPOWER vključuje vrsto prilagodljivih modulov, za samostojno učenje in v lastnem obsegu, ter naloge, ki se osredotočajo na praktično uporabo kulturnega znanja. Ta pot je zasnovana tako, da je prilagodljiva, kar udeležencem omogoča, da ponovno obravnavajo težke teme in se lotijo bolj zahtevne dejavnosti, ko napredujejo, obenem pa si zagotovijo socialno podporo (s strani inštruktorjev ali vrstniških skupin) med celotnim učnim procesom.

Model EMPOWER vključuje vrsto zanimivih orodij za izboljšanje kulturnih kompetenc in spodbujanje kulturne ponižnosti, ki podpirajo individualno izobraževalno pot. Ta orodja so zasnovana tako, da pritegnejo pozornost udeležencev in jih aktivno vključijo v učni proces. Vaje, predlagane v tem priročniku, so integrirane z digitalno platformo, kar omogoča uporabo sodobne tehnologije v podporo izobraževalnemu procesu. Predlagane naloge in vaje imajo različne funkcije, vendar vse prispevajo k splošnemu cilju, da se študentom in zdravstvenim delavcem omogoči smiselno sodelovanje s kulturno raznolikostjo.

Cilj je opremiti zdravstvene delavce z odprtostjo, potrebno za krepitev njihove kulturne ozaveščenosti, hkrati pa spodbujati razvoj kulturne ponižnosti – prepoznavanje lastnih omejitev pri razumevanju drugih kultur in odprtost za učenje od drugih.

Model EMPOWER kulturne kompetence in kulturne ponižnosti ne obravnava kot končne cilje, temveč kot stalni proces osebnega in poklicnega razvoja. Individualizirana izobraževalna pot skupaj z zanimivimi orodji podpira nenehno rast, saj udeležencem omogoča, da ponovno pregledajo gradiva, razmislijo o svojih izkušnjah in si zastavijo nove izobraževalne cilje. Ta pristop jih spodbuja k vseživljenjskemu učenju, kar jim omogoča, da z empatijo, spoštovanjem in kulturno občutljivostjo izpolnjujejo spreminjajoče se potrebe različnih skupin pacientov.

Končni cilj modela EMPOWER je ustvariti okolje, v katerem se zdravstveni delavci počutijo podprte, kompetentne in samozavestne pri zagotavljanju kulturno kompetentne oskrbe. Model EMPOWER z zagotavljanjem prilagojene, zanimive izobraževalne izkušnje, ki se osredotoča na kulturno kompetenco in ponižnost, zagotavlja, da zdravstveni delavci niso le pripravljeni na izzive večkulturnega sveta, ampak so tudi opremljeni z orodji, da v njem uspejo. Ta proces izboljša počutje posameznikov in njihovo poklicno učinkovitost, kar prinaša koristi ne le udeležencem samim, temveč tudi pacientom in skupnostim, za katere skrbijo.

Model EMPOWER predstavlja inovativen pristop k zdravstvenemu izobraževanju, ki poudarja podporo zdravju in dobremu počutju strokovnjakov pri razvijanju njihove kulturne usposobljenosti. Model EMPOWER z zagotavljanjem občutka varnosti, spodbujanjem notranje motivacije, zagotavljanjem socialne podpore, vzpostavljanjem občutka učinkovitosti in vključevanjem privlačnih izobraževalnih orodij spodbuja celovit strokovni razvoj. Posledično zdravstveni delavci postanejo bolj kompetentni in samozavestni pri delu s pacienti iz različnih kulturnih okolij, kar prispeva k višji

kakovosti oskrbe in boljšim odnosom s pacienti.

1.6 MODEL EMPOWER - izobraževalni viri

Model EMPOWER predstavlja transformativni pristop k večkulturnemu izobraževanju, ki se osredotoča na spodbujanje kulturne usposobljenosti in ponižnosti zdravstvenih delavcev. Ta model poudarja pomen razvoja izobraževalnih virov, ki ne zagotavljajo le znanja, temveč tudi trajnostno in učinkovito učno pot. Model EMPOWER temelji na jasnem, namenskem okviru, ki je zasnovan tako, da izpolnjuje spreminjajoče se potrebe tako učencev kot različnih skupin pacientov, ki jim služijo.

1. Začetek učinkovitega večkulturnega izobraževanja (opredelitev jasnih in namenskih rezultatov).
2. Učinkovito načrtovanje učenja (ustvarjanje celostne in vključujoče izkušnje).
3. Vključevanje v praktično uporabo (zagotavljanje ustreznosti za poklicno prakso).
4. Preoblikovanje in krepitev prenosa znanja (uporaba znanja v različnih okoljih).
5. Spodbujanje in podpiranje napredka učenja (nenehna krepitev z ocenjevanjem in mehanizmi povratnih informacij).
6. Delovanje in dokumentiranje učinka (ohranjanje dolgoročnih izboljšav).

Začetek učinkovitega večkulturnega izobraževanja: opredelitev jasnih in namenskih rezultatov

Začetek učinkovitega večkulturnega izobraževanja v okviru modela EMPOWER se začne s ključno nalogo **opredelitve jasnih, namenskih rezultatov**, ki usmerjajo učni proces. Prvi korak v tem pristopu je določitev ciljev, ki niso le akademski, temveč tudi celostni, s poudarkom na poglobljenem razumevanju kulturne dinamike, ki vpliva na zdravstveno varstvo. Ti cilji so zasnovani tako, da udeležence spodbujajo k raziskovanju, kako kulturni dejavniki vplivajo na komunikacijo s pacienti, izvajanje zdravstvene oskrbe in strokovne interakcije v vse bolj globalnem kontekstu. Z opredelitvijo teh izobraževalnih ciljev želi model EMPOWER ustvariti celovit okvir, ki zdravstvene delavce pripravi na krmarjenje po zapletenosti večkulturnih okolij ter spodbuja bolj kulturno kompetenten in empatičen pristop k oskrbi.

Ključni element te izobraževalne podlage je vključevanje refleksije in kritičnega zavedanja, ki udeležencem omogoča, da se soočijo z lastnimi kulturnimi predsodki in predpostavkami. To samozavedanje je ključno za prepoznavanje, kako lahko osebna prepričanja in nezavedni predsodki vplivajo na poklicne prakse, zlasti pri interakciji z različnimi skupinami pacientov. Z organiziranimi dejavnostmi, ki spodbujajo samorefleksijo, so udeleženci spodbujeni k raziskovanju, kako njihovi kulturni filtri oblikujejo njihove odzive na paciente in kolege, kar spodbuja miselnost, odprto za rast in prilagajanje. Ta refleksivna praksa je bistvenega pomena za gojenje kulturne ponižnosti, saj zagotavlja, da se zdravstveni delavci zavedajo omejenosti svojega

razumevanja drugih kultur in so zavezani nenehnemu učenju.

Učinkovito načrtovanje učenja: ustvarjanje celostne in vključujoče izkušnje

Zasnova učinkovitega učnega procesa poudarja oblikovanje izobraževalnega okvira, ki spodbuja **celostno in vključujoče okolje** za zdravstvene delavce. Ključni element tega pristopa je razumevanje, da raznolikost ni le zunanji dejavnik, ki ga je treba obravnavati, temveč temeljna sestavina samega učnega procesa. Model EMPOWER poudarja pomen razvoja učnega načrta, ki vključuje študije primerov, raziskave in terenske izkušnje, ki izhajajo iz različnih kulturnih perspektiv v zdravstvu. Z vključevanjem različnih kulturnih vidikov učni načrt zagotavlja, da so zdravstveni delavci izpostavljeni kompleksnosti globalnih zdravstvenih izzivov, kar jih bolje pripravi na občutljivo in kompetentno oskrbo različnih populacij pacientov.

Model EMPOWER dodatno izboljša učno izkušnjo z vključitvijo **načel transformativnega učenja**, katerega cilj je spremeniti perspektive udeležencev in izpodbijati njihove predpostavke. Pri transformativnem učenju so ključni trije ključni elementi:

- dezorientirajoča dilema,
- kritična refleksija,
- dialog in ukrepanje.

Dezorientirajoča dilema se nanaša na dejavnosti ali vaje, ki so zasnovane tako, da izpodbijajo že obstoječa prepričanja udeležencev, jih spodbujajo, da se soočijo s svojimi predsodki in ponovno razmislijo o svojih stališčih. Te dileme potiskajo udeležence iz njihovih območij udobja in spodbujajo poglobljeno, kritično razmišljanje. **Kritična refleksija** je proces, s katerim udeleženci analizirajo in ocenjujejo svoja prepričanja in vrednote, zlasti v povezavi s kulturno dinamiko v zdravstvu. To samozavedanje spodbuja prepoznavanje, kako osebna prepričanja in vrednote vplivajo na interakcije s pacienti in sodelavci. Nazadnje **dialog in delovanje** poudarjata pomen sodelovanja v pogovorih z ljudmi iz različnih okolij, kar vodi k preoblikovanju perspektiv in praktični uporabi novih pristopov v strokovni praksi. Te tri komponente delujejo sinergijsko in ustvarjajo transformativno izobraževalno okolje, ki ni le intelektualno bogato, temveč vpliva tudi na osebni in poklicni razvoj (Mezirow, 1991).

Poleg teh temeljnih elementov model EMPOWER spodbuja **izkustveno učenje za krepitev empatije**. Ta pristop poudarja vrednost poglobljenih učnih izkušenj, kot so programi pomoči skupnosti, simulacije s pacienti iz različnih kulturnih okolij in kulturne izmenjave. Te dejavnosti zdravstvenim delavcem omogočajo, da iz prve roke izkusijo izzive in zapletenost dela z različnimi skupinami prebivalstva ter tako okrepijo svojo kulturno zavest in empatijo. S temi izkušnjami udeleženci razvijejo globlje razumevanje življenjskih izkušenj drugih, kar je bistvenega pomena za vzpostavitev sočutne, na pacienta usmerjene oskrbe.

Da bi razširili področje uporabe načel izkustvenega učenja za krepitev empatije, model EMPOWER združuje teoretični del iz priročnika z izobraževalno platformo programa

MultiCultiMed , ki vključuje "človeško knjižnico". To je inovativen izobraževalni vir, ki učencem omogoča sodelovanje pri intervjujih, opravljenih s posamezniki iz različnih kulturnih skupin, ki so pogosto izpostavljeni diskriminaciji ali marginalizaciji. Cilj tega orodja je spodbujati empatijo in poglobiti razumevanje perspektiv drugih, zlasti tistih, ki predstavljajo manjšinska družbena, etnična, verska in kulturna okolja. Intervjuji, polni osebnih zgodb, izkušenj in razmišljanj, udeležencem izobraževanja omogočajo vpogled v življenje ljudi iz različnih kultur, kar prispeva k širjenju njihovih obzorij, zmanjševanju predsodkov in razvijanju medosebnih spretnosti, ki so bistvene za delo z različnimi pacienti. "Človeška knjižnica" s poslušanjem in globljim razumevanjem ustvarja prostor za učenje ter podpira razvoj kulturnih kompetenc.

Enako pomembno pri učinkovitem načrtovanju učenja je aktivno sodelovanje v učnem procesu. Model EMPOWER spodbuja udeležence, da aktivno sodelujejo pri učenju, zlasti z iskanjem interakcij z vrstniki iz različnih okolij. Takšne izkušnje spodbujajo medsebojno spoštovanje in skupno pridobivanje kulturnega znanja ter udeležencem omogočajo, da se učijo iz perspektiv drug drugega. Aktivno sodelovanje podpira občutek skupnosti in pripadnosti, kar je bistveno za ustvarjanje pozitivnega in vključujočega izobraževalnega ozračja. Poleg tega spodbuja kritično razmišljanje, reševanje problemov in timsko delo, kar so bistvene spretnosti za strokovno prakso v večkulturnem okolju.



Opolnomočenje za rast: vloga učiteljev pri mehanizmih povratnih informacij in evalvacije

Model EMPOWER daje velik poudarek uporabi pridobljenih kulturnih kompetenc za praktično uporabo v strokovnih delovnih okoljih. Ta vidik se osredotoča na premostitev vrzeli med teoretičnim znanjem in prakso. Cilj ni le, da študenti pridobijo teoretično znanje, temveč tudi, da razvijejo potrebne spretnosti za njegovo učinkovito uporabo v poklicnem okolju. Model vključuje vrsto vaj, ki simulirajo izkušnje iz resničnega življenja, ob podpori medsebojnih interakcij, da bi vključili različne perspektive in skupaj iskali rešitve. Dejavnosti, kot so igranje vlog, vaje medkulturne komunikacije in simulacije reševanja problemov, povezanih z oskrbo pacientov iz različnih kulturnih okolij, so namenjene pripravi študentov na izzive, s katerimi se lahko srečajo v večkulturnih zdravstvenih okoljih. S simuliranjem resničnih scenarijev se študente spodbuja k uporabi znanja v dinamičnem in podpornem okolju, kar jim pomaga bolje razumeti zapletenost oskrbe pacientov v različnih kulturnih okoljih ter spodbuja razvoj kritičnega mišljenja in spretnosti reševanja problemov.

Model EMPOWER poudarja tudi pomen vzajemnega učenja in povratnih informacij v procesu stalnih izboljšav. Z vključevanjem sistemov medsebojnih povratnih informacij in razprav imajo študenti priložnost, da se učijo iz izkušenj in pogledov drugih. Ta sodelovalni pristop spodbuja globlje razumevanje večkulturnih vprašanj v zdravstvu, hkrati pa razvija kulturo samorefleksije in konstruktivne kritike. Medsebojne povratne informacije študentom zagotavljajo dragocen vpogled v njihove lastne prakse, pomagajo jim prepoznati področja, na katerih lahko rastejo, in jih spodbujajo k nenehnemu izpopolnjevanju refleksivnih kulturnih kompetenc. Ta proces ne le krepi sposobnost študentov za sodelovanje z različnimi skupinami pacientov, temveč tudi spodbuja okolje vzajemne podpore in učenja znotraj izobraževalne skupnosti.

Preoblikovanje in krepitev prenosa znanja: uporaba znanja v različnih okoljih

V modelu EMPOWER se vidik preoblikovanja in krepitve prenosa znanja osredotoča na zagotavljanje izbora vaj in nalog, ki povečujejo verjetnost, da študenti ne bodo pridobili le teoretičnega znanja, temveč tudi potrebne priprave za njegovo uporabo v različnih realnih zdravstvenih okoljih.

Ključno vlogo pri krepitvi prenosa znanja in podpiranju strokovnega razvoja imata učitelj mentor in skupina učencev. Mentorji, ki so vzorniki najboljših praks kulturno kompetentnega zdravstvenega varstva, lahko študentom nudijo smernice, podporo in primere učinkovite oskrbe pacientov v različnih okoljih. Podpora, zagotovljena v skupini študentov, olajša izmenjavo izkušenj in dostop do povratnih informacij. Kombinacija mentorstva učitelja in podpore znotraj študentske skupine ustvarja sodelovalno učno okolje, v katerem lahko študenti izpopolnijo svoje spretnosti, izboljšajo prakso in pridobijo samozavest pri zagotavljanju kulturno kompetentne oskrbe.

Krepitev in podpora napredku: stalno ocenjevanje in mehanizmi za povratne informacije

Model EMPOWER daje velik poudarek na nenehno krepitev in podporo študentom na njihovi poti večkulturnega izobraževanja v zdravstvu. Ta vidik se osredotoča na sistematično vrednotenje učnih rezultatov, vendar ne zato, da bi poudarjali pomanjkljivosti ali kritizirali napake, temveč zato, da bi zagotovili stalen razvoj. Uporaba povratnih zank in podpornih orodij za ocenjevanje lahko pomaga pri spremljanju napredka, prepoznavanju področij, ki zahtevajo dodatno podporo, in zagotavljanju, da se pri študentih učinkovito razvijajo večkulturne kompetence. Zagotavljanje konstruktivnih povratnih informacij o napredku študentom omogoča, da izpopolnijo svoje pristope k zdravstvenemu varstvu, ki temelji na kulturni raznolikosti, tako da opredelijo področja, na katerih se lahko izboljšajo, se učijo iz svojih napak in izboljšajo svoje komunikacijske spretnosti. Ta stalni proces povratnih informacij in refleksije je sestavni del ustvarjanja učnega okolja, ki temelji na stalnem razvoju, v katerem študenti čutijo podporo pri svojih prizadevanjih za izboljšanje svojih refleksivnih kulturnih kompetenc.

Bistven vidik je tudi razvoj pedagoškega osebja, ki je odgovorno za usposabljanje študentov medicine in zdravstvenih ved na področju večkulturnosti. Izobraževalna platforma MultiCultiMed omogoča dostop do **virov, namenjenih visokošolskim učiteljem**. Njen namen ni le zagotavljanje vsebinskih smernic, temveč tudi praktičnih nasvetov in orodij, ki jim bodo v pomoč pri učinkovitem vodenju pouka, vključevanju študentov in spremljanju napredka pri razvijanju kulturnih kompetenc.

Platforma MultiCultiMed lahko služi kot vodnik, ki učiteljem ponuja podrobna navodila o metodologijah vaj in organizira razprave v skupini učencev. Učitelji imajo dostop do interaktivnih in zanimivih učnih metod, ki spodbujajo razvoj večkulturnih kompetenc pri študentih. Poleg tega ponuja smernice za interpretacijo rezultatov vaj, testov in ocen, povezanih z večkulturno vzgojo. Poleg tega platforma učiteljem zagotavlja širok nabor tem za razpravo, ki jih je mogoče uvesti med poukom, kar učencem pomaga, da se kulturnih vprašanj lotijo bolj zavestno. Vsebina platforme učiteljem ne bo omogočila le dostopa do zanimivega izobraževalnega gradiva, temveč lahko postane tudi del njihovega lastnega procesa strokovnega razvoja.

Vzdrževanje dolgoročnih izboljšav

Model EMPOWER poudarja ključno vlogo globoko angažiranih in aktivacijskih vaj pri ustvarjanju trajnih sprememb v načinu, kako študenti zdravstvenih ved dojemajo in obravnavajo izzive, povezane z večkulturnostjo pri oskrbi pacientov. Model zlasti spodbuja izobraževalne pristope, ki presegajo teoretično poučevanje in ponujajo privlačne, praktične izkušnje, ki spodbujajo realno uporabo večkulturnih kompetenc pri strokovnem delu. Model EMPOWER s poglobljenim vključevanjem študentov v praktične vaje in scenarije, ki temeljijo na refleksivnih kulturnih kompetencah, zagotavlja, da spretnosti in znanja, ki jih pridobijo, niso zgolj naučeni, temveč ponotranjeni, kar vodi do dolgoročnih sprememb v njihovem razumevanju in pristopu k zdravstveni oskrbi v različnih kulturnih kontekstih.

Osrednji vidik tega pristopa je ocena dolgoročnega učinka, katere cilj je merjenje učinkovitosti programa pri izboljšanju večkulturne usposobljenosti in poklicnega zdravja študentov v daljšem časovnem obdobju. Upravitelji programa nameravajo uvesti sistem za zbiranje povratnih informacij od diplomantov programa, ki bo zagotavljal podatke o tem, kako se kompetence, pridobljene v programu, uporabljajo v njihovi poklicni praksi.

Poleg tega je pomemben element modela EMPOWER njegova globalna ustreznost in prilagajanje spreminjajočim se razmeram v medicinski praksi. Vsebine, ki so na voljo študentom in učiteljem, je mogoče prilagoditi širokemu spektru zdravstvenih okolij po vsem svetu, pri čemer se ne osredotočajo le na teoretično učenje, temveč tudi na praktično uporabo večkulturnih kompetenc v različnih, realnih razmerah. V praksi to pomeni oblikovanje prožnih struktur, ki jih je mogoče prilagoditi posebnim potrebam različnih zdravstvenih sistemov in regij po svetu.

Menimo, da je moč modela EMPOWER, ki omogoča dolgoročne izboljšave v večkulturnem izobraževanju, v globalni prilagodljivosti predlaganih vaj in vsebine. Model EMPOWER z globoko privlačnimi izobraževalnimi tehnikami in prilagodljivim pristopom, ki se odziva na potrebe različnih kulturnih in poklicnih okolij, študentom ne le pomaga razviti potrebne spretnosti za zagotavljanje kulturno kompetentne oskrbe, temveč tudi podpira stalno rast in razmislek. Te strategije zagotavljajo, da učinek programa daleč presega učilnico in vodi k trajnim izboljšavam v zdravstvenih praksah po vsem svetu.



Povzetek temeljnih načel modela EMPOWER

Model EMPOWER za večkulturno izobraževanje v zdravstvu in medicini temelji na temeljnih načelih, ki dajejo prednost celovitemu in trajnostnemu razvoju kulturnih kompetenc. Ta načela se osredotočajo na kompleksnost zdravstvenih okolij, njihov cilj pa je opremiti študente z znanjem in orodji, potrebnimi za učinkovito služenje različnim skupinam pacientov.

Medsektorskost je ključni koncept, na katerem temelji model, ki priznava medsebojno povezane in edinstvene identitete študentov in pacientov. S poudarjanjem, kako prekrivajoče se identitete, kot so rasa, spol, socialno-ekonomski status, kulturno ozadje in številne druge, vplivajo na zdravstvene izide, model spodbuja globlje razumevanje različnih potreb znotraj populacij pacientov. Študente spodbuja, da razmislijo, kako te prepletajoče se identitete vplivajo na njihov pristop k oskrbi pacientov, ter razvijejo celovitejše in bolj diferencirane strategije, ki obravnavajo individualne potrebe v večkulturnem kontekstu.

Osnovna načela MODELA EMPOWER - izobraževalni viri:

- *Medsektorskost*
- *Kritična refleksija*
- *Uporabno znanje*
- *Nenehna rast in dobro počutje*

Kritična refleksija je še eno osrednje načelo modela EMPOWER, ki študente spodbuja k preučevanju lastnih predsodkov, kulturnih zaznav in poklicnega vedenja. S strukturirano refleksijo so študenti spodbujeni, da ugotovijo, kako ti osebni dejavniki vplivajo na njihove interakcije s pacienti in njihov splošni pristop k oskrbi. Ta proces pomaga študentom, da se bolje zavedajo svojih predpostavk in slepih peg, kar spodbuja miselnost nenehnega samoocenjevanja in izboljševanja medicinske prakse. S kritičnim razmislekom lahko študenti izpodbijajo svoje predsodke in izboljšajo svojo kulturno usposobljenost, kar zagotavlja bolj empatično in vključujočo oskrbo pacientov.

Praktično znanje je pristop, ki se osredotoča na opremljanje študentov s praktičnimi spretnostmi, metodami in orodji, ki jih je mogoče takoj uporabiti v zdravstveni praksi. To načelo zagotavlja, da se študenti ne učijo le teorije, temveč pridobijo tudi praktično znanje, potrebno za reševanje vsakodnevnih izzivov dela v večkulturnem okolju. Z zagotavljanjem uporabnih, z dokazi podprtih strategij študentom model podpira zagotavljanje kulturno kompetentne oskrbe, izboljšanje zdravstvenih rezultatov pacientov in izboljšanje medkulturne komunikacije.

Načelo nenehne rasti in dobrega počutja je temelj dolgoročnega uspeha in odpornosti zdravstvenih delavcev. Model priznava, da je premagovanje izzivov v večkulturnem zdravstvenem varstvu lahko duševno in čustveno zahtevno, njegov cilj pa je podpirati študente pri razvijanju odpornosti in duševnega zdravja, ki sta potrebna za poklicni uspeh. Ta poudarek na osebnem razvoju presega kulturne kompetence in zagotavlja, da se študenti zavedajo izjemnega pomena učinkovitega obvladovanja stresa, ohranjajo psihološko ravnovesje in spodbujajo trajnostno poklicno življenje v času svoje kariere.

1.7 MODEL EMPOWER - podporna orodja

Orodja, ki učencem pomagajo pri razvijanju kulturne kompetence in kulturne ponižnosti, so zasnovana tako, da so konstruktivna, razmišljujoča in spodbujajo rast, ne pa da se osredotočajo na negativne vidike, opozarjajo na pomanjkljivosti ali kritizirajo. Cilj je ustvariti učno okolje, ki je varno, empatično in usmerjeno v nenehni razvoj. Izobraževalna platforma MultiCultiMed zagotavlja prostor za **refleksivno pisanje dnevnika**. Namen takšnega dnevnika je spodbuditi učence, da redno razmišljajo o svojih izkušnjah, izzivih in napredku pri učenju o kulturi in raznolikosti. Dnevniki se lahko uporabljajo na različne in prilagodljive načine, odvisno od individualnih potreb. Študenti lahko na primer vodijo dnevnike, v katere zapisujejo svoje misli o interakcijah s pacienti iz različnih kultur, svoje občutke o učenju raznolikosti in ugotavljajo področja, ki zahtevajo nadaljnji razvoj. Pomemben vidik je tudi beleženje uspehov in pozitivnih izkušenj, ki kažejo na napredek. Platforma MultiCultiMed omogoča enostavno zapisovanje misli in ponuja dostop do vnaprej pripravljenih refleksivnih vprašanj, ki študentom pomagajo poglobiti se v njihove izkušnje (npr. vprašanja, kot so "S katerimi izzivi sem se soočil/a v tej situaciji? Kaj lahko naslednjič izboljšam? Kaj sem naredil/a dobro?" itd.).

Platforma vključuje tudi refleksivne naloge s 360-stopinjskimi povratnimi informacijami, ki študentom omogočajo, da prejmejo povratne informacije od različnih posameznikov (npr. vrstnikov, učiteljev, pacientov, opazovalcev), kar jim pomaga bolje razumeti svoj razvoj v kontekstu kulturne raznolikosti.

Ta orodja so zasnovana tako, da spodbujajo pošten in iskren razmislek o osebnem razvoju brez stigmatizacije napak. Osredotočajo se na podporo učnemu procesu, prepoznavanje področij za izboljšave, pa tudi na praznovanje uspehov, ki motivirajo nadaljnje samouresničevanje. Pomemben element je ustvarjanje prostora, v katerem se študenti počutijo varne, imajo priložnost raziskovati lastna stališča in prepričanja ter so spodbujeni k nenehni rasti, tako v smislu kulturne usposobljenosti kot osebne ponižnosti.

Literatura

Belthur, M. V., Federico-Martinez, G., Drane, D. in Hartmark-Hill, J. (2024). Physician leadership behaviors and strategies: Insights to integrate and prioritize faculty well-being. *Physician Leadership Journal, 11*(5), 12-19. https://doi.org/10.55834/plj.1067073980

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. in Ananeh-Firempong, O. 2nd. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports, 118*(4), 293-302. https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293

Chatterjee, K., Edmonds, V. S., Girardo, M. E., Vickers, K. S., Hathaway, J. C. in Stonnington, C. M. (2022). Medical students describe their wellness and how to preserve it. *BMC Medical Education, 22*(1), 510. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03552-y

Elbanna, M. F., Thomas, M. R., Patel, P. R. in McHenry, M. S. (2023). Cultivating cultural humility to address the healthcare burnout epidemic—Why it matters. *Global Advances in Integrative Medicine and Health, 212*, 27536130231162350. https://doi.org/10.1177/27536130231162350

Fan, J., Chang, Y., Li, L., Jiang, N., Qu, Z., Zhang, J., Li, M., Liang, B. in Qu, D. (2024). The relationship between medical staff burnout and subjective wellbeing: The chain mediating role of psychological capital and perceived social support. *Frontiers in Public Health, 12*, 1408006. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408006

Fisher-Borne, M., Cain, J. M. in Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education, 34*(2), 165–181. https://doi.org/10.1080/02615479.2014.977244

Foronda, C., Baptiste, D., Reinholdt, M. in Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing, 27*(3), 210–217. https://doi.org/10.1177/1043659615592677

Gonzales-Walters, F., Weldon, S. in Essex, R. (2024). Cultivating cultural humility through healthcare simulation-based education: A scoping review protocol. *International Journal of Healthcare Simulation, 1*, 1-7. https://doi.org/10.54531/rafh4191

Greene-Moton, E. in Minkler, M. (2019). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice, 20*(1), 142–145. https://doi.org/10.1177/1524839919884912

Karatuna, I., Owen, M., Westerlund, H. in Berthelsen, H. (2022). The role of staff-assessed care quality in the relationship between job demands and stress in human service work: The example of dentistry. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12795. https://doi.org/10.3390/ijerph191912795

Lekas, H. M., Pahl, K. in Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights, 13*, 1178632920970580. https://doi.org/10.1177/1178632920970580

Lin, C. J., Lee, C. K. in Huang, M. C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research, 25*(3), 174-186. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153

Liu, J., Miles, K. in Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. *Frontiers in Education, Second Language, Culture and Diversity, 7*. https://doi.org/10.3389/feduc.2022.980633

Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Bodys-Cupak, I., Kurowska, A. in Barzykowski, K. (2021). Evaluating the effectiveness of cultural education training: Cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(8), 4002. https://doi.org/10.3390/ijerph18084002

Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.

Paniagua, F. A. (2024). *Teaching cultural competence and cultural humility in medical education: A practical guide* (1. izd.). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781003529057

Pawlak-Sobczak, K. (2019). Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny–pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery (The systemic-partner model in the medical personnel-foreign patient relationship: Opportunities vs. barriers). *Władza Sądzenia, 16*, 67-95. https://doi.org/10.18778/2300-1690.16.05

Rehman, M., Santhanam, D. in Sukhera, J. (2023). Intersectionality in medical education: A meta-narrative review. *Perspectives on Medical Education, 12*(1), 517-528. https://doi.org/10.5334/pme.1161

Shah, D., Behravan, N., Al-Jabouri, N. in Sibbald, M. (2024). Incorporating equity, diversity and inclusion (EDI) into the education and assessment of professionalism for healthcare professionals and trainees: A scoping review. *BMC Medical Education, 24*, 991. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05981-3

Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D. in Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research, 19*, 135. https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7

So, N., Price, K., O'Mara, P. in Rodrigues, M. A. (2024). The importance of cultural humility and cultural safety in health care. *The Medical Journal of Australia, 220*(1), 12-13. https://doi.org/10.5694/mja2.52182

Solchanyk, D., Ekeh, O., Saffran, L., Burnett-Zeigler, I. E. in Doobay-Persaud, A. (2021). Integrating cultural humility into the medical education curriculum: Strategies for educators. *Teaching and Learning in Medicine, 33*(5), 554-560. https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1877711

Tervalon, M. in Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9*(2), 117-125. https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233

Verbree, A. R., Isik, U., Janssen, J. in Dilaver, G. (2023). Inclusion and diversity within medical education: A focus group study of students' experiences. *BMC Medical Education, 23*, 61. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04036-3

Yeager, K. A. in Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research, 26*(4), 251–256. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008

Zanetti, M. L., Dinh, A., Hunter, L., Godkin, M. A. in Ferguson, W. (2014). A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *International Journal of Medical Education, 5*, 37-44. https://doi.org/10.5116/ijme.52ec.d075

Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S. in Pfaff, K. (2020). Exploring the impact of health care provider cultural competence on new immigrant health-related quality of life: A cross-sectional study of Canadian newcomers. *Journal of Transcultural Nursing, 32*(5), 508-517. https://doi.org/10.1177/1043659620967441

Poglavje 2

Raznolikost in vključevanje v zdravstvu

Małgorzata Zimny
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poljska)

Raznolikost in vključenost v zdravstvu nista le vodilni načeli, temveč temeljna stebra, ki zagotavljata, da se vsak pacient počuti priznanega, slišanega in spoštovanega, saj se pravo zdravje začne s pravičnostjo.

2.1 Uvod

Raznolikost in vključenost sta že dolgo pogosto uporabljena pojma v različnih kontekstih, vendar sta šele v zadnjih letih postala sestavni del razprav o zdravstvenem varstvu.

Bogata raznolikost, ki odraža mozaik skupnosti glede na raso/etnično pripadnost, spol, spolno usmerjenost, status priseljevanja, telesno invalidnost in socialno-ekonomsko raven, lahko predstavlja izziv tako za izvajalce zdravstvenih storitev kot za paciente. Vendar pa ponuja tudi priložnosti za pozitivno preobrazbo. Da bi bila takšna preobrazba uspešna, se morajo prizadevanja osredotočiti na **raznolikost, pravičnost in vključevanje** in ne zgolj na **raznolikost**. Vse bolj se razume medsebojna povezanost med delovnim okoljem izvajalcev zdravstvenih storitev, izidi zdravljenja pacientov in splošno uspešnostjo organizacije (Gill, 2018).

Raznolikost in vključevanje v zdravstvu vključujeta vključevanje različnih perspektiv, kultur, izkušenj in identitet v vsakodnevno zdravstveno prakso. Ta pristop zahteva sprejemanje in spoštovanje rasne, etnične, kulturne, spolne, starostne in verske raznolikosti ter razumevanje izzivov, s katerimi se soočajo invalidi ali pripadniki marginaliziranih družbenih skupin. Ključni cilj je zagotoviti enake možnosti, dostop in zelo kakovostno zdravstveno varstvo za vse, ne glede na njihovo poreklo ali življenjske okoliščine (Stanford, 2020).

Cilji

V tem poglavju bodo študenti razvili znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- razumevanje prednosti raznolikosti in vključenosti v zdravstvu,
- opredelitev strategij za premagovanje ovir, povezanih z delom v kulturno raznolikem okolju,
- prepoznavanje ključnih področij poklicnega vedenja v kontekstu kulturne raznolikosti,
- razumevanje pomena ključnih značilnosti, ki jih zdravstveno osebje potrebuje za učinkovito delo v kulturno raznolikem okolju.

Učni rezultati

Po zaključku tega poglavja bodo bralci znali:

- prepoznati in ceniti prednosti kulturne raznolikosti v zdravstvu,
- opredeliti metode za premagovanje ovir pri dostopu do zdravstvenega varstva,
- prilagajati zdravstvene oskrbe potrebam posameznega pacienta z izvajanjem ključnih področij poklicnega vedenja v kontekstu kulturne raznolikosti,
- učinkovito sodelovati v kulturno raznolikem medicinskem okolju z razumevanjem in razvijanjem ključnih značilnosti, ki se zahtevajo od zdravstvenega osebja.

2.2 Prednosti raznolikosti in vključevanja v zdravstvu

Sodobno zdravstveno varstvo deluje v vedno bolj raznoliki družbi, v kateri pacienti prihajajo iz različnih kulturnih, socialnih in jezikovnih okolij. Sprejemanje te raznolikosti ne le izboljšuje kakovost opravljenih storitev, temveč tudi krepi zaupanje med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev. Vključujoč pristop k zdravstvenemu varstvu omogoča boljše prilagajanje diagnoze in zdravljenja individualnim potrebam pacientov, zmanjšuje ovire za dostop in izboljšuje rezultate zdravljenja.

2.2.1 Boljši zdravstveni rezultati

Razumevanje kulturnih razlik pomaga bolje prepoznati individualne potrebe pacientov, kar omogoča natančnejšo uskladitev zdravstvene oskrbe z njihovimi pričakovanji in življenjskimi okoliščinami. To zdravnikom in medicinskemu osebju omogoča ne le učinkovitejše diagnosticiranje in zdravljenje, temveč tudi vzpostavljanje odnosov, ki temeljijo na zaupanju, kar povečuje učinkovitost terapij in povečuje udobje pacientov.

Boljša komunikacija s pacienti pomembno vpliva na uspešnost zdravljenja. Uporaba prevajalcev ali izobraževalnega gradiva, prilagojenega pacientovemu jeziku in kulturi, olajša razumevanje zdravstvenih navodil. Tako lahko pacienti bolje upoštevajo terapevtske smernice, kar izboljša učinkovitost zdravljenja in izboljša zdravstvene izide (Borowczyk, 2023). Vedno bolj se zavedamo pomena učinkovite komunikacije v zdravstvenih sistemih. Glede na to, da morajo biti tečaji komuniciranja prilagojeni posebnostim določene kulture, jezika in drugim kontekstualnim vprašanjem, so številne države in skupnosti, ki uporabljajo skupni jezik, predlagale svoja priporočila za učne načrte komuniciranja na dodiplomskem študiju medicine. Z vse večjim zavedanjem o pomenu medicinske komunikacije je bilo njeno poučevanje vključeno v temeljni medicinski učni načrt. Medicinske fakultete po vsem svetu so začele uvajati ustrezne predmete v svoje učne načrte do konca 20. stoletja. Ena prvih izkušenj je prišla iz Univerze v Lagosu leta 1984 (Ersek, 2020). Sodobnejši primeri vključujejo Medicinsko fakulteto Univerze v Leipzigu - COMSKIL Communication Skills Training (Gebhardt, 2021) in Longitudinal Communication Curriculum (Zimmermann, 2021), Charité - Universitätsmedizin Berlin, Univerzo v Gentu (Kienle, 2021) in Medicinsko fakulteto Harvard (Rider, 2006).

Ena od strategij, ki so jo številne organizacije že uvedle, so prevajalske storitve, ki so ključne za paciente z omejenim znanjem lokalnega jezika in za pripravo pisnega gradiva (Karliner, 2007). Druga strategija za izboljšanje kulturne usposobljenosti je vključitev navigatorjev za paciente, osebja in zagovornikov pacientov. Najučinkovitejša rešitev je, če je le mogoče, zaposliti zdravstveno osebje, ki kulturno najbolj ustreza večini oskrbovanih pacientov (Nair, 2019).

Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja: V literaturi na to temo je najpogosteje poudarjen vidik enakosti, ki se razume kot zagotavljanje enakih pravic za posameznike z enakimi potrebami po zdravstveni oskrbi (Equal access for equal needs) (Culyer, 1995). Raznolikost na področju zdravstvenega varstva omogoča boljše prepoznavanje in

odpravljanje ovir, ki omejujejo dostop do zdravstvenih storitev, kot so jezikovne, finančne ali socialne ovire. To lahko vključuje sodelovanje z organizacijami skupnosti, organizacijami priseljencev in beguncev ter drugimi družbenimi skupinami, kot so nevladne organizacije, fundacije, združenja, verske skupine in socialni klubi.

Preprečevanje zdravniških napak: Razumevanje kulturnega konteksta pacienta lahko pomaga preprečiti nesporazume, ki včasih vodijo v napačne diagnoze ali zdravljenje (Puch, 2020).

2.2.2 Večje zaupanje pacientov v zdravstveni sistem

Vzpostavljanje odnosov, ki temeljijo na zaupanju: Zaupanje je temelj učinkovitega zdravstvenega varstva in pacienti, ki menijo, da se spoštuje njihova kultura, vrednote in tradicije, so bolj pripravljeni biti odprti in sodelovati z izvajalci zdravstvenih storitev.

Spoštovanje kulturne raznolikosti in krepitev zaupanja v zdravstvu ne krepita le odnosa med pacientom in izvajalcem, temveč tudi izboljšujeta rezultate zdravljenja in splošno kakovost oskrbe.

Kadar zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci pokažejo razumevanje za individualne potrebe pacientov ter upoštevajo njihovo kulturno in družbeno ozadje, se pacienti počutijo bolj sprejete in spoštljivo obravnavane. Takšen pristop pomaga vzpostaviti močnejšo vez med pacientom in zdravstvenim osebjem, kar vodi k boljši komunikaciji in učinkovitejšemu zdravljenju.

Če ima na primer pacient iz določene kulture pomisleke glede zdravljenja ali postopkov, ki so v nasprotju z njegovo tradicijo, lahko zdravstveno osebje, ki pokaže razumevanje in zagotovi ustrezno izobraževanje, pomaga ublažiti te pomisleke s priznavanjem, cenjenjem ter nudenjem čustvene in informacijske podpore. Spoštovanje pacientove kulture vpliva tudi na njegov občutek varnosti, kar lahko zmanjša odpor do iskanja zdravniških posvetov. Pacienti, ki imajo občutek, da je njihova identiteta sprejeta, se bodo pogosteje vključili v dolgoročno oskrbo, upoštevali zdravniška priporočila in dejavno sodelovali v procesu zdravljenja.

Poleg tega ta pristop pomaga zmanjšati jezikovne in kulturne ovire, ki lahko ovirajo učinkovito komunikacijo in ustvarjajo razdaljo med pacientom in izvajalci zdravstvenih storitev. Zato vzpostavljanje odnosov, ki temeljijo na zaupanju in kulturni raznolikosti, ne izboljšuje le zadovoljstva pacientov, temveč tudi povečuje učinkovitost zdravljenja, zmanjšuje tveganje za zdravstvene napake in prispeva k splošnemu izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva.

Zmanjšanje anksioznosti in stresa: Ko se pacienti počutijo razumljene, spoštovane in cenjene, se njihov čustveni odziv na zdravstvene razmere bistveno izboljša. Tesnoba in stres sta pogosta odziva na zdravstvene posege, zlasti kadar pacienti čutijo nerazumevanje s strani izvajalcev zaradi razlik v stilih komuniciranja, kulturnih ozadij ali pomanjkanja empatije (Rozlog, 1999). Kadar pa si zdravstveni delavci vzamejo čas za

razumevanje edinstvenih potreb, skrbi in kulturnega konteksta pacienta, ustvarijo okolje, v katerem se pacient počuti slišanega in varnega. Ta občutek razumevanja spodbuja pozitiven terapevtski odnos, kar vodi k večji odprtosti in pripravljenosti za sodelovanje z zdravstveno ekipo. Ko se pacienti počutijo bolj udobno, je bolj verjetno, da bodo odkrito razpravljali o svojih simptomih, željah glede zdravljenja in pomislekih, kar zdravstvenim delavcem omogoča, da zagotovijo bolj prilagojeno oskrbo. To pa izboljša splošno izkušnjo pacienta med zdravljenjem. Poleg tega zmanjšanje anksioznosti in stresa neposredno vpliva na izide zdravljenja. Visoka raven stresa lahko ovira proces zdravljenja, saj negativno vpliva na imunski sistem in poslabša nekatera stanja. Kadar se pacienti počutijo manj stresno, je bolj verjetno, da bodo upoštevali zdravniška priporočila, sledili načrtom zdravljenja in se aktivno ukvarjali z zdravjem, kar prispeva k hitrejšemu okrevanju. V bistvu negovanje občutka razumevanja ne ustvarja le bolj pozitivnega in sodelovalnega okolja, temveč tudi pospešuje proces zdravljenja z lajšanjem čustvenih in duševnih bremen, ki lahko ovirajo okrevanje (Sirois, 2018).

Če se pacienti počutijo razumljene in podprte, se zmanjšata stres in tesnoba, spodbuja se sodelovanje, kar izboljša rezultate zdravljenja in pospeši proces zdravljenja.

2.2.3 Povečanje učinkovitosti zdravstvene ekipe

Kulturno raznolike ekipe so bolj ustvarjalne: Kulturna raznolikost v skupinah združuje posameznike z različnimi pogledi, izkušnjami in pristopi k reševanju problemov. Ta mešanica pogledov povečuje inovativnost, saj lahko člani ekipe k izzivom pristopijo z različnih vidikov, kar vodi do bolj ustvarjalnih in učinkovitih rešitev. Ko sodelujejo ljudje iz različnih kulturnih okolij, lahko črpajo iz širšega nabora znanja, tradicij in strategij, kar pogosto privede do edinstvenega in nekonvencionalnega razmišljanja (Schmidt, 2023). V zdravstvenih ustanovah lahko na primer kulturno raznolika ekipa razvije bolj raznolike in celovite pristope k oskrbi pacientov, pri čemer poleg medicinskih dejavnikov upošteva tudi kulturne preference, družbeno dinamiko in različne načine spoprijemanja z boleznijo. Ta raznolikost pomaga pri odkrivanju morebitnih vrzeli v oskrbi in spodbuja razvoj novih tehnik ali orodij, ki jih je mogoče uporabiti za izboljšanje rezultatov zdravljenja pacientov.

Poleg tega so kulturno raznolike ekipe bolj nagnjene k dvomom o sedanjem stanju in tradicionalnih metodah, kar spodbuja okolje, v katerem se spodbuja ustvarjalnost. Te ekipe so običajno bolj prilagodljive in odprte za eksperimentiranje z novimi idejami, kar je še posebej pomembno na hitro spreminjajočih se področjih, kot je zdravstvo, kjer so inovacije ključne za izboljšanje oskrbe in zdravljenja pacientov (Teixeira, 2024).

Kulturna raznolikost v zdravniških ekipah povečuje ustvarjalnost, spodbuja sodelovanje in inovativnost, kar na koncu privede do učinkovitejše in uspešnejše oskrbe pacientov.

Z ustvarjanjem vključujočega okolja, v katerem so različni pogledi dobrodošli in cenjeni, lahko organizacije izkoristijo celoten potencial svojih ekip, kar vodi k večji učinkovitosti, sposobnosti reševanja težav in splošni ustvarjalnosti.

Kulturno raznolike ekipe zmanjšajo tveganja za nastanek konfliktov: Razumevanje in sprejemanje raznolikosti v skupinah ima ključno vlogo pri zmanjševanju napetosti in spodbujanju sodelovanja. Ko člani ekipe prepoznajo in spoštujejo kulturne razlike, ozadja in perspektive, ustvarijo bolj harmonično delovno okolje. To razumevanje pomaga preprečiti nesporazume, ki lahko nastanejo zaradi napačne komunikacije, stereotipov ali predpostavk o vedenju in vrednotah drugih.

Razumevanje in sprejemanje raznolikosti v skupinah ne le zmanjšuje konflikte, temveč tudi krepi sodelovanje, kar ustvarja bolj harmonično in produktivno delovno okolje.

V kulturno raznoliki ekipi je pogosto večji poudarek na odprti komunikaciji, aktivnem poslušanju in empatiji. Te prakse pomagajo članom ekipe premagovati morebitne kulturne razlike in najti skupne točke ter preprečiti konflikte, še preden se zaostrijo. Če se zavedamo, da vedenje nekoga morda izhaja iz kulturnih norm in ne iz osebnih težav, lahko zmanjšamo občutke razočaranja ali zamere, ki bi se sicer lahko pojavili.

Poleg tega ekipe, ki dejavno spodbujajo vključenost, spodbujajo posameznike, da se izražajo brez strahu pred obsojanjem, kar pomaga pri reševanju težav, še preden postanejo vir sporov. Če se vsak član ekipe počuti spoštovanega in cenjenega, je tveganje za negativno tekmovalnost ali delitve znotraj skupine manjše. Posledično se izboljša sodelovanje in skupina se lahko osredotoči na doseganje skupnih ciljev, namesto da bi jo motili notranji spori.

Z ustvarjanjem okolja, v katerem je raznolikost ne le sprejeta, temveč tudi slavljena, lahko organizacije spodbujajo bolj pozitivno in produktivno vzdušje. To vodi k razvoju močnejših ekip, manjšemu stresu in učinkovitejšim delovnim procesom, kar na koncu privede do boljših rezultatov, zlasti na zahtevnih področjih, kot je zdravstvo.

Kulturno raznolike ekipe spodbujajo razvoj medosebnih spretnosti: Delo v večkulturnem okolju ponuja edinstveno priložnost za razvoj ključnih medosebnih spretnosti, kot so empatija, prilagodljivost in učinkovito komuniciranje, zlasti v težkih in zapletenih situacijah. Sodelovanje z ljudmi iz različnih okolij, z različnimi vrednotami in prepričanji je za člane ekipe izziv, da stopijo iz svojega območja udobja in razumejo poglede drugih.

Empatija v večkulturnem kontekstu vključuje sposobnost postaviti se na mesto nekoga drugega, razumeti njegove potrebe, čustva in odzive v kulturnem kontekstu. V takem okolju se člani skupine naučijo, kako učinkovito komunicirati ob upoštevanju jezikovnih, kulturnih in socialnih razlik, kar pripomore k boljšemu razumevanju in zmanjšanju napetosti.

Delo v večkulturnem okolju krepi empatijo, prilagodljivost in učinkovito komunikacijo ter ustvarja močnejše in bolj povezane ekipe, ki so pripravljene na izzive sodobnega zdravstva.

Prilagodljivost, ključni vidik dela v večkulturnem okolju, pomeni sposobnost prilagajanja novim in neznanim razmeram ter prilagajanja svojega vedenja in pristopa

spreminjajočim se razmeram in potrebam drugih. Ta prilagodljivost omogoča učinkovito reševanje konfliktov, iskanje skupnih točk v različnih delovnih stilih ter učinkovito obvladovanje različnih zahtev pacientov in sodelavcev.

Poleg tega delo v večkulturnem timu povečuje sposobnost učinkovitega sporazumevanja v zahtevnih situacijah, v katerih lahko kulturne razlike privedejo do nesporazumov. Sposobnost jasne razlage namenov, pogajanj in iskanja skupnih točk v pogovorih je neprecenljiva v timskem okolju, zlasti v zdravstvu, kjer lahko vsaka interakcija vpliva na izid zdravljenja.

Zato delo v raznolikem okolju ne le obogati medosebne spretnosti, ampak tudi prispeva k oblikovanju bolj povezanih, učinkovitih in empatičnih ekip, ki so bolje pripravljene na izzive sodobnega zdravstva.

2.3 Premagovanje ovir

Premagovanje ovir v zdravstvu je ključnega pomena za zagotavljanje enakega dostopa do zelo kakovostne oskrbe za vse paciente, ne glede na njihove kulturne, jezikovne ali osebne okoliščine.

2.3.1 Medkulturno izobraževanje

Medkulturno usposabljanje zdravstvenega osebja je temeljnega pomena za učinkovito zdravstveno varstvo v različnih skupnostih. Če je osebje dobro pripravljeno na delo v večkulturnem okolju, pridobi spretnosti za boljše razumevanje in prilagajanje svojega delovanja potrebam pacientov iz različnih kultur. Tovrstno izobraževanje ne uči le o običajih, prepričanjih in vrednotah, temveč pomaga tudi razumeti, kako ti kulturni vidiki vplivajo na pacientov odnos do zdravljenja in zdravja. V nekaterih kulturah so na primer družinske vezi lahko zelo močne, kar pomeni, da se je treba o zdravstvenih odločitvah posvetovati s pacientovo družino. Druge kulture imajo morda raje tradicionalne metode zdravljenja, kar lahko vpliva na pacientovo odprtost za konvencionalne terapije (Jongen, 2018).

Takšno usposabljanje lahko obravnava tudi razlike v verbalni in neverbalni komunikaciji, ki so ključne za učinkovito posredovanje medicinskih informacij. Geste, ton glasu in celo telesna drža imajo lahko v različnih kulturah različen pomen, napačno razumevanje teh znakov pa lahko povzroči zmedo. Z medkulturnim izobraževanjem se zdravstveni delavci naučijo, kako se izogniti nesporazumom, kar pripomore h kakovostnejšim stikom s pacienti (Brach in Fraserirector, 2000). Poleg tega medkulturno izobraževanje zdravstvenemu osebju pomaga razviti večjo občutljivost za razlike v pristopih k zdravju in bolezni. Znanje o tem, kako pacienti iz različnih kultur dojemajo proces zdravljenja, lahko vpliva na to, kako zdravstveni delavci sprejemajo terapevtske odločitve, predlagajo zdravljenje ali pojasnjujejo medicinske postopke. Razumevanje, da imajo pacienti lahko različna pričakovanja glede metod zdravljenja, omogoča bolj prilagojen pristop, kar povečuje možnosti za uspešno sodelovanje med pacientom in zdravstvenim osebjem.

Z medkulturnim izobraževanjem se zdravstveno osebje bolje zaveda svoje vloge ne le kot strokovnjaki, temveč tudi kot posamezniki, ki pomagajo pacientom, da se počutijo

razumljene in spoštovane. Tovrstno izobraževanje prispeva k izboljšanju kakovosti oskrbe, zmanjšanju števila zdravstvenih napak in večjemu zadovoljstvu pacientov, saj se ti v stikih z osebjem, ki razume njihovo kulturno ozadje in potrebe, počutijo varnejše.

Sistemi zdravstvenega varstva, ki izvajajo usposabljanje o kulturni raznolikosti in spodbujajo vključujoče delovne procese, imajo ključno vlogo pri zmanjševanju vrzeli med zdravstvenimi ekipami in doseganju pravičnih rezultatov zdravljenja za vse paciente.

Da bi izboljšali kakovost zdravstvenega varstva, bi morale zdravstvene organizacije svojemu osebju zagotoviti usposabljanje za kulturno kompetenco, da bi bolje razumeli in spoštovali prepričanja, vrednote in prakse pacientov iz različnih kulturnih okolij. Ta usposabljanja bi morala zajemati teme, kot so kulturna ponižnost, kulturna občutljivost, kulturna zavest, komunikacijske spretnosti in strategije za premagovanje kulturnih ovir (Saha, 2008).

2.3.2 Odpravljanje pristranskosti

Zavedanje lastnih predsodkov in njihovega vpliva na zdravstvene odločitve je ključni element pri oblikovanju pravičnega in enakopravnega zdravstvenega sistema. Vsakdo, ne glede na svojo izobrazbo ali poklicne izkušnje, ima določene nezavedne preference in predsodke, ki lahko vplivajo na odločitve v interakciji s pacienti. V zdravstvenem okolju lahko ti predsodki privedejo do neenake obravnave pacientov, kar lahko na koncu vpliva na kakovost oskrbe, diagnoze in izide zdravljenja (Thompson, 2023).

Odpravljanje predsodkov v zdravstvu zagotavlja, da je vsak pacient obravnavan pošteno in spoštljivo ter da je deležen najboljše možne oskrbe ne glede na svojo zgodovino. Prvi korak k odpravi takšnih predsodkov je, da se jih zavedamo. Ko zdravstveni delavci razumejo, da določeno vedenje, odnos ali pristranskost lahko izvirajo iz njihovih nezavednih prepričanj, je bolj verjetno, da bodo razmislili o svojih odzivih in odločitvah. Zdravnik lahko na primer nezavedno domneva, da se pacient iz določene družbene skupine ne bo držal zdravniških priporočil, kar lahko privede do nepopolne komunikacije ali manj učinkovitih metod zdravljenja. Z izobraževanjem o pristranskosti se lahko zdravstveno osebje nauči prepoznati ta nezavedna prepričanja in deluje bolj objektivno ter upošteva potrebe pacientov, namesto da se zanaša na stereotipne predpostavke (Balakrishnan, 2019).

Pomemben vidik odpravljanja pristranskosti v zdravstvu je nenehno izboljševanje in udeležba na usposabljanju o enakosti, pravičnosti in vključevanju. Ta usposabljanja zdravstvenim delavcem pomagajo prepoznati in razumeti mehanizme, ki povzročajo pristranskost, ter zagotavljajo tehnike in strategije, ki pomagajo ublažiti njihove negativne učinke. Primer tega je učenje učinkovite komunikacije s pacienti iz različnih kultur, da bi zmanjšali tveganje nepravičnih predpostavk ali sodb.

Odpravljanje predsodkov v zdravstvu zagotavlja, da je vsak pacient obravnavan pošteno in spoštljivo ter da je deležen najboljše možne oskrbe ne glede na svoje ozadje.

Odpravljanje pristranskosti ne izboljšuje le kakovosti zdravstvene oskrbe, temveč tudi krepi zaupanje med pacienti in zdravstvenim sistemom. Pacienti, ki menijo, da so obravnavani pravično, ne glede na njihov izvor, socialni položaj, raso ali veroizpoved, so bolj odprti za sodelovanje z zdravstvenimi delavci. Poleg tega večja ozaveščenost zdravstvenega osebja o pristranskosti vodi k bolj uravnoteženim in pravičnim medicinskim odločitvam, kar lahko prispeva k boljšim izidom zdravljenja in splošnemu zadovoljstvu pacientov (Thirsk, 2022).

Zato odprava pristranskosti v zdravstvu ni le etično, temveč tudi praktično vprašanje, ki prispeva k pravičnejšemu, učinkovitejšemu in enakopravnejšemu zdravstvenemu sistemu, v katerem imajo vsi pacienti enake možnosti za najboljšo možno oskrbo (Horst, 2019).



2.3.3 Jezikovna dostopnost

Jezikovna dostopnost je most, ki paciente povezuje z učinkovito in strokovno oskrbo.

Jezikovna dostopnost v zdravstvu je ključni element pri zagotavljanju enakega dostopa do zdravstvenih storitev za paciente, ki ne govorijo prevladujočega jezika v državi ali regiji. Sodobne družbe postajajo vse bolj jezikovno raznolike, jezikovne ovire pa lahko bistveno vplivajo na kakovost zdravstvenega varstva. Če pacient ne razume v celoti medicinskih informacij, navodil ali postopkov, lahko to privede do resnih napak pri zdravljenju, nesporazumov glede terapevtskih priporočil ter manjšega občutka varnosti in udobja (več o jezikovni dostopnosti si lahko preberete v poglavju 9).

Jezikovna dostopnost je most, ki paciente povezuje z učinkovito in sočutno oskrbo. Uveljavljen pristop k jezikovni dostopnosti pomaga ustvariti bolj vključujoče zdravstveno okolje, v katerem ima vsak pacient enake možnosti za razumevanje in koriščenje zdravstvenih storitev, ne glede na jezikovne ovire. Ta pristop ne le izboljšuje komunikacijo, temveč tudi krepi zaupanje pacientov v zdravstveni sistem in povečuje njihovo vključenost v proces zdravljenja.

2.4 Vključujoče vodenje

2.4.1 Spodbujanje raznolikosti: Ustvarjanje ekip, ki odražajo raznolikost skupnosti, je ključni korak pri zagotavljanju učinkovitega in empatičnega zdravstvenega varstva

Ekipe, ki jih sestavljajo posamezniki iz različnih etničnih, kulturnih in jezikovnih okolij, pa tudi tisti z različnimi življenjskimi in poklicnimi izkušnjami so bolje opremljene za razumevanje potreb pacientov iz različnih okolij. Ta zastopanost pomaga odpravljati komunikacijske ovire, graditi zaupanje in prilagoditi oskrbo posebnim potrebam različnih družbenih skupin.

Raznolikost v zdravniških ekipah spodbuja tudi inovativnost pri reševanju težav. Različni pogledi in pristopi k situacijam lahko vodijo k bolj ustvarjalnim in učinkovitim odločitvam, ki so v hitro razvijajočem se zdravstvenem okolju bistvenega pomena. Poleg tega so raznoliki timi bolje pripravljeni na izzive globalizacije, vključno z zdravstvenimi vprašanji, ki zahtevajo poznavanje različnih kultur in zdravstvenih sistemov.

Vključevanje raznolikosti v postopke zaposlovanja in usposabljanja ustvarja priložnosti ne le za posameznike, ki prinašajo svoje edinstvene poglede, temveč tudi za organizacije, da postanejo bolj prilagodljive in učinkovite. Ta pristop odraža zavezanost k oblikovanju pravične družbe, v kateri ima vsakdo, ne glede na svojo zgodovino, dostop do zelo kakovostnega zdravstvenega varstva.

Spodbujanje raznolikosti ni le etična obveznost, temveč tudi praktična strategija, ki krepi razvoj ekipe, izboljšuje izkušnje pacientov in dviguje raven zdravstvenega varstva, ki je tako dostopnejše in učinkovitejše za vse.

2.4.2 Vključevanje: aktivno vključevanje osebja in pacientov v proces odločanja

Sodelovanje je ključni element pri vzpostavljanju učinkovitih in vključujočih sistemov zdravstvenega varstva. Aktivno vključevanje zdravstvenega osebja in pacientov v procese odločanja omogoča boljše razumevanje njihovih potreb, prednostnih nalog in skrbi. Ko zdravstveni delavci čutijo, da so njihovi glasovi slišani in upoštevani, se povečajo njihova motivacija, zadovoljstvo pri delu in občutek pripadnosti. Podobno imajo pacienti, ki dejavno sodelujejo pri oskrbi, večji občutek nadzora nad svojim zdravjem, kar povečuje njihovo sodelovanje pri zdravljenju in upoštevanje zdravniških priporočil.

Sodelovanje uspeva, kadar je vsak glas cenjen.

Vključevanje osebja v procese odločanja vključuje redna posvetovanja, zbiranje povratnih informacij in ustvarjanje prostora za odprto izmenjavo idej, ne glede na položaj ali poklicne izkušnje. Ta pristop pomaga organizacijam prepoznati izzive, s katerimi se soočajo njihove ekipe, in skupaj razviti rešitve, ki izboljšujejo učinkovitost in kakovost oskrbe.

Vključevanje pacientov pomeni ustvarjanje okolja, v katerem njihova mnenja in želje resnično vplivajo na zdravstvene odločitve. Za to morajo zdravstveni delavci pokazati ne le empatijo in odprtost, temveč tudi sposobnost, da zapletene medicinske informacije razložijo na razumljiv način. Vključevanje pacientov v razprave o njihovih načrtih zdravljenja, zdravstvenih ciljih in terapevtskih možnostih krepi zaupanje in občutek partnerstva.

V praksi se lahko vključevanje podpira z rednimi sestanki ekipe, svetovalnimi skupinami, v katere so vključeni pacienti, anketami o kakovosti oskrbe ali digitalnimi orodji, ki pacientom omogočajo zagotavljanje povratnih informacij v realnem času. Aktivno sodelovanje vseh deležnikov v procesih odločanja prispeva k oblikovanju bolj uravnoteženih in učinkovitih sistemov, ki se bolje odzivajo na različne potrebe skupnosti.

Angažiranost ni le orodje za izboljšanje organizacijskih in timskih procesov, temveč tudi vrednota, ki krepi zaupanje, gradi odnose ter spodbuja kulturo vzajemnega spoštovanja in sodelovanja.

2.4.3 Modeliranje stališč

Vodje imajo ključno vlogo pri oblikovanju organizacijske kulture, zato je njihov pristop k raznolikosti in vključevanju tako pomemben. Aktivno morajo izkazovati odprtost za različne poglede, spoštovanje različnih stališč in pripravljenost za sodelovanje z ljudmi iz različnih okolij. Vodenje z zgledom pomeni, da vodje o vrednotah, kot sta enakost in sprejemanje, ne le govorijo, ampak jih tudi vsakodnevno udejanjajo s svojim vedenjem. Vodja lahko na primer aktivno posluša člane ekipe, sodeluje v razpravah z zaposlenimi iz različnih okolij ali sprejema odločitve, ki odražajo potrebe in predloge.

Vodje morajo spodbujati tudi preglednost in odprto komunikacijo ter ustvariti okolje, v katerem se vsi počutijo udobno pri izražanju svojih mnenj in skrbi. Takšen pristop ne le gradi zaupanje, temveč tudi motivira celotno ekipo, da te vrednote upošteva pri svojem vsakodnevnem delu.

Vodenje lahko najbolj učinkovito spreminja prakso, če ga vodijo spoštovanje, odprtost in konkretna dejanja.

Poleg tega se lahko vodje udeležijo usposabljanja o raznolikosti in vključevanju, s čimer dokažejo svojo zavezanost samouresničevanju in pripravljenost za učenje. S svojimi dejanji lahko navdihnejo druge, da sprejmejo spremembe in ustvarijo delovno okolje, ki odraža spoštovanje, empatijo in sodelovanje.

Zato postanejo stališča vodij gonilna sila celotne organizacije in oblikujejo ozračje, v katerem je raznolikost, videna kot prednost, vključevanje pa kot norma.

2.5 Poklicno vedenje v kontekstu kulturne raznolikosti

Poklicno vedenje v kontekstu kulturne raznolikosti se nanaša na to, kako naj posamezniki na delovnem mestu in v drugih poklicnih okoljih ravnajo, da bodo spoštovali in cenili kulturno raznolikost in razlike med posamezniki. Sodobne organizacije in družbe postajajo vse bolj kulturno raznolike, kar predstavlja izziv za zaposlene in vodje v smislu učinkovitega sodelovanja, komuniciranja in vodenja kulturno raznolikih skupin (Araque in Weiss, 2024).

Ključna strokovna vedenja, povezana s kulturno raznolikostjo na delovnem mestu, temeljijo na **samorefleksiji, prilagodljivosti, empatiji in zaščiti pacientovih pravic**.

Resnična strokovnost se kaže v sposobnosti samorefleksij, prilagodljivosti, empatiji in zaščiti pacientovih pravic.

2.5.1 Samorefleksija

Samorefleksija v kontekstu dela z ljudmi iz različnih kultur je proces poglobljenega razmišljanja o lastnih prepričanjih, vrednotah in stališčih, ki pomaga razumeti, kako ti notranji vidiki oblikujejo naše odzive na druge, zlasti pri interakciji z ljudmi iz različnih kultur. Samorefleksija je še posebej pomembna v zdravstvu, medicinskih poklicih in na vseh področjih, kjer neposredna interakcija s pacienti in sodelavci zahteva občutljivost za raznolikost. Spodnja slika 6 ponazarja procese kulturnega in prilagoditvenega razvoja. Vsaka stopnja je povezana z naslednjimi koraki, kar kaže na njihovo soodvisnost (Alkhamees, 2023).



Slika 6. Proces kulturnega in prilagoditvenega razvoja

Zavedanje lastnih prepričanj in vrednot
Samorefleksija se začne z zavedanjem lastnih prepričanj, ki lahko izhajajo iz vzgoje, vere, kulturnih tradicij, izobraževanja ali osebnih izkušenj. Če na primer oseba, ki prihaja iz kulture, v kateri ima družina osrednjo vlogo, ima lahko drugačen pogled na prednostne naloge v življenju pacienta, ki ima drugačne vrednote. Razumevanje, kako lahko ta prepričanja vplivajo na dojemanje drugih, je bistvenega pomena za profesionalno vedenje v interakcijah s pacienti in sodelavci iz različnih kultur.

Prepoznavanje predsodkov in stereotipov
Vsak od nas nosi določene predsodke, ki so lahko posledica nezavednega posnemanja kulturnih stereotipov v družbi. Samorefleksija pomaga prepoznati te predsodke in stereotipe, kar omogoča njihovo odpravo ali zmanjšanje v interakcijah z drugimi. Zdravnik lahko na primer opazi, da je prej domneval, morda napačno, da imajo pacienti iz določenih kultur raje določene metode zdravljenja ali komunikacije. Zavedanje teh predsodkov omogoča razvoj bolj odprtega pristopa do pacientov iz različnih kultur.

Razumevanje vpliva lastnih stališč na interakcije
Naš odnos do drugih lahko pomembno vpliva na kakovost medsebojnih odnosov, zlasti v kontekstu kulturnih razlik. Samorefleksija pomaga razumeti, kako naša čustva, odzivi in vedenje oblikujejo naše odnose s pacienti in sodelavci. Če ima nekdo na primer negativen odnos do posameznikov iz določenega kulturnega okolja, lahko to vpliva na potek komunikacije in ovira razvoj zaupanja. Redno ocenjevanje lastnega odnosa nam omogoča, da te interakcije izboljšamo, kar je še posebej pomembno v poklicih, ki zahtevajo empatijo in razumevanje.



Upoštevanje vpliva kulture na vedenje in pričakovanja
Samorefleksija vključuje tudi analizo, kako kulturne razlike vplivajo na pričakovanja in vedenje pacientov in sodelavcev. Razumevanje, da lahko kultura vpliva na način izražanja čustev, dojemanje avtoritete ali odnos do časa, zagotavlja boljšo podlago za oblikovanje ustreznih komunikacijskih strategij. V nekaterih kulturah se na primer neposredno soočenje lahko šteje za nevljudno, medtem ko se v drugih razume kot izraz iskrenosti. Zavedanje teh razlik pomaga izogniti se nesporazumom in konfliktom.

Razvijanje prilagoditvenih spretnosti
Samorefleksija pomaga tudi pri razvijanju sposobnosti prilagajanja različnim situacijam in posameznikom. Razumevanje lastnih odzivov na različne vedenjske sloge, ki lahko izhajajo iz različnih kulturnih vrednot, omogoča boljše usklajevanje lastnega odnosa s pričakovanji in potrebami drugih. Na primer pri delu s pacientom iz druge kulture, ki ima morda drugačen pristop k zdravljenju, samorefleksija pomaga prilagoditi komunikacijo na način, ki spoštuje njegova prepričanja in hkrati zagotavlja ustrezno oskrbo.



Učenje iz izkušenj
Samorefleksija je tudi proces učenja iz izkušenj. Po vsaki interakciji s pacientom ali sodelavcem je koristno razmisliti o tem, kaj je bilo dobro in kaj bi lahko izboljšali. Na primer, ali je bilo zaupanje uspešno vzpostavljeno, ali je bila komunikacija jasna, ali je med pogovorom prišlo do napetosti, povezanih s kulturnimi razlikami? Tovrstna analiza omogoča nenehno izboljševanje medosebnih spretnosti in boljšo pripravo na podobne situacije v prihodnosti.

Regulacija čustev in obvladovanje stresa
Kulturne razlike lahko sprožijo čustva, ki jih ni vedno lahko nadzorovati. Samorefleksija pomaga razumeti, katera čustva sprožijo določene situacije, povezane z medkulturnimi interakcijami. To zavedanje omogoča, da se človek nauči bolje uravnavati svoja čustva, kar je ključnega pomena pri delu s pacienti, ki so lahko pod stresom ali tesnobni, zlasti kadar se soočajo s kulturnimi ovirami v zdravstvu.

Kultura kot vir
Samorefleksija nam pomaga spoznati, da je lahko kulturna raznolikost dragocen vir, ki bogati našo poklicno prakso. Razumevanje, da vsaka kultura prinaša edinstvene vrednote, prepričanja in perspektive, lahko pripomore k empatičnemu pristopu do pacientov in sodelavcev. Posledično ne izboljšamo le kakovosti odnosov, temveč tudi izboljšamo svojo sposobnost ustvarjalnega in prožnega reševanja težav.

2.5.2 Fleksibilnost

Prilagodljivost pri delu s pacienti se nanaša na sposobnost prilagajanja vedenja, načina komunikacije in terapevtskega pristopa individualnim potrebam, pričakovanjem in kulturnim pogojem pacienta. To je ključna spretnost, zlasti ob soočanju z raznolikostjo posameznikov, s katerimi se srečujemo v zdravstvenem okolju.

Prepoznavanje individualnih potreb pacienta
Vsak pacient je edinstven, tako fizično kot čustveno, pa tudi z vidika kulturnih, verskih ali osebnih prepričanj. Prilagodljivost pomeni sposobnost prepoznavanja teh razlik in odzivanja nanje na način, ki je prilagojen posamezniku. Na primer, pacient iz drugačnega kulturnega okolja ima lahko drugačen pristop k zdravljenju in ima raje tradicionalne metode kot sodobne tehnologije. Podobno lahko oseba z izkušnjo travme v preteklosti zahteva poseben pristop, za katerega je med pogovorom značilna večja potrpežljivost in empatija (Schouten, 2023).

Prilagajanje sloga komuniciranja
Prilagodljivost vključuje tudi sposobnost prilagajanja sloga komuniciranja glede na pacienta. Glede na starost, stopnjo izobrazbe, materni jezik in kulturo bo morda treba spremeniti način podajanja informacij. Na primer, starejši pacient s težavami s sluhom morda potrebuje jasen in počasen govor, medtem ko ima mlajši pacient, ki ima boljši dostop do sodobnih medijev, morda raje bolj dinamično in jedrnato obliko komunikacije. Poleg tega lahko razlike v verbalnem in neverbalnem sporazumevanju v kulturnem kontekstu bistveno vplivajo na učinkovitost interakcij. V nekaterih kulturah lahko neposredno postavljanje vprašanj velja za nevljudno, v drugih pa za normalno.

Prilagajanje terapevtskega pristopa
Prilagodljivost se nanaša tudi na možnost prilagajanja pristopa k zdravljenju glede na želje pacienta. Na primer, pacient, ki je pripadnik določene vere, ima lahko raje terapije, ki so usklajene z njegovo vero, in v terapevtski proces vključuje molitve, meditacijo ali druge duhovne prakse. Po drugi strani pa je lahko pacient z medicinskimi izkušnjami bolj odprt za sodobne metode zdravljenja, vendar lahko zahteva podrobna pojasnila o postopku. V takih primerih lahko prožen terapevtski pristop vključuje povezovanje tradicionalnih metod s sodobnimi, pri čemer se spoštujejo pacientova prepričanja in hkrati zagotavlja učinkovita oskrba.

Empatija in aktivno poslušanje
Prilagodljivost v komunikaciji je povezana tudi z empatijo in sposobnostjo aktivnega poslušanja. Če se pacient počuti razumljenega in spoštovanega, je bolj verjetno, da bo odkrito govoril o svojem zdravstvenem stanju, skrbeh in potrebah. Prilagodljivost pomeni, da lahko zdravstveni delavci svoje odzive prilagodijo pacientovim čustvom in stopnji udobja. Če na primer pacient izrazi strah pred zdravljenjem, prilagodljivost vključuje prilagoditev tona glasu, telesne govorice in načina razlage postopkov, da se zagotovi občutek varnosti in udobja.

Razumevanje vpliva kulture na pričakovanja pacientov
Prilagodljivost v komunikaciji pomeni tudi priznavanje, da lahko kulturne razlike vplivajo na pacientova pričakovanja glede zdravljenja, komunikacije in odnosov z zdravstvenimi delavci. V nekaterih kulturah se na primer bolj spoštuje hierarhija, kar pomeni, da lahko pacient pričakuje, da bo zdravnik sprejel vse odločitve, ne da bi ga vključeval v podrobnosti. V drugih kulturah imajo pacienti morda raje pristop, ki temelji na sodelovanju in pri katerem so v celoti vključeni v proces odločanja.

Prilagodljivost pri odzivanju na spremembe v zdravstvenem stanju pacienta
Prilagodljivost ni le sposobnost prilagajanja začetnemu pristopu k pacientu, temveč tudi sposobnost odzivanja na spreminjajoče se okoliščine med zdravljenjem. Spremembe v pacientovem zdravju, njegovi odzivi na zdravljenje ali razvoj čustvenih potreb zahtevajo hitro prilagajanje. Prilagodljivost pomeni prilagajanje načrta zdravljenja edinstvenim potrebam pacienta.

Ohranjanje profesionalnosti kljub spremenjenim okoliščinam
Čeprav se je treba prilagoditi pacientu, je enako pomembno ohraniti strokovnost in varovati osebne meje. Prilagodljivost ne pomeni opuščanja etičnih ali strokovnih standardov, temveč sposobnost prilagajanja pristopa na način, ki ostaja skladen z zahtevami stroke in dobrobiti pacienta. Če pacient na primer poskuša prestopiti poklicne meje (npr. zahteva neetična dejanja), fleksibilnost vključuje nežno, a odločno opozorilo na poklicne meje.

Strokovnost vključuje občutljivost, prepoznavanje razlik in zagotavljanje oskrbe, prilagojene potrebam vsakega posameznika.

Ustvarjalno reševanje problemov
Delo s pacienti iz različnih kulturnih okolij ali z različnimi potrebami zahteva tudi sposobnost ustvarjalnega razmišljanja pri reševanju težav. Včasih ima lahko pacient nenavadne potrebe, ki jih s standardnimi postopki ni mogoče zlahka zadovoljiti. V takih primerih prilagodljivost omogoča iskanje novih, ustreznih rešitev, ki so hkrati učinkovite in spoštujejo pacientove individualne zahteve.

2.5.3 Empatija

Empatija je ključna spretnost pri delu s pacienti, zlasti v kontekstu kulturne raznolikosti. Vključuje sposobnost razumevanja in deljenja občutkov pacienta, ne glede na njegovo kulturno, versko, družbeno ali čustveno ozadje. V zdravstvu empatija omogoča učinkovitejšo komunikacijo, gradi zaupanje in omogoča prilagajanje oskrbe individualnim potrebam pacienta (Gonzalez-Tapia, 2023).

Razumevanje pacientovih čustev
Empatija se začne z zmožnostjo prepoznavanja in razumevanja pacientovih čustev, tudi če se izražajo drugače, kot smo navajeni. Pacient lahko občuti strah, negotovost, bolečino ali razočaranje, razumevanje teh čustev pa je ključno za zagotavljanje ustrezne oskrbe. Ne glede na pacientovo kulturno ozadje si njegova čustva zaslužijo spoštovanje in razumevanje. Z empatijo lahko zdravstveni delavci prilagodijo svojo komunikacijo tako, da se pacient počuti slišanega in razumljenega.



Aktivno poslušanje
Aktivno poslušanje je temelj empatije. Vključuje popolno osredotočenost na pacienta, razumevanje njegovih besed in tudi opazovanje neverbalnih znakov, kot so obrazna mimika, drža telesa in ton glasu. Aktivno poslušanje omogoča boljše razumevanje pacienta in njegovih potreb, kar je še posebej pomembno v kontekstu kulturnih razlik. Pogosto to, kar pacient pove, ne odraža v celoti obsega njegovih čustev, zato je pomembno poslušati "med vrsticami" in opaziti, kaj ostane neizrečeno.

Razumevanje različnih kulturnih vidikov
Empatija ne pomeni le deliti pacientovih občutkov, temveč tudi razumeti, da morda na svet gleda drugače zaradi svoje kulture, vere ali tradicije. V nekaterih kulturah na primer zelo spoštujejo avtoriteto zdravnika, zaradi česar lahko pacient okleva pri

izražanju skrbi ali dvomov, čeprav jih čuti. V drugih kulturah so pacienti morda bolj odprti za pogovore o svojih zdravstvenih težavah. Empatija zahteva razumevanje teh razlik in prilagajanje komunikacije, da se pacient počuti udobno in ima možnost svobodno izraziti svoje potrebe.

Sočutje brez obsojanja
Empatija vključuje tudi sposobnost izogibanja obsojanju. Ne glede na to, kako pacient gleda na svoj položaj ali odločitve, ki jih sprejema glede svojega zdravja, je pomembno pokazati razumevanje in sočutje. Pacient lahko sprejema odločitve, za katere se zdi, da so v nasprotju z zdravniškimi nasveti. Brez empatije jih je lahko obsojati. Razumevanje, da pacientove odločitve morda izhajajo iz njegovih strahov, prepričanj, življenjskih izkušenj ali kulturnega okolja, pomaga ustvariti okolje, v katerem se pacient počuti podprtega in ne kritiziranega.

Prilagajanje potrebam posameznika
Empatija od zdravstvenih delavcev zahteva, da svoj pristop prilagodijo individualnim potrebam pacienta in pri tem upoštevajo ne le njegovo zdravstveno stanje, temveč tudi čustvene in kulturne vidike njegovega življenja. Nekaterim pacientom je lahko v pomoč podrobna razlaga postopka zdravljenja, medtem ko je za druge morda najpomembnejše zagotoviti spoštovanje njihovih duhovnih ali kulturnih prepričanj. Z empatijo lahko zdravstveni delavci prepoznajo te subtilne razlike in ustrezno prilagodijo svoj pristop.

Gradnja zaupanja in odnosov
Empatija je temelj za vzpostavitev zaupanja med pacientom in zdravstvenimi delavci. Pacient, ki se počuti razumljenega in spoštovanega, je bolj pripravljen sodelovati, kar je ključnega pomena za proces zdravljenja. Zaupanje pa izboljša komunikacijo, vodi k boljšemu razumevanju pacientovih potreb, učinkovitejšemu zdravljenju in večjemu zadovoljstvu z zdravstvenimi storitvami.

Spoprijemanje s težavnimi situacijami
Empatija je neprecenljiva tudi pri obvladovanju čustveno težkih situacij. Pacientom v terminalni fazi bolezni, tistim z resnimi zdravstvenimi težavami ali tistim, ki doživljajo krize, empatija pomaga zagotoviti podporo, občutek varnosti in tolažbo. Razumevanje pacientovih čustev v takšnih trenutkih je ključnega pomena za pomoč pri premagovanju zahtevnih izkušenj, saj ne nudi le fizične podpore, temveč tudi čustveno tolažbo.

Krepitev pacientovega občutka dostojanstva
Empatija pomaga ohranjati dostojanstvo pacienta, zlasti v okoliščinah, ki so zanj lahko težke ali ponižujoče, kot so zdravniški pregledi ali postopki. Zaradi razumevanja in sočutja se pacient počuti bolj udobno, kar je bistvenega pomena za njegovo dobro počutje in za to, kako dojema kakovost oskrbe, ki jo prejema. Empatija pri oskrbi pacientov je sposobnost, da se vživimo v njihov položaj in razumemo njihovo perspektivo, ne glede na kulturne razlike. To vključuje aktivno poslušanje, izogibanje obsojanju, razumevanje pacientovih čustev in kulturnega ozadja ter prilagajanje pristopa posameznikovim potrebam. Z empatijo se pacient počuti spoštovanega, razumljenega in podprtega, kar bistveno izboljša kakovost oskrbe in okrepi odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci (Riess, 2014).

Empatija pri oskrbi je razumevanje preko razlik.

2.5.4 Zagovorništvo pacientovih pravic

Zagovorništvo pacientovih pravic v zdravstvu pomeni dejavno spodbujanje enakosti in pravičnosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe, zlasti z odpravljanjem neenakosti in podpiranjem marginaliziranih skupin. Zagovorništvo ni omejeno le na boj za pravice pacientov; vključuje tudi prizadevanja za reformo sistemov, ki lahko ovirajo enakopraven in pravičen dostop do zdravstvenega varstva. Ukrepi v okviru zagovorništva lahko zajemajo široko paleto intervencij, od prizadevanj na ravni posameznika do sistemskih sprememb (Sundler, 2020).

Spodbujanje enakega dostopa do zdravstvenega varstva
Zagovorništvo pacientovih pravic trdi, da si vsak posameznik, ne glede na izvor, socialni položaj ali ekonomski položaj, zasluži enak dostop do zelo kakovostnega zdravstvenega varstva. Veliko ljudi, zlasti tistih iz marginaliziranih skupin (npr. posamezniki iz družin z nizkimi dohodki, etnične manjšine, invalidi), se pri dostopu do zdravstvenega varstva sooča z ovirami, kot so pomanjkanje zdravstvenega zavarovanja, težave v komunikaciji z izvajalci zdravstvenih storitev ali omejen dostop do specializiranih storitev. Cilj zagovorništva pacientov je odpraviti te ovire in se boriti za to, da ima vsak pacient enake možnosti za oskrbo, prilagojeno njegovim individualnim potrebam.

Odpravljanje socialnih in gospodarskih neenakosti
Socialne in gospodarske neenakosti neposredno vplivajo na kakovost in dostopnost zdravstvenega varstva. Zagovorništvo se osredotoča na prepoznavanje in odpravljanje teh neenakosti, ki lahko vplivajo na zdravstvene odločitve pacientov ali omejujejo njihov dostop do ustrezne oskrbe. Posamezniki, ki živijo v revščini, starejši, etnične manjšine in posamezniki LGBTQ+ se lahko pri zdravstvenem varstvu soočajo z diskriminacijo, kar vodi do slabših zdravstvenih rezultatov. Z ukrepi, kot je lobiranje za zdravstvene politike, ki odpravljajo te neenakosti, želimo ustvariti pravičnejši sistem zdravstvenega varstva, ki bo upošteval potrebe vsakega pacienta.

Podpora marginalnim skupinam
Zagovorništvo je še posebej pomembno za družbene skupine, ki v tradicionalnih postopkih odločanja morda nimajo možnosti izražanja svojega mnenja. Skupine, kot so etnične manjšine, invalidi, starejši, osebe LGBTQ+ in osebe, ki živijo s HIV/aidsom, se pogosto soočajo z dodatnimi izzivi pri dostopu do zdravstvenega varstva. Zastopniki si v imenu teh posameznikov prizadevajo zagotoviti, da imajo dostop do ustreznih zdravstvenih storitev, in ozaveščajo o njihovih posebnih zdravstvenih potrebah. Podpora marginaliziranim skupinam vključuje izobraževanje družbe in zdravstvenih delavcev na spletni strani o teh izzivih ter spodbujanje enakosti na vseh področjih zdravstvenega varstva.

Izobraževanje in družbena ozaveščenost
Pri zagovorništvu pacientovih pravic ne gre le za delo v zdravstvenem sistemu, temveč tudi za izobraževanje družbe in institucij o vprašanjih, povezanih z neenakostjo pri dostopu do zdravstvenega varstva. Sodelovanje z nevladnimi organizacijami, izvajanje

javnih kampanj, priprava poročil in študij o neenakostih na področju zdravstvenega varstva ter spodbujanje javnih politik, ki povečujejo razpoložljivost in kakovost zdravstvenih storitev za marginalizirane skupine - vse to prispeva k zagovorniškim prizadevanjem. Ozaveščanje družbe o neenakostih na področju zdravstvenega varstva je ključnega pomena za spodbujanje sprememb na lokalni, nacionalni in svetovni ravni.

Sodelovanje z zakonodajalci in oblikovanje zdravstvene politike
Zagovorništvo v zdravstvu vključuje tudi prizadevanja za oblikovanje javnih politik, ki spodbujajo enakost in pravičnost pri dostopu do zdravstvenega varstva. To ne vključuje le ukrepov na lokalni ravni, temveč tudi vplivanje na zakonodajalce in politike, da uvedejo spremembe v zdravstvenih predpisih, ki so bolj pravične in enakopravne. To lahko vključuje lobiranje za spremembe politik zdravstvenega zavarovanja, dostop do zdravil in reforme zdravstvenih sistemov, ki odpravljajo neenakosti, ki so posledica različnih družbenih in gospodarskih dejavnikov.

Ukrepi na ravni posameznika
Zagovorništvo ni omejeno na sistemske ali politične ukrepe, ampak lahko vključuje tudi prizadevanja na ravni posameznika. Na področju zdravstvenega varstva to lahko vključuje pomoč pacientom pri orientaciji v zdravstvenem sistemu, zastopanje njihovih interesov v stikih z zdravniki ali zdravstvenimi ustanovami in zagotavljanje podpore v procesu zdravljenja. Pacienti iz marginaliziranih skupin pogosto ne vedo, kako učinkovito uporabljati zdravstveni sistem, zato je vloga zagovornika zagotoviti informacije, čustveno podporo in pomoč pri reševanju morebitnih težav.

Podpora enakosti v zdravstvenem sistemu ima ključno vlogo, saj si vsak posameznik zasluži, da se njegov glas sliši, in vsakdo ima pravico do enakega dostopa do oskrbe.

Izzivi pri zagovorništvu pacientov
Zagovorništvo se lahko sooča s številnimi izzivi, vključno z odporom institucij, ki so navajene delovati na način, ki ne daje prednosti enakosti in pravičnosti. Poleg tega spremembe v zdravstvenem sistemu zahtevajo čas, sredstva in sodelovanje različnih zainteresiranih strani. Kljub tem izzivom so zagovorniška prizadevanja ključnega pomena pri prizadevanjih za pravičnejši, enakopravnejši in dostopnejši zdravstveni sistem.

Zagovorništvo pacientov v zdravstvu je dejavno prizadevanje za spodbujanje enakosti, pravičnosti in odpravljanje neenakosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Vključuje tako sistemske kot individualne ukrepe, namenjene podpori marginaliziranih skupin, izobraževanju družbe, sodelovanju z odločevalci in oblikovanju zdravstvenih politik, ki spodbujajo enakost. Cilj je ustvariti pravičen zdravstveni sistem, ki vsakemu pacientu zagotavlja dostop do ustreznih zdravstvenih storitev ne glede na njegovo socialno ali kulturno ozadje.

Literatura

Alkhamees, M. in Alasqah, I. (2023). Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. Heliyon, 9(12), e22667. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22667

Araque, J. C. in Weiss, E. L. (n.d.). *Cultural proficiency and diversity considerations in the workplace*. V Leadership with Impact, 63–286.

Balakrishnan, K. in Arjmand, E. M. (2019). The impact of cognitive and implicit bias on patient safety and quality. *Otolaryngologic Clinics of North America, 52*(1), 35–46.

Borowczyk, M., Stalmach-Przygoda, A., Doroszewska, A., Libura, M., Chojnacka-Kuraś, M., Małecki, Ł., Kowalski, Z. in Jankowska, A. K. (2023). Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – The review and recommendations. *BMC Medical Education, 23*(1), 645. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04533-5

Brach, C. in Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review, 57*(Suppl 1), 181–217.

Culyer, T. (1995). Need: The idea won't do – but we still need it. *Social Science & Medicine, 40*(6), 727–730.

Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, J. G., Feder, S. L. in Shreve, S. T. (2020). End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *Journal of Pain and Symptom Management, 62*, 213–222.

Fatima Cody Stanford. (2020). The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *Journal of the National Medical Association, 112*(3), 247–249.

Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H. in Götze, H. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. *GMS Journal of Medical Education, 38*, Doc83.

Gill, G. K., McNally, M. J. in Berman, V. (2018). Effective diversity, equity, and inclusion practices. *Healthcare Management Forum, 31*(5), 196–199. https://doi.org/10.1177/0840470418773785

Gonzalez-Tapia, G. in Lazzaro-Salazar. (2023). Medical empathy in the physician-patient relationship: A review from a cultural perspective. *Revista Médica de Chile, 151*(9), 1233–1240. https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000901233.

Horst, A., Schwartz, B. D., Fisher, J. A., Michels, N. in Van Winkle, L. J. (2019). Selecting and performing service-learning in a team-based learning format fosters dissonance, reflective capacity, self-examination, bias mitigation, and compassionate behavior in prospective medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(20), 3926.

Jongen, C., McCalman, J. in Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research, 18*, Article 232.

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. in Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research, 42*, 727–754. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

Kienle, R., Freytag, J., Lück, S., Eberz, P., Langenbeck, S. in Sehy, V. (2021). Communication skills training in undergraduate medical education at Charité – Universitätsmedizin Berlin. *GMS Journal of Medical Education, 38*, Doc56.

Nair, L. in Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, 7*, e2219. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002219

Puch, E. A., Nowak-Jaroszyk, M. in Swora-Cwynar, E. (2020). Medical error in theory and practice – A review of the most important issues. *Medycyna Pracy, 71*(5), 613–630.

Rider, E. A., Hinrichs, M. M. in Lown, B. A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher, 28*, e127–e134.

Riess, H. in Kraft-Todd. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine, 89*(8), 1108–1112. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287

Rozlog, L. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Sheridan, J. F. in Glaser, R. (1999). Stress and immunity: Implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology, 70*(7), 786–792. https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.7.786

Saha, S., Beach, M. C. in Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association, 100*(11), 1275–1285.

Schmidt, M., Steigenberger, N., Berndtzon, M. in Uman, T. (2023). Cultural diversity in health care teams: A systematic integrative review and research agenda. *Health Care Management Review, 48*(4).

Schouten, B. C., Manthey, L. in Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. *Patient Education and Counseling, 115*, 107890. https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107890

Sirois, F. M. in Hirsch, J. K. (2018). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness, 10*(1), 46–54.

Sundler, A. J., Darcy, L., Raberus, A. in Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights – A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations, 23*(3), 614–621.

Zaključni razmislek: povezanost s kulturno kompetentnostjo in modelom EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

Poglavje »Raznolikost in vključenost v zdravstvu« je neposredno usklajeno s predpostavkami modela EMPOWER in deluje kot njegova praktična in konceptualna razširitev. Obravnavane teme – kot so **pomen kulturne raznolikosti, potreba po vključujočem vodenju, razvoj medosebnih veščin ter odpravljanje ovir pri dostopu do zdravstvenega varstva** – odražajo temeljne stebre modela: učinkovitost, multikulturalnost, strokovnost, dobrobit in izobraževalni viri.

Vsebina tega poglavja še posebej podpira **razvoj reflektivnih kulturnih kompetenc**, ki so temelj modela EMPOWER. Poudarek na samospoznanju, empatiji, prilagodljivosti in samorefleksiji v zdravstvenih timih se ujema s pojmom **kulturne ponižnosti**, ki je osrednja sestavina modela. Poglavje poudarja, da za resnično razumevanje pacienta ni dovolj zgolj znanje, temveč tudi **pripravljenost, da se od njega učimo** – kar je eno izmed vodilnih načel modela.

Poleg tega poglavje spodbuja **krepitev vloge pacientov**, zlasti v kontekstu vzpostavljanja zaupanja vrednih in kulturno občutljivih odnosov. **Načelo aktivnega vključevanja pacientov**, ki je močno poudarjeno v modelu EMPOWER, se jasno odraža v predstavljenih strategijah prilagajanja oskrbe kulturnim in jezikovnim potrebam uporabnikov zdravstvenih storitev.

Poglavje se posveča tudi pomenu **strokovne dobrobiti zdravstvenih delavcev**, saj delo v kulturno raznolikem okolju zahteva čustveno, izobraževalno in organizacijsko podporo. Poudarek na **razvoju mehkih veščin**, kot sta uravnavanje čustev in obvladovanje stresa, ustreza komponenti »Dobrobit« v modelu EMPOWER, ki zagovarja zdravo učno in delovno okolje.

Za zaključek: to poglavje predstavlja trdno teoretično in praktično podlago za uvajanje modela EMPOWER v izobraževanje in prakso v zdravstvu. Pokaže, da za učinkovito zdravstveno obravnavo v kulturno raznoliki družbi ni dovolj le poznavanje razlik, temveč je potrebna tudi naravnanost k odprtosti, ponižnosti in nenehnemu razvoju – kar vse model EMPOWER aktivno spodbuja.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu



Poglavje 3

Globalizacija in večkulturnost

v medicinskem izobraževanju in terapevtskih timih

OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA, VOLODYMYR DZHYVAK
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (Ukrajina)

Odpravljanje neenakosti na področju zdravstvenega varstva znotraj držav in prek meja med njimi je temeljno načelo zdravniškega profesionalizma.

"Zdravniški profesionalizem v novem tisočletju: Zdravniška listina" Ameriški odbor za interno medicino, Ameriški kolegij zdravnikov, Ameriško združenje za interno medicino, Evropska zveza za interno medicino in Kanadsko zdravniško združenje, 2002.

3.1 Uvod

Globalizacija spreminja zdravje in zdravstveno varstvo. Vse večje svetovne migracije in prisilne selitve zaradi vojn, konfliktov, kriz in naravnih nesreč povečujejo tveganje za širjenje različnih bolezni ter poudarjajo medsebojne povezave na področju zdravja in medicine med celinami (Drain idr., 2007).

Globalizacija v izobraževanju vodi v širjenje akademske mobilnosti, poenotenje učnih načrtov in učnih metod, hiter razvoj učenja na daljavo, uporabo novih oblik v izobraževanju, kar prispeva k vključevanju medicinske znanosti v znanstveni globalni prostor (Dvornik in Kuz, 2022).

Kot ugotavlja Knight (2020), se je okolje internacionalizacije v zadnjih letih močno spremenilo, kar ima tako pozitivne kot negativne posledice za visokošolske ustanove po vsem svetu. Ta razvoj je del širšega premika h globalizaciji, v katerem se institucije vse bolj osredotočajo na pripravo študentov na medsebojno povezan svet.

V zadnjih letih se je med študenti medicine in zdravstvenih ved zelo povečalo povpraševanje po usposabljanju na področju globalnega zdravja in večkulturnosti. Spremembe v medicinskih in zdravstvenih poklicih in širše zahtevajo razširitev usposabljanja študentov na področju globalnega zdravja, da bi lahko učinkoviteje izpolnjevali svoje poklicne in družbene odgovornosti (Izadnegahdar idr., 2008). V kontekstu univerz internacionalizacija vključuje bolj prijazen odnos in večje možnosti za mednarodne študente in profesorje, uvajanje različnih pobud, spodbujanje mednarodnih partnerstev, programov izmenjav, priložnosti za učenje jezikov in kultur ter spodbujanje raznolikosti in vključevanja v univerzitetno življenje.

Kulturna raznolikost je "obstoj različnih kulturnih ali etničnih skupin v družbi". Z drugimi besedami, ta pojav se nanaša na prebivalstvo, v katerem so zastopane številne razlike med kulturami. Vrste raznolikosti na delovnem mestu med drugim vključujejo raso, etnično pripadnost, starost, sposobnosti, jezik, narodnost, socialno-ekonomski status, spol, vero ali spolno usmerjenost. Glede na politično in svetovno zgodovino je pomembno razumeti, kaj kulturna raznolikost pomeni na delovnem mestu in v timu, zlasti če je cilj tima zaščititi življenje in zdravje ljudi.



Kultura je nekaj, kar oblikuje človeka, vpliva na njegovo vedenje, prepričanja in opredeljuje njegovo identiteto. Kulturna raznolikost na delovnem mestu je vključevanje zaposlenih različnih ozadij, ras, spolov, spolnih usmeritev in političnih stališč. Izraz "kulturna raznolikost" spodbuja okolje vključevanja, v katerem se ljudje različnih kultur in ozadij združujejo, da bi delali kot ekipa.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- **raziskovanje globalizacije**: analizirati, kako globalizacija vpliva na prakse in politike zdravstvenega varstva v različnih kulturnih okoljih, s poudarkom na pojmih, kot so etnocentrizem, akulturacija, asimilacija in integracija,
- **opredelitev ključnih pojmov**: pojasniti pojme, kot so globalizacija, etnocentrizem, akulturacija, asimilacija in integracija,
- **prepoznavanje večkulturnosti**: prepoznati pomen multikulturalizma pri spodbujanju vključujočega medicinskega izobraževanja in učinkovitih terapevtskih timov,
- **poudarjanje raznolikosti**: poudariti pomen različnih pogledov pri izboljšanju oskrbe pacientov in izboljšanju rezultatov v zdravstvenih ustanovah.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- opisati, **kako globalizacija vpliva na zdravstvene sisteme in prakse** v različnih kulturnih okoljih,
- **opredeliti ključne izraze** "multikulturalizem" in njegov pomen za ustvarjanje vključujočega okolja za medicinsko izobraževanje, "globalizacijo", "kozmopolitizem", "etnocentrizem", "akulturacijo", "politiko multikulturalizma na delovnem mestu",
- **prepoznati večkulturnost**: razumeti, kako zavedanje različnih kulturnih okolij izboljša timsko delo in sodelovanje v zdravstvenih ustanovah,
- **prikazati vlogo različnih vidikov** pri izboljšanju oskrbe pacientov in rezultatov v klinični praksi,
- razpravljati o **prednostih kulturne usposobljenosti in izobraževanja** o globalnem zdravju pri oblikovanju prihodnjega vedenja in usposobljenosti zdravstvenih delavcev.

Ključne opredelitve in izrazi

Globalizacija: Globalizacija v zdravstvu pomeni vse večjo medsebojno povezanost zdravstvenih sistemov, praks in politik po vsem svetu. To vključuje izmenjavo medicinskega znanja, tehnologije in virov ter čezmejno gibanje zdravstvenih delavcev in pacientov. Razumevanje globalizacije je bistvenega pomena za študente medicine in zdravstvenih ved, saj vpliva na javno zdravje, dostop do zdravstvene oskrbe in širjenje bolezni (Beaglehole in Bonita, 2010).

Kozmopolitizem: Kozmopolitizem v medicinskem kontekstu poudarja pomen spoštljive in dostojanstvene obravnave vseh pacientov ter priznavanje njihovega različnega porekla in kulturne identitete. Zdravstveni delavci bi morali sprejeti kozmopolitski pristop k zdravstveni oskrbi, ki vključuje odprtost za različna zdravstvena prepričanja in prakse ter razumevanje, da je kulturna usposobljenost bistvena za učinkovito oskrbo pacientov in izide zdravljenja (Hagger in Orbell, 2003).

Etnocentrizem: Etnocentrizem se nanaša na ocenjevanje drugih kultur z uporabo standardov lastne kulture, kar lahko privede do pristranskosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Za študente medicine in zdravstvenih ved je razumevanje etnocentrizma ključno za prepoznavanje morebitnih predsodkov, ki lahko vplivajo na interakcije s pacienti, upoštevanje zdravljenja in splošne zdravstvene rezultate. Poudarja pomen kulturne ponižnosti in spoštovanja v medicinski praksi (Henrickson, 2006).

Akulturacija: Akulturacija v zdravstvu se nanaša na to, kako se pacienti iz različnih kulturnih okolij prilagajajo novim zdravstvenim sistemom in praksam. Študenti se morajo zavedati tega procesa, saj lahko vpliva na vedenje pacientov, njihova prepričanja o bolezni in odnos do zdravljenja. Razumevanje pacientove izkušnje z akulturacijo lahko pomaga izvajalcem zdravstvenih storitev ponuditi bolj prilagojeno in učinkovito oskrbo (Rojas in Smith, 2009).

Politika večkulturnosti na delovnem mestu: Večkulturna politika na delovnem mestu v zdravstvu vključuje ustvarjanje vključujočega okolja, ki ceni raznolikost med zdravstvenimi delavci in pacienti. Za študente medicine je razumevanje te politike pomembno za spodbujanje sodelovanja in komunikacije v raznolikih timih, izboljšanje oskrbe, osredotočene na pacienta, in odpravljanje zdravstvenih razlik med različnimi kulturnimi skupinami (Kuehn, 2017).

Večkulturnost: Večkulturnost v zdravstvu priznava in ceni prisotnost različnih kulturnih skupin v populaciji pacientov. Za študente sprejemanje večkulturnosti pomeni zavedanje kulturnih razlik v zdravstvenih prepričanjih, praksah in željah. Ta vidik je ključen za zagotavljanje kompetentne oskrbe, ki spoštuje posameznikove potrebe in izboljšuje zdravstvene izide v raznoliki družbi (Bhui in Dinos, 2015).

3.2 Kaj pravijo raziskave

3.2.1 Globalizacija

Koncept **globalne pismenosti** vključuje kritično razmišljanje o globalnih vprašanjih, kulturno občutljivost, sodelovalno vedenje in medkulturno spoštovanje (Bulut in Öksüzoğlu, 2021).

Globalna pismenost vključuje štiri glavne razsežnosti (Zhang idr., 2010):
1. zavedanje različnih kultur,
2. sprejemanje globalnega državljanstva,

3. priznavanje medsebojne povezanosti narodov,
4. samozavest pri uporabi novih spretnosti za uspeh v "globalni vasi".

> *Globalna vas je sociološki in filozofski izraz, ki označuje dejstvo, da sodobno človeštvo živi v tesni interakciji zaradi tehnološkega napredka, ki zmanjšuje geografske in kulturne ovire. Koncept poudarja, kako globalizacija in komunikacijske tehnologije ustvarjajo občutek skupnosti med ljudmi iz različnih delov sveta.*

Za opredelitev svetovnega državljana sta pomembna dva glavna temelja:

- kozmopolitizem - kot sprejemanje in razumevanje kulture drugih,
- etnocentrizem - kot podlaga za ohranjanje lastne etnične in kulturne identitete.

Kozmopolitizem se nanaša na ideologijo, da vsi ljudje, ne glede na njihovo nacionalno, etnično ali kulturno pripadnost, pripadajo enotni svetovni skupnosti. Zagovarja idejo, da imajo posamezniki moralne obveznosti do drugih, ki presegajo njihove lokalne ali nacionalne vezi, ter poudarja univerzalne vrednote in vzajemno spoštovanje med različnimi kulturami. Organizacije, kot so Združeni narodi, v uradni dokumentaciji pogosto spodbujajo načela, ki so usklajena s kozmopolitizmom, zlasti v zvezi s človekovimi pravicami, globalnim sodelovanjem in trajnostnim razvojem. V dokumentih, povezanih z globalno državljansko vzgojo, je na primer kozmopolitizem predstavljen kot spodbujanje občutka pripadnosti večji človeški družini in spodbujanje ideje o medsebojni povezanosti med ljudmi po vsem svetu (Pogge, 2006).

Sodobni študenti medicine in zdravstvenih ved se soočajo z izzivom razumevanja in prepoznavanja kompleksnosti in edinstvenosti posameznikovih izkušenj. Na tem temelji koncept kozmopolitizma, ki bi moral biti skupaj s humanizmom, skrbjo za druge, potrebo po medkulturnem razumevanju in občutljivosti sestavni del poklicev, ki so tesno povezani z nego in zdravljenjem ljudi.

3.2.2 Globalizacija v izobraževanju na področju medicine in zdravstva

Globalizacija v izobraževanju vodi k večji akademski mobilnosti, poenotenju učnih načrtov in učnih metod, hitremu razvoju učenja na daljavo; razumevanje potrebe po uporabi novih oblik izobraževanja je vse večje. Programi izmenjav za študente so dobro znani: Erasmus (EU), DAAD (Nemčija), Global UGRAD (ZDA). Vsako leto je vse več študentov pripravljenih izkoristiti te možnosti. To omogočajo vzajemno priznavanje diplom, oblikovanje mreže evropskih univerz, pridobitev druge visokošolske izobrazbe, ustanovitev evropskega centra za razvoj izobraževanja in neomejene državne meje visokošolskega zavoda.

Prilagodljivost, prilagodljivost, modularnost, stroškovna učinkovitost, usmerjenost k potrošniku ter odvisnost od naprednih komunikacijskih in informacijskih tehnologij postajajo značilne lastnosti sodobnega izobraževalnega procesa. To je ustvarilo pogoje

za razvoj globalnega izobraževalnega prostora, akulturacijo, izvoz in uvoz izobraževanja ter združevanje svetovnih intelektualnih, ustvarjalnih, informacijskih, znanstvenih in pedagoških potencialov.

Čeprav je medicina neločljivo povezana s pojavom globalizacije, ima zelo malo študentov medicine in zdravstvenih ved izkušnje s področja globalnega zdravja in zadostno znanje s področja kulturnih študij. To je pogosto posledica visokih stroškov, pomanjkanja motivacije in zanimanja učiteljev. Povezano je lahko tudi z učnimi načrti, ki bodisi ne vključujejo teh elementov bodisi od študentov zahtevajo, da razvijejo lastne sposobnosti.

Za komunikacijo med študenti ter učitelji in zdravstvenimi delavci so na voljo različne platforme, klepetalnice, skupine, kjer se razpravlja o zanimivih kliničnih primerih, nalogah ali testih, posebnostih oskrbe glede na okoliščine, priložnostih za mednarodno prakso, sodelovanju v programih štipendiranja itd. Vredno se jim je poskusiti pridružiti.

Sodobni svet se intenzivno globalizira, poglabljanje medkulturnih komunikacij pa prispeva k preoblikovanju pogledov na svet in ustvarja inovativna iskanja v vsaki kulturi. Vzajemno delovanje kultur ustvarja potrebo po ponovnem premisleku o pomenu medkulturnih stikov in lastne kulturne identitete, ki temelji na ideji medkulturne strpnosti, ustreznega dojemanja kulturnih razlik, ki sta v takšnih okoliščinah nujna pogoja za učinkovite odnose med kulturami in medsebojno razumevanje med njihovimi govorci (Kovtun in Harmash, 2020).

3.2.3 Etnocentrizem

Po mnenju Duttona in drugih (2016) obstajata dve vrsti etnocentrizma: **pozitivni** in **negativni**. Pozitivni etnocentrizem se nanaša na ponos na svojo etnično skupino ali narod in pripravljenost žrtvovati se zanj, medtem ko negativni etnocentrizem pomeni nerazumno predsodki in sovražnost do drugih etničnih skupin.

Etnocentrizem (grško: ethnos - skupina, pleme, ljudstvo; latinsko: centrum - žarišče, središče) je sposobnost posameznikov, družbenih skupin in skupnosti (kot nosilcev etnične identitete), da dojemajo in vrednotijo življenjske pojave skozi prizmo tradicij in vrednot lastne etnične skupnosti, ki deluje kot nekakšen splošni standard ali optimum.

Čeprav je etnocentrizem v določeni meri razširjen, se lahko razlikuje med rasnimi in etničnimi skupinami. Prav tako lahko intenzivnost ali celo polarnost etnocentrizma niha in se spreminja glede na okoliščine, spremembe v družbenem krogu ali druge dejavnike. V študijah turških raziskovalcev (Karadas idr., 2023, Köse idr., 2024) je bila na primer analizirana stopnja etnocentrizma in ksenofobije med medicinskimi sestrami, ki so delale z begunci, saj se je njihovo število v Turčiji v zadnjih nekaj letih močno povečalo. Ugotovili so, da je bila stopnja etnocentrizma podpovprečna, ksenofobija pa nadpovprečna, pri čemer je obstajala neposredna sorazmerna povezava - z naraščanjem stopnje etnocentrizma je naraščala tudi stopnja ksenofobije. Ta študija prikazuje trenutne trende in težave pri zagotavljanju zdravstvenih storitev v nekaterih družbah.

Študija, ki so jo izvedli japonski raziskovalci, je pokazala, da ljudje z višjo stopnjo etnocentrizma ne zavračajo vedno drugih kultur, imajo omejeno globalno pismenost ali si ne želijo biti svetovni državljani. Nasprotno pa sta ponos in identifikacija z japonsko kulturo in vrednotami pozitivno povezana z globalno pismenostjo. V skladu s teorijo družbene identitete se etnocentrizem v večini primerov obravnava predvsem kot pozitivnost znotraj skupine, neodvisno od zunanjih skupin (Zhang in Takahashi, 2024), kar pomeni, da etnične identitete ne smemo razumeti zgolj kot zavračanje tujih skupin ali tujih kultur.

> *"Vojna sili k spremembam in prilagoditvam in obratno, spremembe v družbi vplivajo na vojno", "vojna je nekakšen eliksir za družbo, ki jo krepi in jo manifestira v plemenitih strankah"*
>
> *MacMillan, M. (2020). Vojna: kako nas je oblikoval konflikt. New York, Random House*

Etnična identiteta postane še bolj izrazita v času spopadov. Na podlagi podatkov iz šestintridesetih afriških držav so (Bizumic idr., 2021) preučili razmerje med etničnimi konflikti in različnimi kazalniki socialne kohezije ter ugotovili pozitivno korelacijo. Ta ugotovitev naj bi bila posledica etnocentrične dinamike, ki jo povzroči konflikt: vojna poveča etnično identifikacijo in prosocialno vedenje. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi ukrajinski zgodovinarji, ki so analizirali vojne, ki so potekale na ozemlju Ukrajine. Vojna je kakovostno pospešila procese narodnega samospoznavanja. Spodbudila je jasno izbiro "prijatelj ali sovražnik". Posledica tega je bila poglobljena nacionalna samorefleksija. Vojna je postala sredstvo za premislek, iskanje in oblikovanje lastne identitete (Borchuk in Kostyuchok, 2024). Čeprav etnocentrizem pogosto velja za oviro medetničnim in medkulturnim interakcijam, služi ohranjanju in vzdrževanju etnične samopodobe, celovitosti in specifičnosti (Ustymenko, 2018).



Primeri podjetij, ki so uspešno izvajala večkulturne politike, so:

- Google - podjetje, ki aktivno podpira kulturno raznolikost s programi usposabljanja in razvoja, namenjenimi privabljanju zaposlenih iz različnih kultur,
- Microsoft - podjetje, ki zagotavlja usposabljanje za medkulturno kompetenco in ustvarja vključujoče delovno okolje, v katerem se spoštujejo različne kulturne vrednote.

Raznolika ekipa pomeni več inovacij, bolj premišljene odločitve in boljše rezultate, kar pomeni dodano vrednost za vse zainteresirane strani. Vključujoča kultura pomeni poslušanje vseh zaposlenih in spoštovanje njihovega dela. Pomaga tudi ohranjati zadovoljivo delovno okolje, ki zagotavlja osebni in poklicni uspeh (Afridah in Lubis, 2024).

Večkulturno delovno mesto se mora osredotočiti na združevanje kulturno različnih potreb, ki so neposredno povezane z delom, pa tudi na širše priložnosti in navade. Upoštevati je treba prehransko vrednost in kakovost hrane v menzah za zaposlene različnih kultur ter potrebo po prostoru za molitev ali meditacijo v skladu s kulturnimi potrebami.

Kulturna raznolikost pripomore k razvoju in čim boljšemu izkoriščanju spretnosti in talentov (Thomas, 2024). Raznolikost idej in izkušenj vam omogoča, da se učite od sodelavcev drugih kultur, povečate sposobnost reševanja težav in povečate produktivnost. V okolju, kjer se slišijo vsi glasovi, ta duh inovativnosti in spodbujanje k prispevanju prispeva k uspehu na delovnem mestu. Kulturna raznolikost povečuje ustvarjalnost delovne sile. S poslušanjem mnenj in načinov razmišljanja vsakega zaposlenega bo podjetje ali skupina imela različne načine reševanja svojih nalog. V kolektivu, skupini, ki aktivno spodbuja raznolikost na delovnem mestu, se razpravlja o več pogledih in ponuja več rešitev, kar lahko ljudi spodbudi, da delajo po svojih najboljših močeh.

Usposabljanje na področju kulturne usposobljenosti in ponižnosti je lahko zelo pomembno za premagovanje kulturnih težav v skupini. To je dober način, da člani tima spoznajo drug drugega ter se seznanijo z različnimi kulturnimi prepričanji in praksami.

To usposabljanje mora zajemati naslednja vprašanja:

- kako zmanjšati kulturne ovire,
- kako se izogniti stereotipom in predsodkom,
- kako ceniti lastno kulturo in kulturo drugih,
- kako izboljšati svoje socialne veščine,
- kako postati boljši poslušalec,
- kako se osredotočiti na skupne značilnosti in ne na razlike.

To usposabljanje mora ustrezati potrebam ekipe in jo naučiti razumeti vedenje in odzive ljudi v delovnem okolju, zlasti kadar obstajajo očitne razlike.

3.3 Večkulturnost in raznolikost v terapevtskih timih

> *"Med vsemi oblikami neenakosti je zdravstvena nepravičnost najbolj šokantna in nehumana."*
>
> *– Dr. Martin Luther King*

Kulturna raznolikost ima v timih ključno vlogo, saj prinaša enakost in bogastvo različnih pogledov. Številne študije, opravljene v visoko razvitih državah, poudarjajo njen pozitivni vpliv in pomen vključenosti za poslovni in gospodarski uspeh (Jaganya idr., 2024).

Vrste raznolikosti na delovnem mestu:

- **spol** (ženske predstavljajo večji delež delovne sile kot kdaj koli prej),
- **rasna in etnična pripadnost** (razvijanje etnične in rasne identitete prispeva k večji kulturni raznolikosti),
- **skupnost transseksualcev** (kompleksna skupina ljudi z različnimi ozadji, izkušnjami in izzivi, ki zahteva posebno pozornost v smislu strategije delodajalca),
- **starost** (tako mlajši kot starejši zaposleni se lahko soočajo s pristranskostjo; z usposabljanjem za vse starosti in mentorskimi programi lahko zagotovite raznolikost in vključenost na delovnem mestu),
- **zaposleni invalidi** (invalidnost lahko vključuje številne razlike in jo je treba obravnavati z bojem proti negativnemu dojemanju oseb z duševnimi ali telesnimi motnjami),
- **duševno zdravje** (osredotočenost na duševno zdravje in zagotavljanje dobrega počutja na delovnem mestu bosta pomagala pri odpravljanju različnih težav z duševnim zdravjem),
- **nevrodiverziteta** (prepoznavanje in zagotavljanje ugodnega okolja za ljudi z nevrološkimi razlikami pomaga timom prepoznati razlike in preference pri izbiri vrste dela),
- **slog razmišljanja** (vsaka oseba ima drugačen slog razmišljanja, kar lahko poveča ustvarjalnost, če sta oseba in njena vloga v ekipi dobro usklajena, in obratno, lahko povzroči stres, če ni pravilno usklajen).

Večkulturna ekipa je ekipa, katere člani prihajajo iz različnih držav, različnih narodnosti in kultur ter govorijo različne jezike. Vsak član take ekipe mora biti kulturno občutljiv. Pomembno je tudi, da pokaže spoštovanje različnosti ter upošteva različne kulturne običaje in zahteve. Kulturna raznolikost na delovnem mestu omogoča oblikovanje timov, ki združujejo različne perspektive in talente, kar povečuje inovativnost ter prispeva k večji učinkovitosti in produktivnosti. Izkazalo se je, da imajo podjetja, katerih vodstvene ekipe so v 25 % primerov rasne in etnične raznolikosti, 33 % večjo verjetnost, da bodo po dobičkonosnosti prehitela svoja podobna podjetja (Hunt idr., 2018) .

Večkulturnost na delovnem mestu prinaša številne prednosti, kot so večja ustvarjalnost, boljše skupinsko delo in večja produktivnost.

Politika večkulturnosti na delovnem mestu

Politika raznolikosti, enakosti, vključenosti in pripadnosti mora biti premišljena in osredotočena na spodbujanje vključujoče kulture, ki mora biti vključena v tako imenovani kodeks ravnanja, v katerem so opisani etični standardi in pričakovanja za vse zaposlene, profesorje, študente itd., da se zagotovi integriteta in skladnost.

Politika večkulturnosti pomeni ustvarjanje okolja, v katerem imajo vsi člani ekipe močan občutek pripadnosti, vključno z raso, veroizpovedjo, barvo kože, veroizpovedjo, spolom, starostjo, predniki, zakonskim stanjem, narodnostjo, spolno usmerjenostjo, spolno identiteto, etnično pripadnostjo, genetiko, invalidnostjo, okvaro zdravja, statusom veterana ali katerim koli drugim s predpisi ali zakoni zaščitenim statusom, uporabo standardov enake obravnave pri odločanju o zaposlovanju, usposabljanju, nadomestilih itd. (Karatekin idr., 2019). Gre za ustvarjanje delovnega okolja, v katerem je vsakdo obravnavan dostojanstveno. V takšnem okolju ni nasilja ali nadlegovanja, ustrahovanja, vključno z verbalnimi ali fizičnimi grožnjami, in vseh drugih dejanj agresije ali nasilja. Je ustvarjanje varnega, higieničnega in zdravega delovnega okolja za varnost in zdravje vseh zaposlenih ali članov ekipe. Vsaka oseba, za katero velja ta politika, je odgovorna za spoštovanje določb te politike.

Literatura

ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, in European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine, 136*(3), 243–246. https://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243

Afridah, M. in Lubis, M. (2024). The role of communication and employee engagement in promoting inclusion in the workplace: A case study in the creative industry. *Feedback International Journal of Communication, 1*, 1–15. https://doi.org/10.62569/fijc.v1i1.8

Anisman, H., Doubad, D., Asokumar, A. in Matheson, K. (2024). Psychosocial and neurobiological aspects of the worldwide refugee crisis: From vulnerability to resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 165*, 105859. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105859

Beaglehole, R. in Bonita, R. (2010). Global public health: A new era. *The Lancet, 375*(9717), 1560–1561.

Bhui, K. in Dinos, S. (2015). Cultural competence in mental health: A global perspective. *International Review of Psychiatry, 27*(1), 60–69.

Bizumic, B., Monaghan, C. in Priest, P. (2021). The return of ethnocentrism. *Political Psychology, 42*, 29–73.

Borchuk, S. in Kostyuchok, P. (2024). Catalysts of the national identity of Ukrainians in the Carpathian region during the First World War. *Eminak, 3*(47), 147–165.

Bulut, B. in Öksüzoğlu, M. K. (2021). *Global literacy in education*. V E. Koçoğlu (ur.), *Literacy skills in education-III* (str. 321–337). Pegem Academy. https://doi.org/10.14527/9786257582018.

Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M. in Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice, 2*, 100069. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069

Dutton, E., Madison, G. in Lynn, R. (2016). Demographic, economic, and genetic factors related to national differences in ethnocentric attitudes. *Personality and Individual Differences, 101*, 137–143. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.049

Drain, P. K., Primack, A., Hunt, D., Fawzi, W., Holmes, K. in Gardner, P. (2007). Global health in medical education: A call for more training and opportunities. *Academic Medicine, 82*(3), 226–230.

Dvornik, V. M., Kuz, H. M., Yeris, L. B., Teslenko, O. I. in Kuz, V. S. (2022). *Trends in modern medical education*. Poltava State Medical University.

Hagger, M. S. in Orbell, S. (2003). A psychological model of health behavior. *Social Science & Medicine, 57*(1), 123–132.

Henrickson, M. (2006). *The ethnocentric bias: Implications for global health*. V K. C. R. Schenck (Ur.), Cultural competence in health care: A practical guide to improving patient satisfaction and quality of care, 139–152.

Hunt, V., Prince, S., Dixon-Fyle, S. in Yee, L. (2018). *Delivering through diversity. McKinsey & Company*. https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/delivering-through-diversity

Izadnegahdar, R., Correia, S., Ohata, B., Kittler, A., Kuile, S., Vaillancourt, S., Saba, N. in Brewer, T. (2008). Global health in Canadian medical education: Current practices and opportunities. *Academic Medicine, 83*(2), 192–198.

Joshua, J. H. (2024). Embracing global health in medical education: A necessity for modern doctors. *JACC: Case Reports, 29*(17).

Karadas, M., Bilgin, A., Sahan, F. in Ozdemir, L. (2023). Determining the predictors of nursing students' xenophobic tendency towards refugees. *Nurse Education Today, 122*, 105722. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105722

Karatekin, K., Akcaoglu, M. Ö. in Taban, M. (2019). A comparative study on multicultural attitude of university students: Austria, Hungary and Turkey sample. *Journal of History Culture and Art Research, 8*, 36. https://doi.org/10.7596/taksad.v8i4.2238

Köse Tosunöz, İ. in Çopur, E. (2024). The relationship between ethnocentrism and xenophobia level and predictors: A descriptive and correlational study of nurses working in two cities where refugees live intensively in Turkey. *Nursing & Health Sciences, 26*. https://doi.org/10.1111/nhs.13107

Kuehn, L. (2017). Creating a diverse workplace: The importance of multiculturalism in healthcare. *Journal of Healthcare Management, 62*(4), 265–267.

Pogge, T. (2006). *Cosmopolitanism*. V E. N. Zalta (ur.), The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Stanford University. https://plato.stanford.edu/entries/cosmopolitanism/

Rojas, C. in Smith, L. (2009). The role of acculturation in health outcomes: A review of the literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care, 5*(2), 24–30.

Sestito, M. (2025). Identity conflict, ethnocentrism and social cohesion. *Journal of Development Economics, 174*, 103426. https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2024.103426

Thomas, N. (2024). Diversity in the workforce: A catalyst for innovation, success and future expansion. *Indian Journal of Natural Sciences, 15*(86), 80130–80137. http://www.tnsroindia.org.in

Ustymenko, T. (2018). The status of ethnocentrism in intercultural interaction, its types and functions. *International Relations: Theoretical and Practical Aspects*, 223–234.

Zhang, R., Hsu, H. in Wang, S. (2010). Global literacy: Comparing Chinese and US high school students. *Multicultural Education & Technology Journal, 4*(2), 76–98. https://doi.org/10.1108/17504971011052304

Zhang L. in Takahashi, Y. (2024). Both cosmopolitanism and ethnocentrism are positively associated with individual differences in global literacy. *Personality and Individual Differences, 222*, 112585. https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112585

Zaključni razmislek: povezanost s kulturno kompetentnostjo in modelom EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

Poglavje »Globalizacija in multikulturalizem v medicinskem izobraževanju in terapevtskih timih« ponuja celovit vpogled v to, kako globalne spremembe vplivajo na kulturno raznolikost, izvajanje zdravstvene oskrbe in strokovno sodelovanje – ter se popolnoma ujema s filozofijo in cilji modela EMPOWER. S tem, ko obravnava ključne teme, kot so a**kulturacija, etnocentrizem, globalna pismenost in vključujoča timska dinamika**, krepi osrednje stebre modela EMPOWER: učinkovitost, multikulturalnost, strokovnost, dobrobit in izobraževalne vire.

Razprava o **globalizaciji in akademski mobilnosti** poudarja, kako mednarodne izkušnje spodbujajo razvoj reflektivnih kulturnih kompetenc, kar je eno osrednjih prizadevanj modela EMPOWER. Spodbuja prihodnje zdravstvene delavce, da se aktivno vključujejo v medkulturna okolja in ustrezno prilagajajo svoj klinični pristop. To podpira EMPOWER-jevo usmerjenost k **samousmerjenemu učenju ter razvoju ponižnosti in** zavesti skozi transformativne izobraževalne izkušnje.

Poglavje obenem močno poudarja koncept kozmopolitizma, ki se ujema z osrednjo vrednoto **kulturne ponižnosti** v modelu EMPOWER – to je zavedanje kompleksnosti kulturne identitete ter pomena nenehne refleksije in vzajemnega učenja med zdravstvenimi delavci in raznoliko populacijo pacientov.

Del poglavja, ki se osredotoča na **raznolikost v terapevtskih timih**, je neposredno povezan s poudarkom EMPOWER-ja na **dobrobiti** in **sodelovalnem strokovnem okolju**. Pokaže, kako multikulturni timi spodbujajo inovativnost, vključenost in učinkovitost – kar odraža prepričanje modela EMPOWER, da je osebna in kolektivna dobrobit temelj kakovostnega izobraževanja in prakse v zdravstvu.

Poglavje se zaključi s pozivom k **izobraževanju na področju kulturne kompetentnosti in ponižnosti** ter ponuja praktična priporočila za zmanjšanje pristranskosti, spoštovanje kulturnih razlik in spodbujanje vključujoče komunikacije – kar so ključna načela izobraževalne strategije modela EMPOWER. S tem potrjuje zavezanost modela, da učečim zagotovi **vire in podporo za preoblikovanje teoretičnega znanja v učinkovito, empatično in pravično prakso**.

Skratka, to poglavje pooseblja model EMPOWER v praksi: povezuje globalne izzive z lokalnim delovanjem, spodbuja reflektivne strokovnjake ter zagovarja kulturno odzivno izobraževanje v zdravstvu.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 4

Kulturna identiteta in zdravstveno varstvo

MAGDALENA STANKIEWICZ
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poljska)

> **V vsaki situaciji imamo utemeljen razlog, da izberemo tisto ravnanje, ki bo po razumnih predvidevanjih prineslo največje dobro.**
>
> *Włodzimierz Galewicz*
> *''Dobrota in pravičnost v zdravstvu (2018)"*

4.1 Uvod

Pravičen in enak dostop do zdravljenja in zaposlitve v zdravstvenih poklicih zahteva odprt pristop, ki upošteva tako različne potrebe pacientov kot izzive, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci. Ključni element je zagotavljanje enakega dostopa do zaposlitve v poklicih, kot so zdravstvena nega, služba nujne medicinske pomoči in medicina, hkrati pa vsakemu pacientu zagotoviti zdravstveno oskrbo, ki spoštuje njegovo individualnost. Temelj učinkovite in etične zdravstvene prakse je v tem, da pacienta prepoznamo kot subjekt oskrbe in ne kot njen objekt ter da ga obravnavamo ob polnem spoštovanju njegove avtonomije in dostojanstva. Zdravstveni delavci se morajo izogibati krepitvi stereotipov, izkoriščanju dinamike moči in objektivizaciji pacientov ter uporabiti pristop, ki temelji na odprtosti, empatiji in kulturni zavesti.

Pri prvem stiku s pacienti je pomembno, da se pristopi na podlagi potreb in pričakovanj. Postavljanje vprašanj, kot sta: "***Kako lahko najbolj učinkovito pomagam?***" in "***Kaj potrebuje ta pacient?***", bi moralo biti izhodišče vsakega zdravstvenega delavca.

Medkulturna kompetenca in sposobnost prepoznavanja edinstvenih lastnosti vsakega pacienta sta bistvenega pomena za premagovanje ovir pri dostopu do zdravljenja - tako formalnih kot komunikacijskih. Le s tem pristopom je mogoče zagotoviti zdravstveno varstvo, ki spoštuje raznolikost in podpira učinkovitost terapevtskih ukrepov, ki temeljijo na partnerstvu in ne na hierarhiji v odnosu med pacientom in strokovnjakom.

Zdravstveni delavci se morajo zavedati komunikacijskih ovir in predsodkov, ki lahko vplivajo na njihove odnose s pacienti. Razmišljanje o lastnih omejitvah in pripravljenost na njihovo premagovanje sta sestavna dela učinkovite oskrbe. Posebnega pomena je tudi odprtost za razumevanje kulturne identitete drugih. Razlike v običajih, pogledih, odnosu do telesa ali veroizpovedi ne smejo biti ovira, temveč vir vzajemnega spoštovanja in navdiha za gradnjo globljega terapevtskega odnosa. Sprejemanje tega vidika, v katerem je vsak pacient edinstven, ne podpira le procesa zdravljenja, temveč tudi bogati strokovno prakso zdravstvenega osebja, saj je ta bolj zavestna in dragocena.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- razumevanje **pomena enakih možnosti** za dostop do zdravstvenega varstva in opravljanja poklica ne glede na izvor, socialni položaj, kulturo, vero ali spolno identiteto,
- krepitev pristopa, pri katerem je **pacient obravnavan kot subjekt oskrbe**, ob popolnem spoštovanju njegove avtonomije in dostojanstva,
- razumevanje pomena **medkulturne kompetence** pri odpravljanju formalnih in komunikacijskih ovir v zdravstvu,
- spodbujanje **zavedanja in razmišljanja o osebnih predsodkih** in njihovem vplivu na odnose s pacienti,
- poudarjanje **pomena odprtosti in spoštovanja** različnih običajev, prepričanj

in vrednot pacientov,
- razumevanje **pomena spolne identitete** in občutka spolne identitete in vlogo, ki jo ima pri posameznikovem doživljanju samega sebe,
- razumevanje **mehanizmov atribucijske napake**, kot sta temeljna atribucijska napaka in učinek lažnega soglasja, ter njun vpliv na ocenjevanje pacientov in sodelavcev.
- razumevanje posledic **nezavednih predpostavk o spolni identiteti** in psihoseksualni usmerjenosti v poklicni praksi,
- razumevanje **vpliva rasizma in strukturnega nasilja** na duševno zdravje posameznikov in skupnosti ter prepoznavanje odgovornosti zdravstvenih delavcev, da se na te izzive odzivajo s pravično, kulturno kompetentno in etično reflektirano prakso.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:
- **opredeliti ključne pojme**, povezane z enakimi možnostmi v zdravstvu in medkulturno kompetenco,
- **razumeti vpliv osebnih predsodkov** in mehanizmov kognitivnih napak na zaznavanje in odločanje pacientov v praksi,
- **prepoznati razlike** med transspolno in cisspolno identiteto ter opisati osnovne zdravstvene potrebe transspolnih oseb,
- **analizirati napake pri pripisovanju in njihove posledice** v odnosu med pacientom in zdravnikom ter v medkulturni komunikaciji,
- **pojasniti, kako rasizem in strukturno nasilje vplivata na duševno zdravje** ter opisati vlogo zdravstvenih delavcev pri odzivanju na te izzive s pomočjo kulturno kompetentne in etične prakse.



Načela in vrednote

Pri zagotavljanju enakega dostopa do zdravstvenih storitev in enakih možnosti za zaposlitev v zdravstvenih poklicih so ključni elementi temeljna etična in družbena načela in vrednote. Ta so temelj pravičnega zdravstvenega sistema, v katerem je vsakemu pacientu, ne glede na socialni položaj, izvor, kulturno identiteto ali druge razlikovalne dejavnike, zagotovljena pravica do zelo kakovostne zdravstvene oskrbe. Hkrati mora sistem zagotavljati pravične pogoje zaposlovanja zdravstvenih delavcev in možnosti za poklicno izpolnitev brez ovir, ki izhajajo iz predsodkov ali diskriminacije (Prawo.pl, 2024). Vrednote, kot so enakost, pravičnost, spoštovanje avtonomije pacienta, empatija in strokovnost, imajo ključno vlogo pri oblikovanju etične in učinkovite zdravstvene prakse, kar prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in krepitvi zaupanja javnosti v zdravstveni sistem.

V okviru zagotavljanja enakega dostopa do zdravstvenih storitev in zaposlitvenih možnosti v zdravstvenih poklicih so najpomembnejša načela in vrednote:

- **Enakost in pravičnost**: vsak pacient, ne glede na izvor, socialni položaj, veroizpoved ali spolno identiteto, mora imeti enak dostop do zdravstvenega varstva. Pravičnost v tem kontekstu vključuje prilagajanje zdravstvenih storitev individualnim potrebam pacientov in ne uporabo univerzalnih rešitev.
- **Spoštovanje avtonomije pacienta:** pacienti imajo pravico do samostojnega odločanja o svojem zdravju. Vloga zdravstvenih delavcev je zagotoviti popolne informacije, nuditi podporo in ustvariti prostor za ozaveščeno izbiro glede zdravljenja.
- **Empatija in kulturna občutljivost:** učinkovito zdravstveno varstvo zahteva sposobnost razumevanja in spoštovanja kulturne raznolikosti, ki vpliva na odnos pacientov do zdravja in zdravljenja. Odprtost za potrebe posameznikov iz različnih okolij prispeva k odpravi predsodkov in izboljša kakovost terapevtskih odnosov.
- **Strokovnost in medicinska etika:** zdravstveni delavci morajo upoštevati načela poklicne etike, kot so skrb za pacienta, zaupnost, poštenost in odgovornost za sprejete odločitve. Enakost pri zaposlovanju pomeni tudi odpravljanje ovir za tiste, ki želijo opravljati zdravstvene poklice, ne glede na njihovo poreklo ali spol.
- **Odsotnost predsodkov in preprečevanje diskriminacije:** zavedanje osebnih predsodkov in pripravljenost, da jih premagamo, sta ključna elementa pri oblikovanju pravičnega zdravstvenega sistema. Vsako obliko diskriminacije - pri dostopu do zdravljenja ali na delovnem mestu - je treba odpraviti z ustreznimi predpisi in praksami.
- **Partnerstvo v odnosu med zdravstvenim delavcem in pacientom:** zdravstveno varstvo mora temeljiti na sodelovanju in ne na hierarhiji. Pacienti in zdravstveni delavci bi morali skupaj sprejemati odločitve o zdravljenju, kar poveča učinkovitost zdravljenja in izboljša psihološko udobje pacienta.
- **Dostopnost in vključenost:** vsak pacient, ne glede na stopnjo izobrazbe, znanje jezika ali stopnjo invalidnosti, mora imeti popoln dostop do zdravstvenih storitev. Odpraviti bi bilo treba jezikovne ovire, prilagoditi informativno gradivo in obravnavati nezadostno znanje pacientov o različnih družbenih statusih.

- **Samoizobraževanje in izpopolnjevanje:** zdravstveni delavci bi morali nenehno razvijati svoje kompetence, tako v smislu medicinskega znanja kot tudi komunikacijskih in medkulturnih spretnosti. Usposabljanje o raznolikosti, enaki obravnavi in etiki mora biti sestavni del strokovnega razvoja (Bugaj, 2015).

Sprejetje teh načel v vsakodnevni zdravniški praksi bo prispevalo k oblikovanju pravičnejšega, učinkovitejšega in za pacienta bolj občutljivega zdravstvenega sistema.

Ključne opredelitve pojmov in izrazi

Za popolno razumevanje konceptov enakega dostopa do zdravstvenega varstva in zaposlovanja v medicinskih poklicih je treba jasno opredeliti nekaj ključnih pojmov:

- **Enakost v zdravstvenem varstvu** - načelo, ki določa, da mora imeti vsak posameznik pravičen dostop do zdravstvenih storitev, ne glede na njegov/njen socialno-ekonomski status, kulturno ozadje, spolno identiteto ali druge dejavnike. Cilj tega načela je zagotoviti, da nobena družbena skupina ne bo prikrajšana pri dostopu do osnovnega zdravstvenega varstva. Kljub številnim pobudam za spodbujanje enakega dostopa do zdravstvenega varstva ostajajo razlike v njegovi kakovosti, zlasti med manjšinskimi skupinami, posamezniki z nizkimi dohodki in invalidi. Te razlike so posledica sistemskih predsodkov, finančnih ovir in različnih ravni zdravstvene pismenosti (Cianciara, 2015).
- **Kulturna kompetenca** - sposobnost zdravstvenih delavcev, da razumejo, spoštujejo in učinkovito sodelujejo s pacienti iz različnih kulturnih okolij. Vključuje sprejemanje različnih prepričanj, vrednot in zdravstvenih praks. Številne študije kažejo, da zdravstveni delavci, ki se usposabljajo za kulturno kompetenco, bolje zagotavljajo kakovostno oskrbo. To vodi k večjemu zadovoljstvu pacientov, boljšemu upoštevanju medicinskih priporočil in bistveno boljšim zdravstvenim izidom (Cianciara, 2015).
- **Implicitna pristranskost** - nezavedna stališča ali stereotipi, ki lahko vplivajo na odločitve in interakcije v zdravstvenih ustanovah. Ti predsodki lahko oblikujejo vedenje zdravstvenih delavcev in vplivajo na kakovost oskrbe pacientov. Implicitna pristranskost lahko povzroči razlike v priporočilih za zdravljenje, obvladovanju bolečine in diagnostični natančnosti. Študije so na primer pokazale, da temnopolti pacienti pogosto prejmejo nezadostno lajšanje bolečin v primerjavi z drugimi pacienti, kar izhaja iz napačnih predpostavk o njihovi toleranci za bolečino (Strzemięczna, 2020).
- **Na pacienta osredotočena oskrba** - model zdravstvenega varstva, ki daje prednost individualnim potrebam, željam in vrednotam pacienta ter mu omogoča aktivno sodelovanje v procesu odločanja o lastnem zdravljenju.
- **Socialne determinante zdravja** - nemedicinski dejavniki, kot so višina dohodka, izobrazba, življenjski pogoji in kulturno ozadje, ki pomembno vplivajo na zdravje posameznika in dostop do zdravstvenih storitev.
- **Razlike v zdravju** - razlike v zdravstvenih izidih in dostopu do zdravstvenega varstva med različnimi skupinami prebivalstva, ki so pogosto posledica socialno-ekonomskih neenakosti, sistemske diskriminacije in geografskih ovir.

"Zdravniki, ki skrbijo za paciente, morajo razumeti, kaj je človek, kaj je življenje in kaj je zdravje ter kako jih ohranjata ravnovesje in harmonija teh elementov."

Leonardo da Vinci

4.2 Pacient kot subjekt v sistemu zdravstvenega varstva

Da bi bilo zdravstveno varstvo učinkovito in pravično, mora upoštevati različne potrebe, ki izhajajo iz tradicij, prepričanj, vrednot in kulturnih praks pacientov. V kontekstu globalizacije in migracij se zdravstveni delavci vse pogosteje srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih okolij, kar zahteva ne le visoko strokovno usposobljenost, temveč tudi medkulturne spretnosti. Razumevanje in spoštovanje teh razlik je ključnega pomena za učinkovito komunikacijo, vzpostavljanje zaupanja in prilagajanje metod zdravljenja posebnim potrebam pacientov. Zato je analiza odnosa med kulturno identiteto in zdravstveno oskrbo bistven element pri izboljšanju sistemov zdravstvenega varstva ter spodbujanju celostnega in individualnega pristopa k vsakemu pacientu (Tabaszewski, 2016).

Spoštovanje človekovih pravic, zlasti na področju zdravja, je temeljni element sodobnih sistemov varstva človekovih pravic. Čeprav številne mednarodne zdravstvene organizacije in pravni akti na splošno spodbujajo te pravice, ostajajo veliki izzivi pri njihovem dejanskem izvajanju. Teorije o strpnosti do različnosti, čeprav so pogosto izražene z besedami, se ne prenesejo vedno v praktične ukrepe (Tabaszewski, 2016). Problematična je tudi popolna integracija zdravja s človekovimi pravicami, saj katalog teh pravic ne opredeljuje jasno načel na tem področju. Kljub naraščajočim migracijam, številnim programom mednarodne izmenjave in zaposlovanju delavcev iz različnih držav koncept enakosti in raznolikosti v zdravstvenih ustanovah še vedno predstavlja izziv (Tabaszewski, 2016).

Človekove pravice, zlasti pravica do varovanja zdravja, so neodtujljiv temelj pripadnosti posameznika človeški vrsti. Te pravice, za katere so značilne univerzalnost, nedotakljivost in enakost, so globoko zakoreninjene v človekovem dostojanstvu. Doseganje enakosti pri dostopu do zdravstvenega varstva ter popolno spoštovanje edinstvenosti in dostojanstva vsakega posameznika je ključni izziv sodobne medicine in prava (Tabaszewski, 2016).

Spoštovanje človekovih pravic, zlasti v zvezi z zdravjem, je tema, ki jo pogosto obravnavajo številni pravni dokumenti in organizacije, ki se ukvarjajo z zdravjem po vsem svetu. Čeprav mednarodni dokumenti, kot so Listina Združenih narodov, Splošna deklaracija človekovih pravic in Deklaracija iz Alma Ate, jasno poudarjajo pravico vsakega človeka do zdravja, dostojnih življenjskih razmer in celovite oskrbe, se realnost pogosto razlikuje od teh idealov. Ljudje po vsem svetu se še vedno izgubljajo v birokratskih zapletih in so žrtve sistemskega zanemarjanja. To vprašanje je še posebej očitno v okviru pravice do zdravja, ki ostaja ena najbolj dvoumnih in zahtevnih za izvajanje v praksi (Murphy, 2013).

Ali so zakonske določbe dovolj, da se to spremeni? Ti dokumenti določajo standarde, vendar je uresničevanje teh pravic odvisno od naše empatije, angažiranosti in pripravljenosti za zagotavljanje resnične pomoči. Vsak od nas lahko kot državljan in član družbe prispeva k temu, da človekove pravice ne bodo le besede na papirju. Spremembe se začnejo z dejanji, z majhnimi koraki k oblikovanju sistema, v katerem se vsi počutijo videne, slišane in podprte. Izvajanje celovitih ukrepov, ki temeljijo na spoštovanju, empatiji in učinkovitosti, je edini način, da mednarodni predpisi postanejo resničnost in ne le obljuba, zapisana v pravnih besedilih.

Zdravstveno varstvo, zlasti na mednarodni ravni, je povezano z odgovornostjo držav, da vzpostavijo sisteme, ki zagotavljajo zdravstveno varstvo državljanov in tujcev. To vključuje različne ukrepe, namenjene uresničevanju človekovih pravic na področju zdravja. Države morajo izvajati učinkovite mehanizme, ki ohranjajo zdravstveno stanje posameznika (Banaszak, 2003). Vendar se migranti pri dostopu do zdravstvenega varstva pogosto srečujejo z različnimi ovirami. Glavne težave so povezane s komunikacijskimi, kulturnimi in sistemskimi ovirami, ki predstavljajo velik izziv tako za paciente kot za zdravstvene delavce (Strzemięczna, 2020). Številni zdravstveni delavci se spopadajo z jezikovnimi ovirami, kar bistveno ovira učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev. Študije, opravljene v tej skupini, kažejo, da je jezik glavna ovira pri zagotavljanju ustrezne oskrbe pacientom, ki govorijo tuje jezike (Zgliczyński in Cianciara, 2020).

4.3 Kulturna identiteta in zdravstveno varstvo

Razumevanje kulturne identitete je ključnega pomena za zagotavljanje učinkovitega zdravstvenega varstva. Kulturna identiteta se nanaša na vrednote, prepričanja, običaje in prakse, ki oblikujejo posameznikov način življenja. Vpliva na to, kako posamezniki dojemajo zdravje, bolezen in zdravstveno oskrbo.

Zakaj je to pomembno v zdravstvu?
- *Pomaga graditi zaupanje in dobre odnose s pacienti.*
- *Izboljša komunikacijo in zmanjša tveganje nesporazumov.*
- *Poveča zadovoljstvo pacientov in izboljša rezultate zdravljenja.*

Študija kulturne identitete v zdravstvu vključuje štiri ključne korake, ki pomagajo razumeti pacienta v kontekstu njegovega kulturnega okolja. Postopek se začne s **samorefleksijo**, ki zahteva prepoznavanje lastnih predsodkov in razumevanje, kako naše kulturno ozadje vpliva na naše dojemanje pacientov. Po vsaki interakciji s pacientom je pomembno razmisliti, kako je kultura morda vplivala na pogovor. Nato je treba za boljše razumevanje pacienta postavljati **vprašanja odprtega tipa** in ga spodbujati, da deli svoja prepričanja in poglede, na primer spraševati o družinskih pristopih k bolezni ali posebnih duhovnih praksah. Enako ključnega pomena sta **učenje in opazovanje**, ki vključujeta neverbalno komunikacijo in pridobivanje znanja o kulturi skupnosti, v kateri se izvaja storitev. Nazadnje je treba zdravstveno oskrbo **prilagoditi potrebam pacienta** z vključevanjem njegovih kulturnih praks v načrt zdravljenja in

ohranjanjem prožnega pristopa, ki spoštuje njegova prepričanja in vrednote (Strzemięczna, 2020).

Pri vzpostavljanju odnosov je lahko zelo koristen preprost stavek, kot je "**Kako vam lahko pomagam?**". Ima močan čustveni naboj, hkrati pa ni omejena na posebne kulturne, družbene ali individualne pogoje. Zasnovana je tako, da jo lahko razume in uporablja vsaka oseba, ne glede na njeno kulturno ali družbeno ozadje. Ta stavek se osredotoča na nudenje podpore in pomoči na odprt način, ne glede na morebitne razlike. Izkazuje spoštovanje do potreb druge osebe, ne glede na njen kontekst. Namesto da bi predpostavljal, da nekdo morda potrebuje pomoč na določen način, pacientu omogoča, da sam opredeli svoj vir trpljenja. To je izraz splošne pripravljenosti za razumevanje in prilagajanje različnim perspektivam in situacijam.

Takšna formulacija podpira idejo o enakosti in spoštovanju raznolikosti. Pomaga odpravljati ovire in graditi mostove med različnimi kulturami in skupnostmi, saj gre za vprašanje, ki ne diskriminira, temveč upošteva individualne potrebe vsakega posameznika. Je univerzalno povabilo k medsebojnemu sodelovanju, ki izraža pripravljenost za sodelovanje in medsebojno razumevanje, ne glede na ozadje posameznika.

Madeleine Leininger je bila kot medicinska sestra in antropologinja ena od pionirjev razumevanja vpliva kulturnega okolja na zdravje in zdravstveno varstvo. Razvila je teorijo transkulturne zdravstvene nege, ki je poudarjala pomen vključevanja kulturnega ozadja pacientov v proces zdravljenja. Njene raziskave v petdesetih letih prejšnjega stoletja so bile osredotočene na to, kako ključno je razumevanje kulturnih vidikov v okviru zdravstvenega varstva, zlasti v zvezi z duševnim zdravjem otrok (Leininger, 1981).



Madeleine Leininger
Vir: The South Swedish Medical History Society (SMHS)

4.4 Kulturne determinante zdravja in bolezni

Kultura ima pomembno vlogo pri oblikovanju človekovega zdravja in nanj vpliva z različnih vidikov. Njen vpliv je koristno preučiti s treh vidikov. Kultura lahko deluje kot (Grzymała-Moszczyńska, 2007):

- **patogeni dejavnik** - lahko poveča tveganje za določene bolezni, na primer zaradi posebnih prehranjevalnih navad, kajenja ali uživanja alkohola,
- **terapevtski dejavnik** - spodbuja lahko vedenje, ki koristi zdravju, kot so spodbujanje skupnosti, socialna podpora ali zdrave prehranjevalne navade,
- **patoplastični dejavnik** - pomembno lahko vpliva na zaznavanje in izražanje simptomov, zlasti v okviru duševnih motenj. Simptomi depresije se lahko na primer razlikujejo med kulturami: v Latinski Ameriki se pogosteje kažejo kot glavoboli, na Bližnjem vzhodu kot težave s srcem in ožiljem, v Aziji pa kot občutek šibkosti.

Kultura lahko na različne načine vpliva tako na pogostost kot tudi na način, kako se duševne motnje izražajo (Bhugra in Bhui, 2018):

- **Patogenost:** kulturno deljena prepričanja ali ideje lahko neposredno povzročijo stres in tako prispevajo k razvoju duševnih motenj.
- **Patoselektivnost:** v stresnih situacijah posamezniki lahko izberejo načine spoprijemanja, ki so kulturno sprejeti.
- **Patoplastičnost:** kulturna prepričanja oblikujejo način, kako so simptomi duševnih bolezni izraženi in kako jih drugi zaznavajo.
- **Patoelaborativni učinki:** kultura lahko okrepi določena patološka vedenja, zaradi česar postanejo bolj izrazita in dolgotrajna.
- **Patofacilitativni učinki:** kulturni dejavniki lahko vplivajo na pogostost pojava motnje ali na obliko, v kateri se ta izrazi.
- **Patoreaktivnost:** kultura vpliva na to, kako družba odziva na duševne bolezni — to določa, kako so motnje označene ter kako prizadeti doživljajo in izražajo svoje trpljenje.

Primeri kulturnih determinant zdravja:

- **Prehranske prakse:** v hinduizmu velja prepričanje o svetosti vseh živih bitij, zaradi česar se mnogi pripadniki prehranjujejo vegetarijansko. Izogibanje uživanju mesa, zlasti govedine, izhaja iz spoštovanja življenja in verskih prepričanj. V Indiji so krave še posebej spoštovane, njihovega mesa pa zaradi verskih prepričanj ne uživa (Śmidowicz, 2016).
- **Uživanje alkohola:** v muslimanskih državah, kjer je uživanje alkohola prepovedano, je tveganje za bolezni, povezane z alkoholom, veliko manjše. Nasprotno pa je v državah, kjer je uživanje alkohola dovoljeno, na primer v Franciji, tveganje za cirozo jeter večje (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Spolno vedenje:** kulturne norme, ki oblikujejo odnos do spolne usmerjenosti, starosti za sklenitev zakonske zveze ali uporabe kontracepcije, pomembno vplivajo na spolno zdravje. V romski kulturi so pogoste zgodnje poroke mlajših deklet, kar ima lahko posebne zdravstvene posledice (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Spremembe telesa:** obrezovanje moških, ki ima v nekaterih kulturah verski pomen (judaizem, islam in nekatera afriška plemena), se v drugih regijah izvaja

iz razlogov, ki niso nujno povezani z vero, kot je to vidno v Združenih državah Amerike (Grzymała-Moszczyńska, 2007).

- **Kulturni vpliv na duševno zdravje**: pri paranoidni shizofreniji vsebina blodenj pogosto odraža kulturni kontekst: posamezniki, ki prakticirajo krščanstvo in islam, pogosteje doživljajo verske blodnje, ljudje iz Azije imajo lahko blodnje o nezvestobi, posamezniki iz Afrike pa se pogosto spopadajo z blodnjami, povezanimi z lokalno skupnostjo (Krajewska-Kułak, 2010). Pomembno je tudi omeniti, da nekatere motnje najdemo le v določenih kulturah, kot je koro - anksiozna motnja, ki jo opažajo predvsem v jugovzhodni Aziji in za katero je značilno prepričanje, da se genitalije krčijo (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Alternativna medicina in kulturna prepričanja**: v mnogih skupnostih je močno prisotno verovanje v tradicionalno medicino, ki vključuje tako domača zdravila kot bolj formalizirane medicinske sisteme, kot sta kitajska medicina ali ajurveda. Učinkovitost teh metod je pogosto odvisna od družbenih norm in osebnih izkušenj pacientov (Klaus, 2007).

4.5 Izzivi v zdravniški praksi

Kompleksnost vpliva kulture na zdravje postavlja zdravnike pred številne izzive, zaradi katerih je treba pri diagnosticiranju in zdravljenju upoštevati kulturni kontekst.

- **Dotikanje in izpostavljanje telesa:** v številnih kulturah velja, da je fizični stik z določenimi deli telesa, zlasti tistimi nasprotnega spola, nesprejemljiv. To kulturno dojemanje lahko privede do zavrnitve zdravniških pregledov ali postopkov (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Soglasje za medicinske postopke**: privolitev v medicinske posege, kot je presaditev organov, je pogosto zapletena. V nekaterih skupnostih, kjer se takšna dejanja štejejo za nasprotna verskim prepričanjem, je to vprašanje še posebej pomembno. To je lahko pomembno za nekatere etnične skupine, kot so Romi, pa tudi za pripadnike budizma ali šintoizma (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Spolna identiteta:** do šestdesetih let prejšnjega stoletja so se razprave o spolu osredotočale predvsem na moškost in ženskost, ki sta veljali za nasprotna konca enega kontinuuma. Menili so, da je oseba lahko bodisi ženstvena bodisi moška, ne glede na to, ali je homoseksualen moški ali homoseksualna ženska - ključni dejavnik je bil subjektivni občutek lastnega spola (Bem, 2010). Vendar je Sandra Bem izpodbijala ta tradicionalni pogled. Predlagala je, da sta moškost in ženskost dve različni dimenziji osebnosti. Kot posledica tega pogleda se je pojavil koncept androginih posameznikov, ki lahko hkrati izkazujejo tako moške kot ženske lastnosti. Bemov koncept se osredotoča na dve ključni trditvi glede oblikovanja posameznikove spolne identitete (Bem, 2010).

Pri obravnavi izrazov, kot so transspolnost, nebinarnost in androginija, je treba upoštevati družbene, klinične in pravne okoliščine posamezne države. Raziskave centrov, specializiranih za teme, povezane s tranzicijo, zagotavljajo dragocen vpogled v sodobne trende med mladimi in zdravstvene posledice, povezane s spolnimi vprašanji.

Transseksualnost se nanaša na posameznike, katerih spolna identiteta se ne ujema s spolom, dodeljenim ob rojstvu. Ti posamezniki se pogosto odločijo za korektivne operacije, hormonsko nadomestno zdravljenje ali druge metode za spremembo videza, da bi bolje odražali svojo spolno identiteto. Transspolni posamezniki se lahko identificirajo kot moški ali ženske, ne glede na svoj biološki spol. Po drugi strani pa se **nebinarni posamezniki** ne opredeljujejo strogo kot moški ali ženske, temveč obstajajo zunaj tradicionalnih binarnih spolnih kategorij. Na nebinarnost se pogosto gleda kot na kontinuum, nebinarni posamezniki pa lahko uporabljajo različne zaimke, kot so "oni". **Androginci** združujejo tako moške kot ženske lastnosti v različnih razmerjih in lahko kažejo značilnosti obeh spolov ter eksperimentirajo z različnimi slogi oblačenja in vedenja. Ti posamezniki se izogibajo togi spolni klasifikaciji, kar omogoča večje raziskovanje njihove spolne identitete (Titelbaum, 2020).



Pomembno je opozoriti, da se ti trije pojmi ne izključujejo in se lahko prekrivajo. Transspolna oseba se lahko identificira kot **nebinarna** ali **androgina**, tako kot je lahko nebinarna oseba tudi androgina ali transspolna. Po najpogostejšem in splošno sprejetem pristopu nebinarnost služi kot krovni izraz za vse spolne identitete, ki ne spadajo v binarno delitev spolov. Nebinarne osebe niso niti moški niti ženske. Pogosto se opredeljujejo kot »**agender**«, spolno nevtralni ali spolno fluidni. Ta izraz vključuje tudi posameznike, ki se identificirajo z več kot enim spolom. V skupnosti LGBTQ+ nebinarni posamezniki predstavljajo kategoriji "T" (transseksualci) in "Q" (genderqueer) (Haak, 2020).

Nebinarni posamezniki so po definiciji transspolni. Njihov biološki spol se ne ujema z

njihovo spolno identiteto. Nekateri lahko doživljajo tudi spolno disforijo. Leta 2019 je bila v slovar Collins Dictionary dodana beseda "nebinarni" (Haak, 2020). To ne pomeni, da je izraz nov, temveč odraža vse večjo družbeno ozaveščenost o raznolikosti spolnih identitet in izrazov. Izraz "genderqueer" je postal priljubljen sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja. Riki Anne Wilchins je tesno povezana s tem pojmom, zlasti zaradi njenega pomembnega prispevka k publikaciji Genderqueer: Voices Beyond the Sexual Binary (2002). Leta 1995 je Wilchinsova izdala brošuro In Your Face, v kateri je prvič uporabila izraz genderqueer. V tej publikaciji se je izraz nanašal na posameznike s kompleksnimi ali nedefiniranimi spolnimi izrazi, kar se razlikuje od sodobnih definicij (Wilchins, 1995).

V Zahodni Evropi je koncept nebinarnega spola, pogosto imenovanega "**tretji spol**", v zadnjem desetletju vedno bolj pomemben v okviru porajajoče se kulture spola. Zgodovinsko gledano je bil razširjen in dokumentiran v osrednji Afriki, Ameriki, Aziji in Oceaniji. V Indiji, Bangladešu in Pakistanu obstaja družbena skupina, znana kot hidžre. Ti posamezniki so ob rojstvu opredeljeni kot moški (AMAB), vendar delujejo zunaj moškega spola. Večina hidžrov se identificira kot nebinarni, čeprav je njihov videz stereotipno ženski (Haak, 2020). Indijski hijrasi predstavljajo preprost, splošno priznan in obsežno dokumentiran primer "tretjega spola", ki je v celoti vključen v družbo.

Branje o Amazonkah, ženskah, ki so se pogumno borile v vojnah, je jasen prikaz, da spol ne določa družbenih vlog. V Beninu v Afriki so posameznice, ki so bile ob rojstvu označene kot ženske (AFAB), vendar so imele kulturne moške lastnosti, imenovali "mino" in so se bojevale v vojnah skupaj z moškimi, ne da bi imele otroke ali vstopile v razmerja z moškimi (kar se je takrat od žensk pričakovalo). Danes so v Beninu ženske odgovorne za naloge, ki zahtevajo moč in natančnost, kot je nošenje vode, kar je moškim prepovedano (Krzemińska, 2023).

V Severni Ameriki so vedno bolj prepoznavni avtohtoni ameriški posamezniki, ki se opredeljujejo kot "**dva duha**" (Haak, 2020). Izraz "dva duha" je leta 1990 uvedla Myra Laramee. Izhaja iz besede Anishinaabe niizh manidoowag, ki opisuje posameznike z moškimi in ženskimi lastnostmi. Eden od najpogosteje navajanih pomenov se nanaša na osebo, ki ima tako moško kot žensko dušo (Jacobs idr., 2021). Nekatera plemena priznavajo kar štiri spole, medtem ko imajo druga plemena svoje lastne izraze, značilne za spol. Raziskovanje kulturnega pomena spola, vključno z njegovim poimenovanjem in pomenom, razkriva zanimive primere, kot je predkolonialna havajska družba, ki je bila družba več spolov (Titelbaum, 2020).

V angleščini nebinarni posamezniki uporabljajo "they" namesto spolov "he" ali "she". Ta pristop je okrepilo tudi Ameriško psihiatrično združenje, ki prav tako priporoča uporabo "oni" v ednini, kadar spolna identiteta posameznika ni znana (Haak, 2020).

Razumevanje teh razlik je ključnega pomena za učinkovito zdravstveno varstvo. Zdravstveni delavci in drugi zdravstveni delavci se morajo zavedati, da pacient ni le telo, ki ga je treba zdraviti, temveč tudi zbirka vrednot, norm in prepričanj, ki jih je treba spoštovati v celotnem procesu zdravljenja. Le tako bo zdravstvena oskrba

učinkovita in prilagojena individualnim potrebam pacienta. Upoštevanje kulturnih razlik ne le izboljša kakovost oskrbe, temveč tudi obogati zdravstveni poklic, saj poudarja pomen empatije in spoštovanja v procesu zdravljenja.

4.6 Psihološki mehanizmi, ki vplivajo na oblikovanje večkulturnih odnosov v medicinskem okolju

Zavedanje naših predsodkov: Razdelitev na "nas" in "njih" je pojav, ki je prisoten v vsaki družbeni skupini, ne glede na izvor, hierarhijo ali vrednote, ki jih spoštuje. Razvrščanje sebe v "mi" in razlikovanje drugih kot "oni" ali "oni" je eden od temeljnih mehanizmov, ki ljudem pomagajo pri orientaciji v svetu okoli njih. Verjetno je temeljni vzrok tega pojava v potrebi po jasnem prepoznavanju skupin, ki predstavljajo grožnjo ali so vsaj tuje, torej zahtevajo previdnost in ustrezne zaščitne ukrepe. Zavedanje, da smo del "svojih", ustvarja močan občutek pripadnosti in varnosti. Kot družbena bitja ga ljudje izražajo zlasti v odnosih z drugimi, pri čemer pogosto nezavedno poudarjajo svojo pripadnost določeni skupnosti (Citlak, 2018).

Projekcijske predsodke: Gre za pojav, pri katerem posameznik domneva, da drugi mislijo in čutijo enako kot on. V psihologiji se ta mehanizem imenuje "projekcija" in velja za enega od obrambnih mehanizmov. Projekcija vključuje pripisovanje lastnih misli, čustev ali lastnosti drugim ljudem, pogosto na podlagi domneve, da imajo drugi podobna prepričanja ali čustva. Gre za način, s katerim posameznik prenaša svoje notranje izkušnje na zunanje ljudi ali situacije, pri čemer predpostavlja, da se njihovo dojemanje in razumevanje sveta ujemata z njegovim. V resnici pa je vsak človek edinstven, z različnimi miselnimi in zaznavnimi procesi, kar pomeni, da se lahko dojemanje resničnosti in čustev drugih razlikuje od našega. Zato je priznavanje pravice vsakega posameznika do lastne perspektive in razlage sveta temeljni vidik njegove avtonomije in dostojanstva (Bilewicz, 2014).

Drug izraz, ki je lahko povezan s tem pojavom, je "**lažno soglasje**". To je kognitivna pristranskost, pri kateri človek predpostavlja, da večina ljudi misli, čuti in ravna enako kot on, zlasti v situacijah, ko njegova prepričanja ali vedenje niso splošno razširjena (Chodkowski, 2017). Oba mehanizma lahko privedeta do nesporazumov, saj ne upoštevata individualnih razlik v razmišljanju, čutenju in dojemanju resničnosti.

Empatičen pristop k situaciji, zlasti pri razumevanju konteksta delovanja druge osebe, zlasti v povezavi s pacientom, nam pomaga bolje razumeti njeno stališče in perspektivo. Ljudje pri poskusu razumevanja vedenja drugih pogosto delajo **napake pri pripisovanju**, saj se ne zavedajo v celoti pomena situacijskih dejavnikov. Namesto tega se osredotočijo na notranje lastnosti ali predispozicije posameznikov, čeprav bi zunanji dejavniki lahko v celoti pojasnili opazovano vedenje. Ta vrsta napake je znana kot **korespondenčna napaka** ali **temeljna atribucijska napaka**. Pogostejša je v zahodnih kulturah, kot so tiste v Evropi ali Združenih državah Amerike, kot v državah na Daljnem vzhodu, kar je povezano z razlikami v procesih socializacije in dojemanju družbenih situacij (Chodkowski, 2017).

Še en zanimiv pojav, povezan z napakami pri pripisovanju, je **pripisovalni egoizem**. Ta se kaže kot pripisovanje lastnih uspehov notranjim lastnostim, medtem ko neuspehe pripisujemo zunanjim dejavnikom. Takšen način razmišljanja krepi naš občutek odgovornosti za uspehe, medtem ko zmanjšuje odgovornost za neuspehe, kar deluje kot obramba našega "jaza" in krepi našo samozavest (Chodkowski, 2017).

Zadnje stoletje je prineslo številne dokaze, ki potrjujejo trditve socialnih psihologov o velikem, če ne celo popolnem vplivu okoliščin na človekova dejanja. Druga svetovna vojna s svojimi grozljivimi posledicami v obliki koncentracijskih taborišč in množičnega iztrebljanja je pretresla naše dotedanje razumevanje človeške narave. Sedanja vojna v Ukrajini s svojimi neizprosnimi grozotami in neštetimi primeri brutalnosti in krutosti je postala ključna referenčna točka v študijah o tem, kako razmere oblikujejo posameznikovo vedenje. V tem kontekstu je pomembno, da ponovno pregledamo dobro znani, čeprav kontroverzni eksperiment, ki je pomembno prispeval k našemu razumevanju človeške narave - **Stanfordski zaporniški eksperiment Philipa Zimbarda.**



Philip Zimbardo
Vir: Courtesy of Ferne Millen Photography. https://philipzimbardo.com/

Zimbardo je s svojo raziskavo poskušal pojasniti pojav novega zla (Zimbardo, 2017). Zaključki, ki so jih izpeljali iz poskusa, so jasno nakazovali, da so razmere, ki jih ustvarja prevladujoči sistem, vir zla in preobrazbe dobrih ljudi v pokvarjena in kruta bitja. Namen Stanfordskega zaporniškega eksperimenta je bil razumeti, kako hitro se lahko običajni ljudje zaradi določenih družbenih razmer spremenijo v posameznike, ki izvajajo oblast ali postanejo njene žrtve. Udeleženci so bili študenti, ki so opravili osebnostne in inteligenčne teste, da bi izločili dejavnike, ki bi lahko izkrivili rezultate poskusa. Merila za izbor so bila osredotočena na dejavnike, kot so podobna izobrazba, starost, družbeni položaj ter odsotnost kriminalne preteklosti ali psiholoških motenj. Štiriindvajset študentov je bilo naključno izbranih za sodelovanje v poskusu, v katerem so bili razdeljeni v dve skupini: zapornike in paznike.

Dobili so posebna oblačila, da bi poudarili razlike med obema skupinama; zaporniki so nosili enake majice z izvezenimi številkami, medtem ko so stražarji nosili uniforme, podobne vojaškim, s posebnimi atributi, kot so palice in očala. Osebe, ki jim je bila dodeljena vloga paznikov, so bile poučene o naravi njihovih vlog. Njihova naloga je bila, da z ustreznimi sredstvi čim bolj učinkovito nadzorujejo zapornike. Edini pogoj je bila

popolna prepoved fizičnega nasilja. Poskus je bil načrtovan za dva tedna, vendar so ga zaradi dramatičnega poteka in intenzivnosti, s katero so se pojavili pričakovani učinki, ter zaradi skrbi za psihološko in fizično zdravje študentov po enem tednu prekinili. Prvi študent-zapornik je bil zaradi očitnih znakov duševnega zloma izpuščen že po 36 urah.

Zimbardo je ugotovil, da opazovane spremembe in patološko vedenje niso posledica osebnosti učencev, temveč situacijskih dejavnikov, ki jih je podpiral sistem - opredeljen kot pogoji in omejitve na začetku poskusa. Trdil je, da sistem, v katerem delujejo posamezniki, oblikuje njihova stališča in vedenja, ljudje pa so le igralci, ki igrajo vnaprej določene vloge. Njihovo vedenje - vedenjski skripti - je strogo določeno s situacijami in s tem s sistemom. Zimbardo je dejal: "Sistem sestavljajo agenti in institucije, katerih ideologija, vrednote in moč ustvarjajo situacije ter narekujejo vloge in pričakovanja glede odobrenega vedenja akterjev znotraj svojih vplivnih področij" (Zimbardo, 2017). Zimbardova teorija predvideva, da posamezniki, ki zasedajo določene vloge v določenem sistemu, tradicionalno niso odgovorni za svoja dejanja. Namesto tega se prilagodijo vlogi, ki jim je naložena, njihovo vedenje pa je posledica situacije, v kateri se znajdejo, in pričakovanj, ki jim jih nalaga sistem - okolje, v katero so umeščeni z dodeljenimi vlogami (Zimbardo, 2017).

Vloga zdravstvenega delavca, ki posreduje na področju zdravja in zagotavlja zdravstveno pomoč, mu daje edinstveno situacijsko prednost v smislu avtoritete. Pacient in njegovi bližnji v roke strokovnjakov ne zaupajo le svojega zdravja, temveč pogosto tudi življenje. Ta odnos temelji na izjemnem zaupanju, ki nosi odgovornost za odločitve v zvezi z najdragocenejšim: človeškim življenjem. V tem kontekstu je ključnega pomena, da se zavedamo, da pacient ni objekt zdravljenja, temveč subjekt - oseba z edinstvenim poreklom, kulturo, vero, spolom in drugimi značilnostmi, ki opredeljujejo njeno identiteto. Zato je temeljnega pomena, da premagamo vse ovire pri dostopu do zdravljenja - od formalnih ovir do komunikacijskih ovir. Učinkovita oskrba zahteva zavedanje in odprtost za raznolikost pacientov, kar je nujen pogoj za natančno prepoznavanje njihovih potreb in izvajanje ustreznih terapevtskih ukrepov. Brez razumevanja individualnih okoliščin pacienta je težko govoriti o celostnem in učinkovitem pristopu k zdravljenju. Poleg tega obstajajo neizpodbitni dokazi o vplivu pacientovega duševnega odnosa na proces zdravljenja in okrevanja. Pozitiven odnos lahko pomembno podpre terapevtska prizadevanja, njegovo gojenje pa zahteva empatijo, razumevanje in upoštevanje edinstvenega konteksta vsakega pacienta. Samo z zavestnim in odprtim pristopom je mogoče doseči optimalne rezultate v zdravstvu.

4.7 Rasizem in strukturno nasilje kot dejavniki duševnega zdravja – vloga zdravstvenih strokovnjakov

Pojem rase se je pojavil v Evropi v 18. stoletju z vzponom kolonializma in razvojem naravoslovnih znanosti. Sprva so ga uporabljali za razvrščanje živali, kasneje tudi ljudi. Gre za enega najbolj spornih družbenih in znanstvenih konstruktov moderne zgodovine (Smedley, 2005). Po Oxfordski slovarju (2018) je rasa sistem razvrščanja ljudi v velike,

razločene skupine na podlagi dednih zunanjih značilnosti (fenotipa), geografskega porekla, kulture, zgodovine, jezika, etničnosti in družbenega statusa. V začetku 20. stoletja so pojem pogosto uporabljali v taksonomskem smislu za poudarjanje genetske raznolikosti človeških populacij, opredeljenih po fenotipu.

Razvrščanje po rasah se je začelo s Carlom Linnaeusom (1758), ki je človeštvo razdelil na štiri skupine: Evropejce, Afričane, Azijce in Američane. Johann F. Blumenbach (1795) je predstavil drugo klasifikacijo: kavkazijska, mongolska, malajska, etiopska in ameriška. Presenetljivo je, da to klasifikacijo še danes najdemo v nekaterih virih. Napredek genetike človeka pa je pokazal, da so te kategorije povsem **samovoljne** (Yudell, 2011).

UNESCO je odigral pomembno vlogo pri odpravi tega znanstvenega in družbenega konstrukta. V svoji deklaraciji iz leta 1950 je potrdil, da rase v biološkem smislu ne obstajajo, temveč so družbeni konstrukti brez genetske osnove. V naslednjih deklaracijah je zavrnil znanstvene osnove rasizma in leta 1978 še razširil poudarek na družbnozgodovinske dejavnike: „Razlike v dosežnosti med ljudmi so posledica geografskih, zgodovinskih, političnih, ekonomskih, družbenih in kulturnih pogojev, ne pa bioloških dejavnikov.“ Deklaracije UNESCO, prevedene v 87 jezikov, so navdihnile pravne dokumente, kot je Mednarodna konvencija o odpravi vseh oblik rasne diskriminacije (1965). Leta 2003 je Projekt človeškega genoma dokončno ovrgel biološke osnove rasizma: 99,9 % DNK je enakega pri vseh ljudeh (Yudell, 2011).

Boji proti rasizmu po svetu, zlasti v ZDA in Afriki, kažejo na poudarek genetike pri razlikovanju. Sužnjelastništvo in prizadevanja za njegovo ohranitev med ameriškimi državljanskimi vojnami, sistem apartheida, osvobodilna gibanja ter organizacije za ohranjanje statusa quo z etnocentričnimi družbenimi, kulturnimi in političnimi argumenti so vse privedle do vprašanj kodiranja in genetske predispozicije glede pigmentacije kože (Parra, Kittles in Shiver, 2004; Yudell, 2011). Antropologija predlaga zamenjavo pojma rasa z izrazoma populacija ali etnična skupina. Cilj je ločiti človeško raznolikost od psevdo-bioloških hierarhij. Deklaracije UNESCO so pomembno prispevale k tej dekonstrukciji. Premagovanje rasizma pa ne zahteva le znanstvenih dokazov, temveč tudi politično voljo.

Rasizem je prepoznan kot dejavnik tveganja tako za duševno kot telesno zdravje. Vpliva ne le na posameznike, temveč na celotne skupnosti, saj deluje na mikro (osebni), mezo (institucionalni) in makro (strukturni) ravni. Razumevanje teh mehanizmov in njihovih posledic je ključno za prihodnje zdravstvene delavce, od katerih se pričakuje, da bodo zagotavljali pravično in kulturno kompetentno oskrbo.

Kot ugotavljata Schouler-Ocak in Moran (2023), ima rasizem številne oblike – od medosebnih predsodkov in mikroagresij do sistemskih neenakosti pri dostopu do zaposlitve, izobraževanja in zdravstvenega varstva. Izkušnje z rasno diskriminacijo dokazano povečujejo tveganje za depresijo, tesnobo, posttravmatsko stresno motnjo, psihoze in zlorabo substanc. Avtorji prav tako opozarjajo na nevrobiološke posledice kroničnega stresa, povezanega z diskriminacijo, kot so zmanjšan volumen bele in sive

možganovine ter povečana aktivnost amigdale.

Schouler-Ocak s sod. (2021) poudarjajo potrebo po vključitvi tematike rasizma v strokovno usposabljanje in klinično prakso v psihiatriji. Njihovo poročilo vsebuje priporočila za klinične delavce in oblikovalce politik, kako nasloviti vpliv rasizma na duševno zdravje na vseh ravneh – od izobraževanja do raziskovanja in klinične obravnave. Ključni vidik je prepoznavanje in preprečevanje tako internaliziranega kot institucionalnega rasizma ter potreba po kritični refleksiji o družbnih in kulturnih privilegijih. Jarvis s sod. (2023) predlagajo konkretne protirasistične strategije na treh ravneh:

- **Mikro**: samorefleksija, prepoznavanje osebnih pristranskosti, razvoj kulturne kompetentnosti in pripravljenost za pogovor o rasizmu s pacienti.
- **Mezo**: prenova izobraževalnih programov, imenovanje pooblaščencev za enakost in raznolikost, prestrukturiranje institucij.
- **Makro**: zagovorništvo, reforme javnih politik in boj proti okoljskemu ter strukturnemu nasilju.

Vključevanje teh perspektiv v zdravstveno izobraževanje spodbuja miselnost aktivnega profesionalizma, skladno z modelom EMPOWER, ki zagovarja refleksijo, pravičnost in celostni pristop k obravnavi pacientov.



Literatura

Banaszak, B. (2003). *System ochrony praw człowieka*. Kraków.

Bem, S. (2000). *Męskość i kobiecość*. O różnicach wynikających z płci. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bhugra, D. in Bhui, K. (2018). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge University Press.

Blumenbach, J. F. (1795). D*e generis humani varietate nativa* (Originally published as dissertation, 1775). Gottingae: Vandenhoek et Ruprecht. https://archive.org/details/degenerishumaniv00blum

Bugaj, J. M. (2012). Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych. In M. Bugdol, J. Bugaj, in I. Stańczyk (Eds.), *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia* (pp. 75–102). Continuo, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa.

Chodkowski, Z. (2017). *Zarys charakterystyki komunikacji interpersonalnej, możliwe zakłócenia i bariery*. Kultura – Przemiany – Edukacja.

Cianciara, D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. *Hygeia Public Health, 50*(4), 435–441.

Citlak, A. (2018). Psychologiczne i językowe uprzedmiotowienie obcych (stereotypizacja i dehumanizacja wrogów). *Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem, 40*(4). https://doi.org/10.19195/2300-7249.40.4.1

Claney, C. (2024). *Projection as a defense mechanism: Understanding the psychology behind it*. Relational Psych. https://www.relationalpsych.group/articles/projection-as-a-defense-mechanism-understanding-the-psychology-behind-it

Grzymała-Moszczyńska, H. (2007). *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej*. V K. Klaus (ur.), Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa.

Haak, D. (2020). *Niebinarność oraz język neutralny płciowo*. PPM. https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMBc43009d2b07945598720ee82c58107dc

Jacobs, S. E., Thomas, W. in Lang, S. (1997). *Two-Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality*. University of Illinois Press. https://transreads.org/wp-content/uploads/2021/07/2021-07-22_60f978648ad9b_3175882.pdf

Jarvis, G. E., Andermann, L., Ayonrinde, O. A., Beder, M., Cénat, J. M., Ben-Cheikh, I., Fung, K., Gajaria, A., Gómez-Carrillo, A., Guzder, J., Hanafi, S., Kassam, A., Kronick, R., Lashley, M., Lewis-Fernández, R., McMahon, A., Measham, T., Nadeau, L., Rousseau, C., Sadek, J., Schouler-Ocak, M., Wieman, C. in Kirmayer, L. J. (2023). Taking action on racism and structural violence in psychiatric training and clinical practice. *The Canadian Journal of Psychiatry, 68*(10), 780–808. https://doi.org/10.1177/07067437231166985

Klaus, K. (2007). *Migranci na polskim rynku pracy*. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa.

Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I. in Kędziora-Kornatowska, K. (2010). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. PZWL.

Krzemińska, A. (2023). *Kobiece ramię zbrojne, czyli co wiemy o wojowniczkach z Dahomeju*. Projekt Pulsar. https://www.projektpulsar.pl/czlowiek/2202236,1,kobiece-ramie-zbrojne-czyli-co-wiemy-o-wojowniczkach-z-dahomeju.read

Leininger, M. (1981). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. McGraw-Hill.

Murphy, J. (2013). *Health and Human Rights*. Oxford-Ortland-Oregon.

Linnaeus, C. (1758). *Systema*. Holmiae: Impensis Direct. Laurentii Salvii. https://www.biodiversitylibrary.org/item/10277

Schouler-Ocak, M., Bhugra, D., Kastrup, M. C., Dom, G., Heinz, A., Küey, L. in Gorwood, P. (2021). Racism and mental health and the role of mental health professionals. *European Psychiatry, 64*(1),

e42. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2216.

Schouler-Ocak, M. in Moran, J. K. (2023). Racial discrimination and its impact on mental health. *International Review of Psychiatry, 35*(3–4), 268–276. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2155033.

Oxford English Dictionary. (2018). *Race*. V Oxford English Dictionary (3. izdaja). https://www.oed.com/dictionary/race_n1

Parra, E. J., Kittles, R. A. in Shriver, M. D. (2004). Implications of correlations between skin color and genetic ancestry for biomedical research. *Nature Genetics, 36*(11 Suppl), S54–S60. https://doi.org/10.1038/ng1440

Prawo.pl. (2024). *Dyskryminacja w środowisku medycznym jest poważnym problemem*. Prawo.pl. https://www.prawo.pl/zdrowie/dyskryminacja-w-srodowisku-medycznym,530399.html

Smedley, A. in Smedley, B. D. (2005). Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *American Psychologist, 60*(1), 16–26. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.1.16

Strzemięczna, A. (2020). *Publiczny system opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców: Badania na terenie województwa mazowieckiego*. Warszawa.

Sztejnberg, A. (2001). *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*. Astrum.

Śmidowicz. (2016). *Kulturowe uwarunkowania zachowań żywieniowych*. DocPlayer. https://docplayer.pl/158531363-Kulturowe-uwarunkowania-zachowan-zywieniowych.html

Tabaszewski, R. (2016). *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*. Wydawnictwo KUL.

Titelbaum, J. (2020). *The Evolution of Gender and Gender Identity in Contemporary Society*. Lectures on the Psychology of Women. McGraw-Hill Education.

United Nations. (1965). *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination.* https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial

Wilchins, R. A. (1995). *In your face. Political Activism against gender oppression*. Digital Transgender Archive. https://www.digitaltransgenderarchive.net/downloads/1831ck00f

Yudell, M. (2011). A Short History of the Race Concept. V S. Krimsky in K. Sloan (ur.), *Race and the Genetic Revolution: Science, Myth, and Culture* (str. 13-30). New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. https://doi.org/10.7312/krim15696-002

Zgliczyński, W. in Cianciara, D. (2020). *Badania nad barierami komunikacyjnymi w opiece nad cudzoziemcami*.

Zimbardo, P. (2017). *Efekt Lucyfera* (A. Cybulko, J. Kowalczewska, J. Radzicki, & M. Zieliński, tłum.). PWN.

Zaključni razmislek: povezanost s kulturno identiteto, zdravjem in modelom EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje ponazarja, da kulturna identiteta ni obrobni pojem v medicini, temveč ključni temelj za izvajanje **etične, učinkovite in na posameznika osredotočene oskrbe**. S priznavanjem vloge kulturnih vrednot, prepričanj in tradicij pri oblikovanju pacientovih izkušenj ter dojemanja zdravja in bolezni se poglavje tesno povezuje z načeli modela EMPOWER – zlasti z multikulturalnostjo, dobrobitjo, strokovnostjo in izobraževalnimi viri.

Poudarek na **obravnavi pacienta kot subjekta**, ne objekta oskrbe, odraža poziv modela EMPOWER k dostojanstvu, avtonomiji in partnerstvu v odnosu med pacientom in izvajalcem. Študente in strokovnjake spominja, da uspeh terapevtskih posegov ni odvisen le od kliničnih kompetenc, temveč tudi od **kulturne občutljivosti, medsebojnega spoštovanja in odprte komunikacije**. To je skladno z zavezanostjo modela EMPOWER empatiji, pravičnosti in spoštovanju človekovih pravic kot bistvenim sestavinam zdravstvene prakse.

Poglavje z razpravo o implicitnih pristranskostih, napačnem pripisovanju in mehanizmih projekcije ponuja vpogled v psihološke procese, ki pogosto ostajajo neopaženi v kliničnih stikih. Ti mehanizmi, če jih ne prepoznamo, lahko vodijo do napačnega razumevanja, napačnih diagnoz in slabše kakovosti oskrbe. Model EMPOWER spodbuja strokovnjake k razvoju samorefleksije in reflektivne prakse za prepoznavanje in zmanjševanje teh pristranskosti ter s tem podpira natančnejše, spoštljivejše in bolj vključujoče stike.

Poleg tega poglavje razširja razpravo o **posledicah sistemskega rasizma in strukturnega nasilja**, s čimer utrjuje pogled modela EMPOWER, da pravična zdravstvena oskrba zahteva ne le medosebno občutljivost, temveč tudi institucionalne spremembe. S priznanjem rasizma kot dejavnika duševnega zdravja besedilo poziva k ukrepanju na mikro (osebni), mezo (organizacijski) in makro (sistemski) ravni – prav takšnemu večravenskemu pristopu, kot ga zagovarja EMPOWER.

Nazadnje poglavje s povezovanjem spoznanj iz transkulturne zdravstvene nege, globalnih okvirov človekovih pravic in socialne psihologije pokaže, da je zdravstvena oskrba, ki temelji na kulturni kompetentnosti, **moralna nuja in praktična potreba**. Tak pristop študente ne pripravlja le na delo z raznolikimi populacijami, temveč jih tudi spodbuja, da postanejo akterji sprememb – zagovorniki pravičnosti, vključujočosti in integritete v zdravstvenih sistemih.

Na ta način poglavje ne ponuja le konceptualnih temeljev, temveč tudi neposredno pot za uporabo modela EMPOWER v kliničnem izobraževanju in praksi ter spodbuja celostno, pravično in na človeka osredotočeno oskrbo.

MultiCultiMed

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 5

Medkulturne kompetence:

spreminjanje perspektive in reflektivna kompetentnost

MARIA ANNA MARCHWACKA
Ostfalia Hochschule fur angewandte Wissenschafen (Nemčija)

> **Vse se vrti okoli spreminjanja perspektive in reflektivne kompetentnosti!**

5.1 Uvod

V medicini in zdravstveni negi raznolikost ni le realnost, temveč tudi odločilni dejavnik poklicne prakse. Vsako interakcijo s pacienti, sodelavci ali negovalci oblikujejo različna kulturna ozadja, vrednote in slogi komuniciranja. Ta raznolikost bogati zdravstveni sistem, hkrati pa od nas zahteva, da se bolje zavedamo, kako kulturni dejavniki vplivajo na zdravstveno nego. Nesporazumi - bodisi jezikovni bodisi kulturni - lahko ovirajo pristope, osredotočene na pacienta, in v nekaterih primerih celo ogrozijo varnost pacientov. ***Kako lahko kot zdravstveni delavci postanemo bolj občutljivi na kulturne razlike? Kako razviti sposobnost spreminjanja perspektiv in razmišljanja o lastnih predsodkih?***

Medkulturna kompetenca v zdravstvu ni povezana s togimi pravili, temveč z razvijanjem samorefleksivne in prilagodljive miselnosti, ki spodbuja vključujočo in na pacienta usmerjeno oskrbo.

To poglavje raziskuje pojme migracije, kulture in medkulturnosti z izobraževalnega vidika. Poudarja pomen **refleksivnosti, občutljivosti in sposobnosti prevzemanja perspektive** kot ključnih sestavin medkulturnih kompetenc. Predstavljen je didaktični pristop, ki zdravstvenim delavcem pomaga prepoznati lastne kulturne vplive, postavljati pod vprašaj predpostavke ter vzpostavljati smiselne interakcije z osebami iz različnih okolij.

Medkulturna kompetenca ne pomeni obvladovanja niza vnaprej določenih pravil - gre za gojenje odprtega, samorefleksivnega razmišljanja, ki nam omogoča prilagajanje, učenje in rast v vedno bolj povezanem svetu. S sprejetjem tega procesa lahko prispevamo k zdravstvenemu sistemu, ki ni le strokoven in učinkovit, temveč tudi resnično vključujoč in osredotočen na človeka. Podajmo se na to pot razmišljanja in učenja ter oblikujmo prihodnost, v kateri raznolikost ne bo obravnavana kot izziv, temveč kot prednost.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- razvoj kulturne občutljivosti v okviru interakcije s pacienti,
- izboljšanje interdisciplinarnega in medkulturnega timskega dela v različnih zdravstvenih ustanovah,
- usposabljanje za učinkovite in kulturno občutljive komunikacijske tehnike v okviru večkulturne oskrbe pacientov,
- zagotavljanje varnosti pacientov ob upoštevanju kulturne raznolikosti,
- razvoj raznolike zdravstvene organizacije.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

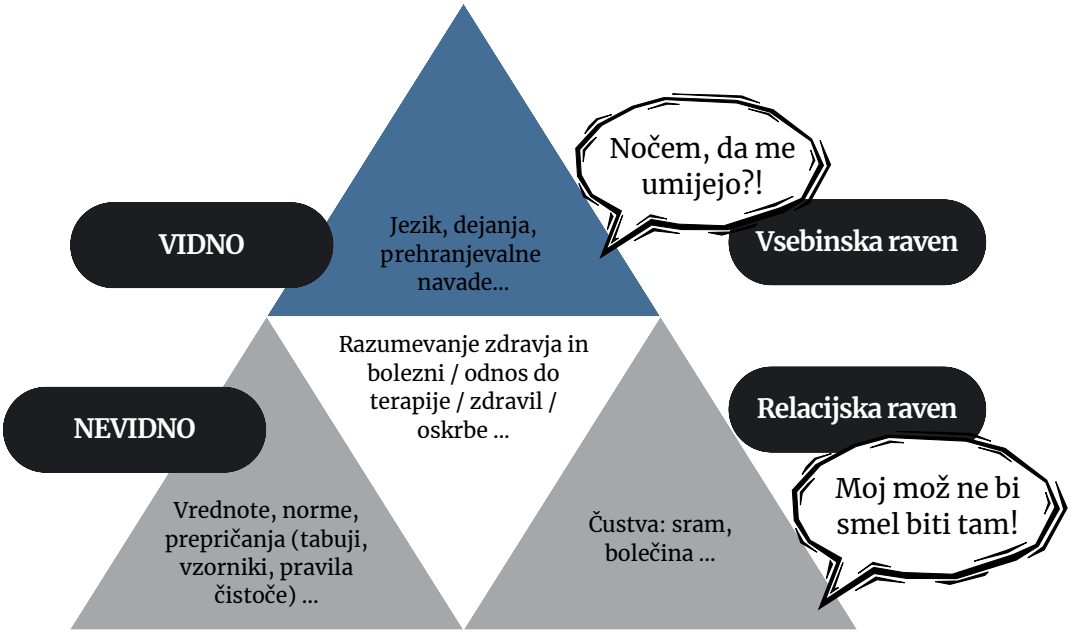
- razmisliti o svoji osebni perspektivi,
- razviti spretnosti sprejemanja perspektive,
- opredeliti sinergije med perspektivami,
- spremeniti perspektive in zavzemanje različnih stališč.

5.2 Kultura - kulturne reference in intersekcionalnost

Pojem kulture je bil predmet številnih različnih znanstvenih razprav. Raziskovalni pristopi segajo do kulturnega antropologa Malinowskega, začetnika etnografskega terenskega raziskovanja (1932). Kulturna antropologa Kroeber in Kluckhohn (1952) podajata izčrpen pregled množice opredelitev in se hkrati sklicujeta na dinamični koncept kulture, katerega pristop velja za "teorijo vzorcev kulture", tj. kultura predpostavlja razvoj in spremembe. Trenutno so glede na znanstveno disciplino z izrazom "kultura" osredotočeni različni pogledi, ki so odvisni od znanstvenih paradigem (Hansen, 2000; Bolten, 2007; Moosmüller, 2007; Straub, 2004).



Kultura določene skupine temelji na sistemu kolektivnega znanja, ki ji daje občutek namena in identitete. Hkrati je polna simbolov, znakov in konvencij, ki se pridobivajo v procesu socializacije. Vendar ti simboli, znaki in konvencije niso fiksni, temveč si jih posamezniki lahko razlagajo in živijo prožno (Marchwacka, 2021). Zato kultura ne more biti statična in tudi ne omogoča popolnega dogovora o kulturnem sistemu norm, saj kultura ni homogena. Nasprotno, zanjo so značilna nasprotja in prekrivanja med različnimi razsežnostmi (starost, jezik, izobrazbeni status, etnična pripadnost, poklic itd.). Medkulturno prekrivanje med seboj in drugim ali "drugost", kot sta jo konceptualizirala Bennett (2016) in Bennett (2004), se kaže v skoraj vseh vidikih zdravstvenega in socialnega varstva v večkulturni družbi. Vidni vidiki, kot so znanje jezika in prehranjevalne navade, se zaznavajo predvsem v vsakdanjem življenju, medtem ko temeljne vrednote, norme in utemeljitve ostajajo večinoma skrite. V okviru kulturne senzibilizacije je treba te temeljne vidike izrecno preučiti z drugo osebo in njenim pogledom. Nevidni vidiki predstavljajo največji izziv za ustrezno komunikacijo in vzpostavljanje odnosov kot podlage za delo v zdravstvu (glej sliko 7).



Slika 7. Kulturni vidiki in ravni refleksije (Marchwacka, 2021, 2022)

Pri teh interakcijah lahko pride do nesporazumov, občutkov negotovosti in občasno tudi do frustracij zaradi nepredvidenih odzivov, prepričanj in vrednostnih sistemov, saj se lahko posamezniki iz različnih kulturnih usmeritev soočijo z nerazumevanjem in negotovostjo, ko se soočijo s pogledi, ki se razlikujejo od njihovih lastnih (slika 7).

Prepletanje sebe in drugega (drugosti) ter raznolikost posameznikovih kulturnih referenc kažeta, da se glede na partnerja v interakciji razlikuje in da ni mogoče postaviti homogene in nedvoumne meje. Spol, viri, starost in subkulture razkrivajo križanja znotraj etnične skupine ali jezikovne kulture. Za ponazoritev te točke si oglejmo hipotetični onkološki oddelek. Na oddelku se lahko zdravi starejša pacientka, katere materni jezik je turščina in ki jo pogosto obiskuje njena družina, pa tudi samska rusko govoreča poslovna ženska, ki kljub svojim družbeno-kulturnim virom morda nima podpore družinskih članov zaradi njihovega mednarodnega bivanja. Zadnji pacient je lahko mladoletnik iz Afganistana z le osnovnim razumevanjem lokalnega jezika. Življenjske izkušnje pacientov kažejo na različne socializacijske procese in vire kljub njihovim migracijskim izkušnjam in pripadnosti arbitrarno konstruirani skupini "migrantov". Poleg tega posamezniki doživljajo različne priložnosti za sodelovanje in v nekaterih primerih mehanizme razlikovanja. Zlasti jezikovne ovire zaradi nezadostnega znanja nemškega jezika lahko ovirajo komunikacijo, kar vodi v občutek nemosti in posledično v psihično stisko (Kürsat-Ahlers, 2000). Ta pojav se ohranja tudi med posamezniki z višjo stopnjo izobrazbe, kar poudarja izzive, ki jih jezikovne razlike predstavljajo pri sporazumevanju. Ta stiska pogosto poraja občutke nezadovoljstva, pa tudi nemoči zaradi nezmožnosti izražanja in izpolnjevanja jezikovnih pričakovanj. Omeniti velja, da se strokovnjaki iz tujih držav pogosto srečujejo s tem pojavom. Razlog za to je njihovo sorazmerno slabše znanje nemščine, zaradi česar njihovo strokovno znanje - zlasti na področjih, kot sta anamneza in svetovanje - ni dovolj učinkovito

izraženo in je posledično premalo zaznano.

"Osi razlik" (Knapp, 2008) lahko razvrstimo kot vertikalne (nemški/nenemški) ali "prečne" (heteroseksualni/homoseksualni). Te osi lahko s premiki in izkrivljanjem ustvarjajo tretje učinke, zaradi česar se pojavljajo "vmesni prostori" (Dietze, 2008, 39). Za ponazoritev tega pojava lahko upoštevamo primer turškega zdravnika, ki se sooča z diskriminacijo na družbenem področju in v poklicnem življenju (zaradi jezika in kulture). Vendar lahko zdravnik hkrati spregleda vsakdanje izkušnje, ki vključujejo mehanizme razlikovanja, kot so družbeno ekonomski status (zdravnik), spol in izobrazbeni status (akademik), v svojem družbenem in ekonomskem okolju.

Nasprotno pa lahko sprejetje medsektorske perspektive kot "integralnega" razmišljanja (Walgenbach, 2007) olajša produktivno samokritiko hegemonije (Dietze, 2008) in omogoči obravnavo posameznikov kot sestavljenih entitet, ki vključujejo različna področja razlik, ki temeljijo na moči ali marginalizaciji (Grewal in Kaplan, 1994). Nujno se je treba zavedati, da medsektorskih kategorij ne smemo razumeti kot inherentnega bistva, temveč kot od konteksta odvisnih kategorij, ki so dovzetne za spremembe med časovnimi in geografskimi mejami (Dietze, 2008).



Slika 8. Raznolikost in soodvisnosti (lastna zasnova na podlagi Mecheril in Seukwa, 2006; Bourdieu, 1982)

Če povzamemo, je treba srečanja z različnimi pripadnostmi in kulturno raznolikostjo v zdravstvu in zdravstveni oskrbi obravnavati kot učne in izobraževalne procese v poklicnem okolju. Medsebojni odnosi v strokovnih okoljih potekajo v različnih vlogah (npr. fizioterapevt, terapevt, pacient, stranka) in so vpeti v družbene strukture (npr. klinike, rehabilitacijski centri) ter omejeni s strukturami moči, hierarhijo in ekonomskimi omejitvami. Procese, s katerimi se pogajamo o teh različnih dejavnikih, je mogoče in treba vključiti v usposabljanje zdravstvenih in socialnih delavcev in strokovnjakov. Medkulturno učenje je bistvena sestavina strokovnega usposabljanja, zlasti v zvezi z orientacijo pacientov in njihovo varnostjo. V tem kontekstu lahko srečanja, ki omogočajo medkulturno razumevanje, štejemo za prelomna, saj razkrivajo komunikacijske težave, ki lahko prispevajo k introspekciji glede lastne identitete in vloge, pa tudi k sposobnosti institucije, da se razvija kot učeča se organizacija. Pri reševanju teh izzivov je nujno spodbujati medkulturno kompetenco na ravni posameznika, hkrati z upravljanjem raznolikosti na strukturni ravni, kar bo nadomestilo monokulturno usmerjenost, ki je bila tradicionalno značilna za zdravstvene ustanove.

Osrednja točka, ki jo je treba razložiti, je, da koncept kulturne raznolikosti v zdravstvu ni statičen, temveč ga oblikujejo različni dinamični in prepleteni dejavniki, kot sta jezik in socializacija. Pomembno je poudariti, da je za učinkovito medkulturno komunikacijo potrebno zavedanje vidnih in nevidnih kulturnih elementov, saj to spodbuja v pacienta usmerjeno oskrbo. Razlike znotraj medkulturnosti - kot so socialno-ekonomski status, spol in etnična pripadnost - vplivajo na dinamiko moči in možnosti sodelovanja v zdravstveni oskrbi. Medkulturno učenje in upravljanje raznolikosti je treba nujno vključiti v strokovno usposabljanje, da bi povečali varnost pacientov in prilagodljivost institucij.

5.3 Kulturna raznolikost: Primer Nemčija

Za kulturno raznolikost prebivalstva je značilno sobivanje z mnogimi jeziki, verami in prepričanji, ki ga ponazarjajo države priseljevanja, kot je Nemčija, in s tem poudarjajo svojo večkulturnost (kulturno raznolikost). Razlogi za priseljevanje so različni, vključno z ekonomskimi, političnimi in družinskimi motivi ter različnimi ravnmi sredstev. V raziskavah migracij se pogosto razpravlja o konceptu "dejavnikov pritiska in vleke" (Bade in Oltmer, 2004). **Dejavniki pritiska** med drugim vključujejo vojne, revščino, lakoto in neustrezne zdravstvene sisteme. Nasprotno pa so **dejavniki vleke** povezani z obetom boljše prihodnosti, možnostmi za napredovanje in dostopom do izobraževanja.

Pomembno področje preučevanja v edukacijskih znanostih so biografske izobraževalne poti in enake možnosti v izobraževalnih sistemih. To področje se osredotoča na neenakosti v izobraževalnih priložnostih, strukturah moči in (institucionalni) diskriminaciji ter razkriva ta kritična vprašanja (Gogolin, 2019; Toprak in Weitzel,

2017). Posledično pozivi k enakosti v izobraževanju, upravljanju raznolikosti in medkulturni kompetenci (kulturno razumevanje in prilagodljivost) niso omejeni na izobraževalne sisteme, temveč se raztezajo na vse strukture migracijske družbe, ki priznava raznolikost in ceni vključevanje. Po podatkih mikro popisa 70 % prebivalcev Nemčije nima migracijskega ozadja, 30 % pa ga ima, od tega je 10 % tujcev brez nemškega državljanstva (Statistisches Bundesamt, 2023). Podoben trend je opazen med otroki, mlajšimi od pet let, kjer delež dosega približno 40 %. Zdravstveni sektor v Nemčiji doživlja stalen pritok tujih strokovnjakov, pri čemer je delež delavcev z migracijskim ozadjem v zdravstvenih poklicih ocenjen na 15 %. Največji delež teh strokovnjakov je na področju oskrbe starejših, in sicer 30 % (Sachverständigerat für Integration und Migration, 2022).

V zdravstveni statistiki se skupina "migrantov" razume kot homogena skupina ali pa se razlikuje glede na dve kategoriji "nenemški državljani" in "osebe z migracijskim ozadjem" (RKI). Čeprav je ta kategorizacija pomembna, jo je treba obravnavati občutljivo in kritično, saj prinaša tveganje dihotomizacije (binarnega mišljenja) "mi" (Nemci) proti "drugim" ("migrantom"). Konstrukcijo etnične skupine in njenih zaznanih posebnosti pogosto utemeljujejo in krepijo statistični izsledki, dejavniki tveganja za zdravje, kot sta zasvojenost (npr. uživanje alkohola) ali debelost, pa se beležijo glede na etnično pripadnost (npr. "ruska" ali "turška" mladina). Vendar se podatki redko razlikujejo glede na dejavnike, kot so trajanje migracije, socialno-ekonomski viri ali druge spremenljivke (npr. jezik in spol) (Marchwacka, 2013). Posledično lahko ta oblika poročanja privede do oblikovanja homogene skupine migrantov in okrepi dihotomizacijo.

Družbena konstrukcija "ljudi z migracijskim ozadjem" ne odraža homogenega pojava, saj ni mogoče pričakovati enotne slike njihovega življenja. Namesto tega je treba migracije konceptualizirati kot **dinamičen proces**, ki se razlikuje kljub **nekaterim biografskim podobnostim**, med drugim:

- Izkušnja odraščanja v etničnih skupnostih (etnična homogenost), kjer posamezniki dobijo občutek varnosti zaradi enotnosti skupine.
- Izkušnje odraščanja v dveh jezikovnih kulturah: maternem jeziku staršev in nemškem okolju. Materni jezik staršev poudarja občutek pripadnosti, ki ima pomembno vlogo pri oblikovanju identitete.

Poleg tega odraščanje v dvokulturnih ali trijezičnih družinah omogoča prepoznavanje sinergijskih učinkov kulturne raznolikosti v obliki hibridnih identitet (Marchwacka, 2022). Na potek migracijskih procesov lahko vplivajo tako jezikovni kot družbeno-kulturni in ekonomski viri. Na primer, znanje angleščine kot maternega jezika je lahko vir, ki olajša migracijske procese. Poleg tega lahko izobrazbeni status, dosežen pred migracijo v Nemčijo, ali izobrazbeni status staršev vpliva na posameznikov razvoj in družbeno udeležbo (Marchwacka, 2013). Nasprotno pa se lahko kvalificirani delavci, ki dobro razumejo nemščino in imajo dobro izobrazbo, vendar nimajo družinskih, šolskih ali s študijem povezanih mrež, pri vključevanju v družbo srečujejo z omejitvami, kar lahko vodi do občutka osamljenosti. Poleg tega se tuji kvalificirani delavci srečujejo z ovirami pri ustreznem priznavanju svojih kvalifikacij (Döring, 2019; Best idr., 2019) in

se tako soočajo z omejitvami pri poklicnem vključevanju. Teoretične in praktične kvalifikacije, pridobljene v tujini, se v Nemčiji soočajo z novo realnostjo, npr. v zvezi s sistemi oskrbe in dokumentacije ter področji odgovornosti, kompetencami in delovnimi metodami. To dokazano povzroča zmedo in nezadovoljstvo med člani tima (Schilgen idr., 2019).

Migracije niso homogen pojav. Gre za dinamičen proces, na katerega vplivajo jezikovni, družbeno-kulturni in gospodarski dejavniki. Ti dejavniki oblikujejo individualne izkušnje in poklicno vključevanje.

Zato je priporočljivo, da se izraz "migranti" obravnava kot heterogena skupina, pri čemer je treba pozornost nameniti posameznikovim razvojnim možnostim, virom in migracijskim procesom, ki vplivajo na socializacijo, vključno s poklicno socializacijo. V luči vse bolj raznolikih migracijskih procesov in naraščajočega števila pacientov, strank in rezidentov z migrantskim ozadjem se izvajalci zdravstvenega varstva in oskrbe soočajo z izzivom obravnave raznolikosti med pripravniki, strokovnjaki, pacienti in strankami (Schilgen idr., 2019).

K temu je treba pristopiti v duhu vključujoče družbe in oskrbe, osredotočene na pacienta. Diskurz bi se moral premakniti od vključevanja, ki se pogosto dojema kot primanjkljaj, k vključevanju, ki poudarja pravično sodelovanje in vključevanje vseh posameznikov ne glede na njihove možnosti in omejitve, spolne vloge, jezikovno-kulturno in etnično ozadje, družbeno okolje, spolno usmerjenost ali politično-versko prepričanje (Hinz, 2015).

Zdravstveni in izobraževalni sistemi se morajo premakniti z vidika vključevanja - ki se pogosto dojema kot primanjkljaj - na pristop, usmerjen v vključevanje. Ta pristop zagotavlja pravično udeležbo in ceni raznolikost v vseh njenih oblikah.

5.4 Medkulturno izobraževanje kot proces interakcije

Medkulturnost je opredeljena kot proces interakcije, ki nastane zaradi kulturnega stika, pri čemer je procesni značaj situacije interakcije, opredeljen kot "medkulturnost" (proces "vmes") (Bolten, 2007). Na področju izobraževanja na področju zdravstva in zdravstvene nege je "medkulturnost" mogoče pojmovati kot večplasten učni proces, ki vključuje pridobivanje spretnosti in gojenje nagnjenosti k razumevanju in razumevanju drugih, negovanju odnosov, za katere sta značilna medsebojno priznavanje in cenjenje, interakciji, ki je usmerjena na pacienta in komunikacijo, ter obvladovanju konfliktov z argumentiranimi sredstvi. Razumevanje medkulturne dinamike bi moralo biti temeljno načelo sporazumevalnega vedenja.

Ti vidiki vključujejo sposobnost:

- prepoznati namero posameznika,
- razumeti pomen,
- ujeti pomen v kontekstu,

- razumeti tujega jezika,
- ugotoviti vzroke in prepoznati pojav,
- razvijanje razumevanja ljudi in njihovega položaja (Heringer, 2004).

Obravnava in skrb za ljudi z njihovimi individualnimi potrebami in v njihovi posebni vlogi pacientov zahteva razumevanje v hermenevtičnem smislu (umetnost razlage po Gadamerju, 1972). V tem kontekstu ostaja jezik kot sredstvo sporazumevanja v središču razumevanja. Medkulturno učenje vključuje tako jezik (tuji jezik: ta ne zajema le verbalnega sporazumevanja, kot so nemščina, angleščina, italijanščina in drugi jeziki) kot tudi neverbalne in paraverbalne elemente, ki lahko predstavljajo izziv, zlasti v kontekstu medosebnih odnosov. Na primer, način začetka pogovora, kot je izgovarjava imen ali uporaba narečij, lahko pomembno vpliva na razvoj pozitivnega odnosa ali pa povzroči razdraženost. Poleg tega na naravo medsebojnih odnosov vplivajo različni dejavniki, med drugim starost pacienta ali stranke, jezikovno znanje, posebne okoliščine oskrbe ali zdravljenja in kontekst interakcije (npr. bolnišnica ali rehabilitacijski center). Ti dejavniki imajo ključno vlogo pri razvoju in vzdrževanju komunikacije in odnosov, ki so v medkulturnih kontekstih, ki vključujejo zagotavljanje zdravstvenega varstva, izrednega pomena.

Auernheimer (2003, 2008) navaja štiri ključne dejavnike, ki vplivajo na medkulturno komunikacijo:

- asimetrija moči,
- kolektivne izkušnje,
- lastno in zunanje zaznavanje ter
- kulturne vzorce.

Asimetrija moči: pacienti se srečujejo z vlogami, ki so jim dodeljene kot respondentom v komunikacijskem delovanju (med zdravljenjem, intervencijo ali procesom oskrbe), kar omejuje avtonomijo in hkrati poudarja neravnovesje moči. Očitno neravnovesje moči ovira sodelovanje, k čemur dodatno prispeva nerazumevanje zdravstvenega sistema ali jezika.

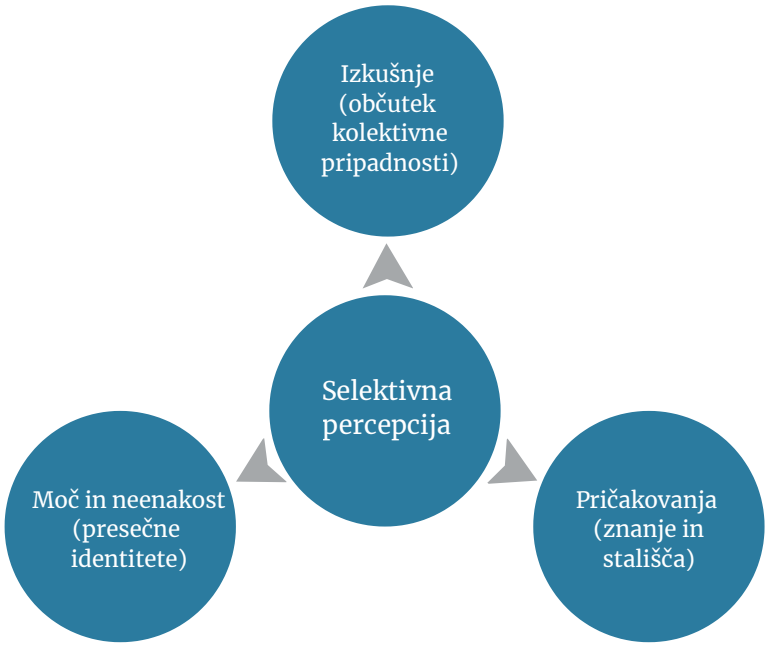


Kolektivne izkušnje: na stališča in pričakovanja pacientov glede oskrbe, zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev vplivajo njihove osebne izkušnje ter izkušnje njihovih družinskih članov in prijateljev.

Dojemanje samega sebe in zaznavanje drugih: selektivno zaznavanje drugih v posebnih okoliščinah lahko vodi do kulturnega esencializma in posploševanj. V kliničnem kontekstu na pacientovo dojemanje negovalnega osebja in zdravnikov vplivajo strahovi, pomisleki in resignacija, kar vodi v posploševanje posameznih izkušenj (npr. zaznano pomanjkanje časa za vprašanja, omejena komunikacija, hitenje v interakciji). Vpletenost in z njo povezana čustva lahko vplivajo tudi na odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem ter na oblikovanje medpoklicnega tima.

Razlike v kulturnih vzorcih: kulturni vzorci se oblikujejo na podlagi skupnih izkušenj in ne nacionalnega porekla, nanje pa vplivajo odnos do življenja, družbeno-kulturni konteksti in jezik, ki se uporablja. Zato se kulturni vzorci štejejo za družbeno konstruirane, ki jih oblikujejo osebne izkušnje posameznikov v vsakdanjem življenju in pri delu. Te vzorce lahko razvrstimo v različne miljeje (Nohl 2013), kar lahko privede do doživljanja tujosti ali drugačnosti. Gre za proces ustvarjanja "drugačnosti" (Bennett in Bennett, 2004): "Oni so ...", "To je značilno za ...", označuje obliko (konstruirane) kulturne posebnosti, ki lahko povzroči težave v komunikaciji.

Če povzamemo, kritični elementi komunikacijskih procesov ali komunikacijskih motenj (glej sliko 9) vključujejo uporabo jezika, oblike komunikacije, biografske izkušnje in kulturno pripadnost. Ti elementi so osrednjega pomena v medkulturnih situacijah.



Slika 9. Konstrukcija "jaz/mi proti drugemu" in družbeno zaznavanje

V okviru poklicnih interakcij motnje v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in pacienti/klienti ter med samimi zdravstvenimi delavci povzročajo razdraženost in nesporazume. Ko te dražljaje in nesporazume zavestno zaznavamo, lahko služijo kot katalizatorji učnega procesa v strokovnem okolju. V procesu učenja je mogoče razmišljati o subjektivnih zaznavah in izkušnjah razlik, pa tudi o medsebojnih pričakovanjih in učinkih lastnega jezika. To je mogoče doseči s scenariji, usmerjenimi v povratne informacije, ki upoštevajo perspektivo pacienta, in v medpoklicnem okolju. Učne scenarije je mogoče izvajati v različnih okoljih, vključno z izobraževanjem, usposabljanjem, nadaljnjim izobraževanjem, šolo in delovnim mestom. Ti scenariji prispevajo k strokovnemu razvoju s ciljem zagotavljanja varnosti in usmerjenosti pacientov. Ključni predpogoj za to so strukturirane povratne informacije in samorefleksija, ki navsezadnje prispevajo k medkulturni kompetenci.

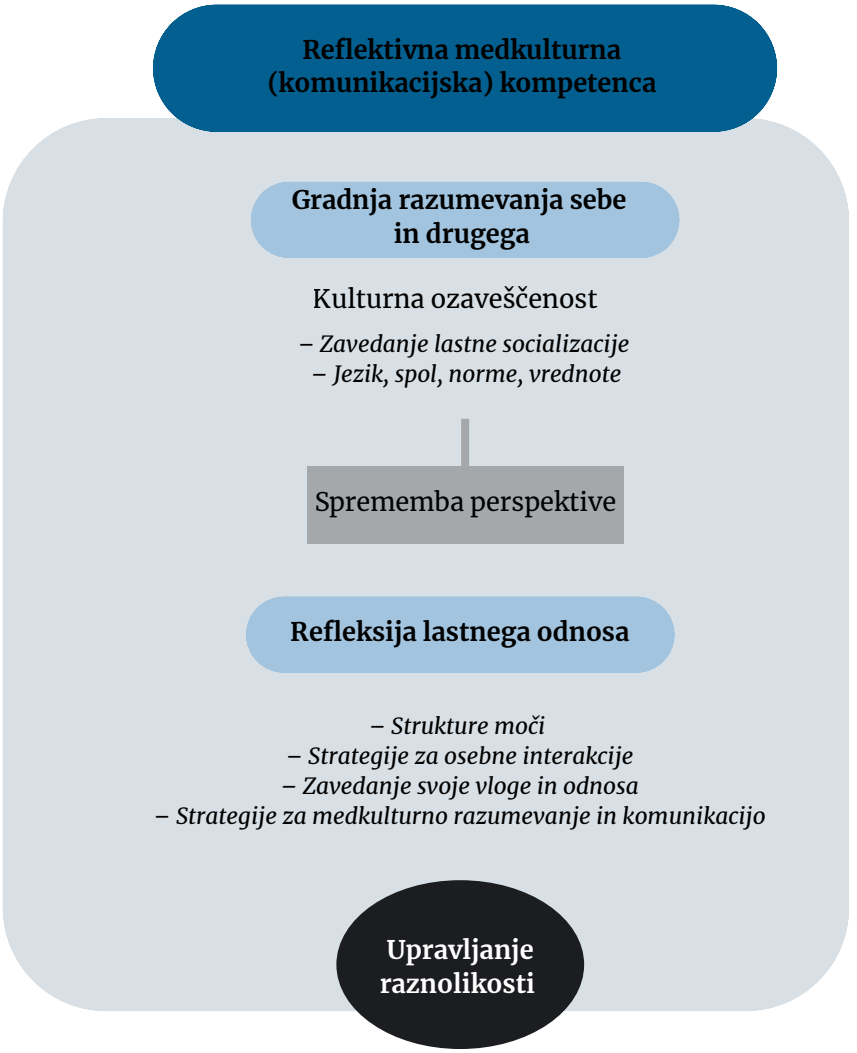
Na področju zdravstvenega varstva medkulturno učenje pomeni več kot le razumevanje različnih kulturnih okvirov - vključuje pristne medsebojne odnose, učinkovito komunikacijo in vzpostavljanje zaupnih odnosov s pacienti in sodelavci. S priznavanjem dinamike moči, kulturnih perspektiv in komunikacijskih izzivov lahko posamezniki razvijejo bistvene kompetence za zagotavljanje oskrbe, osredotočene na pacienta, in učinkovito sodelovanje v različnih skupinah

5.5 Razvoj refleksivne kompetence

Če se sklicujemo na koncept kompetenc Erpenbecka in Sauterja (2000) ter Wagnerja in Sauterja (2017) ter razumevanje kompetenc kot samoorganizacijskih dispozicij, lahko medkulturne kompetence (kulturno razumevanje in prilagodljivost) razumemo kot dispozicijo za ustrezno uporabo veščin in sposobnosti (v kombinaciji z motivacijo in voljo) v medkulturnih situacijah. Allemann Ghionda (2009) poudarja, da naj bi medkulturna kompetenca (kulturno razumevanje in prilagodljivost) posameznikom omogočala, da se v situacijah kulturnega stika ali konflikta ne odzivajo z nerazumevanjem, razdraženostjo in napačnim ravnanjem. Za učinkovito komuniciranje pa so značilni razumevanje, toleranca do dvoumnosti ter volja do razumljivega komuniciranja in vedenja. V bistvu učinkovito komuniciranje zahteva nameren in premišljen proces učenja (Forster, 2014; Geier, 2016) , ki prispeva k osebnemu razvoju. Reflektivna kompetenca je bistvena za spodbujanje medkulturnega razumevanja v zdravstvenih ustanovah. Ta kompetenca presega tehnične veščine, saj posameznike spodbuja h kritičnemu vrednotenju svojih dejanj, prepričanj in interakcij v kulturnem kontekstu (Allemann-Ghionda, 2009). Zdravstveni delavci morajo na primer razmisliti o tem, kako njihovo lastno kulturno ozadje in strokovno usposabljanje vplivata na njihovo dojemanje in pristope k zdravljenju. Ta kompetenca je sestavni del vzpostavljanja zaupanja, zagotavljanja pravične oskrbe in premagovanja zapletene kulturne dinamike v kliničnem in izobraževalnem okolju.

V skladu z modeli medkulturnih kompetenc Campinha-Bacote (2002) in Allemann-Ghionda (2009) je mogoče razlikovati naslednje elemente, ki so značilni za medkulturne situacije (glej sliko 10):

- Kulturni odtis: zavedanje lastnega izkustvenega sveta in kulturnega odtisa med izobraževanjem in socializacijo ter iz tega izhajajoče vedenje, rutine/navade.
- Konstrukcija "jaz - drugost" (sprememba perspektive): zaznavanje drugega in vpliv lastnega jezika, komunikacije in vedenja na interakcijske partnerje; tu je treba zavestno zaznati tako empatijo kot ambivalenco čustev.
- Strategije ukrepanja na osebni ravni: možni načini ukrepanja v okviru pogajalskega procesa ter razmislek o lastni vlogi in odnosu.
- Strategije ukrepanja v medsektorskem razumevanju: možni načini ukrepanja v okviru pogajalskih procesov s poudarkom na obstoječih strukturah moči in njihovi analizi.



Slika 10. Reflektivna medkulturna kompetenca (s. Marchwacka, 2017, 2022)

Medkulturno kompetenco je torej treba razumeti kot stalen proces razmišljanja, ki je sestavni del učenja. Zanjo je značilno, da je sposobna upoštevati lastne izkušnje, različne razlage situacij in srečanja z razmerji moči, ki zahtevajo čas in prostor za ustrezno razgrnitev. Učni proces se osredotoča na doseganje dveh glavnih ciljev. Prvi je razvoj refleksivnega zavedanja lastne kulturne in jezikovne socializacije, ki se nanaša na občutek kolektivne pripadnosti. Drugič, gre za raziskovanje in analizo lastnega vpliva na druge prek spremembe/spremembe perspektive. Za dosego tega cilja je nujno zavestno priznavanje prisotnosti empatije in ambivalentnosti čustev. Splošni cilj je dvojen: prvič, introspektivno preučiti lastno vlogo in prevladujoče strukture v okviru medkulturnih scenarijev; drugič, metodično analizirati morebitna dejanja, na katera vplivajo čustva in ambivalenca.

Pridobivanje medkulturnih kompetenc (kulturno razumevanje in prilagodljivost) je treba obravnavati kot proces vseživljenjskega učenja, ki zahteva čas in prostor za razmislek o izkušnjah, interpretacijah situacij in soočanju z razmerji moči. Učni proces poudarja:

- refleksivno zavedanje lastne kulturno-jezikovne socializacije (kolektivne pripadnosti),
- raziskovanje in analiziranje svojega vpliva na druge s spreminjanjem perspektive.

Prepoznavanje empatije in ambivalentnosti čustev. Splošni cilj tega procesa je dvojen: prvič, razmislek o svoji vlogi in obstoječih strukturah v medkulturnih situacijah in drugič, analiza možnosti za ukrepanje, povezanih s čustvi in ambivalenco.

Pridobivanje medkulturne kompetence, ki vključuje kulturno razumevanje in prilagodljivost, je treba razumeti kot proces vseživljenjskega učenja, ki zahteva čas in prostor za razmislek o lastnih izkušnjah, različnih interpretacijah situacij in odnosih moči. Učni proces je osredotočen na dva ključna vidika: prvič, introspektivno preučevanje lastne kulturne in jezikovne socializacije, ki vključuje kolektivne pripadnosti, in drugič, raziskovanje in analiziranje lastnega vpliva na druge s spremembo perspektive. Zavestno je treba prepoznati empatijo in ambivalentnost čustev. Cilj je dvojen: prvič, introspektivno preučiti svojo vlogo in prevladujoče strukture v okviru medkulturnih scenarijev; in drugič, metodično analizirati možnosti ukrepanja ob upoštevanju čustvenih odtenkov in ambivalence, ki so značilni za te situacije. Medkulturno učenje je konceptualizirano kot oblika socialnega učenja, ki poudarja načela dialoga in avtonomije posameznikov znotraj družbenih struktur. Ta pristop postavlja subjekte v središče in priznava njihovo sposobnost delovanja in odločanja. V tem pogledu so učni in izobraževalni procesi dinamični in potekajo v okviru komunikacije in interakcij, ki so vpete v družbeno okolje.

Učni proces je osredotočen na obvladovanje razlik in struktur moči ter pogajalskih procesov, s poudarkom na pridobivanju ključnih kompetenc za učinkovito delovanje. Pogajalski procesi od sodelujočih zahtevajo, da prenašajo frustracije in dvoumnosti, da bi prenesli razlike in se držali načela dialoga v smislu argumentacije. Prav tako zahtevajo sposobnost obvladovanja konfliktov in sodelovanja, saj sprejemanje odločitev

v strukturah moči pomeni konflikte. Možne strategije se oblikujejo v skupnem diskurzu ter s pomočjo (samo)refleksije in vpogleda. Poudarek je na pridobivanju spretnosti v odprtih in kompleksnih situacijah v smislu spretnosti samoorganizacije po Erpenbecku in Sauerju (2000). Avtentične (medkulturno zaznamovane) poklicne situacije predstavljajo izhodišče za v znanje usmerjene učne procese.

Medkulturna kompetenca je opredeljena kot celovit sklop spretnosti in lastnosti, ki posamezniku omogočajo učinkovito krmarjenje in komuniciranje v različnih kulturnih okoljih. Vključuje več kot le znanje. Gre za stalen, ***vseživljenjski proces učenja, ki zahteva razmislek, empatijo in prilagodljivost.*** *Pri vključevanju v različne kulturne perspektive je bistveno, da se nameni čas za introspekcijo, razmislek o osebnih izkušnjah in vplivu svojih dejanj na interakcije z drugimi. Razvijanje medkulturne kompetence temelji na načelih dialoga, samozavedanja in pripravljenosti na odprto krmarjenje po kompleksnosti.*

5.6 Spremenimo perspektivo in se oddaljimo od esencializma

V svetu, za katerega je značilna kulturna raznolikost, je premagovanje razlik lahko izziv in priložnost. Jezikovne ovire, kulturni nesporazumi in prikriti institucionalni predsodki se lahko sprva zdijo zastrašujoči. Vendar pa predstavljajo tudi močne trenutke za rast in učenje. Predstavljajte si, da bi naleteli na pacienta, katerega kulturno ozadje ali pogled na svet se bistveno razlikuje od vašega - kako bi premostili to vrzel? Kako lahko zagotovite, da se bodo vsi počutili videne, spoštovane in cenjene? Takšne situacije zahtevajo več kot le tehnično znanje; zahtevajo refleksivno usposobljenost, empatijo in pogum za izpodbijanje lastnih predpostavk. S sprejetjem teh izzivov ne le premagujemo ovire, temveč tudi dejavno oblikujemo bolj vključujočo in pravično prihodnost. Razvijanje refleksivne kompetence omogoča preoblikovanje nesporazumov v smiselne povezave, krepitev zaupanja in oblikovanje rešitev, ki koristijo vsem stranem. Vsaka ovira tako postane priložnost za osebno in strokovno rast.

Kritični dogodek

Tehniko kritičnega dogodka je leta 1954 prvič predstavil Flanagan, nato pa jo je leta 1963 revidiral. Ta tehnika temelji na kritičnih poklicnih situacijah, za katere so značilni trenutki napetosti in razdraženosti. Pokazalo se je, da usmerjena analiza in obdelava teh situacij olajšujeta razvoj refleksivne usposobljenosti. Ta pristop se trenutno uporablja v različnih kontekstih, med drugim kot:

- kvalitativna raziskovalna metoda,
- za upravljanje napak,
- v univerzitetni didaktiki (Marchwacka idr., 2021).

Metodo lahko razumemo kot neposredno opazovanje vedenja posameznika v določeni kritični situaciji, dogodku z različnimi možnimi vzroki, ki se analizira v celotnem učnem procesu, da bi spodbudili razumevanje takšnih kritičnih situacij. Med različnimi možnimi vzroki, ki se analizira v celotnem učnem procesu, da bi spodbudili razumevanje takšnih kritičnih situacij.

Med različnimi dejavniki, ki prispevajo k takšnim nesporazumom, so "bogate točke" (Agar, 1994), ki so znane tudi kot ovire, ki izhajajo iz kulturnih posebnosti v komunikaciji. Ti elementi lahko ovirajo učinkovito jezikovno analizo. Nesporazumi lahko na primer nastanejo zaradi različnih pristopov k uporabi formalnih in neformalnih oblik naslavljanja, glasnosti, uporabljene v komunikaciji, ali uporabe nazivov.

Učni procesi, ki temeljijo na kritičnih dogodkih, na katere vplivajo vedenje, povezano s kulturo in komunikacijo (Marchwacka idr., 2021, 2022), in analizirajo medkulturne interakcije ob upoštevanju afektivnih ravni, imajo zmožnost premakniti posameznikovo perspektivo od sebe k drugemu. Ta premik perspektive lahko spremlja proces samorefleksije, za katerega je značilno preizpraševanje osebnih prepričanj in običajnih odzivov. Prav tako lahko povzroči občutke razočaranja in dvoumnosti.

Ta čustva, ki izhajajo iz občutkov frustracije in dvoumnosti, lahko služijo kot katalizator za začetek učnega procesa, ki ga poganja vključevanje v lastna čustva in čustva drugih. Pokazalo se je tudi, da večperspektivni pogled na situacijo omogoča distanco ne le do lastne vloge, temveč tudi do vloge pacienta. To pa omogoča refleksiven odnos (namesto esencializma) do različnih kulturnih in jezikovnih pripadnosti, kar lahko na eni strani pripomore k večji varnosti pacientov, na drugi strani pa poveča možnosti za sodelovanje v zdravstvenem sistemu.

Analiza kritičnih dogodkov je praktično orodje za razvijanje refleksivnih sposobnosti. S proučevanjem konkretnih situacij, v katerih pride do kulturnih nesporazumov, lahko strokovni delavci prepoznajo osnovne predpostavke, pristranskost in področja, na katerih je potrebna rast. Ta refleksivni proces spreminja zahtevna srečanja v dragocene priložnosti za učenje.

Kritični dogodki ponujajo priložnost za zavestno doživljanje kulturnih vezi ter za razmislek o vlogi, ki jo igrajo, in njenem učinku na metaravni. Hkrati posamezniki s sprejemanjem drugih perspektiv pridobijo kritično distanco do sebe in svoje kulturne pripadnosti - učni proces, ki spodbuja razlago in revizijo lastne perspektive.

Te kritične interakcijske situacije so priložnost za analizo kulturnih pripadnosti ter razvoj interpretacijskih in diskurzivnih strategij delovanja. Končno so te strategije namenjene samousmerjenemu in kompetentnemu oblikovanju poklicnih situacij.

Izkazalo se je, da uporaba kritične analize incidentov v strokovnih okoljih spodbuja strokovnjake, da se raje posvetijo iskanju perspektive, kot da se zanašajo na esencialistične poglede na kulturo. Ta proces samorefleksije dokazano spodbuja samozavedanje in medkulturno kompetenco s spodbujanjem razumevanja različnih stališč. Z analiziranjem zahtevnih scenarijev posamezniki razvijajo strategije za bolj prilagodljivo in odprto krmarjenje v poklicnih interakcijah.

5.7 Zaključek

Če povzamemo, je treba poudariti, da kultura in narod/družba nista skladna. V družbi soobstajajo različne kulture in so med seboj povezane, zato ljudje običajno ne pripadajo le eni kulturi, temveč več. To jim omogoča, da uveljavljajo svoje delovanje, kar jim omogoča, da "preklopijo" in upoštevajo norme drugih kultur (npr. jezikovne in poklicne), da bi v določeni situaciji ravnali ustrezno. To sposobnost lahko obravnavamo kot rezultat učnih procesov. Posledično je treba križanje in prepletanje kultur obravnavati kot normo, saj vsak kulturni atribut kaže medsebojno odvisnost. Glede na razsežnost razlikovanja konstruiramo kulturne podobe "žensk", "babic", "oseb z migracijskimi izkušnjami", "Nemcev" in "odvisnikov". Glede na kontekst in interakcijske partnerje prilagajamo tudi jezik in oblike komunikacije, kar dokazujejo uporaba strokovnega jezika reševalca na urgenci pri delu s kolegico, uporaba strokovnega jezika v akademskem kontekstu med konferenco s področja terapevtskih ved, uporaba bolniškega jezika s pacientkami/strankami in uporaba jezika medpoklicnega tima (Marchwacka, 2019; Skintey in Marchwacka, 2022). Posledično lahko ta pojav razumemo skozi prizmo oblikovanja identitete, na katero vplivajo dejavniki, kot so poklic, družba, etnična pripadnost in procesi pripadnosti. Vendar pa je treba opozoriti, da lahko te interakcije vodijo tudi k vzpostavljanju meja, saj razmejitve postanejo očitne, ko pride do nesporazumov. V zdravstvenih ustanovah je zaradi teh nesporazumov treba ukrepati, da se zagotovi ustrezna obravnava, kar poudarja pomen refleksivne kompetence v strokovnih interakcijah.

Refleksivna usposobljenost in kulturna zavest sta bistvenega pomena za reševanje izzivov, ki jih prinaša raznolika družba, zlasti na področju zdravstvenega varstva. Te kompetence lahko spremenijo pristop k poklicni odličnosti. S kritičnim razmislekom o svojih perspektivah in razumevanjem kulturnih razlik lahko posamezniki premagujejo ovire in prispevajo k bolj vključujočim in pravičnim praksam.

Razvijanje refleksivne kompetence:

- *Analiza kritičnega incidenta in primera (izberite incident - informacije o raziskavi)*
- *Sprememba perspektive (zamenjava vlog in raziskovanje alternativnih ukrepov)*
- *Refleksija (razprava o čustvih, povratne informacije, pisanje portfolia)*

Zagotavljanje vključevanja refleksivne medkulturne kompetence, opredeljene kot kulturno razumevanje in prilagodljivost, je nujno za zagotavljanje varnosti pacientov in učinkovite usmeritve pacientov. Ključnega pomena je, da to prepoznamo kot proces vseživljenjskega učenja, ki presega poklicne meje, zaradi česar ga je treba vključiti v izobraževalni okvir zdravstvenih poklicev in medpoklicnega izobraževanja. V zvezi s tem je treba razvijati in ocenjevati ureditve poučevanja in učenja na način, ki je usklajen s potrebami in zahtevami razmer. Posebej učinkovit pristop za krepitev refleksivne medkulturne kompetence je uporaba kritičnih incidentov. Ti strukturirani scenariji iz resničnega življenja omogočajo študentom zdravstvenih ved, da se soočijo z medkulturnimi izzivi v podpornem učnem okolju. Analiza in razmislek o teh scenarijih spodbujata razvoj bistvenih kompetenc pri strokovni, kulturno kompetentni oskrbi pacientov, s čimer se krepijo spretnosti študentov pri sprejemanju kliničnih odločitev in njihova sposobnost, da se občutljivo in samozavestno orientirajo v različnih zdravstvenih okoljih.

Refleksija je ključnega pomena za razvoj medkulturne kompetence v zdravstvu, saj omogoča zdravstvenim delavcem, da se spretno in prilagodljivo znajdejo v različnih okoljih. S kritičnim razmišljanjem lahko študenti izboljšajo oskrbo, osredotočeno na pacienta, in razvijajo učinkovito medpoklicno sodelovanje



Literatura

Agar, M. (1994). *Language shock: Understanding the culture of conversation.* William Morrow & Co.

Auernheimer, G. (2003). *Einführung in die interkulturelle Pädagogik* (3. izdaja). Darmstadt.

Auernheimer, G. (2008). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Springer.

Bade, K. J. in Oltmer, J. (2004). *Normalfall Migration*. Bundeszentrale für politische Bildung.

Bennett, J. (1993). *Cultural marginality: Identity issues in intercultural training*. V R. M. Paige (ur.), Education for the intercultural experience (str. 109-135). Intercultural Press.

Bennett, J. M. in Bennett, M. J. (2004). *Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity*. V D. Landis, J. M. Bennett, in M. J. Bennett (ur.), Handbook of intercultural training (str. 147-165). Sage.

Best, U., Erbe, J., Schmitz, N., Arnold, S., Koch, R., Mundt, S. in Rausch-Berhie, F. (2019). *Berufliche Anerkennung im Einwanderungsprozess – Stand und Herausforderungen bei der Antragstellung aus dem Ausland*. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. BIBB.

Bolten, J. (2007). *Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung*. V V. Künzer in J. Berninghausen (ur.), Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung (str. 21-42). Frankfurt/M.

Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede*. Suhrkamp.

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), 181-184. https://doi.org/10.1177/10459602013003003

Dietze, G. (2008). *Intersektionalität und Hegemonie(selbst)kritik*. V W. Gippert, P. Götte, in E. Kleinau (ur.), Transkulturalität - Gender- und bildungshistorische Perspektiven (str. 27-43). Transcript.

Döring, O. (2019). *Erkennung und Anerkennung informell und non-formal erworbener Kompetenzen: Einstieg in eine breite Nutzung fragmentierter Beschäftigungsfähigkeit*. V J. Seifried, B.-J. Ertelt, A. Frey, in K. Beck (ur.), Beruf, Beruflichkeit, Employability (str. 137-159). Wbv.

Erpenbeck, J. in Sauer, J. (2000). *Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm "Lernkultur Kompetenzentwicklung"*. V Arbeitsgemeinschaft-Qualifikations- und Entwicklungsmanagement (Hrsg.), Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen (str. 289-335). Waxmann.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*, 327-358.

Flanagan, J. C., Gosnell, D. in Fivars, G. (1963). Evaluating student performance. *The American Journal of Nursing, 63*(11), 96-99.

Forster, E. (2014). *Reflexivität*. V C. Wulf in J. Zirfas (ur.), Handbuch Pädagogische Anthropologie (str. 589-597). Springer.

Gadamer, H.-G. (1972). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr.

Geier, T. (2016). Reflexivität und Fallarbeit. V A. Doğmuş, Y. Karakaşoğlu, in P. Mecheril (Ur.), Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07296-4_10

Doğmuş, Y. K. in P. Mecheril (ur.). *Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07296-4_10

Gogolin, I. (2019). Lernende mit Migrationshintergrund im deutschen Schulsystem und ihre Förderung. *Journal for Educational Research Online, 11*(1), 74-91. http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0111-pedocs-16788

Grewal, I. in Kaplan, C. (ur.). (1994). *Scattered hegemonies: Postmodernity and transnational feminist practices*. University of Minnesota Press.

Hansen, K. (2000). *Kultur und Kulturwissenschaft*. Francke.

Heringer, H. J. (2004). *Interkulturelle Kommunikation*. UTB.

Hinz, A. (2015). *Inklusion - mehr als nur ein neues Wort?!* V Heinrich-Böll-Stiftung (ur.), Inklusion (str. 286-291). Campus.

Knapp, G. A. (2008). *Achsen der Differenz — Aspekte und Perspektiven feministischer Grundlagenkritik.* In S. M. Wilz (ur.), Geschlechterdifferenzen — Geschlechterdifferenzierungen (str. 291-322). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90831-1_10

Kroeber, A. L. in Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Boni & Liveright.

Kürsat-Ahlers, E. (2000). *Migration-Frauen-Gesundheit*. V M. David, Th. Borde, in H. Kentenich (ur.), Migration und Gesundheit (str. 45-56). Mabuse.

Malinowski, B. (1932). *Argonauts of the Western Pacific*. https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/argonauts-of-the-western-pacific.pdf

Marchwacka, M. A. (2013). Zu Risiko- und Schutzfaktoren in den Lebenswelten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte. V M. A. Marchwacka (ur.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (str. 301-326). Springer.

Marchwacka, M. A. (2021). Interkulturelles Lernen als inhärenter Teil der Gesundheits- und Pflegebildung. V F. Darmann Fink in K. H. Sahmel (ur.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_23-1

Moosmüller, A. (ur.) (2020). *Interkulturelle Kompetenz. Kritische Perspektiven*. Waxmann.

Sachverständigenrat für Integration und Migration. (2022). *Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen*.

Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A. in Mösko M. (2019). Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Appl Nurs Res.*, *46*, 57-66. doi: 10.1016/j.apnr.2019.02.008

Statistisches Bundesamt. (2023). *Migration und Integration: Bevölkerung mit Migrationshintergrund.*

Toprak, A. in Weitzel, G. (2017). *Deutschland das Einwanderungsland*. Springer

Walter, A., Dütthorn, N., Brühe, R., Marchwacka, M. A. in von Gahlen Hoops, W. (2022). Ein digitales hochschulübergreifendes Projekt zur Fallarbeit. V M. A. Marchwacka (ur.), *Handbuch Pflege* (str. 236–244). Hogrefe.

Wagner, M. H. in Sauter, W. (2017). Interkulturelle Kompetenzentwicklung im Prozess der Arbeit und im Netz. V J. Erpenbeck in W. Sauter (ur.), *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz – Bausteine einer neuen Lernwelt* (str. 507–522). Schäffer-Poeschel.

Zaključni razmislek: povezanost s kulturno kompetentnostjo in modelom EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

Poglavje predstavlja koherentno in poglobljeno implementacijo modela EMPOWER — inovativnega pristopa h kulturni vzgoji na področju medicine in zdravstvenih ved. Model EMPOWER poudarja razvoj refleksivnih kulturnih kompetenc, kulturne ponižnosti, profesionalnega blagostanja ter uporabo izobraževalnih virov, ki spodbujajo kulturno občutljivost. Vsi ti elementi so v obravnavanem poglavju prisotni in dosledno razviti.

Najprej poglavje izpostavlja pomen **refleksivne kompetence**, ki neposredno sovpada z osrednjim poudarkom modela EMPOWER — spodbujanjem kulturne ponižnosti skozi **samo-zavedanje**, **spremembo perspektive in analizo lastnih pristranskosti**. Avtorica predstavi **medkulturno kompetenco** ne kot zbirko dejstev o drugih kulturah, temveč kot dinamičen, večdimenzionalen proces učenja in samorefleksije, kar neposredno ustreza stebru EMPOWER modela, ki spodbuja rast z uporabo refleksivnih izobraževalnih orodij in notranje motivacije.

Model EMPOWER prav tako spodbuja **profesionalnost in blagostanje** kot bistvena elementa učinkovite medkulturne vzgoje. V poglavju 5.5. je poudarjena **potreba po razvoju veščin čustvene regulacije**, **empatije in tolerance do nejasnosti** — vse to podpira tako profesionalno dobrobit kot sposobnost vzpostavljanja pristnih odnosov s pacienti iz raznolikih okolij. To se sklada z vizijo modela EMPOWER, ki si prizadeva oblikovati strokovnjake, pripravljene na delovanje v kompleksnem, multikulturnem svetu, pri tem pa skrbijo tudi za lastne psihološke in fizične vire.

Poleg tega pristop k **intersekcionalnosti** in **razmerjem moči**, ki je razvit v poglavju, učinkovito odraža dimenzijo kulturne ponižnosti, ki jo spodbuja EMPOWER. Tako avtorica poglavja kot avtorji modela zavračajo kulturni esencializem v prid kontekstu, fluidnosti in soustvarjanju pomena v medosebnih odnosih.

Nazadnje poglavje predstavi tudi **konkretne učne metode** (npr. tehniko kritičnih dogodkov), ki se popolnoma ujemajo s praktično uporabo znanja in personaliziranimi učnimi potmi, ki so osrednji del modela EMPOWER.

Za zaključek lahko rečemo, da poglavje »Medkulturna kompetenca: Spreminjanje perspektive in refleksivna kompetenca« ne le izpolnjuje predpostavke modela EMPOWER, temveč deluje kot njegova praktična razširitev. Dokazuje, da je učinkovita medkulturna vzgoja neprekinjen proces učenja, samorefleksije in delovanja v okolju, ki podpira blagostanje, odgovornost in dialog — točno tako, kot to predvideva okvir EMPOWER.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 6

Begunci, migracije in zdravje

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA, PARASKEVI CHARITOU
Cyprus University of Technology (Ciper)

Begunci in migranti se soočajo z edinstvenimi zdravstvenimi izzivi, ki se pogosto še stopnjujejo, jezikovnimi ovirami, kulturnimi razlikami, finančnimi omejitvami in duševnim zdravjem. Te skupine prebivalstva so bolj izpostavljene tveganju za težave s telesnim in duševnim zdravjem.

Za reševanje teh izzivov so potrebne kulturno občutljive zdravstvene storitve, reforma politike, in ciljno usmerjeno podporo na področju duševnega zdravja, da bi beguncem in migrantom zagotovili oskrbo, ki jo potrebujejo za fizično in psihično dobro počutje.

6.1 Uvod

Prostovoljne ali prisilne migracije so pomemben svetovni pojav. Gibanje ljudi prek meja ne vpliva le na posameznike, temveč tudi na države, ki jih zapustijo, in države, ki jih sprejmejo. Migracije prinašajo posebne izzive, zlasti na področju zdravja. Begunci, prosilci za azil in migranti se pogosto srečujejo z različnimi zdravstvenimi tveganji in ovirami pri zdravstvenem varstvu, ki lahko vplivajo na njihovo splošno dobro počutje. Razumevanje in obravnavanje teh potreb sta bistvena za doseganje globalne zdravstvene enakosti in izboljšanje zdravstvenih rezultatov teh skupin prebivalstva. V tem poglavju je obravnavano presečišče migracij, zdravja beguncev in potreb transkulturnih skupnosti s poudarkom na izzivih, s katerimi se soočajo pri dostopu do zdravstvenega varstva, in kulturno odzivnih strategijah, potrebnih za izboljšanje njihovih zdravstvenih izidov (Jarvis in Kirmayer, 2023).

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- **raziskovanje migracij in zdravja**: analizirati, kako migracije vplivajo na telesno in duševno zdravje posameznikov in populacij,
- **opredelitev ključnih pojmov**: pojasniti pojme, kot so migracije, begunci, transkulturno zdravje in globalno zdravje,
- **prepoznavanje zdravstvenih izzivov:** izpostaviti posebna tveganja in ovire, s katerimi se soočajo migranti in begunci pri dostopu do zdravstvenega varstva,
- **poudarjanje kulturne kompetence:** zavzemati se za kulturno odzivno zdravstveno varstvo, da bi upoštevali različne potrebe,
- **spodbujanje enakosti in vključevanja:** podpirati politike in pobude za globalno zdravje, ki zmanjšujejo razlike in izboljšujejo zdravstvene rezultate za vse.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- **razumeti dinamike migracij in zdravja:** opisati vplive migracij na zdravje ter izzive, s katerimi se soočajo migranti in begunci,
- **opredeliti ključne izraze**: natančno opredeliti migracije, begunce, transkulturno zdravje in globalno zdravje,
- **prepoznati ovire:** prepoznati sistemske in individualne ovire za dostop do zdravstvenega varstva za migrante in begunce,
- **uporabiti kulturno kompetenco:** pojasniti pomen kulturno občutljive oskrbe za izboljšanje zdravstvenih rezultatov v transkulturnih skupnostih,
- **zagovorjati enakost:** razpravljati o strategijah za odpravljanje razlik v zdravju z vključujočimi politikami in pobudami za globalno zdravje.

Ključne opredelitve in izrazi

Po podatkih SZO (2021) se **globalno zdravje** osredotoča na zdravje prebivalstva v različnih državah in poudarja medsebojno povezanost zdravja prek meja. Ukvarja se z

razlikami v zdravju in si prizadeva za izboljšanje zdravstvenih rezultatov po vsem svetu.

Migracije pomenijo premikanje ljudi z enega kraja na drugega, običajno prek političnih ali geografskih meja, z namenom začasne ali stalne naselitve na novem kraju. Lahko je prostovoljno, ali prisilno in lahko vključuje posameznike ali skupine, ki iščejo boljše priložnosti, varnost ali bežijo pred neugodnimi razmerami, kot so konflikti, gospodarske težave ali okoljske nesreče (Mednarodna organizacija za migracije, 2023).

Visoki komisariat Združenih narodov za begunce (2023) **begunca** opredeljuje kot posameznika, ki je bil prisiljen zapustiti svojo izvorno državo zaradi utemeljenega strahu pred preganjanjem na podlagi dejavnikov, kot so rasa, vera, narodnost, pripadnost določeni družbeni skupini ali politično mnenje. Begunci se zaradi ogrožanja svoje varnosti ne morejo ali nočejo vrniti v matično državo, zato se jim pogosto odobri mednarodna zaščita v državah gostiteljicah.

Medkulturno zdravje se nanaša na zdravstvene potrebe in izzive posameznikov in skupnosti iz različnih kulturnih okolij. Poudarja pomen razumevanja kulturnih razlik v zdravstvenih praksah, prepričanjih in potrebah pri zagotavljanju zdravstvenih storitev (Spector, 2016).

Transkulturne skupnosti tvorijo ljudje iz različnih kulturnih okolij, ki imajo skupne izkušnje, kot so migracije ali bivanje v večkulturnih okoljih. Na zdravstvene potrebe teh skupnosti vplivajo njihovi različni kulturni konteksti, ki oblikujejo njihovo zdravstveno vedenje in izzive pri dostopu do oskrbe (Spector, 2016).

6.2 Vpliv migracij na zdravje

Migracije vplivajo na zdravje posameznikov na več načinov. Migranti se lahko med potovanjem soočijo z neposrednimi zdravstvenimi tveganji, vključno z izpostavljenostjo nalezljivim boleznim, telesnim poškodbam in travmam. Zlasti begunci so pogosto izpostavljeni razmeram izjemne ranljivosti, kot so prenatrpana begunska taborišča, slabe sanitarne razmere in omejen dostop do zdravstvenega varstva. Ti dejavniki pomembno vplivajo na njihovo telesno in duševno zdravje (Svetovna zdravstvena organizacija [WHO], 2021).

Pričakuje se, da se bodo svetovne migracije še naprej povečevale, saj podnebne spremembe, konflikti in gospodarske razlike še naprej ogrožajo življenja ljudi (Jarvis in Kirmayer, 2023).

Begunci in migranti imajo pogosto posebne zdravstvene potrebe, ki se razlikujejo od potreb gostiteljskega prebivalstva, zato je potrebna učinkovita in kulturno občutljiva oskrba. Ta oskrba mora obravnavati telesne in duševne zdravstvene izzive, ki so jih oblikovale migracijske izkušnje. Poleg tega se lahko begunci in migranti pri dostopu do zdravstvenega varstva srečujejo z velikimi ovirami, vključno z jezikovnimi in kulturnimi razlikami, omejeno zdravstveno pismenostjo, izkušnjami z diskriminacijo in omejenim dostopom do običajnih zdravstvenih storitev. Ti izzivi lahko vplivajo na njihove interakcije z zdravstvenim sistemom in

zaposlenimi v državi gostiteljici, kar poudarja potrebo po prilagojenih in vključujočih pristopih k zdravstvenemu varstvu (Svetovna zdravstvena organizacija [WHO], 2021).

Po prihodu v države gostiteljice se lahko begunci in migranti soočijo z različnimi zdravstvenimi izzivi, vključno z nezdravljenimi kroničnimi boleznimi, nalezljivimi boleznimi in težavami z duševnim zdravjem, kot so tesnoba, depresija in posttravmatska stresna motnja (PTSM). Tem zdravstvenim težavam se pridružijo še ovire pri dostopu do zdravstvenega varstva, vključno z jezikovnimi in kulturnimi razlikami, omejenimi finančnimi sredstvi in nepoznavanjem zdravstvenega sistema (Kirmayer idr., 2011).



6.3 Zdravstvene ovire za migrante in begunce

Jezik

Eden glavnih izzivov, s katerimi se begunci in migranti soočajo pri iskanju zdravstvene oskrbe, je jezik. Zaradi omejenega znanja jezika države gostiteljice imajo lahko težave pri sporočanju svojih zdravstvenih težav, razumevanju zdravniških nasvetov in navigaciji v zdravstvenem sistemu. To lahko privede do napačnih diagnoz, neustreznega zdravljenja in slabih zdravstvenih rezultatov (González, 2022).

Zdravstvena pismenost

Poleg tega imajo številni migranti in begunci nizko raven zdravstvene pismenosti, kar še dodatno otežuje njihovo sodelovanje pri zdravstvenih storitvah. Zdravstvena pismenost zajema sposobnost razumevanja zdravstvenih informacij, upoštevanja

zdravstvenih navodil in sprejemanja informiranih zdravstvenih odločitev. Nizka zdravstvena pismenost je lahko posledica omejene izobrazbe, premajhne izpostavljenosti zdravstvenim sistemom ali kulturnih razlik pri razumevanju zdravstvenih konceptov (Nutbeam, 2008).

Kulturne razlike

Kulturne razlike imajo pomembno vlogo pri dostopu do zdravstvenega varstva in njegovi oskrbi. Številni begunci in migranti prihajajo iz različnih kulturnih okolij z različnimi prepričanji, praksami in stališči do zdravja in bolezni. Zdravstveni delavci, ki se teh razlik ne zavedajo ali so do njih neobčutljivi, lahko nehote povzročijo nelagodje, nezaupanje ali zavrnitev oskrbe (Vissandjée idr., 2017).

Diskriminacija

Poleg tega se lahko migranti in begunci zaradi svoje etnične pripadnosti, statusa priseljenca ali socialno-ekonomskega položaja soočajo z diskriminacijo v zdravstvenem sistemu. Diskriminacija lahko poslabša težave z duševnim zdravjem, odvrača posameznike od iskanja oskrbe ter prispeva k splošnemu občutku odtujenosti in nezaupanja do zdravstvenih delavcev (Jarvis in Kirmayer, 2023).

V številnih državah gostiteljicah imajo begunci in migranti zaradi svojega statusa priseljenca lahko omejen dostop do zdravstvenega varstva. Tudi če so zdravstvene storitve na voljo, jim lahko finančne omejitve, na primer nezmožnost plačevanja zavarovanja ali stroškov iz žepa, preprečijo pravočasno oskrbo. Te ovire pogosto privedejo do nezdravljenih zdravstvenih stanj, ki se lahko sčasoma poslabšajo (WHO, 2021).

Duševno zdravje

Duševno zdravje je med begunci in migranti zelo pomembno, vendar pogosto spregledano vprašanje. Travmatična izkušnja bega pred vojno, preganjanjem ali gospodarskimi težavami, ki ji sledi stres zaradi ponovne naselitve v novi državi, lahko znatno vpliva na duševno zdravje. Begunci so zaradi travme, ki so jo doživeli med razselitvijo, in izzivov prilagajanja na novo okolje še posebej ranljivi za posttravmatsko stresno motnjo, depresijo in anksioznost (Kirmayer idr., 2011).

6.4 Vključevanje globalnega zdravja, migracij, beguncev in transkulturnih potreb

Teme globalnega zdravja, migracij, zdravja beguncev in medkulturnih skupnosti so med seboj tesno povezane. Migranti in begunci pogosto nosijo breme neenakosti na področju zdravja, ki ga še povečujejo sistemska vprašanja, kot sta neustrezna zdravstvena infrastruktura in družbena diskriminacija. Za reševanje teh izzivov je nujen celostni pristop - takšen, ki priznava medsebojno vplivanje med posameznimi

zdravstvenimi izidi ter širšimi družbenopolitičnimi in gospodarskimi dejavniki (WHO, 2021).

To vključevanje vključuje krepitev zdravstvenih sistemov, ki bodo vključevali različne skupine prebivalstva, spodbujanje politik, ki ščitijo pravice migrantov in beguncev, ter krepitev kulturne usposobljenosti v zdravstvu. Mednarodno sodelovanje in naložbe v pobude na področju globalnega zdravja so ključnega pomena za vzpostavitev odpornih zdravstvenih sistemov, ki se lahko odzivajo na potrebe vseh, ne glede na njihov izvor ali status. S sprejetjem teh načel se lahko svetovna zdravstvena skupnost približa doseganju enakosti na področju zdravja za vse (IOM, 2023; Spector, 2016).

Beguncev, ki so notranje razseljeni ali prisiljeni zapustiti svojo domovino, je po vsem svetu že več kot 100 milijonov (UNHCR, 2022).

Zdravstveni izzivi, s katerimi se soočajo migranti, begunci in medkulturne skupnosti, so mikrokozmos širših globalnih zdravstvenih vprašanj, ki odražajo razlike, ki zahtevajo takojšnjo pozornost in trajno ukrepanje. Za reševanje teh izzivov so potrebne vključujoče politike, kulturno kompetentna oskrba in mednarodno sodelovanje. S prednostnim obravnavanjem enakosti in izkoriščanjem prednosti različnih populacij si lahko svetovna skupnost prizadeva za bolj zdrav in vključujoč svet.

Literatura

González, A. (2022). Language barriers in healthcare settings: Addressing the needs of migrant communities. *Journal of Global Health, 9*(2), 214–221.

International Organization for Migration (IOM). (2023). *Migration*. International Organization for Migration. https://www.iom.int/migration

Jarvis, G. E. in Kirmayer, L. J. (2023). Global migration: Moral, political and mental health challenges. *Transcultural Psychiatry, 60*(1), 5–12. https://doi.org/10.1177/13634615231162282

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M. in Pottie, K. (2011). Mental health care for immigrants and refugees: A cultural perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(3), 147–157. https://doi.org/10.1177/0020764010390715

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078.

Spector, R. E. (2016). *Cultural diversity in health and illness* (9 izdaja). Pearson Education.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2023). *Refugees*. United Nations High Commissioner for Refugees. https://www.unhcr.org/refugees

Vissandjée, B., Simich, L. in Allotey, P. (2017). Cultural competence in health care: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research, 17*(1), 530. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-6

World Health Organization. (2021). *Global health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/global-health

World Health Organization. (2021). *Refugee and migrant health: Global competency standards for health workers*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/346743

Zaključni razmislek: povezovanje migracij in zdravja z modelom EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje poudarja, kako se kompleksna realnost beguncev in migrantov neposredno prepleta s cilji modela EMPOWER – še posebej na področjih **multikulturalnosti, učinkovitosti in dobrega počutja**. Izpostavlja pomen kulturno občutljive in na travmo informirane obravnave, kar je skladno s pozivom modela EMPOWER k praksi, ki spoštuje raznolikost in opolnomoča paciente kot aktivne udeležence v lastni oskrbi.

Z obravnavo sistemskih ovir, kot so jezik, zdravstvena pismenost in diskriminacija, poglavje podpira osredotočenost EMPOWER-ja na **odpravo neenakosti in spodbujanje vključujoče, na pacienta usmerjene oskrbe**. Poudarek na duševnem zdravju in strukturnih izzivih pa odraža zavezanost modela komponenti **dobrobiti**, saj zagovarja celostno obravnavo, ki vključuje tako telesne kot psihološke potrebe.

Poleg tega se poglavje z zagovarjanjem vključujočih politik in mednarodnega sodelovanja ujema z vizijo modela EMPOWER o **globalni strokovni odgovornosti in etični dolžnosti**, da vsem pacientom – ne glede na njihov izvor, status ali identiteto – zagotovimo oskrbo, ki temelji na dostojanstvu in strokovnosti.

Skratka, to poglavje utrjuje poslanstvo modela EMPOWER in pokaže, da transkulturna oskrba ni izbira, temveč nujna sestavina etične, učinkovite in sočutne zdravstvene obravnave v globaliziranem svetu.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu



Poglavje 7

Vpliv podnebnih sprememb in pandemije na svetovno zdravje

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA, PARASKEVI CHARITOU
Cyprus University of Technology (Ciper)

Pandemije in podnebne spremembe so medsebojno povezane krize, ki ogrožajo svetovni razvoj. Pandemija COVID-19 je razkrila ranljivosti v zdravstvu in gospodarstvu, podnebne spremembe pa so še poslabšale težave, kot so nezanesljiva preskrba s hrano, razseljevanje in razlike v zdravju. Za reševanje teh izzivov so potrebne celostne in trajnostne rešitve, ki bodo zagotovile odpornost, pravičnost in dolgoročni napredek.

7.1 Uvod

Globalno zdravje je večplastna disciplina, ki se ukvarja z zdravjem prebivalstva prek meja, pri čemer poudarja enakost, sodelovanje in medsebojno povezanost dejavnikov zdravja. Izzivi, ki jih prinašajo podnebne spremembe in pandemije, so okrepili svetovno zdravstveno krizo, ki nesorazmerno vpliva na ranljive skupine prebivalstva, vključno s transkulturnimi skupnostmi. Te skupnosti, ki jih pogosto oblikujejo migracije in kulturna raznolikost, se soočajo z edinstvenimi zdravstvenimi potrebami, ki zahtevajo prilagojene in kulturno občutljive odzive. V tem poglavju je obravnavano presečišče globalnega zdravja, podnebnih sprememb, pandemij in zdravstvenih potreb transkulturnih skupnosti s poudarkom na strategijah za vzpostavitev pravičnih in odpornih zdravstvenih sistemov.



Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- **raziskovanje vpliva svetovnih kriz**: preučiti, kako pandemije in podnebne spremembe vplivajo na svetovno zdravje, s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva,
- **analiziranje ranljivosti:** prepoznati zdravstvena tveganja in sistemske ovire, s katerimi se soočajo transkulturne skupnosti, migranti in begunci med globalnimi zdravstvenimi krizami,
- **poudarjanje medsebojnih povezav**: razumeti medsebojne povezanosti globalnega zdravja, podnebnih sprememb in pandemij pri oblikovanju zdravstvenih rezultatov,
- **spodbujanje odpornih zdravstvenih sistemov:** zagovarjati politike in strategije, ki krepijo zdravstvene sisteme, da bodo vključujoči, kulturno občutljivi in odporni na prihodnje izzive,
- **podpiranje globalnega sodelovanja:** poudariti vlogo mednarodnega sodelovanja

pri odpravljanju neenakosti na področju zdravja ter blaženju posledic podnebnih sprememb in pandemij.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- razumeti ključne koncepte: opredeliti in razložiti pandemije, podnebne spremembe in njihov pomen za globalno zdravje,
- prepoznati zdravstvene izzive: prepoznati edinstvene zdravstvene izzive, s katerimi se soočajo medkulturne skupnosti med globalnimi krizami,
- analizirati sisteme: oceniti ranljivosti zdravstvenih sistemov, ki jih izpostavljajo pandemije in podnebne spremembe,
- uporabiti strategije: priporočiti kulturno občutljive in vključujoče pristope za zmanjšanje razlik v zdravju in izboljšanje odpornosti,
- zagovorjati spremembe: razpravljati o pomenu globalnega sodelovanja in politik, usmerjenih v enakost, za učinkovito reševanje podnebnih in zdravstvenih kriz.

Ključne opredelitve in izrazi

Pandemija je izbruh nalezljive bolezni, ki se pojavi na svetovni ravni, preseže mednarodne meje in prizadene veliko število ljudi. V nasprotju z lokalnimi epidemijami pandemije vključujejo široko razširjen prenos, kar pogosto povzroči velike družbene, gospodarske in javnozdravstvene izzive (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Podnebne spremembe so dolgoročne spremembe temperatur in vremenskih vzorcev, ki so predvsem posledica človekovih dejavnosti, kot sta izgorevanje fosilnih goriv in krčenje gozdov. Te spremembe pomembno vplivajo na zdravje ljudi, saj zaostrujejo obstoječe zdravstvene težave in ustvarjajo nove izzive. Podnebne spremembe na primer povečujejo pogostost ekstremnih vremenskih dogodkov, poslabšujejo kakovost zraka, širijo nalezljive bolezni ter vplivajo na varnost preskrbe s hrano in vodo, kar nesorazmerno vpliva na ranljive skupine prebivalstva (Svetovna zdravstvena organizacija [WHO], 2021a).

7.2 Pandemije in njihov globalni vpliv

Pandemija COVID-19 je poudarila ranljivost svetovnih zdravstvenih sistemov in poudarila ključni pomen pripravljenosti, pravičnega odziva in odpornosti na pandemije. Razkrila je, kako krhka je lahko zdravstvena infrastruktura, zlasti v marginaliziranih skupnostih, vključno z migranti, begunci in transkulturnim prebivalstvom, ki pogosto nimajo dostopa do ustreznega zdravstvenega varstva in sistemov socialne podpore (International Organization for Migration [IOM], 2023). Te skupine so še posebej ranljive zaradi jezikovnih ovir, kulturnih razlik in včasih diskriminatornih praks na področju zdravstvenega varstva. Zato se med zdravstvenimi krizami soočajo s precejšnjimi izzivi pri dostopu do ukrepov preprečevanja in zdravljenja. Spoznanja, pridobljena pri COVID-19, poleg prejšnjih pandemij, kot so SARS, ebola in izbruh gripe

leta 1918, poudarjajo potrebo po močni javnozdravstveni infrastrukturi, pravočasnem obveščanju, in pravičnem razdeljevanju cepiva (World Health Organization [WHO], 2021b). Učinkovite strategije odzivanja morajo dati prednost tem ranljivim skupinam prebivalstva z izvajanjem kulturno prilagojenih programov ozaveščanja in vključujočih zdravstvenih politik, ki zagotavljajo podporo vsem skupnostim med pandemijami.

V preteklosti so pandemije prinesle dragocene izkušnje, ki so podlaga za sedanje strategije na področju svetovnega zdravja. Pandemija gripe leta 1918 je pokazala pomen nefarmacevtskih ukrepov, kot so socialna distanca, nošenje mask in karantena, ki so še danes pomembni pri obvladovanju nalezljivih bolezni (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022). Pandemija virusa HIV/aidsa je poudarila potrebo po trajnem globalnem financiranju in destigmatizaciji prizadetega prebivalstva ter opozorila na potrebo po dolgoročnih, večsektorskih prizadevanjih za obravnavo tako zdravstvenih kot socialnih vidikov zdravstvenih kriz (World Health Organization [WHO], 2021b). Izbruha SARS in ebole sta okrepila pomen hitrega odkrivanja bolezni, strategij omejevanja širjenja in mednarodnega sodelovanja za preprečevanje širjenja bolezni prek meja. Te izkušnje še naprej oblikujejo sodobne pristope na področju javnega zdravja in poudarjajo potrebo po pripravljenosti na vseh ravneh.

Pandemije ne ogrožajo le zdravja ljudi, ampak tudi močno motijo gospodarstva. Zapore, omejitve potovanj in karantenski ukrepi, ki so sicer nujni za nadzor širjenja bolezni, imajo pogosto hude gospodarske posledice. Najbolj prizadete so panoge, kot so turizem, promet in gostinstvo, kar povzroči široko brezposelnost in zaprtje podjetij. Države z nizkimi dohodki in ranljivi delavci, ki nimajo finančnih varnostnih mrež ali dostopa do vladne podpore, občutijo največjo težo teh gospodarskih motenj (IOM, 2023). Pandemija COVID-19 je še povečala obstoječe neenakosti, saj se revnejše skupnosti in države soočajo s hujšimi zdravstvenimi in gospodarskimi posledicami kot bogatejše.

Med pandemijo COVID-19 so se nekatere etnične skupine soočale s povečano stopnjo ksenofobije in nasilja.

Poleg gospodarskih posledic je pandemija COVID-19 povzročila tudi povečanje ksenofobije, rasizma in nasilja, zlasti proti etničnim skupinam in migrantom. Nekatere skupnosti, ki so bile marginalizirane že pred pandemijo, so se zaradi širjenja napačnih informacij in strahu pred virusom soočale s povečano stopnjo diskriminacije. Ta družbena delitev je ustvarila oviro za učinkovite javnozdravstvene ukrepe, saj je v teh skupnostih upadlo zaupanje v vladne in zdravstvene sisteme (World Health Organization [WHO], 2021b). Zato je obravnava družbenih determinant zdravja, vključno z rasizmom in ksenofobijo, ključnega pomena pri pripravljenosti na pandemijo in odzivanju nanjo.

Za učinkovit boj proti prihodnjim pandemijam in ublažitev njihovega vpliva na svetovno zdravje je treba sprejeti pristop, ki bo vključeval trdno zdravstveno

infrastrukturo, globalno sodelovanje in socialno pravičnost. Z učenjem iz preteklih pandemij in obravnavanjem sistemskih ranljivosti lahko ustvarimo bolj vključujoče in odporne globalne zdravstvene sisteme, ki bodo bolje pripravljeni na prihodnje zdravstvene krize (IOM, 2023).

7.3 Podnebne spremembe kot globalna grožnja za zdravje

Podnebne spremembe so vse bolj prepoznane kot ena od največjih groženj svetovnemu zdravju. Naraščajoče temperature, ekstremni vremenski pojavi in degradacija okolja neposredno in posredno vplivajo na zdravje ljudi. S podnebjem povezane nesreče, kot so orkani, poplave in suše, poslabšajo podhranjenost, bolezni, ki se prenašajo z vektorji, in duševno zdravje (Medvladni odbor za podnebne spremembe [IPCC], 2022).

Ranljive skupine prebivalstva, vključno s transkulturnimi skupnostmi in migranti, so pogosto najbolj izpostavljene tem posledicam. Na primer, migracije, ki jih povzroča podnebje, prisilijo milijone ljudi, da se preselijo, pogosto na območja z nezadostno zdravstveno infrastrukturo. Prizadevanja za ublažitev teh posledic vključujejo krepitev sistemov zdravstvenega varstva, odpornih na podnebne spremembe, izvajanje sistemov zgodnjega opozarjanja na zdravstvena tveganja, povezana s podnebjem, in spodbujanje politik trajnostnega razvoja (World Health Organization [WHO], 2021a).



Podnebne spremembe in svetovno zdravje se prepletajo z vse večjim bremenom nenalezljivih bolezni (NCD). Naraščajoče temperature in slabša kakovost zraka prispevajo k boleznim dihal in srca in ožilja (World Health Organization [WHO], 2021a). Dolgotrajna izpostavljenost vročini lahko poslabša tudi kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen in bolezni ledvic. Poleg tega je stres, ki ga povzročajo podnebne selitve in degradacija okolja, povezan s povečanjem anksioznosti, depresije in drugih motenj duševnega zdravja (Medvladni odbor za podnebne spremembe [IPCC], 2022). Zaradi teh izzivov je potreben celosten pristop, ki v strategije javnega zdravja vključuje prilagajanje podnebnim spremembam in njihovo blažitev.

Druga ključna razsežnost je vpliv podnebnih sprememb na varnost preskrbe s hrano in vodo. Nestalni vremenski vzorci in dolgotrajne suše zmanjšujejo kmetijsko

produktivnost, kar povzroča pomanjkanje hrane in podhranjenost, zlasti v regijah z nizkimi dohodki. Poleg tega poplave in dviganje morske gladine onesnažujejo zaloge sladke vode, kar povečuje razširjenost bolezni, ki se prenašajo z vodo, kot sta kolera in tifus. Za reševanje teh vprašanj je potrebno globalno sodelovanje, da bi zagotovili enakopraven dostop do hranljive hrane in čiste vode ter hkrati spodbujali trajnostne kmetijske prakse (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021).

Učinkovito ukrepanje proti podnebnim spremembam in njihovim posledicam za zdravje je odvisno od trdnega globalnega upravljanja. Vlade, mednarodne organizacije in nevladni subjekti morajo sodelovati pri izvajanju politik, ki dajejo prednost pravičnosti na področju zdravja in okoljski trajnosti (World Health Organization [WHO], 2021a). Nujne so naložbe v obnovljive vire energije, zeleno infrastrukturo in izobraževalne kampanje za ozaveščanje javnosti o povezavah med podnebjem in zdravjem. Poleg tega bo spodbujanje medsektorskih partnerstev med zdravstvenim, okoljskim in gospodarskim sektorjem zagotovilo, da bodo rešitve trajnostne in vključujoče (UNEP, 2022).

Vključevanje skupnosti ima ključno vlogo v boju proti zdravstvenim posledicam podnebnih sprememb. Opolnomočenje lokalnih skupnosti z izobraževanjem, viri in sodelovalnim odločanjem zagotavlja, da so posegi kulturno primerni in učinkoviti (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). Prizadevanja na lokalni ravni skupaj s pobudami od zgoraj navzdol ustvarjajo celovit pristop k reševanju večplastnih izzivov, ki jih prinašajo podnebne spremembe.

S priznavanjem medsebojne povezanosti podnebnih sprememb in svetovnega zdravja lahko mednarodna skupnost sprejme proaktivne ukrepe za ublažitev teh vplivov. Krepitev zdravstvenih sistemov, spodbujanje trajnostnega razvoja in krepitev odpornosti bodo ključnega pomena za varovanje zdravja ljudi v obdobju okoljskih sprememb brez primere (Medvladni odbor za podnebne spremembe [IPCC], 2022).

7.4 Zaključek

Medsebojna povezanost svetovnega zdravja, podnebnih sprememb in pandemij predstavlja kompleksne izzive, ki zahtevajo nujno in usklajeno ukrepanje. Te krize nesorazmerno prizadenejo ranljive skupnosti, vključno z migranti, begunci in transkulturnimi skupinami, kar poudarja potrebo po vključujočih in kulturno kompetentnih zdravstvenih sistemih. S sprejetjem politik, ki obravnavajo ta vprašanja na svetovni in lokalni ravni, si lahko svetovna zdravstvena skupnost prizadeva za vzpostavitev odpornejših in pravičnejših zdravstvenih sistemov, ki bodo vsem ljudem zagotovili dostop do oskrbe in virov, ki jih potrebujejo za uspeh (Medvladni odbor za podnebne spremembe [IPCC], (2022).

Prepletanje svetovnega zdravja, podnebnih sprememb, pandemij in medkulturnih zdravstvenih potreb zahteva integriran in celosten pristop. Krepitev zdravstvenih sistemov vključuje naložbe v infrastrukturo, izboljšanje dostopa do oskrbe in spodbujanje mednarodnega sodelovanja.

Literatura

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Climate effects on health*. https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Pandemics: Preparedness and response*. https://www.cdc.gov

International Organization for Migration (IOM). (2023). *Migration. International Organization for Migration*. https://www.iom.int/migration

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2022). *Climate change and health*. https://www.ipcc.ch

United Nations Environment Programme (UNEP). (2022). *Global environment outlook 2022: A roadmap for climate action.* United Nations Environment Programme. https://doi.org/10.18356/9789280734519

UNHCR. (2022). Refugee data finder. *UNHCR: The UN Refugee Agency*. https://www.unhcr.org/refugee-statistics/

World Health Organization (WHO). (2021a). *Climate change and health*. https://www.who.int

World Health Organization (WHO). (2021b). *Global health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/global-health

Zaključni razmislek: povezovanje globalnih zdravstvenih kriz z modelom EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje prikazuje, kako sta **podnebne spremembe in pandemija COVID-19** razkrili ter poglobili obstoječe zdravstvene neenakosti, pri čemer so bile nesorazmerno prizadete **transkulturne skupnosti, migranti in begunci**. Vsebina poglavja tako neposredno podpira temeljne vrednote modela EMPOWER, zlasti na področjih učinkovitosti, multikulturalnosti, dobrega počutja in izobraževalnih virov.

S poudarkom na potrebi po **odpornih zdravstvenih sistemih, pravičnih zdravstvenih politikah in kulturno občutljivih odzivih** poglavje izpostavlja pomen kulturne kompetentnosti pri soočanju z globalnimi grožnjami. Naslavljanje psiholoških, jezikovnih in socialnih potreb pacientov v času kriz ponazarja **na pacienta osredotočeno oskrbo**, kar je eno ključnih načel modela EMPOWER.

Poglavje dodatno krepi poziv modela EMPOWER k **mednarodnemu sodelovanju in zdravstvenemu izobraževanju**, saj poudarja, da so sistemske in vključujoče strategije ključnega pomena pri odzivanju na pandemije in zdravstvena tveganja, povezana s podnebjem.

Skratka, poglavje pokaže, da sta **odpornost in pravičnost v zdravstvu** dosegljivi le z **vključevanjem kulturne raznolikosti** – ideje, ki je v samem jedru modela EMPOWER.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 8

Staranje prebivalstva

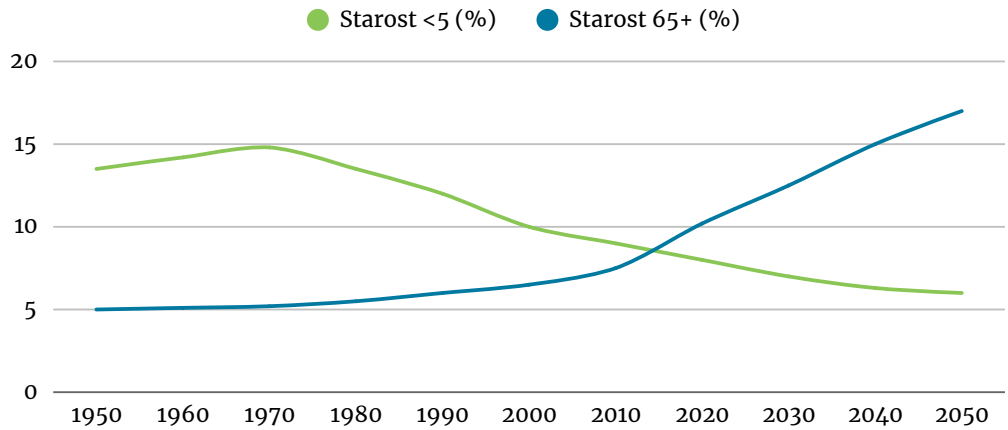
ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA, PARASKEVI CHARITOU
Cyprus University of Technology (Ciper)

Zdravstveni delavci morajo razumeti globalni kontekst zdravstvenega varstva, da bi lahko zagotovili v osebo usmerjeno, kulturno kompetentno in etično neoporečno oskrbo (Malhotra, 2023; Leininger in McFarland, 2002).

Do leta 2050 naj bi se svetovno prebivalstvo, staro 65 let in več, podvojilo na 1,5 milijarde, kar bo predstavljalo 16 % celotnega prebivalstva. Medtem ko je napredek na področju zdravstvenega varstva in življenjskih pogojev podaljšal pričakovano zdravo življenjsko dobo in spodbudil rast "srebrnega gospodarstva", izzivi, kot so naraščajoča krhkost, kronične bolezni in razlike v zdravju med starejšimi odraslimi, ostajajo, kar sproža pomembna vprašanja glede enakosti na področju zdravja (Padeiro idr., 2023).

8.1 Uvod

Staranje prebivalstva je svetovni trend, ki ga spodbujata nižja stopnja rodnosti in daljša pričakovana življenjska doba. Pričakovana življenjska doba se je od leta 1950 podaljšala za 25 let, pri čemer se pričakuje, da bodo posamezniki, ki dopolnijo 65 let, živeli dodatnih 16,8 leta. Do leta 2030 bo število starejših preseglo število mladih in podvojilo število otrok, mlajših od pet let, najhitreje pa bo naraščalo v državah v razvoju. Ta demografski premik pomembno vpliva na potrebe po oskrbi, saj se je povečalo povpraševanje po formalni in neformalni oskrbi. Zaradi naraščajočih potreb po zdravstvenih storitvah, oskrbi in socialni podpori je treba razširiti izobraževanje na področju geriatrije in gerontologije za zdravstvene delavce in delavce v socialnem varstvu (United Nations International Day of Older Persons [UNIDOP], 2024).



Graf 1. Delež mladih otrok in starejših oseb v svetovni populaciji: 1950–2050 (United Nations. World Population Prospects: The 210 Revision).

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- izboljšanje razumevanja svetovnih trendov staranja in njihovih posledic za zdravstveno varstvo,
- spodbujanje kulturne usposobljenosti pri obravnavanju edinstvenih potreb starajoče se transkulturne populacije,
- opremljanje študentov s strategijami za izboljšanje zdravstvenih rezultatov in enakosti za različne skupnosti starejših odraslih.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- razložiti svetovne trende staranja in njihov vpliv na sisteme zdravstvenega varstva,
- prepoznati skupne izzive, s katerimi se soočajo medkulturne skupnosti starih

ljudi,
- uporaba načel kulturne usposobljenosti v kliničnih scenarijih, ki vključujejo starejše odrasle,
- prepoznati ustrezno zakonodajo in pogodbe, ki podpirajo pravično oskrbo starajočega se prebivalstva,
- razmisliti o strategijah za usklajevanje poklicnih odgovornosti in osebnega dobrega počutja pri zagotavljanju transkulturne oskrbe.

Ključne opredelitve in izrazi

Staranje: postopne fiziološke spremembe v organizmu, ki vodijo v staranje ali upadanje bioloških funkcij in sposobnosti organizma, da se prilagodi presnovnemu stresu. Staranje se začne takoj, ko dosežemo odraslost, in je del človeškega življenja tako kot otroštvo in mladostništvo. Fiziološki upad se pojavlja v vseh telesnih sistemih in zmanjšuje zmožnost telesa, da ohranja homeostazo, kadar se sooča s stresnimi dejavniki. Zaradi tega upada je pogosto težko razlikovati med patološkimi stanji in normalnim procesom staranja. Večsistemsko funkcionalno poslabšanje zmanjšuje sposobnost spoprijemanja s stresnimi dejavniki, kar vodi v dekompenzacijo in šibkost, ki se lahko kaže kot zmedenost ali zmanjšana mobilnost. Simptomi, kot so zadihanost ali padci, imajo pogosto več temeljnih dejavnikov (Preston in Biddell, 2021).

Starostna diskriminacija: Svetovno poročilo o ageizmu, ki ga je pripravila SZO v sodelovanju z Uradom visokega komisarja za človekove pravice, Oddelkom Združenih narodov za ekonomske in socialne zadeve in Skladom Združenih narodov za prebivalstvo, opredeljuje ageizem kot "nepravično obravnavanje ljudi, ki se starajo ali so stari, stereotipe (kako razmišljamo), predsodke (kako čutimo) in diskriminacijo (kako delujemo) do drugih ali sebe na podlagi starosti. Lahko je institucionalen, medosebni ali samoumeven. Začne se v otroštvu in je družbeno oblikovana ter vpliva na ljudi vseh starosti. Ageizem ima hude posledice, vključno z zmanjšano socialno blaginjo, slabšo kakovostjo življenja, slabšim duševnim in telesnim zdravjem ter povečanim tveganjem za zgodnjo smrt" (WHO, 2021).



"Starostna diskriminacija v zdravstvu pomembno vpliva na kakovost oskrbe, ki jo prejemajo starejši odrasli. Stereotipi, kot je domneva, da so vsi starejši pacienti šibki ali tehnološko nesposobni, lahko vodijo v neustrezno ali odklonilno obravnavo. Sistemske ovire, vključno s pomanjkanjem starostnikom prijaznih ustanov in omejenim usposabljanjem za geriatrično oskrbo, te težave še poslabšajo" (Ayalon in Tesch-Römer idr., 2018).

Kulturno staranje: se nanaša na proces staranja, ki se odvija v okviru različnih ali prepletajočih se kulturnih okolij. Poudarja, kako različni kulturni dejavniki vplivajo na dojemanje, izkušnje in pričakovanja glede staranja. Ta koncept priznava, da staranje ni enotna izkušnja in ga lahko pomembno oblikujejo kulturne norme, vrednote in prakse (Fernandes, 2023).

Transkulturna oskrba: zagotavljanje transkulturne oskrbe je poklicna odgovornost in moralna dolžnost zdravstvenih delavcev, kar poudarjajo tudi globalne zdravstvene organizacije. Kulturno občutljiva oskrba izboljšuje dobro počutje, zadovoljstvo, in zdravstvene izide pacientov. Vendar je zagotavljanje takšne oskrbe zapleteno, saj od medicinskih sester zahteva razumevanje različnih kultur, razmislek o lastnih kulturnih predsodkih in uporabo spoštljivih, kulturno primernih intervencij. Na to kompleksnost dodatno vplivajo medosebni, organizacijski in sistemski dejavniki, zaradi česar je za zdravstvene delavce in študente izziv krmariti znotraj zdravstvenih sistemov in hkrati zagotavljati učinkovito transkulturno oskrbo (Shahzad idr., 2021).

Načela in vrednote

Razumevanje globalnega zdravja in staranja je za študente medicine in zdravstvenih ved bistvenega pomena zaradi vse večje raznolikosti populacij pacientov in vse večjega števila starajočih se posameznikov po vsem svetu. Vključevanje načel transkulturne oskrbe zagotavlja enakost, spoštovanje kulturne raznolikosti in boljše izide zdravljenja. Načela in vrednote staranja in kulturno kompetentnega zdravstvenega varstva poudarjajo spoštovanje, vključenost in odzivnost na različne potrebe starejših odraslih. Cilj teh načel je zagotoviti, da so zdravstvene storitve dostopne, pravične in učinkovite pri obravnavanju edinstvenih izzivov, s katerimi se soočajo starajoče se populacije, zlasti tiste iz različnih kulturnih okolij (Hanefeld idr., 2021; WHO, 2015).

Ključna načela in vrednote:

- **Dostojanstvo in spoštovanje**: vsak posameznik, ne glede na starost, si zasluži dostojanstveno, spoštljivo in pošteno obravnavo. To vključuje spoštovanje avtonomije in pravic starejših odraslih do odločanja o lastni oskrbi in življenju.
- **Neodvisnost in samostojnost**: Podpora starejšim odraslim pri ohranjanju njihove neodvisnosti, sposobnosti odločanja in življenja v skladu z njihovimi željami in vrednotami.
- **Družbena udeležba**: starejši odrasli bi morali imeti možnosti za polno sodelovanje v družbi, vključno z družinskim, družabnim in poklicnim življenjem, da bi preprečili izolacijo in spodbujali vključevanje.

- **Pravičnost in dostop**: prizadevanje za odpravo razlik v zdravstveni oskrbi in zagotavljanje enakega dostopa do kakovostne oskrbe vsem kulturnim skupinam, vključno s starejšimi odraslimi iz marginaliziranih ali manjšinskih okolij.
- **Spoštovanje kulturnih razlik**: priznavanje, da kulturno ozadje vpliva na to, kako ljudje dojemajo in doživljajo zdravje in bolezen, ter spoštovanje teh razlik pri zagotavljanju oskrbe (WHO, 2015).

8.2 Staranje prebivalstva kot globalni izziv

8.2.1 Demografski premik

Pojav staranja prebivalstva, ki ga pogosto imenujemo "srebrni cunami", pomeni pomemben premik v demografski zgodovini. Tradicionalno so bile družbe mladostne, otroci so predstavljali velik del prebivalstva, starejši pa so bili v manjšini. Ta vzorec je bil skladen v različnih civilizacijah in verskih ali ideoloških sistemih. Do leta 2020 pa je prišlo do demografske spremembe, ko je število starejših prebivalcev začelo presegati število mladih. Ta globalni trend staranja se je začel v industrijsko razvitih državah in je zdaj značilen za večino sveta (Jakovljevic idr., 2020). Realistična projekcija prihodnosti s 95 milijoni starejših odraslih mora vzpostaviti ravnovesje, pri čemer je treba upoštevati tako izzive oskrbe kot dragocene prispevke, ki jih lahko to prebivalstvo ponudi (Greenlee, 2020; Longev, 2021).

8.2.2 Staranje in zdravje

Pandemija COVID-19 je izpostavila ranljivost geriatrične oskrbe in razkrila zaskrbljujočo resnico: svetovni zdravstveni sistemi niso ustrezno pripravljeni na potrebe starajočega se prebivalstva (Longev, 2021).

SZO je objavila izhodiščno poročilo za desetletje zdravega staranja, v katerem je predstavljeno stanje v letu 2020 in cilj do leta 2030. Poročilo združuje podatke, ki so na voljo za merjenje zdravega staranja, predstavlja izkušnje držav, ki so uspešno začele izvajati pobude za zdravo staranje, in obravnava, kaj je potrebno za spodbujanje sodelovanja in boljše merjenje napredka pri doseganju zdravega staranja. V naslednjem videoposnetku si oglejte uvod v izhodiščno poročilo SZO:

https://youtu.be/ShmemfpkVLQ?si=GI4n1jzB8RopeHYx

Spodbujanje zdravega staranja vključuje celosten pristop, ki zajema telesno, duševno in socialno blaginjo. Zgodnji posegi in izbira življenjskega sloga imajo pomembno vlogo pri blaženju posledic s starostjo povezanih bolezni in izboljšanju kakovosti življenja v starosti (CDC, 2024). Najpogostejše s starostjo povezane bolezni so nevrodegenerativne motnje, rak, bolezni srca in ožilja ter presnovne motnje.

8.2.3 Demenca in Alzheimerjeva bolezen

Staranje je glavni dejavnik tveganja za razvoj nevrodegenerativnih bolezni, kot so Alzheimerjeva bolezen in sorodne demence (ADRD). Alzheimerjeva bolezen (AD), ki je

najpogostejša nevrodegenerativna bolezen na svetu, se s staranjem povečuje, kar predstavlja izziv za zdravstvene sisteme in gospodarstva (Li idr., 2021). Leta 2010 je demenca med starejšimi odraslimi prispevala k desetim milijonom invalidnosti prilagojenih let življenja (DALY), pri čemer je bilo 44 % bremena v regijah z nizkimi in srednjimi dohodki. Demenca vključuje postopno onemogočanje kognitivnih motenj, njeni vedenjski in psihološki simptomi pa pomembno vplivajo na kakovost življenja, povzročajo obremenitev/obremenitev negovalcev in pogosto vodijo v institucionalizacijo. Pojavnost demence se podvoji približno vsakih 5,9 leta in se poveča s 3 na 1000 oseb/leto pri starosti 60-64 let na 175 na 1000 oseb/leto pri starosti 95 let in več. Zgodnja diagnoza je ključnega pomena, saj pacientom omogoča, da se vključijo v načrtovanje napredne oskrbe, dokler so še sposobni odločanja (Jakovljevic idr., 2020). Kljub boljšemu dostopu do zdravstvenih storitev ostajajo vrzeli v pravičnosti in učinkovitosti oskrbe in obvladovanja demence.

Spodbujanje ozaveščanja o demenci

Spodbujanje ozaveščenosti o demenci je ključnega pomena za izboljšanje rezultatov, zmanjšanje stigmatizacije in spodbujanje vključujočih, podpornih okolij za posameznike, ki živijo z demenco. Ozaveščanje o demenci vključuje razumevanje bolezni ter prepoznavanje znakov, simptomov in dejavnikov tveganja (Alzheimerjevo združenje, 2021). Zgodnja diagnoza lahko bistveno izboljša upravljanje in kakovost življenja posameznikov z demenco (Svetovna zdravstvena organizacija, 2020). Poleg tega sta spodbujanje demenci prijaznega okolja in zmanjševanje stigmatizacije bistvena elementa ozaveščanja o demenci, saj zagotavljata vključenost in podporo osebam z demenco (Alzheimer's Disease International, 2021).

Koristi ozaveščanja o demenci:

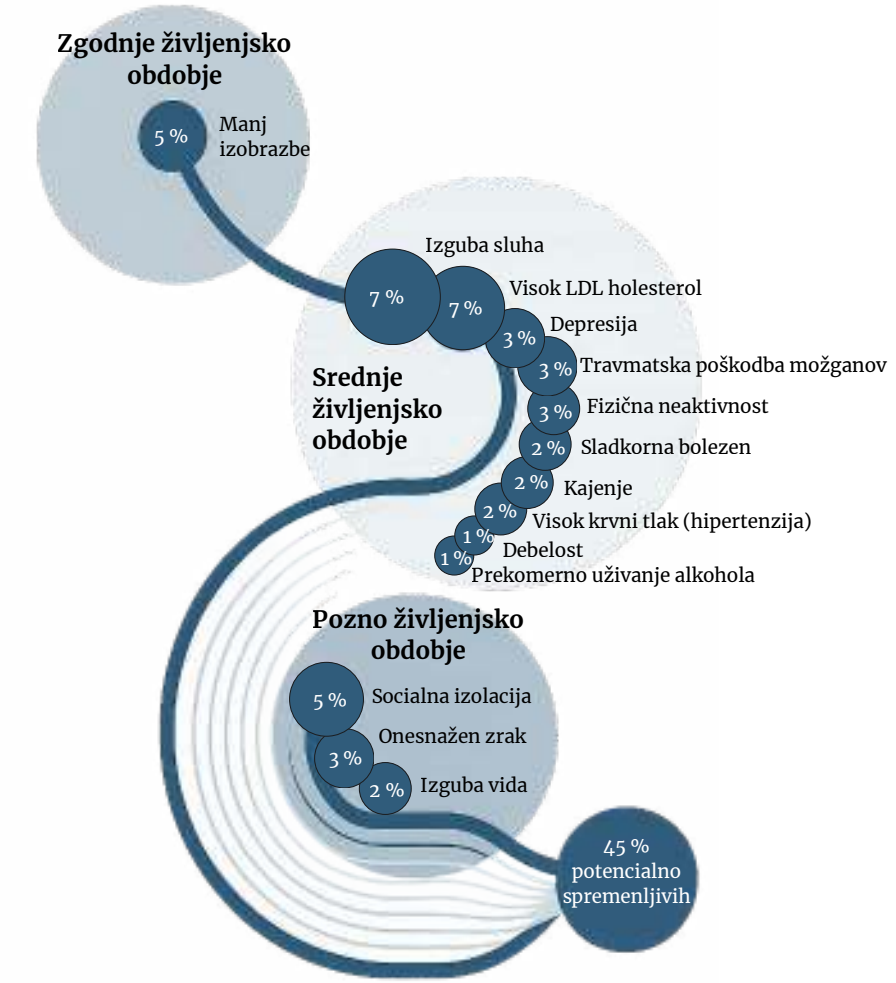
- bolj zgodnje odkrivanje in zdravljenje, kar vodi k boljšemu obvladovanju simptomov,
- boljša podpora negovalcem in družinam, zmanjšanje stresa in bremena ter izboljšanje kakovosti življenja,
- demenci prijaznejše skupnosti, ki spodbujajo vključevanje, razumevanje in sodelovanje,
- omogočanje posameznikom z demenco, da ostanejo dejavni in vključeni v družbo.

Preprečevanje demence

Ker ljudje živijo dlje, se število oseb, ki živijo z demenco, še naprej povečuje, kar poudarja nujnost opredelitve in izvajanja preventivnih strategij. Izobraževanje javnosti o spremenljivih dejavnikih tveganja so izobrazba, izguba sluha, hipertenzija, kajenje, debelost, depresija, telesna nedejavnost, sladkorna bolezen, uživanje alkohola, možganska travma, onesnaženost zraka, socialna izolacija, nezdravljena izguba vida, visok holesterol LDL, lahko pomaga tudi pri prizadevanjih za preprečevanje in znatno zmanjša tveganje za demenco (Livingston idr., 2020). Poročilo revije Lancet navaja, da bi s spremembo teh 14 dejavnikov tveganja lahko preprečili ali odložili skoraj polovico primerov demence. To zahteva ambiciozna prizadevanja za preprečevanje, ki

vključujejo tako spremembe politike na ravni prebivalstva kot individualne intervencije. Pri preprečevanju je treba dati prednost pravičnosti in se osredotočiti na skupine z visokim tveganjem, intervencije pa se morajo začeti zgodaj in nadaljevati vse življenje. Poročilo poudarja, da je tveganje mogoče spremeniti ne glede na genetsko nagnjenost (genetski status APOE) in da lahko večkomponentni ukrepi koristijo posameznikom z visokim in nizkim genetskim tveganjem (Livingston idr., 2024).

Posebna priporočila vključujejo (Livingston idr., 2024):



Slika 11. Model življenjskega poteka o prispevku spremenljivih dejavnikov tveganja k demenci (Livingston, idr., 2024)

- **Izobraževanje:** zagotovite dostop do kakovostne izobrazbe in spodbujajte kognitivno stimulacijo v srednjem življenjskem obdobju.
- **Izguba sluha:** omogočite dostopnost slušnih aparatov in zmanjšajte izpostavljenost škodljivemu hrupu.
- **Depresija:** učinkovito zdravljenje depresije.
- **Zaščita glave:** spodbujajte uporabo čelad pri kontaktnih športih in kolesarjenju.

- **Telesna dejavnost:** spodbujajte telesno vadbo za zmanjšanje tveganja za demenco.
- **Kajenje:** izobraževanje in regulacija kajenja ter nudenje podpore pri opuščanju kajenja.
- **Hipertenzija:** vzdržujte sistolični krvni tlak 130 mm Hg ali manj od 40. leta starosti.
- **Holesterol:** odkrivanje in zdravljenje visokega holesterola LDL od srednjih let dalje.
- **Upravljanje telesne teže:** preprečevanje in zgodnje zdravljenje debelosti za zmanjšanje tveganja za sladkorno bolezen.
- **Sladkorna bolezen:** preprečevanje in nadzor sladkorne bolezni.
- **Uživanje alkohola:** zmanjšanje prekomernega pitja z nadzorom cen in ozaveščanjem.
- **Družbena udeležba:** zmanjšanje socialne izolacije s pomočjo starosti prijaznega okolja in sodelovanja v skupnosti.
- **Izguba vida:** zagotovite dostopne preglede in zdravljenje izgube vida.
- **Onesnaženost zraka:** zmanjšajte izpostavljenost škodljivim onesnaževalcem.

Kulturna kompetenca pri oskrbi demence

Kulturna kompetenca pri oskrbi demence je bistvenega pomena za zagotavljanje učinkovite in spoštljive podpore posameznikom iz različnih okolij. Vključuje razumevanje in vključevanje pacientovih kulturnih prepričanj, vrednot in praks v načrte oskrbe. Ta pristop povečuje vključenost pacientov, njihovo zadovoljstvo in splošne rezultate oskrbe.

Ključni vidiki kulturne kompetentnosti pri oskrbi demence:

- Razumevanje kulturnih perspektiv: prepoznavanje, da kulturna prepričanja pomembno vplivajo na dojemanje, diagnosticiranje in obvladovanje demence. V nekaterih kulturah se na primer demenca lahko obravnava kot naravni del staranja, zaradi česar se pri iskanju zdravniške pomoči odlaša (Lark idr., 2018).
- Komunikacija: ključnega pomena je odpravljanje jezikovnih ovir in razumevanje kulturno pogojenih stilov komuniciranja. Učinkovita uporaba tolmačev in kulturno ustreznega gradiva lahko izboljša odnose med pacientom in zdravstvenim delavcem (Alzheimer's Society, n. d.).
- Vloge v družini: v mnogih kulturah so družinski člani glavni skrbniki starejših odraslih z demenco. Prepoznavanje in spoštovanje te družinske dinamike je bistvenega pomena za pripravo učinkovitih načrtov oskrbe (Shishira, 2024).
- Prilagajanje intervencij: priprava načrtov oskrbe, ki upoštevajo kulturne prehranske preference, tradicijo oskrbe in zdravstvena prepričanja ter hkrati spodbujajo z dokazi podprte prakse.
- Gradnja zaupanja: vzpostavljanje zaupanja s kulturno občutljivimi interakcijami, vključno z uporabo neverbalne komunikacije in vključevanjem virov skupnosti, povečuje udobje in sodelovanje pacientov (Dementia UK, 2021).

8.3 Odnos zdravstvenih delavcev do starejših pacientov

Raziskave kažejo, da odnos zdravstvenih delavcev do starejših pomembno vpliva na kakovost oskrbe in komunikacije, ki jo zagotavljajo. Študije izpostavljajo več ključnih ugotovitev:

Negativna stališča vplivajo na komunikacijo: medicinske sestre z negativnim odnosom do staranja imajo s starejšimi pacienti krajše, bolj površinske in k nalogam usmerjene pogovore. Ti stiki pogosto vključujejo pokroviteljski ton in izključujejo paciente iz posvetovanja ali odločanja (Caris-Verhallen idr., 1999).

Nizka pričakovanja in ločena skrb: medicinske sestre z neugodnim odnosom do starejših pacientov imajo manjša pričakovanja glede njihove rehabilitacije in bolj odklonilno obravnavo. V primerjavi z mlajšimi pacienti je tudi manj verjetno, da bodo uporabljale humor ali si zapomnile imena starejših pacientov (McLafferty in Morrison, 2004).

Izključitev iz zdravniških pogovorov: starejši pacienti so pogosto izključeni iz pogovorov o lastni oskrbi, in sicer na različnih področjih (zdravniki, medicinske sestre in socialni delavci). Namesto tega jih lahko zdravstveni delavci obidejo in komunicirajo z mlajšimi družinskimi člani ali sprejemajo klinične odločitve brez pomembnega prispevka pacienta. Razlogi za to vključujejo pomanjkanje samozavedanja, prepričanje, da je razpravljanje o oskrbi z mlajšimi družinskimi člani lažje, in neupoštevanje starejšega pacienta kot posameznika (Ben-Harush idr., 2016).

Na splošno ti vzorci razkrivajo, kako lahko starizem v zdravstvu ogrozi oskrbo, osredotočeno na pacienta, in dostojanstvo starejših pacientov.

8.4 Kako kultura vpliva na dojemanje staranja

V današnjem svetu kombinacija urbanizacije, naraščajočih življenjskih stroškov in kulturnih sprememb, ki jih spodbuja globalna medsebojna povezanost, prispeva k prehodu od tradicionalnih skupnih družinskih sistemov, v katerih so starejši oskrbovani doma, k bolj institucionalnim sistemom oskrbe. V številnih vzhodnih kulturah se pričakuje, da bodo mlajše generacije skrbele za svoje starejše družinske člane, saj to štejejo za družinsko dolžnost. Zato so starejši odrasli pogosto deležni oskrbe na domu in pogosto živijo s svojimi otroki ali drugimi mlajšimi sorodniki. Nasprotno pa je v državah, kot so ZDA, običajno, da starejši odrasli živijo v "upokojenskih skupnostih", kjer se mnogi odločijo za samostojno življenje v okviru skupnosti (Fernandes, 2023).

Dojemanje staranja je v različnih kulturah različno, kar vpliva na to, kako se starejši odrasli dojemajo in obravnavajo. V nekaterih kulturah starejše odrasle spoštujejo zaradi njihove modrosti, medtem ko v drugih na staranje gledajo negativno. To lahko vpliva na njihovo samozavest in dobro počutje. Zahodne družbe pogosto cenijo mladost in lepoto, kar vodi do negativnega pogleda na staranje. Nasprotno pa številne vzhodne in afriške kulture cenijo starejše odrasle zaradi njihovih izkušenj in znanja, pri čemer imajo

močne družinske in skupnostne podporne sisteme. Razumevanje teh kulturnih razlik s strani zdravstvenih delavcev je ključno za zagotavljanje prilagojene oskrbe, izboljšanje komunikacije, podpiranje sodelovanja družine pri sprejemanju odločitev in spodbujanje sodelovanja skupnosti. Usposabljanje za ozaveščanje o kulturnih razlikah izboljša zmožnost zdravstvenih delavcev, da služijo starejšim odraslim iz različnih okolij (Mansor in Hui, 2020).

8.5 Izzivi, s katerimi se soočajo starejši priseljenci, ki se starajo v državah gostiteljicah

Gospodarske težave: Starejši priseljenci se pogosto soočajo z ekonomskimi težavami, saj so preveč zastopani med ranljivimi in prikrajšanimi skupinami. Po navadi delajo na slabo plačanih delovnih mestih s slabo varnostjo zaposlitve in minimalnimi pokojninskimi ugodnostmi, zaradi česar so ob upokojitvi odvisni od državnih pokojnin. Tudi tisti, ki imajo poklicne pokojnine, običajno prejemajo nizke zneske zaradi obdobij brezposelnosti ali predčasne upokojitve. Starejši neevropski priseljenci v Evropi so še posebej prikrajšani, saj za razliko od svojih evropskih kolegov praviloma ne morejo prenesti pokojninskih pravic (Ayalon idr., 2018).

Omejen dostop do storitev: Starejši priseljenci imajo pogosto omejen dostop do vladnih storitev zaradi jezikovnih ovir, pomanjkanja izobrazbe, nezadostnega kulturnega kapitala in neustreznih informacij. Prav tako imajo težave z obvladovanjem birokracije in se pogosto zanašajo na podporo družine ali skupnosti. Strokovnjaki to premajhno uporabo storitev običajno pripisujejo priseljencem samim in ne sistemskim težavam. Vendar k tem izzivom dostopnosti pomembno prispevajo pomanjkanje vključujočih politik, nezadostna pozornost glavnih institucij in neustrezno večkulturno usposabljanje ponudnikov storitev (Ayalon idr., 2018).

Socialna izolacija: Socialna izolacija je pomembno in stalno globalno vprašanje, ki zadeva številne starejše odrasle, zlasti starejše priseljence in begunce. Pogosto je povezana z dejavniki, kot so rasizem, diskriminacija, jezikovne ovire, šibke socialne mreže ter ločenost od prijateljev in družine. Prepoznavanje socialno izoliranih starejših odraslih ostaja velik izziv. Celovitejše razumevanje socialne izolacije je ključno za informiranje politike, razvoj programov in raziskave, namenjene podpori različnim starejšim odraslim (Johnson idr., 2021).

8.6 Kaj o tem pravijo evropske pogodbe in konvencije?

Čeprav se posamezni zakoni v posameznih državah razlikujejo, so skupne teme protidiskriminacija, socialna zaščita, dostop do zdravstvenega varstva in podpora za neodvisno življenje. Pogodbe in zakonodaja EU zagotavljajo trdno zaščito pred diskriminacijo na podlagi starosti, pri čemer se osredotočajo na varstvo pravic starejših odraslih, spodbujanje njihovega dobrega počutja in zagotavljanje njihove udeležbe v družbi.

Člen 19 Pogodbe o delovanju EU pooblašča EU, da sprejme zakonodajo proti

diskriminaciji na podlagi starosti (Evropska unija, 2007). **Člen 21 Listine o temeljnih pravicah** izrecno prepoveduje starostno diskriminacijo, **člen 25** pa starejšim priznava pravico do dostojanstva, neodvisnosti in socialne vključenosti (Evropska unija, 2000). Čeprav **Evropska konvencija o človekovih pravicah** izrecno ne obravnava starostne diskriminacije, se njena protidiskriminacijska klavzula razlaga tako, da vključuje starost (Svet Evrope, 1950). **Sodišče Evropske unije** (SES) nadalje določa nediskriminacijo na podlagi starosti kot splošno načelo prava EU, kar zagotavlja skladnost v zakonodaji EU - zadeva Mangold (Mangold proti Helmu, 2005). Zadeva Mangold proti Helmu (2005) C-144/04 je bila prelomna zadeva pred Sodiščem Evropskih skupnosti (SES) v zvezi s starostno diskriminacijo pri zaposlovanju. Zadeva se je nanašala na 56-letnega Mangolda, delavca v Nemčiji, ki je bil zaposlen s pogodbo za določen čas v skladu z nemško zakonodajo, ki je brez utemeljitve dovoljevala takšne pogodbe za starejše delavce. Zakon je izpodbijal in trdil, da ga diskriminira na podlagi starosti. Sodišče je v sodbi razsodilo, da je nemški zakon v nasprotju z okvirno direktivo o enakosti pri zaposlovanju, čeprav ga ni bilo treba izvajati do konca leta 2006. Dejalo je, da na splošno zakonodaja, ki delodajalcem omogoča različno obravnavo ljudi zaradi njihove starosti, "krši načelo" mednarodnega prava o odpravi diskriminacije na podlagi starosti. Sodišče je odločilo, da morajo nacionalna sodišča razveljaviti vse določbe nacionalne zakonodaje, ki so v nasprotju s smernico. Še pred popolnim izvajanjem Direktive 2000/78/ES (ki prepoveduje diskriminacijo na podlagi starosti pri zaposlovanju) morajo nacionalna sodišča zavrniti uporabo zakonov, ki niso v skladu s temeljnimi načeli EU.

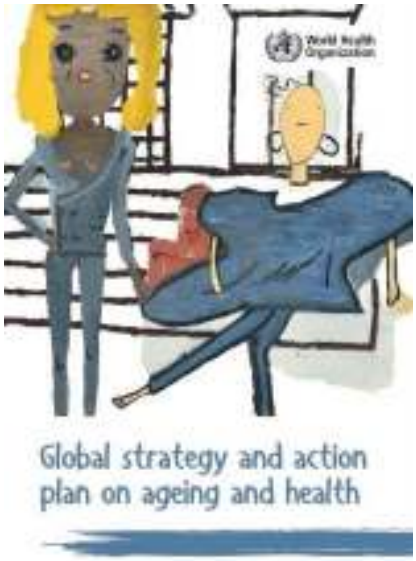
Evropska socialna listina Sveta Evrope: Evropska socialna listina Sveta Evrope je pogodba o človekovih pravicah, ki jo je ustanovil Svet Evrope. Že več kot 60 let varuje socialne in ekonomske pravice državljanov po vsej Evropi. Listina, ki je bila sprva odprta za podpis 18. oktobra 1961 v Torinu v Italiji, se je sčasoma razvijala, da bi z vključevanjem novih pravic obravnavala izzive sodobnih družb. Kljub tem spremembam Listina ostaja osrednji del temeljnih ciljev Sveta Evrope - človekovih pravic, pravne države in demokracije - in poudarja, da teh idealov ni mogoče v celoti uresničiti brez varstva socialnih pravic. Člen 23 je prva določba Pogodbe o človekovih pravicah, ki posebej varuje pravice starejših. Države članice spodbuja, naj starejšim odraslim zagotovijo ustrezen dohodek, zdravstveno varstvo ter udeležbo v družbenem in kulturnem življenju. Starejšim osebam omogoča, da ostanejo polnopravni člani družbe, od držav pogodbenic pa zahteva, da vzpostavijo ustrezen pravni okvir, ki omogoča boj proti diskriminaciji na podlagi starosti in predvideva postopek za "pomoč pri odločanju" (Svet Evrope, 1961).



Oglejte si povezani videoposnetek “Zaščita pravic starejših”:
https://youtu.be/GB7Vr8tlOuE?si=aXOimGVI6xk8EAlC.

Okvirna direktiva o enakosti pri zaposlovanju (2000/78/ES) prepoveduje starostno diskriminacijo pri zaposlovanju in poklicnem usposabljanju v Evropski uniji. Njen cilj je zagotoviti enako obravnavo in enake možnosti za posameznike ne glede na njihovo starost na delovnem mestu (Evropska komisija. Zakonodaja: Direktiva o enakosti pri zaposlovanju (2000/78/ES).

SZO, Globalna strategija in akcijski načrt za staranje in zdravje (2016-2020): Na Svetovni zdravstveni skupščini leta 2016 je 194 držav sprejelo **globalno strategijo in akcijski načrt o staranju in zdravju (2016-2030)**. Strategija je zagotovila vizijo in cilje za 14 let (2016-2030) ter **akcijski načrt**, v katerem so opisani ukrepi, ki jih je treba sprejeti med letoma 2016-2020, da bi razvili dokazno podlago in partnerstva za desetletje zdravega staranja (2021-2030).



Cilj strategije je bil izboljšati kakovost življenja starejših posameznikov s spodbujanjem zdravega staranja in reševanjem izzivov, ki jih prinaša staranje prebivalstva. Načrt je bil osredotočen na zagotavljanje neodvisnega življenja starejših odraslih ter dostopa do storitev in podpore, ki jih potrebujejo, hkrati pa je spodbujal družbo, ki ceni njihov prispevek.

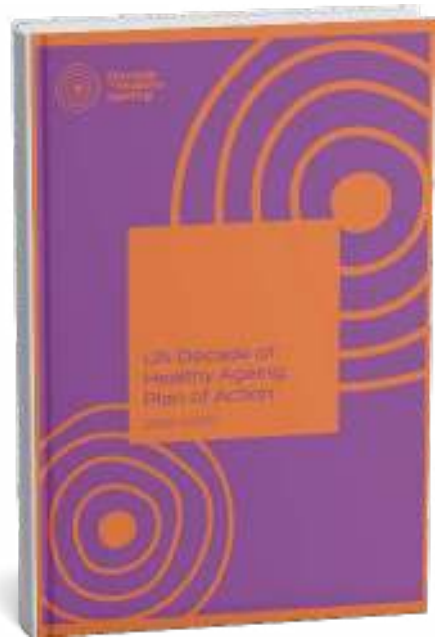
Strategija (2016-2020) je imela dva cilja:

- pet let z dokazi podprtih ukrepov za povečanje funkcionalnih sposobnosti, ki bodo dosegli vsako osebo,
- do leta 2020 vzpostaviti dokaze in partnerstva, potrebna za podporo **desetletju zdravega staranja od leta 2021 do leta 2030.**

Prispevki SZO h globalni strategiji o staranju in zdravju (2016-2020) so pomembno prispevali k dvema glavnima ciljema. Pri prvem cilju je imela SZO ključno vlogo pri krepitvi znanstvenih dokazov o zdravem staranju, pripravi smernic in zagovarjanju politik, povezanih s staranjem. Svetovno poročilo o staranju in zdravju (WRAH) in druga raziskovalna prizadevanja so bila podlaga za nacionalne strategije, zaradi česar je vse več držav razvilo politike, usklajene s strategijo. Čeprav tega napredka ni mogoče pripisati samo SZO, odraža vse večjo svetovno ozaveščenost o vprašanjih staranja in zdravja. Za cilj 2 je SZO uspešno mobilizirala države članice, agencije ZN, civilno družbo in raziskovalce, da bi postavila temelje za desetletje zdravega staranja (2021-2030). Osnutek predloga za desetletje je opredelil štiri ključna področja ukrepanja, vključno z odpravljanjem starizma, ustvarjanjem starosti prijaznega okolja, izboljšanjem integrirane oskrbe in razširitvijo dolgotrajne oskrbe. SZO je uvedla tudi pobude, kot je Zdravo staranje za učinek v 21. stoletju, spletni program usposabljanja za oblikovalce politik. Vendar izzivi ostajajo, vključno s potrebo po močnejšem vodenju, jasnejših vlogah partnerjev in pravičnejšem sodelovanju držav pri izvajanju desetletja (WHO: Evaluation Report, 2020).

Desetletje ZN za zdravo staranje (2021-2030): globalna pobuda, ki jo vodi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) kot nadaljevanje globalne strategije o staranju in zdravju (2016-2020), katere cilj je spodbujati dobro počutje, pravice in dostojanstvo starejših ljudi. Usklajena je s cilji trajnostnega razvoja Združenih narodov (SDG) in se osredotoča na izboljšanje kakovosti življenja starejših prebivalcev po vsem svetu. Pobuda priznava naraščajoče globalno staranje prebivalstva in si prizadeva za spodbujanje zdravega staranja na vključujoč in trajnosten način. Namen desetletja ZN za zdravo staranje je obravnavati izzive in priložnosti starajočega se sveta s spodbujanjem okolja in sistemov, ki spodbujajo zdravje, samostojnost in vključenost starejših ljudi. Poudarja pomen sodelovanja med sektorji in potrebo po inovativnih pristopih za ustvarjanje starosti prijaznih družb. Ključni cilji vključujejo:

A) Boj proti staranju:
Obravnavajte stereotipe in diskriminacijo starejših ter hkrati spodbujajte pozitivne poglede na staranje in njihov prispevek.



Ukrepi za boj proti staranju:

- z javnimi izobraževalnimi kampanjami ozaveščajte o vrednosti in potencialu starejših odraslih,
- razvijte politike in zakone za zaščito pred diskriminacijo na podlagi starosti pri zaposlovanju, zdravstvenem varstvu in na drugih področjih,
- spodbujajte medgeneracijske programe za spodbujanje medsebojnega razumevanja in odpravljanje stereotipov med mlajšimi in starejšimi generacijami.

B) Ustvarite starosti prijazno okolje:
Razvijajte dostopne javne prostore in spodbujajte skupnosti, ki podpirajo aktivno in zdravo staranje.

Starostnikom prijazne skupnosti:

- zagotovite dostopne javne prostore, prevoz in stanovanja, ki ustrezajo potrebam starejših,
- spodbujajte možnosti za sodelovanje v skupnosti, vključno s prostovoljnim delom in udeležbo v družabnih, kulturnih in rekreacijskih dejavnostih,
- izboljšanje dostopnosti do storitev, kot so zdravstveno varstvo, nakupovanje in zabava, s pomočjo fizične in digitalne infrastrukture.

C) Zagotavljanje celostne oskrbe:
Zagotovite celovite zdravstvene storitve, ki so osredotočene na posameznika in so prilagojene potrebam starejših posameznikov.

Modeli integrirane oskrbe:

- poudariti usklajevanje med izvajalci primarnega zdravstvenega varstva, specialisti in storitvami v skupnosti, da bi obravnavali zapletene zdravstvene potrebe starejših odraslih,
- osredotočite se na preventivno oskrbo, zgodnje diagnosticiranje in obvladovanje kroničnih bolezni, da bi izboljšali zdravstvene rezultate in kakovost življenja,
- uporabite tehnologijo, kot je telemedicina, da bi izboljšali dostop do oskrbe, zlasti za tiste na oddaljenih ali slabo oskrbovanih območjih.

> *"S skupnim delovanjem lahko kakovost dodamo količini in vsem ljudem omogočimo priložnost za smiselno življenje – ne glede na starost. Skupaj lahko poskrbimo, da šteje vsako leto – ne po številkah, temveč po tem, kako živimo in rastemo vmes."*
>
> *UN Decade of Healthy Ageing, 2022*

D) Podpirati dolgotrajno oskrbo:
Spodbujajte sisteme dolgotrajne oskrbe, da bodo spoštovali pravice, dostojanstvo in želje starejših odraslih z upadajočimi zmožnostmi.

Izboljšanje storitev dolgotrajne oskrbe:

- razvijte možnosti oskrbe v skupnosti, ki starejšim odraslim omogočajo, da se starajo v domačem okolju, namesto da bi jih namestili v institucionalno varstvo,
- zagotovite ustrezno usposabljanje in podporo negovalcem, vključno z družinskimi člani in strokovnim osebjem,
- zagotovite, da bodo politike dolgotrajne oskrbe obravnavale vprašanja zlorabe, zanemarjanja in izkoriščanja.

Na splošno je pobuda poziv vladam, civilni družbi in zainteresiranim stranem k ukrepanju za izboljšanje življenja starejših, da bi jim omogočili daljše, bolj zdravo in zadovoljno življenje (Desetletje zdravega staranja, 2022).

Oglejte si naslednji video o Desetletju zdravega staranja:
https://youtu.be/2Ka3a3X5RRw?si=aTfBT505f1BLw7fB

Literatura

Alzheimer's Association. (2021). *Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association*. https://www.alz.org/facts

Alzheimer's Disease International. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International. https://www.alz.co.uk/research/world-report

Alzheimer's Society. (n.d.). *Cultural sensitivity and awareness.* https://www.alzheimers.org.uk/dementia-professionals/dementia-experience-toolkit/how-recruit-people-dementia/cultural-sensitivity-and-awareness

Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., idr. (2016). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. *The Gerontologist, 57*(4), 707-718. https://doi.org/10.1093/geront/gnw076

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A. in Bensing, J. M. (1999). The role of communication in nursing care for older people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 29*(4), 915-933. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00966.x

CDC. (2024). *Healthy aging at any age*. https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/index.html

Council of Europe. (1950). *European Convention on Human Rights*. https://www.echr.coe.int

Council of Europe. (1961). *European Social Charter*. https://www.coe.int/en/web/european-social-charter

Court of Justice of the European Union. (2005). *Mangold v. Helm, Case C-144/04*. https://curia.europa.eu

Dementia UK. (2021). *Cultural and religious awareness within dementia care*. https://www.dementiauk.org/news/cultural-and-religious-awareness-within-dementia-care/

European Commission. (n.d.). *Legislation: Employment Equality Directive (2000/78/EC)*. Employment, Social Affairs & Inclusion. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/rights-work/tackling-discrimination-work/legislation-employment-equality-directive-200078ec_en

European Union. (2000). *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Official Journal of the European Communities, C 364/1. https://www.europarl.europa.eu

European Union. (2007). *Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU)*. Official Journal of the European Union, C 326/47. https://www.europa.eu

Fernandes, D. (2023). *Aging across borders: How we age around the world*. Psychology Today. https://www.psychologytoday.com/us/blog/non-weird-science/202310/aging-across-borders-how-we-age-around-the-world

Greenlee, K. (2020). *Overcoming the Silver Tsunami.* American Society on Ageing. https://generations.asaging.org/silver-tsunami-older-adults-demographics-aging

Hanefeld, J. in Fischer, H. T. (2021). Global health: Definition, principles, and drivers. V I. Kickbusch, G. L. Tang, in R. Horton (Ur.), *Handbook of global health* (pp. 3–27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_4-1

Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B. in Novik, N. (2021). Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. *Healthcare Management Forum, 34*(5), 266-271.

Lark, J. L., Phoenix, S., Bilbrey, A. C., idr. (2018). Cultural competency in dementia care: An African American case study. *Clin Gerontol, 41*(3), 255-260. https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1420725

Leininger, M. M. in McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. *Open Journal of Nursing, 3*(1).

Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., idr. (2021). Aging and age-related diseases: From mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology, 22*(2), 165-187. https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., idr. (2020). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet, 396*(10248), 413-446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., idr. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing commission. *The Lancet, 404*(10452), 572-628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

Longev, L. H. (2021). Care for ageing populations globally. *Lancet Healthy Longevity, 2*(4), e180.

Malhotra, S. (2023). *Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare*. World Economic Forum.

Mansor, S. in Hui, M. K. (2020). Cultural attitudes towards older adults: A comparative study. *Journal of Aging & Social Policy, 32*(4), 413-430. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1802422

McLafferty, E. in Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing, 47*(4), 446-453. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03124.x

Padeiro, M., Santana, P. in Grant, M. (2023). *Global aging and health determinants in a changing world*. Aging (str. 3-30). Academic Press.

Preston, J. in Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine, 49*(1), 1-5. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011

Shahzad, S., Ali, N., Younas, A. in Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing, 37*(6), 1119-1131. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001

Shishira, S. (2024). *How race and culture can affect Alzheimer's care*. https://www.webmd.com/alzheimers/race-culture-alzheimers-care

World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042/

World Health Organization. (2020). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550579

World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism

Zaključni razmislek: staranje prebivalstva in model EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje poudarja, da **globalno staranje prebivalstva** predstavlja velike izzive za zdravstvene sisteme na področju pravičnosti, empatije in kulturnega prilagajanja – izzive, ki so tesno povezani z osrednjimi stebri modela EMPOWER, zlasti multikulturalnostjo, strokovnostjo, dobrim počutjem in izobraževalnimi viri.

Avtorji izpostavljajo potrebo po **kulturno kompetentni geriatrični oskrbi**, boju proti starizmu in razvoju okolij, prijaznih do starejših – vse to pa podpira vrednote EMPOWER, povezane z dobrim počutjem in učinkovitostjo. Poudarek na **individualizirani obravnavi starejših oseb** ter prepoznavanju njihovih kulturnih identitet in vrednot odraža poziv modela EMPOWER k **spoštljivi, reflektirani in kulturno ozaveščeni zdravstveni obravnavi**.

Poglavje prav tako izpostavlja pomen preprečevanja demence in izobraževanja o staranju, kar krepi komponento **izobraževalnih virov** znotraj modela ter spodbuja nenehen strokovni razvoj zdravstvenih delavcev.

Skratka, poglavje utrjuje ključno sporočilo modela EMPOWER: oskrba starejše populacije mora biti kulturno občutljiva, etično utemeljena in usmerjena v dostojanstvo ter dobrobit – ne glede na starost ali ozadje posameznika.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu



Poglavje 9

Učinkovito večkulturno komuniciranje in prakse sodelovanja:

strategije za vključevanje in dialog

KARMEN ERJAVEC, SABINA KRSNIK
Univerza v Novem mestu (Slovenija)

Učinkovita večkulturna komunikacija in sodelovanje temeljita na empatiji, aktivnem poslušanju in vzajemnem spoštovanju, kar spreminja raznolikost v močno orodje za vključevanje in smiseln dialog.

9.1 Uvod

Učinkovita večkulturna komunikacija je ključnega pomena za zdravstvene delavce, ki delajo v vse bolj raznolikih okoljih. **Spoštovanje** raznolikosti je temeljno načelo, saj pacienti in sodelavci v zdravstveno okolje prinašajo edinstvena kulturna ozadja, prepričanja in vrednote. Sprejemanje te raznolikosti ne le spodbuja zaupanje, temveč tudi izboljšuje izide zdravljenja in dinamiko tima. **Empatija in razumevanje** sta prav tako bistvenega pomena. Zdravstveni delavci si morajo dejavno prizadevati za razumevanje stališč pacientov in sodelavcev, zlasti glede kulturnih norm, povezanih z zdravjem, boleznijo in zdravljenjem. Potrebna je **kulturna ponižnost,** tj. stalna pripravljenost na spoznavanje in prilagajanje kulturnim razlikam brez obsojanja. **Jasno in transparentno komuniciranje** je ključnega pomena, saj zagotavlja, da so informacije posredovane na način, ki spoštuje pacientov kulturni kontekst in preprečuje dvoumnosti. **Aktivno poslušanje** dodatno podpira ta prizadevanja, saj zdravstvenim delavcem omogoča, da vzpostavijo odnos s pacienti in se učinkovito odzovejo na pomisleke. **Občutljivost za konflikte**, še eno ključno načelo, omogoča zdravstvenim ekipam, da konstruktivno obvladujejo razlike, pri čemer se osredotočajo na skupne cilje, kot je dobro počutje pacientov, in ne na kulturne nesporazume (Samovar idr., 2017).

Poleg teh načel morajo zdravstveni delavci pri svojem delu upoštevati vrednote, ki spodbujajo **vključevanje in sodelovanje. Medsebojno spoštovanje** je temeljnega pomena, saj priznava prirojeno **dostojanstvo** vseh, ne glede na njihovo kulturno ali jezikovno ozadje. Vključevanje zagotavlja, da se pacienti in sodelavci počutijo cenjeni in imajo možnost izraziti svoje poglede, kar je ključnega pomena za skupno odločanje. **Poštenost in odkritost** v komunikaciji krepita zaupanje, zlasti pri obravnavi občutljivih tem, povezanih z zdravjem in oskrbo. **Sodelovanje** povečuje učinkovitost tima z izkoriščanjem različnih perspektiv za razvoj inovativnih rešitev. Enako pomembno je **opolnomočenje - spodbujanje** marginaliziranih skupin, kot so osebe, ki ne govorijo maternega jezika, ali različne skupnosti z omejenimi možnostmi, da dejavno sodelujejo pri oskrbi, ali v svojem poklicnem okolju. S sprejetjem teh načel in vrednot zdravstveni delavci ustvarijo pravičnejši in učinkovitejši sistem oskrbe, ki ne le spoštuje kulturne razlike, temveč jih uporablja kot prednost za izboljšanje oskrbe pacientov in strokovne rasti v večkulturnem zdravstvenem okolju (Samovar idr., 2017).

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- **Razvijanje učinkovitih komunikacijskih veščin**, vključno z aktivnim poslušanjem in empatijo. Skozi praktične vaje in študije primerov bodo študenti izboljšali svojo sposobnost aktivnega in sočutnega poslušanja. Te veščine so ključne za razumevanje potreb pacientov, vzpostavljanje močnih terapevtskih odnosov ter spodbujanje sodelovalnega okolja v zdravstvenih timih.
- **Opredelitev ključnih pojmov,** povezanih z medkulturno komunikacijo, kot so kulturna kompetentnost, jezikovna raznolikost, implicitni predsodki in

stereotipi. Razumevanje teh pojmov bo študentom pomagalo samozavestno in spoštljivo krmariti v medkulturnih interakcijah.
- **Prepoznavanje in premagovanje ovir v medkulturni komunikaciji,** vključno z jezikovnimi razlikami, kulturnimi nesporazumi in nezavednimi pristranskostmi. Študenti bodo raziskovali strategije za zagotavljanje spoštljivih in učinkovitih interakcij s pacienti in sodelavci iz različnih okolij.
- **Izboljševanje veščin reševanja konfliktov** v medkulturnih kontekstih z učenjem tehnik za obvladovanje in razreševanje sporov, ki izhajajo iz kulturnih razlik. S poudarkom na skupnih ciljih, kot je dobrobit pacienta, bodo študenti razvijali strategije za preoblikovanje konfliktov v priložnosti za rast in sodelovanje.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo študenti znali:
- **učinkovito komunicirati**, kar vključuje razumevanje pomena aktivnega poslušanja, empatije in jasnosti v interakcijah s pacienti in sodelavci;
- razumeti pomen **kulturno ustreznih verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik**, ki so ključne za gradnjo zaupanja in razumevanja v raznolikih okoljih;
- prepoznati in premagati **ovire v medkulturni komunikaciji**. Študenti bodo prepoznali pogoste izzive, kot so jezikovne razlike, kulturni nesporazumi, implicitni predsodki in stereotipi. Naučili se bodo strategij za obvladovanje teh ovir ter tako zagotovili spoštljivo in učinkovito komunikacijo s pacienti in sodelavci iz različnih okolij;
- spodbujeni bodo k **izkoriščanju prednosti kulturne raznolikosti** za spodbujanje inovacij in reševanje problemov v zdravstvenih timih;
- **reševati konflikte v medkulturnih kontekstih**. Študenti se bodo naučili tehnik za obvladovanje in razreševanje nesoglasij, ki izhajajo iz kulturnih razlik. S poudarkom na skupnih ciljih, kot je dobrobit pacienta, bodo razvili strategije za preoblikovanje konfliktov v priložnosti za rast in sodelovanje.

Ustrezne opredelitve in izrazi

Razumevanje ključnih opredelitev in izrazov študentom medicine in zdravstvenih ved zagotavlja osnovni okvir za orientacijo v sistemu zdravstvenega varstva, kjer je raznolikost med pacienti in zdravstveni delavci vse bolj pogosta.

Večkulturno komuniciranje se nanaša na izmenjavo informacij in idej med posamezniki iz različnih kulturnih okolij na način, ki spoštuje in odpravlja kulturne razlike. Gudykunst (2003) poudarja razumevanje nians verbalnega in neverbalnega komuniciranja med kulturami, da bi dosegli medsebojno razumevanje. V zdravstveni oskrbi je večkulturno sporazumevanje povezano z znanjem jezika in prepoznavanjem kulturnih vrednot, prepričanj in praks, ki vplivajo na vedenje pacientov in izide zdravljenja.

Učinkovito večkulturno komuniciranje se nanaša na sposobnost posameznikov ali skupin za učinkovito izmenjavo informacij in razumevanje pomenov v okviru kulturne raznolikosti. To vključuje verbalno, neverbalno in simbolno komunikacijo (Gudykunst, 2005). Učinkovito komuniciranje je mogoče doseči s **strategijami**, kot so aktivno poslušanje, izogibanje predpostavkam in stereotipom ter uporaba vključujočega jezika in vedenja. **Aktivno poslušanje** vključuje pozorno poslušanje govorcev z namenom razumevanja in empatije ob upoštevanju kulturnih kontekstov (Brownell, 2012). **Izogibanje domnevam in stereotipom** zahteva, da se vzdržimo posploševanja ali predsodkov na podlagi kulturnih razlik in se namesto tega osredotočimo na individualne izkušnje (Hofstede idr., 2010). Vključujoč jezik in vedenje zagotavljata, da se vsi posamezniki počutijo spoštovane, ne glede na njihovo kulturno ozadje (Neuliep, 2020).

Jezikovna kompetenca se nanaša na sposobnost zdravstvenih sistemov in izvajalcev zdravstvenega varstva, da učinkovito komunicirajo s pacienti v njihovem želenem jeziku, vključno z zagotavljanjem storitev tolmačenja in prevajanja. Ta izraz poudarja odpravo jezikovnih ovir pri zagotavljanju oskrbe (Office of Minority Health, 2001).

Besedno/verbalno sporazumevanje v zdravstvu se nanaša na uporabo govorjenega ali pisnega jezika za posredovanje informacij med zdravstvenimi delavci in pacienti. To vključuje zagotavljanje jasnih, natančnih in kulturno občutljivih razlag o diagnozah, zdravljenju in postopkih (Silverman idr., 2013).

Nebesedno/neverbalno komuniciranje zajema izraze obraza, govorico telesa, očesni stik, dotik, proksemiko (osebni prostor), ton glasu, tišino in druge neverbalne znake, ki lahko pomembno vplivajo na sprejemanje in razlago sporočil (Hall, 1976). V večkulturnih okoljih je razumevanje kulturnih razlik v neverbalni komunikaciji ključno za preprečevanje nesporazumov in vzpostavljanje zaupanja s pacienti iz različnih okolij.



Timsko komuniciranje v večkulturnih zdravstvenih ustanovah pomeni izmenjavo informacij, idej in povratnih informacij med strokovnjaki iz različnih kulturnih okolij. Učinkovita timska komunikacija temelji na kulturni ozaveščenosti, aktivnem poslušanju in strategijah reševanja konfliktov. Po navedbah Reevesa in drugih (2010) se uspešni večkulturni timi odlikujejo po prilagodljivosti, medsebojnem spoštovanju in skupnih ciljih, ki so ključnega pomena za varnost pacientov in kakovost oskrbe.

Ovire za učinkovito večkulturno komunikacijo so predvsem jezikovne razlike, kulturne nesporazume in napačno razlago neverbalnih znakov (Samovar idr., 2017).
Zavezanost **k dialogu in sodelovanju** vključuje pripravljenost posameznikov in skupin, da se vključijo v odprt, vzajemen dialog in si prizadevajo za skupne rešitve, ki temeljijo na spoštovanju kulturne raznolikosti in zaupanju. Poudarja pomen spodbujanja odnosov s skupnim razumevanjem in sodelovanjem (Buber, 1970; Isaacs, 1999). **Gradnja zaupanja v večkulturnih okoljih** zahteva iskrenost, spoštovanje ter doslednost v dejanjih in komunikaciji (Ting-Toomey in Chung, 2012).

Dialoški pristopi so bistveni za razumevanje različnih perspektiv. Dvosmerna komunikacija, ki vključuje aktivno poslušanje in odprtost za druga stališča, krepi dialog in spodbuja skupno razumevanje (Bahtin, 1981).

Sodelovalne prakse dodatno podpirajo zavezanost z vključevanjem zainteresiranih strani v procese odločanja in soustvarjanjem rešitev, ki vključujejo in upoštevajo različna kulturna spoznanja. **Vključevanje deležnikov** zagotavlja njihovo aktivno sodelovanje in upoštevanje njihovih kulturnih vrednot (Freeman, 2010), soustvarjanje rešitev pa poudarja vključevanje različnih pogledov za reševanje skupnih izzivov (Gray, 1989).

Reševanje konfliktov v večkulturnem okolju je bistvena sestavina sodelovanja. Učinkovite strategije vključujejo mediacijo, ki temelji na medsebojnem spoštovanju in sodelovanju, s poudarkom na prepoznavanju skupnih vrednot za konstruktivno reševanje sporov (Deutsch idr., 2011).

9.2 Medkulturna komunikacija v zdravstvu

9.2.1 Teoretični modeli medkulturne komunikacije

Teoretični modeli večkulturnega komuniciranja se vse pogosteje uporabljajo v zdravstvu, da bi odpravili razlike v izidih zdravljenja pacientov, ki so posledica kulturnih razlik. Ti te razlike pogosto izhajajo iz neusklajenih pričakovanj med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev, jezikovnih ovir ter različnih kulturnih prepričanj o zdravju in bolezni. Raziskave poudarjajo, da lahko **kulturno kompetentno komuniciranje** odpravi te vrzeli ter spodbuja boljše razumevanje in sodelovanje med izvajalci in pacienti. Ta pristop izboljšuje zaupanje, ki je temelj za učinkovite terapevtske odnose, povečuje upoštevanje načrtov zdravljenja, saj usklajuje oskrbo s pacientovimi kulturnimi vrednotami in povečuje splošno zadovoljstvo pacientov, saj

ustvarja bolj vključujočo in spoštljivo zdravstveno izkušnjo. Modeli, kot je **kontinuum kulturne usposobljenosti**, poudarjajo, da kulturna usposobljenost ni statičen dosežek, temveč dinamičen, stalen proces. Kontinuum vključuje več stopenj: kulturna destruktivnost, kulturna nesposobnost, kulturna slepota, kulturna predkompetenca, kulturna kompetenca in kulturna usposobljenost. Izvajalce zdravstvenega varstva spodbujamo, da od osnovne kulturne ozaveščenosti, ki vključuje zgolj prepoznavanje kulturnih razlik, preidejo h kulturni usposobljenosti. Na tej ravni izvajalci aktivno vključujejo kulturno znanje in razumevanje v svojo komunikacijo in prakso ter zagotavljajo, da je oskrba dinamično prilagojena edinstvenemu kulturnemu ozadju vsakega pacienta (Campinha-Bacote, 2002). Raziskovalci se strinjajo, da kulturno kompetentna komunikacija ni omejena na interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti, temveč zajema tudi na organizacijske prakse znotraj zdravstvenih sistemov. Institucije naj oblikujejo politike in okvire, ki podpirajo kulturno kompetenco na vseh ravneh. To vključuje zaposlovanje osebja iz različnih kulturnih okolij, zagotavljanje rednega usposabljanja o medkulturni komunikaciji ter zagotavljanje dostopa do strokovnih tolmačev in kulturno ustreznega izobraževalnega gradiva. Ta **sistemski pristop** dopolnjuje individualna prizadevanja izvajalcev zdravstvenih storitev in spodbuja okolje, v katerem je kulturno ustrezna oskrba norma. V praksi kulturno kompetentna komunikacija ustvarja priložnosti za skupno odločanje, pri katerem se pacienti počutijo pooblaščeni, da izrazijo svoje želje in skrbi. **Sodelovalni pristop** ne le izboljša izide zdravljenja pacientov, temveč tudi zmanjša verjetnost nesporazumov in konfliktov. Študije so na primer pokazale, da so pacienti bolj pripravljeni upoštevati predpisano zdravljenje, če si zdravstveni delavci vzamejo čas za razumevanje in vključevanje kulturnih prepričanj o tradicionalnih načinih zdravljenja ter vključijo njihova prednostna kulturna sredstva. Ta **celostni pristop** izkazuje spoštovanje pacientove kulturne identitete ter krepi zaupanje in sodelovanje v procesu zdravljenja (Campinha-Bacote, 2002).

9.2.2 Izzivi jezikovnih in kulturnih ovir

Jezikovne razlike so še vedno ključna ovira v komunikaciji na področju zdravstvenega varstva. Pacienti z omejenim znanjem prevladujočega jezika pogosto doživijo slabšo kakovost oskrbe zaradi napačne komunikacije, nerazumevanja ali neustreznih razlag njihovih zdravstvenih stanj in možnosti zdravljenja. To lahko privede do manjšega zadovoljstva pacientov, manjšega upoštevanja načrtov zdravljenja in slabših zdravstvenih izidov. Študije so na primer pokazale, da lahko jezikovne ovire prispevajo k višji stopnji ponovnih sprejemov v bolnišnico, napakam pri uporabi zdravil in zamudam pri prejemanju oskrbe (Flores, 2006). Pacienti z omejenim znanjem jezika se pogosto soočajo s težavami pri dostopu do zdravstvenih storitev, so deležni manj kakovostne oskrbe in imajo slabše zdravstvene izide. Omejeno znanje jezika je neodvisen dejavnik, ki prispeva k neenakostim v zdravju, in lahko poslabša negativni vpliv drugih socialnih determinant zdravja (Schwei idr., 2016; American Medical Association, 2021). Poleg tega stres in tesnoba, ki ju povzroča nezmožnost učinkovitega sporazumevanja z izvajalci zdravstvenih storitev, pogosto poslabšata stanje pacientov, zlasti v nujnih ali urgentnih okoljih (Ulrey in Amason, 2001; Paternotte idr., 2015).

Profesionalni zdravstveni tolmači izboljšajo komunikacijo z natančnim

posredovanjem medicinske/zdravstvene terminologije in kulturnih odtenkov, zmanjšajo število napak in krepijo zaupanje pacientov. Vendar je dostop do njih zaradi finančnih, kadrovskih in logističnih izzivov še vedno neenakomeren, pri čemer se ustanove v manjših mestih pogosto zanašajo na manj osebne metode tolmačenja na daljavo (Pöchhacker, 2015).

Kulturne ovire pomembno vplivajo na komunikacijo o zdravstveni oskrbi, saj vplivajo na prepričanja, odločanje in dojemanje zdravljenja. Kolektivistične kulture, kot so vzhodnoazijske ali latinskoameriške, poudarjajo vključevanje družine v zdravstvene odločitve, kar lahko zavleče oskrbo, če ni soglasja. Nasprotno pa individualistične kulture, kot so tiste v Severni Ameriki in Zahodni Evropi, dajejo prednost avtonomiji in pogosto menijo, da je sodelovanje družine vsiljivo (Hofstede idr., 2010). Kulturna prepričanja o bolezni, kot so duhovne ali holistične razlage, lahko oblikujejo pripravljenost pacientov, da upoštevajo zdravniške nasvete, pri čemer nekateri dajejo prednost molitvi ali tradicionalnim sredstvom pred konvencionalnim zdravljenjem. Napačna razlaga teh norm lahko privede do neustreznega zdravljenja ali neustreznega obvladovanja bolečine, kar spodkopava zaupanje pacientov in kakovost oskrbe (Samovar idr., 2017). Kulturne razlike v **odnosu do bolečine in izražanja čustev** predstavljajo velik izziv v zdravstvu. Medtem ko nekatere kulture cenijo stoičnost, druge spodbujajo izražanje bolečine, da bi si zagotovile priznanje. Napačna razlaga teh norm lahko privede do podcenjevanja ali precenjevanja pacientovega stanja, kar ima za posledico neoptimalno zdravljenje. Na primer, zdravstveni delavci, se ne zavedajo kulturnih nagnjenj k podcenjevanju bolečine, lahko neustrezno obvladujejo pacientovo nelagodje, kar vodi v nezadostno oskrbo (Samovar idr., 2017).

9.2.3 Komunikacija, usmerjena na pacienta, v večkulturnih okoljih

Študije kažejo, da obravnava jezikovnih in kulturnih ovir s pomočjo kulturne usposobljenosti bistveno izboljša rezultate zdravstvenega varstva. To vključuje zaposlovanje profesionalnih tolmačev, uporabo kulturno prilagojenega gradiva in stalno usposabljanje za spoštovanje različnih norm (Flores, 2006; Samovar idr., 2017). Raziskave poudarjajo tudi učinkovitost modelov komunikacije, usmerjene na pacienta, kot je **okvir LEARN** (Poslušaj, Razloži, Potrdi, Priporoči, Pogovarjaj se), ki zdravstvene delavce usmerja k **poslušanju** pacientovih skrbi, **razlagi** njihovega stališča, **priznavanju** kulturnih razlik, **priporočanju** ustreznega zdravljenja in **pogovoru/pogajanju** o vzajemno sprejemljivem načrtu oskrbe. Ta strukturirani pristop spodbuja smiseln dialog, potrjuje pacientove perspektive in usklajuje načrte oskrbe s kulturnimi vrednotami, kar na koncu ustvari bolj vključujoče in podporno zdravstveno okolje (Samovar idr., 2017).

Neverbalna komunikacija v medkulturnem zdravstvenem varstvu

Neverbalna komunikacija ima v odnosih v zdravstveni oskrbi ključno vlogo, zlasti kadar obstajajo jezikovne ovire. Očesni stik, geste, dotiki in želje po fizičnem prostoru se med kulturami zelo razlikujejo in lahko vplivajo na pacientovo dojemanje oskrbe. Študije kažejo, da usposabljanje izvajalcev za prepoznavanje in prilagajanje kulturnim razlikam v neverbalni komunikaciji izboljša izkušnjo pacientov in krepi zaupanje (Samovar idr., 2017; Ting-Toomey in Chung, 2012).

Vloga tehnologije v medkulturni komunikaciji v zdravstvu
Digitalna orodja, vključno s telemedicino in mobilnimi zdravstvenimi aplikacijami, ponujajo obetavne rešitve za odpravljanje kulturnih in jezikovnih ovir pri zdravstvenem varstvu, zlasti za populacije z omejenimi možnostmi. Vendar je njihova učinkovitost odvisna od kulturno občutljivega oblikovanja, pri katerem so uporabniški vmesniki in vsebina prilagojeni ravni pismenosti, tehnološkemu znanju in kulturnim normam (Aceto idr., 2018). Študije kažejo, da so med izzivi **digitalni razkorak**, saj prebivalci z nizkimi dohodki in na območjih digitalne izključenosti pogosto nimajo dostopa do potrebne infrastrukture ter pomisleki glede zasebnosti, ki se lahko razlikujejo glede na kulturo in vplivajo na zaupanje v te tehnologije. Reševanje teh vprašanj zahteva naložbe v pravično infrastrukturo in kulturno prilagojene zdravstvene politike (Lythreatis idr., 2021).

9.3 Strategije za učinkovito kulturno komunikacijo

Učinkovita komunikacija je temeljnega pomena za zagotavljanje zelo kakovostnega zdravstvenega varstva, zlasti v kulturno raznolikih okoljih. Zagotavlja, da lahko izvajalci zdravstvenih storitev vzpostavijo zaupanje, razumejo potrebe pacientov in zagotovijo ustrezno oskrbo. Zdravstveni delavci lahko uporabijo strategije za izboljšanje komunikacije s pacienti in sodelavci.

1. Aktivno poslušanje
Aktivno poslušanje je temelj učinkovite komunikacije. Pri tem se popolnoma osredotočimo na govorca, razumemo njegovo sporočilo in se premišljeno odzovemo.

2. Uporaba jasnega in preprostega jezika
Medicinski žargon lahko paciente, zlasti tiste z omejeno zdravstveno pismenostjo, zmede ali ustraši. Poenostavitev jezika in izogibanje strokovnim izrazom zagotavljata, da pacienti razumejo svojo diagnozo, možnosti zdravljenja in navodila za nego.

Strategije za učinkovito komunikacijo v zdravstvu:

1. Aktivno poslušanje
2. Uporaba jasnega in preprostega jezika
3. Kulturna občutljivost
4. Neverbalna komunikacija
5. Gradnja zaupanja in odnosa
6. Uporaba tehnologije za podporo komunikaciji
7. Spodbujanje skupnega odločanja
8. Odpravljanje jezikovnih ovir
9. Zagotavljanje empatije in čustvene podpore

3. Kulturna občutljivost
Kulturna občutljivost vključuje prepoznavanje in spoštovanje kulturnih prepričanj, vrednot in praks pacientov. V različnih zdravstvenih ustanovah kulturna občutljivost pomaga izvajalcem, da se izognejo nesporazumom in zagotovijo oskrbo, ki je skladna s pacientovim kulturnim kontekstom.

4. Neverbalna komunikacija
Neverbalna komunikacija, kot so izrazi obraza, geste in govorica telesa, ima pomembno vlogo v odnosih v zdravstvu. Zdravstveni delavci morajo biti pozorni na svoje neverbalne znake in se naučiti razlagati znake pacientov iz različnih kulturnih okolij.

5. Gradnja zaupanja in odnosa
V odnosu med pacientom in zdravstvenim delavcem je zaupanje bistvenega pomena. Če pacienti zaupajo svojim zdravstvenim delavcem, je bolj verjetno, da bodo delili pomembne informacije, se držali načrtov zdravljenja in bili zadovoljni s svojo oskrbo.

6. Uporaba tehnologije za podporo komunikaciji
Digitalna orodja, kot so elektronski zdravstveni zapisi, platforme za telemedicino in portali za paciente, lahko izboljšajo komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev in pacienti. Te tehnologije olajšajo izmenjavo informacij, izboljšajo dostop do oskrbe in omogočajo boljše sodelovanje pacient ov.

7. Spodbujanje skupnega odločanja
Skupno odločanje vključuje sodelovanje pacientov in zdravstvenih delavcev pri sprejemanju zdravstvenih odločitev, ki so v skladu s pacientovimi željami in vrednotami. Ta sodelovalni pristop vodi k večjemu zadovoljstvu pacientov in boljšim zdravstvenim izidom.

8. Odpravljanje jezikovnih ovir
Jezikovne ovire lahko ovirajo učinkovito komunikacijo, kar vodi do napačnih diagnoz, napak pri zdravljenju in manjšega zadovoljstva pacientov. Premagovanje teh ovir je ključnega pomena za zagotavljanje pravičnega zdravstvenega varstva.

9. Zagotavljanje empatije in čustvene podpore
Empatija je sposobnost razumevanja in deljenja čustev druge osebe. V zdravstvu empatija spodbuja trdne odnose med pacientom in zdravstvenim delavcem ter pomaga pacientom, da se v stresnih trenutkih počutijo podprte.

9.3.1 Aktivno poslušanje v večkulturnem kontekstu za zdravstvene delavce

Aktivno poslušanje je temeljna komunikacijska veščina zdravstvenih delavcev, zlasti v večkulturnem okolju. V različnih zdravstvenih okoljih učinkovito poslušanje presega zgolj poslušanje besed; zahteva razumevanje kulturnih odtenkov, priznavanje čustev in izražanje spoštovanja do pacientove perspektive.

Aktivno poslušanje v večkulturnem okolju vključuje več ključnih elementov:

1. Pozornost
- Ohranite očesni stik (če je to kulturno primerno) in se osredotočite na pacienta, ne da bi ga motili.
- S telesno govorico, kot je prikimavanje ali rahlo nagibanje naprej, pokažite zavzetost.
- Ne prekinjajte in ne zaključujte pacientovih stavkov.

2. Pojasnilo
- Postavljajte vprašanja odprtega tipa in tako spodbudite paciente, da podrobneje pojasnijo svoje težave (npr. "Ali mi lahko poveste več o tem, kaj doživljate?").
- Po potrebi zahtevajte pojasnila, da zagotovite razumevanje (npr. "Kaj ste mislili s tem, da se počutite 'težko'?").

3. Razmislek

- Parafrazirajte pacientove izjave, da potrdite razumevanje (npr. "Torej pravite, da so bolečine močnejše zvečer?").
- Razmislite o pacientovih čustvih in pokažite empatijo (npr. "Zdi se, da je bilo to za vas zelo frustrirajoče.").

4. Empatija

- Izkazati razumevanje pacientovih čustev in kulturne perspektive.
- Potrdite pacientova čustva (npr. "Razumem, da vas ta situacija vznemirja.").

5. Povzemanje

- Povzemite ključne točke pogovora in se prepričajte, da sta obe strani na isti strani.
- Potrdite naslednje korake in morebitne nadaljnje ukrepe.

Kulturne razlike lahko vplivajo na to, kako pacienti sporočajo svoje potrebe in se odzivajo na zdravstvene delavce. Zavedanje teh razlik je bistvenega pomena za učinkovito aktivno poslušanje v večkulturnih okoljih.

Primeri kulturnih vplivov na komunikacijo:

- ***Kulture z visokim kontekstom in kulture z nizkim kontekstom***: v kulturah z visokim kontekstom (npr. Japonska, Kitajska) se komunikacija pogosto opira na implicitna sporočila in neverbalne namige. V kulturah z nizkim kontekstom (npr. ZDA, Nemčija) je komunikacija običajno bolj neposredna in eksplicitna.

- ***Odnos do avtoritete***: v nekaterih kulturah pacienti morda ne želijo dvomiti o zdravstvenih delavcih, ali se z njimi ne strinjajo, saj jih imajo za avtoritete. Aktivno poslušanje lahko pomaga ustvariti varen prostor, v katerem lahko ti pacienti izrazijo svoje pomisleke.

- ***Izražanje bolečine in čustev***: kulturne norme lahko vplivajo na to, kako pacienti opisujejo svoje simptome ali izražajo svoja čustva. Nekatere kulture na primer ne spodbujajo odkritega izražanja bolečine, medtem ko druge spodbujajo živahne opise.

Strategije za kulturno občutljivo aktivno poslušanje:

- bodite pozorni na neverbalne znake, kot so mimika, kretnje in ton glasu, ki se v različnih kulturah lahko razlikujejo,
- svoj slog komuniciranja prilagodite pacientovim željam (npr. bolj formalen ali neformalen, odvisno od kulturnega okolja),
- izogibajte se sklepanju na podlagi stereotipov; vsakega pacienta obravnavajte kot posameznika.

Zdravstveni delavci se lahko pri izvajanju aktivnega poslušanja v večkulturnih okoljih srečujejo z **izzivi**:

- časovne omejitve: zaradi omejenega časa je težko aktivno poslušati,
- prikrita pristranskost: nezavedna pristranskost lahko vpliva na to, kako zdravstveni delavci zaznavajo paciente in se nanje odzivajo,
- jezikovne ovire: tudi ob pomoči tolmačev se lahko izgubijo subtilne jezikovne nianse,
- čustveni stres: ponudniki se lahko počutijo preobremenjene zaradi čustvenih zahtev, povezanih s poslušanjem pacientovih skrbi.

Premagovanje teh izzivov:

- v zapletenih ali občutljivih primerih dajte prednost aktivnemu poslušanju, tudi če je čas omejen,
- razmislite o osebnih predsodkih,
- za vodenje interakcij uporabite kontrolne sezname ali komunikacijske okvire, kot je model LEARN (Poslušaj, Razloži, Potrdi, Priporoči, Pogovarjaj se),
- izvajajte samopomoč za obvladovanje stresa in ohranjanje čustvene odpornosti.

9.3.2 Uporaba jasnega in preprostega jezika v večkulturnem zdravstvenem okolju

Za učinkovito komunikacijo morajo zdravstveni delavci upoštevati naslednja načela:

1. **Izogibajte se uporabi medicinskega žargona:** uporabljajte vsakdanje izraze namesto strokovnega jezika, na primer "visok krvni tlak" namesto "hipertenzija".
2. **Bodite neposredni in konkretni:** izogibajte se nejasnim izjavam, namesto "Morda boste morali jemati to" recite "To zdravilo vzemite enkrat na dan po jedi!".
3. **Uporabljajte kratke stavke**: razdelite zapletene ideje na manjše, lažje prebavljive dele, na primer, namesto "Zdravilo zmanjšuje vnetje, kar pomaga lajšati bolečine in otekanje" recite "To zdravilo zmanjšuje otekanje in bolečine.".
4. **Vključite vizualne pripomočke:** če je mogoče, uporabite diagrame, tabele ali slike za razlago postopkov ali pogojev.
5. **Vprašajte za povratne informacije:** potrdite razumevanje tako, da pacienta prosite, naj informacije ponovi s svojimi besedami.
6. **Govorite v primernem tempu:** govorite počasi in jasno, zlasti, če je pacientov prvi jezik drugačen od vašega.

Strategije za večkulturno komuniciranje

- Naučite se ključnih fraz: poznavanje osnovnih besed v pacientovem jeziku, kot so "bolečina", "zdravila" ali "pomoč", je lahko zelo pomembno.
- Bodite pozorni na kulturne norme: razumite, da kulturno ozadje vpliva na to, kako pacienti gledajo na zdravstveno oskrbo, izražajo simptome in sodelujejo s strokovnjaki. V nekaterih kulturah na primer pacienti morda neradi postavljajo vprašanja ali izražajo skrbi.
- Uporabite profesionalne tolmače: kadar so jezikovne ovire velike, uporabite usposobljene tolmače, namesto da se zanašate na družinske člane, ki morda

nimajo dovolj medicinskega znanja ali so osebno pristranski.
- Bodite potrpežljivi in odprti: dajte pacientom čas, da predelajo informacije in postavijo vprašanja. Izogibajte se domnevam o njihovem razumevanju ali željah.
- Upoštevajte neverbalna znamenja: govorica telesa, obrazna mimika in ton glasu lahko dajo dragocen vpogled v to, ali pacient razume ali se počuti udobno.

Praktični primer

Scenarij: Pacient iz drugega kulturnega okolja pride s simptomi sladkorne bolezni, vendar težko razume medicinske izraze.



- Uporabite jasen jezik: namesto da rečete "Vaše vrednosti glukoze kažejo na hiperglikemijo", recite "Vaš krvni sladkor je previsok".
- Vizualni pripomoček: Pokažite graf z normalnimi in visokimi vrednostmi sladkorja v krvi.
- Povratne informacije: vprašajte "Ali mi lahko poveste, kaj veste o ravni sladkorja v krvi?".
- Kulturna občutljivost: če je pacientova prehrana kulturno specifična, se pogovorite o živilih, ki so v skladu z njegovimi tradicijami, hkrati pa podpirajo njegovo zdravje.

9.3.3 Kulturna občutljivost v večkulturnem zdravstvenem okolju

Kulturna občutljivost vključuje prepoznavanje, spoštovanje in vrednotenje kulturnih razlik. Presega zgolj zavedanje in aktivno prilagaja komunikacijo, vedenje in načrte oskrbe kulturnim potrebam pacientov. Zdravstveni delavci morajo razumeti, da kultura vpliva na to, kako si posamezniki razlagajo simptome, iščejo oskrbo, se držijo zdravljenja in dojemajo sisteme zdravstvenega varstva.

Načela kulturne občutljivosti

- *Samozavedanje*: premislite o svojih kulturnih predsodkih, vrednotah in predpostavkah. Prepoznavanje osebnih predsodkov vam pomaga, da jih ne vsiljujete pacientom.
- *Kulturno znanje*: spoznajte splošna kulturna prepričanja in prakse, ki so pomembne za vašo populacijo pacientov. Čeprav lahko posplošitve zagotovijo kontekst, ne pozabite, da je vsak pacient edinstven.
- *Empatija in spoštovanje*: pristopite k vsakemu stiku s pacientom z empatijo, poskušajte razumeti njegove poglede ter spoštovati njegove vrednote in želje.
- *Učinkovito komuniciranje*: uporabljajte jasen jezik brez žargona. Po potrebi sodelujte s tolmači, da zagotovite natančno razumevanje.
- *Prilagodljivost*: bodite prilagodljivi in pripravljeni spremeniti svoj pristop, da bi se prilagodili kulturnemu kontekstu pacienta.

Praktične strategije za kulturno občutljivo oskrbo

1. Gradnja zaupanja:
- Najprej se predstavite in pojasnite svojo vlogo.
- Pokažite pristno zanimanje za pacientovo situacijo in želje.
- Uporabljajte tehnike aktivnega poslušanja, kot sta vzdrževanje očesnega stika (če je to kulturno primerno) in prikimavanje.

2. Razumevanje kulturnih prepričanj o zdravju:
- Postavljajte vprašanja odprtega tipa, da odkrijete kulturna prepričanja o bolezni in zdravljenju, na primer "Kako gledate na svojo bolezen?" ali "Ali upoštevate kakšne tradicionalne prakse?".
- Spoštujte tradicionalne prakse zdravljenja in jih, kjer je mogoče, vključite v biomedicinsko zdravljenje.

3. Odpravljanje jezikovnih ovir:
- Uporabite profesionalne tolmače in se ne zanašajte na družinske člane, saj to zagotavlja natančnost in ohranja zaupnost pacientov.
- Zagotovite pisno gradivo v jeziku, ki ga pacient preferira.
- Naučite se ključnih fraz v jezikih, ki jih običajno govorijo vaši pacienti.

4. Obvladovanje kulturnih razlik:
- Zavedajte se kulturnih norm, povezanih s spolnimi vlogami, skromnostjo in telesnim dotikom. Nekateri pacienti imajo na primer raje zdravstvenega delavca istega spola.
- Razumevanje kulturnih razlik v izražanju bolečine, žalosti ali čustev.
- Izogibajte se predvidevanjem na podlagi stereotipov; vprašajte paciente o njihovih željah.

5. Spodbujanje sodelovanja pacientov:
- V procese odločanja vključite paciente in njihove družine, saj ima družinska dinamika v številnih kulturah pomembno vlogo.
- Jasno razložite možnosti zdravljenja in zagotovite, da jih pacienti razumejo in se počutijo pooblaščene za izbiro.

Izzivi in kako jih premagati

- *Časovne omejitve*: pri dodeljevanju dodatnega časa za kulturno občutljivo oskrbo je lahko izziv. Prednost dajte zgodnjemu vzpostavljanju odnosa, da bi poenostavili prihodnje interakcije.
- *Pomanjkanje kulturnega znanja*: odzivajte se na usposabljanja, delavnice in vire o kulturni usposobljenosti.
- *Implicitna pristranskost*: uporabite orodja, kot so testi implicitnih asociacij, za prepoznavanje in zmanjševanje nezavednih pristranskosti.

Kulturna občutljivost je temeljnega pomena za zagotavljanje zelo kakovostne oskrbe v večkulturnem zdravstvenem okolju. Zahteva nenehno samorefleksijo, učenje in prilagodljivost. Z razumevanjem in spoštovanjem kulturnega ozadja pacientov lahko zdravstveni delavci gradijo zaupanje, izboljšajo zdravstvene rezultate in zagotovijo, da se vsak pacient počuti cenjenega in negovanega. Kulturna občutljivost ne pomeni le zagotavljanja zdravljenja - gre za spodbujanje odnosa, ki temelji na vzajemnem spoštovanju in razumevanju.

9.3.4 Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija predstavlja pomemben del človeške interakcije in pogosto dopolnjuje, ali celo nadomešča verbalno komunikacijo. V zdravstvu je še posebej pomembna, kadar obstajajo jezikovne ovire. Na primer, nasmeh ali prikimavanje lahko pomiri pacienta, tudi če ne razume govorjenega jezika. Podobno lahko opazovanje pacientove telesne govorice, kot so znaki nelagodja ali tesnobe, zdravstvene delavce opozori na neizrečene skrbi.

Neverbalno komunikacijo lahko razdelimo in uporabimo v zdravstvu:

Izrazi obraza

Pomembnost: Izraz obraza izraža čustva, kot so empatija, skrb in razumevanje.

V praksi:
- *Topel nasmeh lahko paciente pomiri.*
- *Izogibanje izražanju razočaranja ali neodobravanja lahko pomaga ohraniti zaupanje.*
- *Pri podajanju občutljivih informacij uporabljajte nežne in spodbudne izraze.*

Očesni stik

Pomembnost: Stik z očmi kaže na pozornost in spoštovanje, zaradi česar se pacienti počutijo slišane in cenjene.

V praksi:
- *Ohranite ustrezen očesni stik in ne glejte dolgo v oči, saj je to lahko zastrašujoče.*
- *Ne pozabite, da v nekaterih kulturah daljši očesni stik velja za nespoštljivega.*

Govorica telesa

Pomembnost: Drža telesa, kretnje in gibanje odražajo zavzetost in odprtost.

V praksi:
- *Rahlo se nagnite naprej, da pokažete pozornost.*
- *Izogibajte se križanju rok, ki se lahko zdi obrambno ali zaprto.*
- *Z odprtimi gestami rok podkrepite govorjena sporočila.*

Proksemika (osebni prostor)

Pomembnost: Spoštovanje osebnega prostora je bistvenega pomena za to, da se pacienti počutijo udobno.

V praksi:
- *Vzdržujte primerno razdaljo glede na pacientovo udobje in kulturne norme.*
- *Zavedajte se, da imajo nekateri pacienti raje več prostora, medtem ko se drugi počutijo pomirjene, če so si blizu.*

Dotik

Pomembnost: Dotik lahko izraža empatijo, podporo in zagotovilo, zlasti v čustvenih ali kritičnih situacijah.

V praksi:
- *Paciente potolažite z nežnim dotikom rame ali roke, vendar pri tem ne pozabite na kulturne meje ali osebne preference.*
- *Izogibajte se nepotrebnim ali pretiranim telesnim stikom, ki bi lahko pacientom povzročili nelagodje.*

Tonacija glasu (paralingvistika)

Pomembnost: Tonacija, višina in tempo govora lahko vplivajo na sprejemanje sporočil.

V praksi:
- *Uporabite miren in umirjen ton, da ustvarite občutek varnosti in zaupanja.*
- *Izogibajte se temu, da bi se zdelo, da se vam mudi ali da bi bili odklonilni, saj se lahko pacienti zaradi tega počutijo nepomembne.*
- *Upočasnite razlago zapletenih zdravstvenih informacij.*

Gestika

Pomembnost: Gibi rok in geste lahko pojasnijo, ali poudarijo besedno komunikacijo.

V praksi:
- *Za razlago postopkov ali konceptov uporabljajte preproste in jasne geste.*
- *Bodite previdni pri uporabi gest, ki imajo lahko v drugih kulturah drugačen pomen.*

Tišina

Pomembnost: Pacienti lahko v tišini predelajo informacije in se počutijo udobno, ko delijo svoje misli.

V praksi:
- *Med težkimi pogovori si privoščite trenutke tišine.*
- *Strateško izkoristite tišino, da paciente spodbudite h govorjenju.*

Videz in strokovnost

Pomembnost: Videz zdravstvenega delavca izraža usposobljenost in verodostojnost.

V praksi:
- *Ohranite čist, profesionalen videz, ki je skladen s standardi delovnega mesta.*
- *Na vidnem mestu nosite identifikacijske oznake, da se bodo pacienti počutili varne.*

Kulturna občutljivost v neverbalni komunikaciji

Pomembnost: Kulturne razlike lahko bistveno vplivajo na razlago neverbalnih znakov.

V praksi:
- *Upoštevajte kulturne norme glede očesnega stika, dotika in osebnega prostora.*
- *Če niste prepričani, opazujte pacientove znake in se ustrezno prilagodite.*

Vključevanje neverbalnega komuniciranja v prakso:
- *Samozavedanje*: redno ocenjujte svoje neverbalno vedenje in se prepričajte, da je v skladu s sporočilom, ki ste ga želeli sporočiti.
- *Opazovanje pacienta*: da bi bolje razumeli pacientove občutke in skrbi, bodite pozorni na njegove neverbalne znake, kot sta govorica telesa ali obrazna mimika.
- *Doslednost*: zagotovite, da neverbalna komunikacija dopolnjuje vaša verbalna sporočila, kar zagotavlja jasnost in zaupanje.

Kulturne razlike v neverbalni komunikaciji

Neverbalni signali niso univerzalni; med kulturami se močno razlikujejo. Gesta ali izraz obraza, ki v eni kulturi izraža en pomen, ima lahko v drugi kulturi popolnoma drugačen ali celo nasproten pomen. Na primer:

- *Očesni stik:* v zahodnih kulturah ohranjanje očesnega stika pogosto pomeni pozornost in iskrenost. V nekaterih azijskih ali bližnjevzhodnih kulturah pa lahko daljši očesni stik velja za nespoštljivega ali konfrontacijskega.
- *Dotik:* v številnih zahodnih državah lahko že nežen dotik roke izraža empatijo. V drugih kulturah pa je fizični dotik lahko neprimeren, zlasti med spoloma.
- *Geste:* v nekaterih kulturah so geste z rokami, na primer dvignjen palec ali znak "v redu", pozitivne, v drugih pa žaljive.
- *Osebni prostor: v različnih kulturah veljajo različne norme glede osebnega prostora.*

Severnoameričani imajo morda raje večjo osebno razdaljo, medtem ko se ljudje iz latinskoameriških ali sredozemskih kultur morda počutijo bolj udobno, če stojijo bližje.

Razumevanje teh razlik je za zdravstvene delavce bistvenega pomena, da bi se izognili napačni komunikaciji in nenamerni žalitvi.

Opazovanje in razlaganje neverbalnih znakov

Zdravstveni delavci morajo razviti dobre opazovalne sposobnosti, da lahko natančno interpretirajo neverbalne znake. Na primer:

- *Obrazni izrazi: i*zraz obraza pacienta lahko razkrije bolečino, zmedenost ali strah, tudi če pacient tega ne izrazi z besedami.
- *Drža in gibanje:* sklonjena drža lahko kaže na utrujenost ali depresijo, medtem ko lahko drgetanje kaže na tesnobo.
- *Parajezik:* ton, višina in hitrost govora – tudi v jeziku, ki ga zdravstveni delavec ne razume – lahko nudijo vpogled v pacientovo čustveno stanje.



Prilagajanje neverbalnega komuniciranja v večkulturnem okolju

Da bi zagotovili učinkovito komunikacijo, morajo zdravstveni delavci prilagoditi svoje neverbalno vedenje glede na pacientovo kulturno okolje:

- *Usposabljanje za kulturno občutljivost:* redna usposabljanja lahko pomagajo osebju razumeti kulturne norme in se izogniti pogostim pastem.
- *Na pacienta usmerjen pristop:* opazovanje pacientove ravni udobja in zrcaljenje njegovih neverbalnih znakov lahko pripomore k vzpostavitvi stika.
- *Uporaba vizualnih pripomočkov:* diagrami, slike ali videoposnetki lahko premagajo jezikovne ovire in zagotovijo, da pacienti razumejo navodila ali postopke.

9.3.5 Gradnja zaupanja in ugleda v večkulturni komunikaciji v zdravstvu

Zaupanje je temelj vsakega odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem. Krepi se, ko pacienti menijo, da so njihovi zdravstveni delavci kompetentni, empatični in spoštujejo njihove potrebe. Po drugi strani pa gre za ustvarjanje pozitivne povezave z medsebojnim razumevanjem in učinkovito komunikacijo. Zaupanje in odnos skupaj pomagata zmanjšati tesnobo, izboljšati zadovoljstvo pacientov in spodbujata dejavno sodelovanje pri odločitvah o zdravstveni oskrbi.

Izzivi v večkulturnih okoljih

Krepitev zaupanja v večkulturnih okoljih predstavlja poseben izziv. Ti lahko vključujejo:

- *Jezikovne ovire:* v primeru omejenega znanja prevladujočega jezika lahko pride do nesporazumov in jasnega sporazumevanja.
- *Kulturne razlike:* razlike v vrednotah, prepričanjih in praksah lahko vplivajo na dojemanje bolezni, zdravljenja in zdravstvenih delavcev.
- *Pretekle izkušnje:* pacienti iz marginaliziranih ali manjšinskih skupnosti lahko zaradi v diskriminacije ali neenake obravnave v preteklosti ne zaupajo zdravstvenim sistemom.

Za premagovanje teh izzivov morajo izvajalci zdravstvenega varstva sprejeti kulturno občutljive komunikacijske strategije.

Strategije za krepitev zaupanja in odnosa

Za vzpostavitev zaupanja in odnosa v večkulturnih zdravstvenih ustanovah so potrebni kulturna kompetenca, empatija, aktivno poslušanje in jasna komunikacija. Premagovanje izzivov, kot so jezikovne ovire in kulturne razlike, je ključnega pomena za ustvarjanje pozitivne izkušnje pacientov. Z razvijanjem teh spretnosti in izvajanjem učinkovitih komunikacijskih strategij lahko zdravstveni delavci zagotovijo pravično in sočutno oskrbo vseh pacientov, ne glede na njihovo poreklo.

9.3.6 Uporaba tehnologije za podporo komunikaciji v večkulturnem zdravstvu

Tehnologija je revolucionarno spremenila komunikacijo v zdravstvu, saj omogoča povezovanje s pacienti iz različnih jezikovnih in kulturnih okolij. Orodja, kot so mobilne aplikacije, videokonference in elektronski zdravstveni zapisi, ne le izboljšujejo komunikacijo, temveč tudi pomagajo zdravstvenim delavcem pri zagotavljanju kulturno primerne oskrbe. V večkulturnih okoljih lahko tehnologija:

- omogoča jezikovno prevajanja v realnem času,
- zagotovitev vizualnih pripomočkov za razlago medicinskih konceptov,
- izboljša izobraževanje pacientov z dostopnim in kulturno ustreznim gradivom.

Ključne tehnologije, ki podpirajo večkulturno komunikacijo

Obstaja več tehnologij, ki jih lahko zdravstveni delavci uporabljajo za premagovanje komunikacijskih ovir v večkulturnih okoljih:

- *Aplikacije za prevajanje in tolmačenje:*
  - Aplikacije, kot so Google Translate, MediBabble in Care to Translate, so namenjene medicinski uporabi in pomagajo zdravstvenim delavcem pri prevajanju medicinskih izrazov in fraz.
  - Čeprav so ta orodja v pomoč, je treba prevode potrditi, zlasti za zapletene ali občutljive zdravstvene informacije.
- *Platforme za telezdravje:*
  - Storitve telezdravja pogosto vključujejo integrirane funkcije tolmačenja, ki pacientom in izvajalcem omogočajo komunikacijo prek tolmačev v živo ali video podnapisov.
  - Video posvetovanja s kulturno usklajenimi tolmači lahko izboljšajo udobje in zaupanje pacientov;
- *Elektronski zdravstveni zapisi (EHR):*
  - Sistemi EHR lahko shranjujejo pacientove preference, vključno z jezikom, kulturnimi vidiki in verskimi prepričanji, kar izvajalcem omogoča, da prilagodijo svoj pristop k oskrbi.
  - Ti sistemi lahko vključujejo tudi orodja za podporo odločanju, ki priporočajo kulturno občutljive prakse oskrbe.
- *Orodja za izobraževanje pacientov:* Večpredstavnostne platforme, kot so videoposnetki, infografike in interaktivna programska oprema, pomagajo razložiti medicinske postopke, diagnoze in zdravljenje v jeziku, ki ga pacient preferira, in v kulturno primernem kontekstu.
- *Prenosne naprave in zdravstvene aplikacije:* naprave, ki spremljajo zdravstvene kazalnike, lahko skupaj z večjezičnimi aplikacijami pomagajo pacientom iz različnih okolij pri obvladovanju kroničnih bolezni, pri čemer prejemajo napotke in izobraževanje v svojem jeziku.



Prednosti tehnologije v večkulturnem komuniciranju

Uporaba tehnologije za podporo komunikaciji prinaša več prednosti v večkulturnem zdravstvenem varstvu:

- Boljše razumevanje pacientov: pacienti lažje razumejo svojo diagnozo in načrte zdravljenja, če so jim informacije posredovane v njihovem maternem jeziku.
- Povečana učinkovitost: tehnologija skrajša čas, porabljen za reševanje nesporazumov, in izboljša učinkovitost delovnega procesa.
- Boljša vključenost pacientov: kulturno ustrezna in jezikovno prilagojena orodja spodbujajo paciente k aktivnemu sodelovanju pri oskrbi.
- Pravičen dostop: tehnologija omogoča dostop do zdravstvenih storitev skupnostim s pomanjkljivimi storitvami, tudi tistim na oddaljenih ali podeželskih območjih.

Izzivi in omejitve

Čeprav tehnologija ponuja pomembne prednosti, ni brez izzivov:

- *Natančnost prevajalskih orodij*: avtomatizirane prevajalske aplikacije ne zagotavljajo vedno natančnih prevodov, zlasti za zapleteno medicinsko terminologijo.
- *Digitalni razkorak*: vsi pacienti nimajo dostopa do interneta ali ne znajo uporabljati digitalnih naprav, kar povzroča razlike v dostopu do zdravstvenega varstva.
- *Skrb za zasebnost*: uporaba tehnologije v zdravstvu mora biti v skladu s strogimi predpisi o zasebnosti in varnosti podatkov, da se zaščitijo informacije o pacientih.
- *Kulturna občutljivost*: tudi z uporabo prevajalskih orodij je za komunikacijo s kulturnimi odtenki potrebna človeška razlaga in razumevanje.

Najboljše prakse za uporabo tehnologije v večkulturnem komuniciranju

Da bi čim bolj izkoristili prednosti tehnologije, morajo zdravstveni delavci upoštevati te najboljše prakse:

- **Kombinacija tehnologije in človeške interakcije**: uporabljajte prevajalske aplikacije in telezdravstvene storitve kot dopolnilo profesionalnim tolmačem in kulturno usposobljenemu osebju.
- **Orodja za testiranje in potrjevanje**: redno ocenjujte natančnost in zanesljivost tehnologije, da bi zagotovili, da izpolnjuje standarde za medicinsko komunikacijo.
- **Zagotoviti usposabljanje**: usposabljanje zdravstvenih delavcev in pacientov za učinkovito uporabo komunikacijskih tehnologij.
- **Osredotočiti se na dostopnost**: izberite orodja, ki so uporabniku prijazna, združljiva z več jeziki in dostopna pacientom z različnimi stopnjami digitalne pismenosti.
- **Ohranite kulturno kompetenco**: zagotovite, da tehnologija podpira in ne nadomešča potrebe po kulturno ozaveščeni in empatični komunikaciji.

9.3.7 Spodbujanje skupnega odločanja v večkulturni komunikaciji na področju zdravstvenega varstva

Skupno odločanje vključuje tri bistvene elemente: zagotavljanje informacij pacientu o njegovem stanju in možnostih zdravljenja, razpravo o morebitnih tveganjih in koristih vsake možnosti ter vključitev pacientovih želja v končno odločitev.



Slika 12. Sestavni elementi sodelovalnega odločanja

Ta sodelovalni pristop spoštuje avtonomijo pacienta in mu zagotavlja podporo pri izbiri, ki je v skladu z njegovimi vrednotami in kulturnimi prepričanji.

Ovire za skupno odločanje v večkulturnih okoljih

Pri spodbujanju izvajanja sodelovalnega pristopa v večkulturnem okolju se lahko pojavi več izzivov:

- *Jezikovne ovire*: ovirane jezikovne ovire: omejeno znanje lokalnega jezika lahko ovira učinkovito komunikacijo. Pacienti lahko težko razumejo medicinske izraze ali izrazijo svoje pomisleke, kar lahko privede do nesporazumov.
- *Zdravstvena pismenost*: razlike v zdravstveni pismenosti med kulturnimi skupinami lahko vplivajo na sposobnost pacientov, da razumejo zapletene medicinske informacije.
- *Kulturni nesporazumi*: kulturne razlike v slogih komuniciranja, neverbalnih znakih in odnosu do avtoritete lahko povzročijo nesporazume ali nelagodje med interakcijami.
- *Prikrita pristranskost*: nezavedna pristranskost zdravstvenih delavcev lahko vpliva na to, kako predstavijo informacije ali sodelujejo s pacienti iz različnih kulturnih okolij.

Strategije za spodbujanje skupnega odločanja

Za reševanje teh izzivov in spodbujanje skupnega odločanja lahko zdravstveni delavci uporabijo naslednje strategije:

1. *Izgradnja kulturne kompetence*: razvijanje kulturne ozaveščenosti in razumevanja pomaga izvajalcem prepoznati in spoštovati pacientove vrednote in prepričanja. To je mogoče doseči z usposabljanjem za kulturno kompetenco in stalnim učenjem.
2. *Uporaba tolmačev in vizualnih pripomočkov:* strokovni tolmači in kulturno ustrezni vizualni pripomočki lahko premostijo jezikovne vrzeli in zagotovijo, da pacienti v celoti razumejo svoje možnosti.
3. *Poenostavite zdravstvene informacije*: predstavitev informacij v preprostem jeziku, izogibanje medicinskemu žargonu in uporaba metafor ali analogij, ki so v skladu s kulturnim ozadjem pacienta, lahko izboljša razumevanje.
4. *Aktivno poslušanje*: izkazovanje empatije, postavljanje vprašanj odprtega tipa in omogočanje pacientom, da nemoteno delijo svoje misli, krepijo zaupanje in spodbujajo sodelovanje.
5. *Vključite družinske člane: v kulturah, kjer ima družina osrednjo vlogo pri sprejemanju odločitev, lahko vključitev ključnih družinskih članov olajša razpravo in spoštuje kulturne norme.*
6. *Spodbujajte vprašanja in povratne informacije:* aktivno povabilo pacientom, da postavijo vprašanja ali izrazijo zaskrbljenost, ustvarja varen prostor za dialog in pomaga razjasniti nejasnosti.
7. *Prilagajanje pristopov za sprejemanje odločitev:* prilagodljivost pri prilagajanju postopkov odločanja kulturnim pričakovanjem pacienta lahko privede do boljših rezultatov.

9.3.8 Odpravljanje jezikovnih ovir v večkulturni komunikaciji v zdravstvu

Jezikovne ovire lahko povzročijo nesporazume med pacienti in zdravstvenimi delavci, kar lahko vodi v napačne diagnoze, neustrezno zdravljenje ali slabše upoštevanje zdravniških nasvetov. Na primer, pacient, ki ne razume v celoti zdravnikovih navodil, lahko nenamerno napačno uporablja zdravila. Poleg tega se lahko zaradi nezmožnosti učinkovitega sporazumevanja pacienti počutijo odtujene ali zapostavljene, kar spodkopava zaupanje v zdravstveni sistem. To poudarja potrebo po strategijah za premostitev komunikacijskih vrzeli.

Strategije za premagovanje jezikovnih ovir

1. Uporaba profesionalnih medicinskih tolmačev
Strokovni tolmači imajo ključno vlogo pri omogočanju natančnega sporazumevanja med zdravstvenimi delavci in pacienti, ki govorijo različne jezike. Za razliko od družinskih članov ali prijateljev so tolmači usposobljeni za ohranjanje zaupnosti, izogibanje osebnim predsodkom in razumevanje medicinske terminologije. Zaposlovanje tolmačev zagotavlja, da pacienti dobijo natančne informacije o svojem stanju in zdravljenju.

Vendar je pomembno zagotoviti razpoložljivost tolmačev za različne jezike in v realnem

času, saj lahko zamude vplivajo na sprejemanje ključnih odločitev.

2. Prevajanje pisnega gradiva
Prevodi obrazcev za soglasje, izobraževalnega gradiva za paciente in navodil za uporabo zdravil lahko pacientom pomagajo bolje razumeti načrte zdravljenja. To gradivo mora biti napisano v preprostem jeziku in kulturno prilagojeno, da se zagotovita jasnost in ustreznost. Uporaba vizualnih pripomočkov, kot so diagrami in ilustracije, lahko dodatno izboljša razumevanje za paciente z omejeno pismenostjo v maternem jeziku.

3. Usposabljanje zdravstvenih delavcev
Zdravstveni delavci morajo biti usposobljeni za medkulturno komunikacijo in osnovne jezikovne spretnosti, ki so pomembne za populacijo pacientov, ki jo obravnavajo. Čeprav tekoče znanje več jezikov morda ni izvedljivo, lahko učenje ključnih fraz ali medicinskih izrazov v običajnih jezikih pripomore k boljšemu odnosu s pacienti. Poleg tega morajo programi usposabljanja poudarjati veščine aktivnega poslušanja in tehnike neverbalnega sporazumevanja, kot sta vzdrževanje očesnega stika in uporaba gest za pojasnjevanje informacij.

4. Izkoriščanje tehnologije
Tehnološki napredek ponuja inovativne rešitve za odpravljanje jezikovnih ovir. Aplikacije in naprave za jezikovno prevajanje lahko zagotavljajo prevode v realnem času in tako pomagajo zdravstvenim delavcem pri komunikaciji s pacienti. Vendar pa je treba ta orodja uporabljati previdno, saj avtomatizirani prevodi morda niso dovolj kontekstualno natančni. Še ena učinkovita možnost za premagovanje jezikovnih izzivov v zdravstvenih ustanovah so storitve virtualnih tolmačev, ki so dostopne prek video klicev.

5. Spodbujanje vključevanja skupnosti
Vzpostavljanje partnerstev z lokalnimi skupnostmi lahko zdravstvenim ustanovam pomaga bolje razumeti jezikovne in kulturne potrebe njihovih pacientov. Sodelovanje voditeljev in organizacij skupnosti lahko olajša razvoj kulturno prilagojenih programov za promocijo zdravja in omogoči vpogled v premagovanje posebnih izzivov, povezanih z jezikom.

9.3.9 Zagotavljanje empatije in čustvene podpore v večkulturni komunikaciji v zdravstvu

Empatija vključuje prepoznavanje, razumevanje in deljenje čustev druge osebe. V večkulturnem kontekstu zahteva od izvajalcev zdravstvenih storitev, da presežejo svoje kulturne okvire ter cenijo stališča in izkušnje pacientov iz različnih okolij. Ta proces vključuje priznavanje kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na pacientova čustva, kot so njegova prepričanja o zdravju, družinska dinamika in izražanje stiske. Na primer, nekatere kulture lahko na bolezen gledajo kot na skupno vprašanje in ne kot na individualno težavo, zato morajo zdravstveni delavci v procesu oskrbe sodelovati z družinskimi člani. Podobno lahko nekatere kulture čustveno stisko izražajo neverbalno ali zmanjšajo svoje simptome, da ne bi bili videti obremenjujoči. Prepoznavanje teh

kulturnih odtenkov je bistvenega pomena za zagotavljanje empatične in učinkovite oskrbe.

Strategije za izkazovanje empatije in čustvene podpore

1. Aktivno poslušanje (glejte poglavje: Aktivno poslušanje v večkulturnem kontekstu za zdravstvene delavce)

2. Neverbalna komunikacija (glej poglavje: Neverbalna komunikacija v večkulturnih zdravstvenih ustanovah)

3. Kulturna občutljivost pri čustvenih odzivih
Kulturne norme vplivajo na to, kako posamezniki izražajo in razlagajo čustva, kar lahko vpliva na interakcijo med pacientom in zdravstvenim delavcem. Kulturna občutljivost za te razlike pomaga zagotoviti, da se pacienti počutijo razumljene in spoštovane. V nekaterih kulturah se spodbuja odkrito izražanje čustev, medtem ko v drugih velja to za neprimerno ali znak šibkosti. Prepoznavanje teh razlik omogoča izvajalcem zdravstvenih storitev, da ustrezno prilagodijo svoje odzive.

Na primer, namesto da bi domnevali, da molk pomeni brezbrižnost, s stavki, kot sta "Rad bi se prepričal, da razumem, kako se počutite" ali "Povejte toliko, kot vam ustreza", pokažite empatijo in hkrati spoštujte kulturne norme.

4. Potrjevanje čustev
Pacienti se lahko počutijo ranljive ali tesnobne, zlasti kadar se soočajo z neznanimi zdravstvenimi sistemi ali resnimi zdravstvenimi težavami. Potrjevanje njihovih čustev - priznavanje njihovih strahov, frustracij ali žalosti brez obsojanja - lahko pomaga zmanjšati njihov stres.

Stavki, kot sta "Razumljivo je, da se tako počutite", ali "Vidim, kako vas to vznemirja", izražajo empatijo in pacientu zagotavljajo, da so njegova čustva normalna in sprejeta.

5. Zagotavljanje kulturno primerne čustvene podpore
Čustvena podpora mora biti skladna s pacientovimi kulturnimi vrednotami in prepričanji. Na primer, v kolektivističnih kulturah lahko vključevanje družinskih članov v razprave o oskrbi zagotovi pomembno čustveno ugodje. V kulturah, v katerih je zasebnost zelo cenjena, pa je morda primernejša ponudba individualnih pogovorov v zasebnem okolju.



9.4 Zavezanost k dialogu in sodelovanju v večkulturni komunikaciji na področju zdravstvenega varstva

Zavezanost k dialogu in sodelovanju:

- *Dialoški pristopi: Vloga odprte, dvosmerne komunikacije pri razumevanju različnih perspektiv.*
- *Sodelovalne prakse:*
  - *vključevanje zainteresiranih strani v postopke odločanja.*
  - *soustvarjanje rešitev, ki spoštujejo in vključujejo kulturne vrednote.*
- *Reševanje konfliktov: Strategije za obvladovanje kulturnih konfliktov z mediacijo in vzajemnim spoštovanjem.*

Dialoško komuniciranje poudarja odprte, dvosmerne interakcije, pri katerih vse strani aktivno poslušajo, izmenjujejo stališča in si prizadevajo za medsebojno razumevanje. V zdravstvu ta pristop presega tradicionalna, enostranska sporočila in zagotavlja, da se pacienti počutijo slišane in spoštovane.

Načela dialoškega komuniciranja: aktivno poslušanje, kulturno zavedanje, pojasnjevanje in razmislek.

Sodelovanje na področju zdravstvenega varstva zahteva aktivno vključevanje vseh zainteresiranih strani - pacientov, družin, negovalcev in izvajalcev zdravstvenih storitev - v proces odločanja. Pri obravnavi različnih skupin prebivalstva mora sodelovanje vključevati kulturne vrednote in spoštovati posameznikove želje.

Vključevanje zainteresiranih strani v odločanje je pogojeno z vključujočim sodelovanjem, preglednostjo in prilagodljivostjo. Sodelovalno zdravstveno varstvo zahteva soustvarjanje rešitev, ki usklajujejo najboljše klinične prakse s kulturnimi vrednotami. Ta pristop spodbuja skupno odgovornost in zagotavlja, da so načrti oskrbe praktični in kulturno sprejemljivi.



Kulturni konflikti v zdravstvu nastanejo, ko različne vrednote, prepričanja ali prakse privedejo do nesporazumov ali nesoglasij. Učinkovite strategije reševanja konfliktov vključujejo mediacijo, empatijo in medsebojno spoštovanje.

Strategije za reševanje konfliktov:

- razumevanje osnovnega vzroka,
- mediacija,
- osredotočanje na skupne cilje,
- izkazovanje empatije in spoštovanja.

9.4.1 Dialoški pristopi: vloga odprte dvosmerne komunikacije v večkulturnem zdravstvenem varstvu

Dialoška komunikacija je bistvena veščina v večkulturnem zdravstvenem varstvu, ki spodbuja odprte, dvosmerne interakcije, ki dajejo prednost razumevanju, empatiji in sodelovanju. Za razliko od tradicionalnih enostranskih izmenjav, kjer v pogovoru prevladuje zdravstveni delavec, dialoški pristopi spodbujajo aktivno sodelovanje tako pacienta kot zdravstvenega delavca. To krepi zaupanje in zagotavlja, da so pacientove vrednote, prepričanja in potrebe razumljene in spoštovane.

V večkulturnih zdravstvenih ustanovah, kjer lahko kulturne, jezikovne in družbene razlike ustvarjajo ovire, je dialoško sporazumevanje še posebej dragoceno. Z omogočanjem smiselnega dialoga pomaga premostiti vrzeli, ublažiti nesporazume in podpreti oskrbo, osredotočeno na pacienta.

Načela dialoškega komuniciranja

1. Aktivno poslušanje

- **Aktivno poslušanje** je temelj dialoškega sporazumevanja, ki od zdravstvenega delavca zahteva, da se popolnoma osredotoči na pacientove besede, čustva in neverbalne signale.
- **Kaj vključuje?:** Poslušanje brez prekinitev, ohranjanje očesnega stika (če je to kulturno primerno) in priznavanje pacientove perspektive.
- **Prednosti: t**a pristop pomaga pacientom, da se počutijo potrjene in razumljene, kar jih spodbudi, da bolj odkrito govorijo o svojih težavah in izkušnjah.
- **Primer:** pacient lahko simptom opiše s kulturno specifičnimi izrazi ali metaforami. Z aktivnim poslušanjem lahko izvajalec prepozna pomen in postavi dodatna vprašanja za razjasnitev.

2. Kulturna ozaveščenost

- **Kulturna ozaveščenost** zagotavlja, da je dialoško sporazumevanje občutljivo na pacientove kulturne vrednote, prepričanja in norme sporazumevanja.
- **Kaj vključuje?:** Razumevanje, da imajo različne kulture različne načine izražanja čustev, postavljanja vprašanj ali razpravljanja o temah, povezanih z zdravjem. Zdravniki morajo prilagoditi svoj slog komuniciranja, da se uskladijo s pacientovim kulturnim kontekstom.

- **Prednosti:** Kulturna ozaveščenost zmanjšuje nesporazume in pomaga pri vzpostavljanju odnosa, zlasti v primerih, ko bi kulturne norme lahko vplivale na pacientovo odločanje ali odprtost.
- **Primer:** V nekaterih kulturah se lahko pacienti izogibajo neposrednemu nestrinjanju z avtoritetami, kot so zdravniki. Zato lahko zdravniki namesto neposrednega strinjanja postavljajo vprašanja odprtega tipa, kot je: "Kaj menite o tem načrtu zdravljenja?".



3. **Pojasnjevanje in razmislek**
   - Pojasnjevanje in razmišljanje vključujeta povzemanje in parafraziranje pacientovih besed, da bi zagotovili vzajemno razumevanje.
   - **Kaj vključuje?:** Postavljanje pojasnjevalnih vprašanj in povzemanje pacientovih besed za potrditev točnosti. Na primer: "Če prav razumem, pravite, da se bolečina po jedi poslabša. Ali je tako?"
   - **Prednosti:** Ta postopek preprečuje napačno razlago, zlasti kadar jezikovne ovire ali kulturne razlike lahko zameglijo pomen. Prav tako pacientu pokaže, da so njegovi pomisleki obravnavani resno.
   - **Primer:** Pacienti iz drugega jezikovnega okolja lahko uporabljajo fraze ali idiome, ki jih ponudnik storitev ne pozna. Razmišljanje o njihovih izjavah pomaga obema stranema uskladiti razumevanje.

Strategije za izvajanje dialoškega komuniciranja

1. Spodbujanje sodelovanja pacientov
- Postavljajte vprašanja odprtega tipa, da bi pacienta spodbudili k deljenju izkušenj in skrbi.
- Primer: "Ali mi lahko poveste več o tem, kako to stanje vpliva na vaše vsakdanje življenje?".

2. Prilagodite sloge komuniciranja
- Spremenite ton, tempo in besednjak, da bodo ustrezali pacientovemu znanju jezika in kulturnim normam. Izogibajte se medicinskemu žargonu in po potrebi uporabite vizualne pripomočke ali prevajalce.

3. Gradite zaupanje in odnos
- Pokažite pristno zanimanje za pacientovo mnenje. Zavedajte se njegovih čustev in poudarite sodelovanje v procesu odločanja.

4. Vključite družinske člane, kadar je to primerno
- V številnih kulturah so pri odločanju o zdravstveni oskrbi udeleženi družinski člani. Njihovo vključevanje v dialog lahko izboljša razumevanje ter pripomore k pacientovemu udobju in sprejemanju odločitev.

5. Zagotavljanje stalnih povratnih informacij
- Pacientu dajte vedeti, da je njegov prispevek cenjen. Uporabite jezik in geste, ki potrjujejo, da cenite njegovo odprtost.

Izzivi in rešitve v večkulturnih okoljih

- **Jezikovne ovire:** uporabite strokovne tolmače ali prevajalska orodja za zagotovitev jasne komunikacije.
- **Koristi:** kulturna ozaveščenost zmanjšuje nesporazume in pomaga graditi zaupanje, zlasti v primerih, ko lahko kulturne norme vplivajo na pacientovo odločanje ali odprtost.
- **Primer:** v nekaterih kulturah se pacienti izogibajo neposrednemu nestrinjanju z avtoritetami, kot so zdravniki. Če to prepoznamo, lahko zdravstveni delavec postavi odprto vprašanje, kot na primer: »Kakšno je vaše mnenje o tem načrtu zdravljenja?« namesto da bi iskal neposredno soglasje.

9.4.2 Sodelovalne prakse v večkulturnem zdravstvenem varstvu

Sodelovanje v zdravstvu je bistvenega pomena za zagotavljanje oskrbe, osredotočene na pacienta, zlasti v večkulturnih okoljih. Vključuje dejavno sodelovanje vseh zainteresiranih strani - pacientov, družin, negovalcev in izvajalcev zdravstvenih storitev - pri sprejemanju odločitev o zdravljenju in oskrbi. Da bi bilo to sodelovanje uspešno pri različnih populacijah, morajo izvajalci zdravstvenega varstva vključevati kulturne vrednote, spoštovati posameznikove preference in ostati občutljivi za posebne potrebe. S spodbujanjem partnerskega pristopa lahko zdravstveni delavci zagotovijo boljše rezultate, večje zaupanje in večje zadovoljstvo pacientov.

Vključevanje zainteresiranih strani v sprejemanje odločitev

Učinkovito sodelovanje v večkulturnem zdravstvenem varstvu se začne z aktivnim vključevanjem vseh zainteresiranih strani v proces odločanja. To zagotavlja, da so načrti oskrbe klinično učinkoviti in kulturno ustrezni.

1. Vključujoča udeležba
Vključujoča udeležba pomeni, da so v razprave o zdravstvenem varstvu vključene vse strani. Pacienti in njihove družine morajo imeti možnost izraziti svoje želje, kulturna prepričanja in skrbi. V nekaterih kulturah imajo na primer družinski člani pomembno vlogo pri sprejemanju odločitev in njihovo izključevanje lahko povzroči nezaupanje ali neupoštevanje načrtov zdravljenja. Spodbujanje odprtega dialoga in dejavno poslušanje stališč vseh zainteresiranih strani lahko premostita kulturne razlike in spodbudita občutek skupne odgovornosti za oskrbo.

2. Transparentnost
Transparentnost je temelj učinkovitega sodelovanja. Zdravstveni delavci morajo komunicirati odprto in jasno ter zagotoviti, da pacienti razumejo svoje diagnoze, možnosti zdravljenja ter s tem povezana tveganja in koristi. V večkulturnih okoljih je ključno upoštevati jezikovne razlike in raven pismenosti. Uporaba tolmačev, vizualnih pripomočkov in preprostega jezika lahko izboljša razumevanje in pomaga pacientom, da so bolj samozavestni pri svojih odločitvah.

3. Prilagodljivost
Pri delu z različnimi skupinami prebivalstva je bistvenega pomena prilagodljivost. Kulturne norme in vrednote lahko pomembno vplivajo na odločitve v zvezi z zdravstveno oskrbo. Nekateri pacienti imajo na primer raje alternativno medicino ali holistične pristope kot konvencionalno zdravljenje. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo namesto zavračanja teh želja sprejeti prožen pristop, ki vključuje te metode, kadar je to varno in izvedljivo. Ta prilagodljivost ne le spoštuje pacientovo kulturno ozadje, ampak tudi krepi terapevtski odnos.

Soustvarjanje rešitev

Sodelovalno zdravstveno varstvo vključuje soustvarjanje rešitev, ki usklajujejo najboljše klinične prakse s kulturnimi vrednotami. Ta pristop spodbuja skupno odgovornost in zagotavlja, da so načrti oskrbe praktični, sprejemljivi in kulturno občutljivi.

1. Združevanje kliničnih praks s kulturnimi vrednotami
Soustvarjanje rešitev pomeni najti srednjo pot med medicinskimi praksami, ki temeljijo na dokazih, in pacientovimi kulturnimi prepričanji. Na primer, pacient iz kulture, ki ceni zeliščna zdravila, se lahko počuti bolj udobno, če ta zdravila vključi v svoj načrt oskrbe poleg predpisanih zdravil. V takih primerih lahko izvajalci zdravstvenih storitev pacienta poučijo o morebitnih interakcijah ali tveganjih, pri tem pa spoštujejo njegove želje.

2. Izkoriščanje multidisciplinarnih ekip
V večkulturnem zdravstvenem varstvu lahko multidisciplinarni pristop izboljša sodelovanje in rezultate. Ekipe, ki vključujejo zdravnike, medicinske sestre, socialne delavce, kulturne mediatorje in tolmače, lahko učinkoviteje obravnavajo različne potrebe pacientov. Kulturni mediator lahko na primer zagotovi vpogled v pacientovo kulturno ozadje in tako ekipi pomaga razviti načrt oskrbe, ki je skladen z njegovimi vrednotami.

3. Gradnja zaupanja in medsebojnega spoštovanja
Zaupanje je temelj vsakega sodelovanja. Zdravstveni delavci lahko zaupanje gradijo tako, da so empatični, ne obsojajo in potrjujejo pacientove pomisleke. Vzajemno spoštovanje zagotavlja, da se pacienti počutijo cenjene in razumljene, kar vodi k boljšemu upoštevanju načrtov zdravljenja in močnejšemu terapevtskemu zavezništvu.



9.4.3 Reševanje sporov: Obvladovanje kulturnih konfliktov v zdravstvu

Kulturna raznolikost v zdravstvu je hkrati prednost in izziv. Medtem ko z različnimi pogledi in praksami bogati zdravstveno okolje, lahko vodi tudi v nesporazume, napetosti ali očitne konflikte. Kulturni konflikti se pogosto pojavijo, kadar imajo pacienti, družine ali izvajalci zdravstvenih storitev različne vrednote, prepričanja ali prakse. Učinkovito obvladovanje takšnih konfliktov je za zdravstvene delavce ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne oskrbe, ohranjanje zaupanja in spodbujanje vključujočega okolja. V tem podpoglavju so opisane strategije za reševanje konfliktov v večkulturni komunikaciji v zdravstvu s poudarkom na razumevanju, posredovanju, skupnih ciljih, empatiji in spoštovanju.

Razumevanje temeljnih vzrokov kulturnih konfliktov

Prvi korak pri reševanju vsakega konflikta je ugotavljanje njegovega temeljnega vzroka. Kulturni konflikti v zdravstvu pogosto izvirajo iz razlik v slogih komuniciranja, pričakovanjih glede zdravstvene oskrbe, verskih prepričanjih ali tradicionalnih praksah. Na primer, pacient iz kulture, ki ceni celostno medicino, morda ne bo želel sprejeti povsem biomedicinskega pristopa. Podobno lahko zdravstveni delavec pacientovo molčečnost ali neverbalne znake napačno razume kot nezainteresiranost, medtem ko bi lahko bili le odraz kulturnih norm spoštovanja.

Koraki za razumevanje osnovnega vzroka:

- *Aktivno poslušanje:* omogočite vsem vpletenim stranem, da brez prekinitev izrazijo svoje poglede. Aktivno poslušanje pomaga odkriti osnovne težave in kaže na spoštovanje različnih stališč.
- *Kulturna ozaveščenost:* izobražujte se o kulturnih okoljih skupnosti, ki jim služite. Razumevanje skupnih prepričanj ali praks vam lahko pomaga pri predvidevanju in reševanju morebitnih konfliktov.
- *Vprašanja z odprtim koncem:* postavljajte vprašanja, ki spodbujajo paciente ali sodelavce, da delijo svoje misli in občutke. Na primer, namesto vprašanja "Zakaj ne vzamete tega zdravila?" vprašajte "Ali mi lahko poveste, kaj vas skrbi v zvezi s tem zdravljenjem?".

Z razumevanjem temeljnega vzroka se lahko zdravstveni delavci izognejo domnevam in se spora lotijo z večjo jasnostjo in kulturno občutljivostjo.

Posredovanje: premostitev razlik z nevtralnim posredovanjem

Mediacija je sodelovalni pristop k reševanju sporov, ki vključuje nevtralno tretjo osebo, ki spodbuja dialog med sprtimi stranmi. V zdravstvu je to lahko kulturni mediator, tolmač ali celo zaupanja vreden član osebja, ki je usposobljen za reševanje sporov.

Koraki za učinkovito mediacijo:

- *Ustvarite varno okolje:* zagotovite, da se vse stranke počutijo slišane in spoštovane. Izberite nevtralen, zasebni prostor, kjer lahko udeleženci izrazijo svoje pomisleke brez strahu pred obsojanjem.
- *Razjasnite nesporazume:* spodbujajte vsako stran, da pojasni svoj vidik, hkrati pa ugotovite morebitne nesporazume ali napačne predpostavke. Če na primer družina vztraja pri določenih obredih med oskrbo pacienta, lahko mediator zdravstveni ekipi pomaga razumeti kulturni ali duhovni pomen teh praks.
- *Iskanje kompromisa:* mediator spodbuja razprave za iskanje obojestransko sprejemljivih rešitev. To lahko vključuje prilagoditev načrtov zdravljenja kulturnim navadam ali izobraževanje pacientov in družin o medicinskih protokolih.

Mediacija pomaga premostiti kulturne razlike s spodbujanjem medsebojnega razumevanja in sodelovanja. Zmanjšuje sovražnost in ustvarja občutek skupne

odgovornosti za rešitev spora.

Osredotočanje na skupne cilje

V zdravstvu je cilj dobro počutje pacienta. Konflikti se pogosto stopnjujejo, ker se vpletene strani osredotočajo na svoje razlike in ne na skupne cilje. Preusmeritev pogovora na skupne cilje lahko pomaga zmanjšati napetosti in spodbuja sodelovanje.

Koraki za osredotočanje na skupne cilje:

- *Opredelitev skupnih ciljev:* spomnite vse udeležence, da je glavni cilj zagotoviti pacientovo zdravje in varnost. Poudarite, kako lahko sodelovanje privede do boljših rezultatov.
- *Poudarjajte timsko delo: v*ključite se v timsko delo, pri katerem je prispevek vsakega posameznika dragocen. S tem se osredotočite z "mi proti njim" na "mi".
- *Postavite jasna pričakovanja:* določite jasne in izvedljive korake za rešitev spora. Če na primer pacient zaradi kulturnih prepričanj zavrne določen postopek, se pogovorite o alternativnih načinih zdravljenja, ki so v skladu z njegovimi vrednotami in hkrati izpolnjujejo zdravstvene zahteve.

Z osredotočanjem na skupne cilje lahko izvajalci zdravstvenih storitev preusmerijo energijo iz konfliktov v konstruktivno reševanje težav.

Izkazovanje empatije in spoštovanja

Empatija in spoštovanje sta temeljnega pomena za reševanje sporov. Pomagata graditi zaupanje in ustvariti okolje, v katerem se posamezniki počutijo cenjene, ne glede na kulturne razlike. Empatija vključuje razumevanje in potrjevanje čustev druge osebe, spoštovanje pa priznava njeno dostojanstvo in vrednost.

Kako pokazati empatijo in spoštovanje:

- *Priznavanje čustev:* prepoznajte in potrdite čustva vpletenih oseb, na primer "Razumem, da je ta situacija za vas zelo pomembna in želim sodelovati z vami, da bi našli rešitev.".
- *Prilagodite svoj slog komuniciranja:* bodite pozorni na verbalne in neverbalne znake, ki odražajo kulturne norme. Nekatere kulture imajo na primer raje posredno komunikacijo, druge pa cenijo neposrednost.
- *Spoštovanje kulturnih praks:* tudi če ne morete v celoti sprejeti kulturne prakse, s pripravljenostjo, da jo razumete in vključite, kolikor je mogoče, izkazujete spoštovanje. Če na primer omogočite prisotnost družinskih članov pri določenih obredih, se lahko pacienti počutijo podprte.
- *Izogibajte se obsojanju:* h konfliktom pristopajte z radovednostjo in odprtostjo, ne pa s sodbo. Vprašanja, kot je "Zakaj bi to storili?", zamenjajte z "Ali mi lahko pomagate razumeti vaš pogled?".

Empatija in spoštovanje pomagata pri odpravljanju konfliktov, saj spodbujata občutek povezanosti in medsebojnega razumevanja.

Ključne ugotovitve za zdravstvene delavce

- *Kulturna kompetenca je bistvenega pomena: izobražujte se o kulturnem ozadju svojih pacientov, da boste lahko predvideli morebitne konflikte.*
- *Komunikacija je ključnega pomena: učinkovita komunikacija zahteva aktivno poslušanje, odprta vprašanja in kulturno ozaveščenost.*
- *Sodelovanje prinaša rezultate: vključite paciente, družine in sodelavce kot partnerje pri oskrbi, pri čemer poudarite skupne cilje in medsebojno spoštovanje.*
- *Empatija in spoštovanje gradita zaupanje: izkazovanje pristne skrbi in razumevanja je temelj za konstruktivno reševanje sporov.*
- *Prilagodljivost je ključnega pomena: bodite prilagodljivi pri svojem pristopu in poiščite ustvarjalne rešitve za izpolnjevanje zdravstvenih in kulturnih potreb.*



Praktični primeri reševanja kulturnih konfliktov v zdravstvu

Primer 1: Verska prepričanja in zdravljenje
Pacient zaradi verskih prepričanj zavrne transfuzijo krvi. Zdravstveni delavec meni, da je transfuzija potrebna za rešitev pacientovega življenja.

Rešitev: *Ponudnik se posvetuje z mediatorjem, da bi olajšal dialog. Skupaj preučita alternativne načine zdravljenja, kot sta brezkrvna operacija ali uporaba krvnih nadomestkov, in tako uskladita zdravstveno oskrbo s pacientovimi prepričanji.*

Primer 2: Vključevanje družine v odločanje
Zdravstveni delavec vztraja pri tem, da mora o pacientovem stanju govoriti neposredno z njim, vendar pacientova kultura daje prednost vključevanju družine v zdravstvene odločitve.

Rešitev*: Izvajalec prilagodi svoj pristop in v pogovore vključi družino, pri tem pa zagotovi spoštovanje pacientove avtonomije. Poudarja skupne cilje za uravnoteženje kulturnih preferenc z etičnimi medicinskimi praksami.*

Primer 3: Tradicionalne prakse zdravljenja
Pacient uporablja tradicionalna zdravila, za katera se zdravstveni delavec boji, da bi lahko vplivala na predpisana zdravila.

Rešitev*: Zdravnik se s pacientom pogovori o zdravilih in ga pouči o možnih medsebojnih vplivih ter poišče kompromis, ki bo poleg zdravljenja vključeval tudi varne elemente tradicionalnih praks.*

Literatura

Aceto, G., Persico, V. in Pescapè, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: Taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications, 107*, 125–154.

American Medical Association. (2021). How should clinicians respond to language barriers that exacerbate health inequity? *AMA Journal of Ethics, 23*(2), E117–E124.

Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic imagination*. University of Texas Press.

Brownell, J. (2012). *Listening: Attitudes, principles, and skills*. Pearson.

Buber, M. (1970). *I and Thou*. Scribner.

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), 181–184.

Deutsch, M., Coleman, P. T. in Marcus, E. C. (2011). T*he handbook of conflict resolution: Theory and practice*. Jossey-Bass.

Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine, 355*(3), 229–231.

Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press.

Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. Jossey-Bass.

Gudykunst, W. B. (2003). *Cross-cultural and intercultural communication*. Sage Publications.

Gudykunst, W. B. (2005). *Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status*. V W. B. Gudykunst (ur.), Theorizing about intercultural communication (str. 281-322). Sage.

Hall, E. T. (1976). *Beyond Culture*. Anchor Books.

Hofstede, G., Hofstede, G. J., in Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind*. McGraw-Hill.

Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together*. Doubleday.

Neuliep, J. W. (2020). *Intercultural communication: A contextual approach*. Sage.

Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. U.S. Department of Health and Human Services.

Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A. in Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling, 98*(4), 420–445.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. in Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell.

Samovar, L. A., Porter, R. E. in McDaniel, E. R. (2017). *Communication between cultures*. Cengage Learning.

Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W. in Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies, 54*, 36–44.

Ting-Toomey, S. in Chung, L. C. (2012). *Understanding intercultural communication*. Oxford University Press.

Ulrey, K. L. in Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication, 13*(4), 449–463.

Zaključni razmislek: medkulturna komunikacija in sodelovanje skozi prizmo modela EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje pokaže, da **učinkovita komunikacija in sodelovanje** v multikulturnih timih nista zgolj praktični veščini, temveč bistveni sestavini kulturne kompetentnosti, popolnoma skladni z modelom EMPOWER. Njegove temeljne vrednote – multikulturalnost, strokovnost, učinkovitost, dobrobit in izobraževalni viri – so v celotnem poglavju jasno razvidne.

Pojmi, kot so **aktivno poslušanje, empatija, dialoška komunikacija, reševanje konfliktov ter vključevanje raznolikih pogledov pacientov in sodelavcev**, odražajo EMPOWER-jevo usmerjenost k medsebojnemu spoštovanju, sodelovanju in vključenosti.

Poglavje ponuja **praktične strategije za premagovanje jezikovnih ovir, stereotipov in napačne neverbalne komunikacije**, kar je ključno za varno in učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev. Izpostavi tudi **vlogo tehnologije in izobraževanja** pri spodbujanju **dialoga in partnerskega odnosa** s pacienti, kar se ujema s stebrom izobraževalnih virov.

Poleg tega poglavje spodbuja **razvoj empatične in kulturno ozaveščene strokovne identitete**, kar ustreza EMPOWER-jevi usmerjenosti k reflektirani strokovnosti.

Poglavje močno podpira uvajanje modela EMPOWER v prakso in jasno pokaže, da je medkulturna komunikacija temelj učinkovite, etične in pravične zdravstvene oskrbe.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu



Poglavje 10

Vpliv kulturnih dejavnikov na odnos do zdravja in bolezni

OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA, VOLODYMYR DZHYVAK
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (Ukrajina)

> **Zdravje je tako boljše od vseh drugih dobrin, da je zdrav berač srečnejši od bolnega kralja.**
>
> *Arthur Schopenhauer*

10.1 Uvod

Zdravje je prva in najpomembnejša človekova potreba, ki določa človekovo delovno zmožnost in zagotavlja skladen razvoj posameznika. Je najpomembnejši pogoj za spoznavanje sveta okoli nas, za samopotrditev in srečo.

Pojmovanje zdravja kot ravnovesja med človekom in okoljem, enotnosti telesa in duše ter naravnega izvora bolezni je bilo osnova za dojemanje zdravja v antični Grčiji. Podobni koncepti so obstajali tudi v stari indijski in kitajski medicini (Svalastog idr., 2017).

Hipokrat je zdravje povezoval z okoljskimi dejavniki in življenjskim slogom. Ustvaril je koncept "pozitivnega zdravja", ki je bil odvisen od osnovne telesne zgradbe (danes je to genetika), prehrane in gibanja. Menil je, da sta pravilna prehrana in gibanje bistvena za zdravje. Hipokrat je verjel, da sezonske spremembe pomembno vplivajo na človekov um in telo, saj pozimi povzročajo bolezni dihal, poleti pa bolezni prebavil (Donev, 2019).

Svetovna zdravstvena organizacija ponuja naslednjo opredelitev zdravja: "Zdravje ni le odsotnost bolezni ali slabosti, temveč stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja. Uživanje najvišjega dosegljivega standarda zdravja je temeljna pravica vsakega človeka ne glede na raso, vero, politično prepričanje, ekonomski ali socialni status" (Pyurko idr., 2022). Druga opredelitev "zdravja" je harmonična enotnost bioloških, psiholoških in socialnih lastnosti, ki so posledica prirojenih in pridobljenih bioloških in socialnih vplivov. Relativna stabilnost bioekosistema in trajnost virov veljata za pomembna napovedna dejavnika zdravja, katerih prisotnost vsakemu posamezniku omogoča, da uresniči svoj zdravstveni potencial (Determinants of health, 2024).

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- **raziskovanje kulturnih perspektiv**: analizirati, kako kulturna prepričanja, prakse in vrednote vplivajo na odnos do zdravja, bolezni in odločanja o zdravstveni oskrbi pri različnih populacijah,
- **opredelitev ključnih pojmov**: pojasniti izraze, povezane s kulturnimi dejavniki in zdravjem, kot so "kulturna kompetenca", "model zdravstvenih prepričanj" in "kulturni relativizem", da zagotovite temeljno razumevanje teme,
- **prepoznavanje kulturnih ovir**: prepoznati kulturne ovire, ki lahko vplivajo na interakcijo med pacientom in zdravstvenim osebjem ter na zdravstvene izide, vključno z jezikovnimi razlikami, tradicionalnimi zdravstvenimi praksami in stigmo, povezano z nekaterimi boleznimi,
- **poudarjanje kulturne občutljivosti**: poudariti pomen kulturne občutljivosti in ozaveščenosti pri zagotavljanju učinkovitega zdravstvenega varstva, krepitvi zaupanja ter izboljšanju sodelovanja pacientov in njihove pripadnosti zdravljenju.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- **razumeti kulturne vplive:** opisati, kako kulturni dejavniki oblikujejo dojemanje, prepričanja in stališča do zdravja in bolezni ter kako se lahko razlikujejo med različnimi populacijami,
- **opredeliti ključne izraze:** za boljše razumevanje vsebine poglavja natančno opredeliti ključne izraze, kot so "kulturna kompetenca", "razlike v zdravju", "model prepričanja o zdravju", "dejavniki, od katerih je odvisno zdravje", "ravni zdravja", "zaznavanje telesa", "telesna kultura", "duševno zdravje" in "zaznavanje bolezni",
- **prepoznati kulturne ovire:** prepoznati posebne kulturne ovire, ki lahko vplivajo na dostop posameznikov do zdravstvenega varstva, interakcije z izvajalci zdravstvenih storitev in splošne zdravstvene rezultate,
- **uporabiti kulturna spoznanja:** pojasniti, kako uporabiti spoznanja, pridobljena z razumevanjem kulturnih dejavnikov, za razvoj kulturno občutljivih zdravstvenih praks, ki spoštujejo in upoštevajo različne potrebe pacientov.

10.2 Pojmovanje zdravja in bolezni v različnih kulturah

Dejavniki, od katerih je odvisno zdravje:

- **Biološki in fizični dejavniki**: genetski in biokemični kazalniki, telesne in gibalne sposobnosti, anatomske in funkcionalne značilnosti vsakega organa, sistema in organizma kot celote, sposobnost telesa, da v celoti opravlja svoje biološke in socialne funkcije. Ohranjanje telesnega zdravja je odvisno predvsem od zdravega in aktivnega življenjskega sloga, higiene spanja, kakovostne prehrane itd.
- **Psihološki dejavniki**: občutki, čustva, osebnostne lastnosti, raven energije in vitalnosti, temperament, samospoštovanje, odpornost in motivacija. Psihološko zdravje pomeni sposobnost obvladovanja stresa, ustrezno samospoštovanje, obvladovanje čustev, dobro odpornost in odgovornost. Vsak od teh vidikov lahko vpliva na duševno in splošno dobro počutje. Psihološka samopomoč lahko izboljša ravnovesje in odpornost na stresne situacije.
- **Socialni in ekonomski dejavniki**: izobrazba, delovno okolje, finančno stanje, samozadostnost ter prosti čas in rekreacija. Sodelovanje s svetom in okoljem ter socialni odnosi vplivajo na dobro počutje in zdravje na splošno.
- **Duhovni dejavniki**: so pomemben del zdravja in jih je mogoče razumeti širše od klasične opredelitve religije. Gre za občutek, da smo del nečesa bolj celostnega. To lahko doživljamo prek povezanosti z naravo, vero ali kulturnimi tradicijami. Človekova zavest, miselnost, življenjska samoidentifikacija, odnos do smisla življenja, ocena uresničevanja lastnih sposobnosti in zmožnosti v kontekstu lastnih idealov in svetovnega nazora - vse to določa stanje duhovnega zdravja posameznika (Preeti Rao, 2024).

Povezanost teh sestavin in njihov medsebojni vpliv tvorita splošno zdravstveno stanje. Splošno ravnovesje pomaga povečati odpornost in sposobnost odzivanja na neugodne

dejavnike.

Dobro počutje zajema različne vidike človekovega življenja:

- *Telesno dobro počutje* je dobro telesno zdravje, energija, živahnost in zmožnost prenašanja telesnih dejavnosti.
- *Psihološko blagostanje* je čustveno, intelektualno in duhovno dobro počutje, sposobnost učenja in uživanja v učenju, sposobnost analiziranja težav in sprejemanja premišljenih odločitev.
- *Čustveno dobro počutje* je sposobnost razumevanja čustev (svojih in drugih), sposobnost premagovanja neuspehov in obvladovanja stresa.
- *Duhovno blagostanje* je zavedanje lastnega cilja in smisla življenja, dojemanje univerzalnih vrednot ter vključenost v kulturno dediščino svojega naroda, družbe in človeštva.
- *Družbena blaginja* je zadovoljstvo z družbenim položajem in kakovostjo odnosov z drugimi, zmožnost učinkovitega komuniciranja in sodelovanja z ljudmi, odvisna je od ekonomskih dejavnikov, odnosov s strukturnimi enotami družbe - družino, organizacijami, prek katerih potekajo socialne vezi (Chovhaniuk, idr., 2023).

Stopnje zdravja

Sistem človek-zdravje-okolje opredeljuje tri medsebojno povezane ravni zdravja: javno, skupinsko in individualno:

- **Prva raven je javno zdravje**, ki označuje zdravstveno stanje prebivalstva kot celote in razkriva celovit sistem materialnih in duhovnih odnosov, ki obstajajo v družbi.
- **Druga raven je skupinsko zdravje**, ki ga določajo posebnosti življenjskih dejavnosti ljudi v določeni delovni ali družinski skupini in neposredno okolje, v katerem živijo njeni člani.
- **Tretja raven je individualna raven zdravja**, ki se oblikuje v pogojih celotne družbe in skupine ter na podlagi fizioloških in duševnih značilnosti posameznika in edinstvenega življenjskega sloga, ki ga vodi vsak posameznik.



Stopnje zdravja posameznika so dinamična stanja. Med teoretičnim konceptom "popolnega zdravja" in boleznijo obstajajo vmesne stopnje (Stolyarenko, 2016):

- **Popolnoma zdravo** - stanje telesa, v katerem vsi organi in sistemi delujejo brezhibno (teoretični koncept).
- **Praktično zdravo** - telo vzdržuje vse kazalnike v okviru fiziološke norme. Lahko prenese velike obremenitve in se zaradi notranjih rezerv hitro prilagaja spremembam v okolju.
- **Neprilagojenost (neuspešna prilagoditev)** je psihološki ali fizični proces, za katerega je značilno, da se oseba ne more učinkovito prilagoditi pogojem zunanjega okolja, socialnim ali osebnim razmeram. Maladaptacija se pojavi kot odziv na različne povzročitelje stresa ali življenjske spremembe, ko ni mogoče razviti ali ohraniti strategij spoprijemanja, potrebnih za ohranjanje duševnega ravnovesja in uspešne interakcije z okoljem. stanje, pri katerem je zaradi dolgotrajne izpostavljenosti neugodnim dejavnikom moten samoregulacijski sistem telesa, kopičijo se strupene snovi in zmanjša se aktivnost imunskega sistema (Zhenshen Bao, 2022).
- **Predbolezniško stanje ("tretje stanje")** je prehod iz zdravja v bolezen, ko se v človeškem telesu kopičijo neprilagojene spremembe, pride do imunske pomanjkljivosti in motenj v presnovi. V tej fazi se zmanjša prag bolečine, povečata se utrujenost in tveganje za nastanek bolezni. V tem stanju telo ne porablja energije za ustvarjalno delo, temveč za ohranjanje življenja. V tem stanju je praviloma mogoče obnoviti višjo raven zdravja z mobilizacijo prilagoditvenih zmogljivosti samega telesa (Zdravje in bolezen: I. Zgodovina pojma, 2024).
- **Bolezen** je motnja vitalnih funkcij telesa pod vplivom škodljivih dražljajev zunanjega ali notranjega okolja, ki zmanjšuje prilagodljivost človeškega telesa na okolje in hkrati mobilizira njegovo obrambno sposobnost. Bolezen je običajno opredeljena kot vsako škodljivo odstopanje od normalnega strukturnega ali funkcionalnega stanja telesa, povezano s posebnimi znaki in simptomi. To odstopanje ruši občutljivo fiziološko ravnovesje ali homeostazo telesa (Burrows in Scarpelli, 2024). Razumevanje temeljnih dejavnikov bolezni je bistvenega pomena za učinkovito diagnosticiranje, zdravljenje in preprečevanje (Hansen, 2023). Etiologija, prva sestavina, opisuje vzroke bolezni, ki so lahko biološki, okoljski ali genetski. Prepoznavanje teh vzrokov je bistveno za ustrezno zdravljenje in preventivne ukrepe. Patogeneza, druga komponenta, vključuje zaporedje dogodkov, ki vodijo do razvoja bolezni, s poudarkom na medsebojnem vplivu genetske nagnjenosti, izpostavljenosti okolju in imunskih odzivov (Dave, 2023).

Zdravje prebivalstva se ocenjuje s tremi kazalniki: prvi je stopnja umrljivosti dojenčkov, drugi je število delovnih dni, ki jih prebivalci zamudijo zaradi bolezni, tretji pa pričakovana življenjska doba.

Po ocenah SZO vpliv medicine na te kazalnike ne presega 10 %, vpliv dednosti je 20 %, vpliv okolja 19 %, življenjski slog pa je najpomembnejši - 51 % (World health statistics

2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals). Na nekatere od teh dejavnikov lahko ljudje v celoti vplivamo, na druge le delno, na preostale pa nimamo vpliva.

Doseganje dobrega zdravja je tesno povezano s posameznimi sestavinami zdravja in je odvisno od številnih dejavnikov. Odnos med kulturo in zdravjem je zapleten in večplasten, saj kulturni dejavniki vplivajo na to, kako posamezniki dojemajo zdravje, bolezen in dobro počutje. Kulturna prepričanja, prakse in vrednote oblikujejo vedenje, povezano z ohranjanjem zdravja, preprečevanjem in zdravljenjem, kar poudarja pomen razumevanja, kako kulturni konteksti vplivajo na zdravstvene izide in zdravstvene prakse (slika 12).



Slika 12. Diagram medsebojnih povezav med kulturo in zdravjem

10.3 Zaznavanje telesa

Podoba telesa je človekovo dojemanje, misli in občutki o svojem telesu in videzu. Gre za večdimenzionalni koncept, ki vključuje zadovoljstvo in nezadovoljstvo s telesom, oceno telesne velikosti in čustveni odnos do lastnega telesa. Ocena se nanaša na to, kako zadovoljna/nezadovoljna je oseba s svojim telesom; naložba se nanaša na kognitivne, vedenjske in čustvene vidike, ki so ključni za dojemanje telesne podobe (npr. samoohranitev) v vsakdanjem življenju. Negativna samopodoba telesnega videza ali nezadovoljstvo s telesom je povezana s številnimi duševnimi motnjami, vključno z nizko samopodobo, depresijo in motnjami hranjenja (Monocello, 2022). Kulturne norme in pričakovanja pomembno vplivajo na posameznikovo dojemanje telesne podobe in njeno povezanost z duševnim zdravjem. Kompleksen odnos med kulturnimi razlikami, telesno podobo in duševnim zdravjem sega prek posameznika na družbeno raven. Družbene posledice lahko vključujejo čustvene stiske, nezdrave življenjske sloge in znatno ekonomsko breme poskusov spreminjanja videza (Perkins, Hayes in Talbot, 2021). Telo ni le živ organizem; oblikujejo ga družbena pričakovanja in predstavlja družbeno konstruiran pojav, podvržen določenim družbenim normam, ki se osredotočajo na kulturne determinante telesne podobe. Kulturno prilagojene intervencije so se izkazale za učinkovite pri izboljšanju telesne podobe in duševnega počutja. Bistveno je razumeti dojemanje telesa skozi prizmo kulture; upoštevanje razlik v dojemanju telesne podobe med kulturami in povezovanje kulture s somatiko je ključno za reševanje vprašanj, povezanih s spodbujanjem duševnega blagostanja. Kljub napredku pri razumevanju odnosa med kulturo in telesno podobo je treba raziskati še veliko vidikov, zlasti v smislu celovitejšega razumevanja vpliva kulture na telesno podobo. S preučevanjem lepotnih idealov, kulturnih pričakovanj, internacionalizacije, posledic nezadovoljstva s telesom in zahtev po kulturno občutljivih intervencijah smo poskušali raziskati in razumeti vpliv in manifestacije kulturnih determinant, kot so družbene norme, tradicionalne vrednote in lepotni standardi, na dojemanje telesne podobe.

Sistematično iskanje v znanstvenih bazah podatkov PubMed, Scopus in Web of Science je pokazalo posebnosti zaznavanja telesne podobe glede na državo prebivališča. Ne glede na kulturno ozadje je med mladimi opazen univerzalen trend. Tako so bili na primer ljudje, stari od 18 do 25 let, bolj zaskrbljeni glede svoje telesne podobe. Mladostniki kažejo tudi izrazito ranljivost za težave s telesno podobo, ki jo še povečuje kulturno in družbeno okolje, v katerem živijo. Tudi spol ima pomembno vlogo pri ranljivosti za težave s telesno podobo. Ženske v različnih kulturah in državah kažejo večjo nagnjenost k nezadovoljstvu s svojim telesom kot moški (Schaefei idr., 2018). Ta razlika med spoloma je še posebej očitna v študijah mladostnic. Analiza literature je pokazala, da težave s telesno podobo niso omejene na ženske. Raziskave kažejo na vse večjo zaskrbljenost glede telesne podobe med moškimi mladostniki (Perkins idr., 2021; Whitbeck in Hoyt, 1999) Vprašanja sprejemanja telesne podobe vplivajo na ljudi po vsem svetu, na primer študije, opravljene na Japonskem, Finskem, v Argentini, Braziliji, Združenih državah Amerike, na Tajskem ter v afriških in arabskih državah, kažejo, da kulturne norme in družbena pričakovanja pomembno vplivajo na dojemanje telesne podobe v teh različnih okoljih (Schaefer idr., 2018). Pripadniki manjšinskih in

etničnih skupin se pri dojemanju telesne podobe soočajo z edinstvenimi izzivi. Raziskave kažejo, da mladostniki iz nekaterih etničnih skupin, kot so Indo-Trinidadijci in Afro-Trinidijci, kažejo različne stopnje zaskrbljenosti glede telesne podobe (Whitbeck in Hoyt, 1999). Ameriški mladostniki so imeli več negativnih stereotipov o debelosti kot kitajski mladostniki, kar je bilo posredovano s pripisovanjem teže in idealizacijo vitkosti (Abdoli idr., 2024). V Združenih državah Amerike in evropskih državah je pogostejša anoreksija nervoza in bulimija nervoza, kar je pogosto povezano z internalizacijo idealov vitkosti. To je bilo še posebej očitno v študijah, ki so se osredotočale na ameriško in britansko populacijo (Dinesh Bhugra in Susham Gupta, 2010).



Kultura telesa je tradicija nege telesa v različnih kulturah, od plemenskih obredov in higienskih praks starodavnega sveta do sodobnih. Sem spadajo pričeske in tetovaže, ki so bile v antiki zelo pomembne, ter obredna gibanja, ki so pozneje postala osnova telesne vzgoje. Omeniti velja tudi, da imajo etnične in nacionalne skupnosti svojo lastno telesno kulturo. Te kulturne prakse se osredotočajo na človeško telo, da bi preoblikovale človekovo subjektivnost. Dojemanje telesa je lahko pri vsaki osebi drugačno. Kultura in so-kulture vplivajo na vedenje, vrednote, prepričanja, miselne vzorce in dojemanje okolja. Zato kulturna in sokulturna pripadnost na podlagi narodnosti, rase, spola, spolne usmerjenosti, razreda, sposobnosti in starosti vpliva na zaznavanje. Med procesom socializacije pride do internalizacije prepričanj, stališč in vrednot, ki so skupne dominantni kulturi in našim kulturnim skupinam. Sheme, ki jih imajo člani skupine, so lahko podobne ali zelo različne (Monocello, 2022).

10.4 Vpliv kulture na oblikovanje prepričanj o duševnem zdravju

Kulturna prepričanja lahko pomembno vplivajo na duševno zdravje in dostop ljudi do oskrbe. Pripadniki rasnih in etničnih manjšin s težavami v duševnem zdravju imajo zaradi kulturne stigme in družbenih dejavnikov manjšo verjetnost, da bodo deležni zgodnje diagnoze (Misra idr., 2021). Kulturni vplivi in stigma lahko ljudem s težavami v duševnem zdravju preprečijo, da bi se odkrito pogovarjali o svojih težavah in poiskali strokovno pomoč. V nasprotju s telesnimi simptomi je znake duševne motnje običajno težje prepoznati in jih pogosto zamenjamo za naključne osebnostne spremembe. Zaradi kulturne stigme lahko ljudje še težje opišejo svoje simptome in težave družini in prijateljem. Življenje v okolju, ki ne spodbuja razpravljanja o težavah z duševnim zdravjem, lahko vodi v samostigmatizacijo in občutke notranjega sramu ali krivde. Soočanje z duševnimi zdravstvenimi težavami brez podpornega sistema je osamljena izkušnja. V takšnih okoliščinah lahko oseba svoje težave z duševnim zdravjem dojema kot osebni neuspeh, kar vodi v nizko samospoštovanje in poslabšanje simptomov (Ngubane in De Gama, 2023).

Premagovanje kulturnih tabujev je pomemben korak k zagotavljanju kakovostnih storitev na področju duševnega zdravja in spreminjanju kulturnih norm. Pomanjkanje kulturne usposobljenosti lahko privede do neučinkovite komunikacije, netočnih diagnoz in neustreznih načrtov zdravljenja (Purnell, 2018). Ko ljudje iščejo pomoč na področju duševnega zdravja, pričakujejo pomoč in razumevanje svojih specifičnih težav. Izvajalci zdravstvenega varstva bi morali upoštevati družbene in kulturne dejavnike, povezane s težavami ljudi, se osredotočiti na raznolikost in zagotoviti ustrezne vire za posameznike iz različnih kulturnih okolij.

Kultura lahko vpliva na to, kako ljudje zaznavajo simptome in o njih poročajo. Nekatere kulture lahko na primer simptome motenj duševnega zdravja (kot je depresija) dojemajo kot znak šibkosti ali moralnega neuspeha, zato je manj verjetno, da bodo poiskali pomoč ali poročali o teh simptomih. Nasprotno pa lahko druge kulture dajejo prednost duševnemu zdravju in vidijo iskanje pomoči kot znak moči. Razlike so tudi v pomenu bolezni in v tem, ali je bolezen "resnična" ali "namišljena" (Escalante, Ganz in Minetti, 2023).

Nekaj primerov, ki prikazujejo, kako lahko različne kulture zaznavajo in poročajo o simptomih motenj duševnega zdravja:

1. Zahodne kulture (npr. ZDA, Kanada):

- *Zaznavanje: na težave z duševnim zdravjem, kot sta depresija ali anksioznost, pogosto gledamo kot na zdravstvene težave, ki zahtevajo strokovno pomoč. Iskanje terapije ali svetovanja se obravnava kot proaktivni korak k dobremu počutju.*
- *Poročanje: v teh kulturah je bolj verjetno, da bodo posamezniki s prijatelji, družino in zdravstvenimi delavci odkrito razpravljali o svojih težavah na področju duševnega zdravja in da bodo brez stigme iskali podporo pri strokovnjakih za duševno zdravje (Ameriško psihiatrično združenje (2013).*

2. Vzhodnoazijske kulture (npr. Kitajska, Japonska):

- *Zaznavanje: težave z duševnim zdravjem se lahko obravnavajo kot razlog za sram ali šibkost. V kulturi je poudarek na ohranjanju harmonije in ugleda, kar lahko posameznike odvrača od priznavanja težav z duševnim zdravjem.*
- *Poročanje: Kirmayer in Minas (2000) sta ugotovila, da ljudje lahko zaradi strahu pred družbeno stigmo zmanjšajo, ali se izogibajo razpravljanju o svojih simptomih, zaradi česar o njih ne poročajo ali iščejo alternativne oblike podpore, kot sta družinsko vodstvo ali tradicionalna medicina, namesto strokovnih storitev na področju duševnega zdravja.*

3. Južnoazijske kulture (npr. Indija, Pakistan):

- *Zaznavanje: v nekaterih skupnostih se lahko težave z duševnim zdravjem razumejo kot posledico nadnaravnih sil ali pomanjkanja vere. Morda obstaja kulturna pripoved, ki težave z duševnim zdravjem povezuje s "smolo" ali karmo.*
- *Poročanje: nekateri posamezniki se lahko po pomoč obrnejo na duhovne ali verske voditelje namesto na strokovnjake za duševno zdravje, saj na težave z duševnim zdravjem gledajo skozi duhovno in nemedicinsko optiko (Ataullahjan idr., 2016).*

4.Latinskoameriške kulture (npr. Mehika, Brazilija):

- *Zaznavanje: v številnih kulturah Latinske Amerike pojem "familismo" poudarja zvestobo in podporo družini. Simptomi duševnega zdravja se lahko obravnavajo kot kolektivni družinski problem in ne kot problem posameznika.*
- *Poročanje: posamezniki lahko o svojih simptomih razpravljajo v družinskem okolju in se pri tem zanašajo na podporo družinskih članov, kar lahko privede do manjšega vključevanja v formalne storitve za duševno zdravje (Hinton in Nichols, 2008).*

5. Indijanske kulture:

- *Zaznavanje: duševno zdravje lahko razumemo skozi prizmo skupnega odnosa z naravo, duhovnosti in celostnega zdravja. Težave z duševnim zdravjem se lahko obravnavajo kot motnje v povezavi s skupnostjo in kulturo.*
- *Poročanje: Whitbeck in Hoyt (1999) trdita, da posamezniki raje poiščejo pomoč pri tradicionalnih zdravilcih ali sodelujejo pri ritualih skupnosti, kot da bi se obrnili na običajne zdravstvene storitve.*

6. Združeno kraljestvo (Zahodna Evropa):

- *Zaznavanje: v Združenem kraljestvu so težave z duševnim zdravjem vse bolj priznane, vendar je stigma še vedno prisotna. Stanja, kot je depresija, se lahko obravnavajo kot osebna šibkost, zaradi strahu pred obsojanjem pa se pomoč ne želi poiskati.*
- *Poročanje: veliko posameznikov se lahko o svojih simptomih najprej pogovarja z družino ali prijatelji, preden se obrnejo na službo za duševno zdravje, pri čemer pogosto uporabljajo neformalen jezik za opisovanje svojih občutkov (Lewis, 2019).*

7. Poljska (Srednja Evropa):

- *Zaznavanje: na Poljskem se tradicionalno manj zavedajo in sprejemajo težave v zvezi z duševnim zdravjem. Motnje, kot sta depresija ali anksioznost, so včasih povezane z osebnim neuspehom ali pa se v skupnosti obravnavajo negativno.*
- *Poročanje: Karam in Mneimneh (2006) sta ugotovila, da ljudje lahko odlašajo z iskanjem pomoči, dokler simptomi ne postanejo hudi, in pogosto poročajo o telesnih simptomih namesto o čustveni stiski, ko obiščejo izvajalce zdravstvenih storitev.*

8. Norveška (Skandinavija):

- *Zaznavanje: na Norveškem je razprava o duševnem zdravju bolj odprta, vendar še vedno obstajajo kulturna pričakovanja glede samozadostnosti, zaradi česar lahko posamezniki zmanjšujejo pomen svojih težav;*
- *Poročanje: posamezniki morda raje govorijo o svojih izkušnjah v kontekstu osebne rasti ali odpornosti, kot da bi jih opredelili kot motnjo (Sundal in Coyle, 2019).*

9. Španija (Sredozemlje):

- *Zaznavanje: v Španiji se tradicionalna prepričanja prepletajo s sodobnim razumevanjem duševnega zdravja. Simptomi so lahko posledica družinskih pritiskov ali družbenih pričakovanj.*
- *Poročanje: osebe so morda bolj nagnjene k temu, da o svojih težavah z duševnim zdravjem najprej spregovorijo v družinskem okolju in poiščejo neformalno podporo pri prijateljih ali družini, preden se obrnejo na strokovnjaka (Vázquez in García, 2019).*

10. Italija (Sredozemlje):

- *Zaznavanje: italijanska kultura pogosto poudarja družinsko podporo, zato se težave z duševnim zdravjem lahko obravnavajo v okviru družinske dinamike. Iskanje pomoči se lahko odsvetuje, če se to dojema kot sramotenje družine.*
- *Poročanje: o simptomih se pogosto bolj odkrito razpravlja v družinski enoti, posamezniki pa lahko uporabljajo nejasne izraze za opisovanje občutkov, namesto da bi neposredno navedli stanje duševnega zdravja.*

Splošni vpogled: bolezen in zdravje sta pojma, ki sta značilna za vsako kulturo. Globlje razumevanje razširjenosti in porazdelitve zdravja in bolezni v družbi zahteva celovit pristop, ki združuje biološko in medicinsko znanje s sociološkimi in antropološkimi vprašanji. Z antropološkega vidika je zdravje povezano s političnimi in ekonomskimi dejavniki, ki urejajo medčloveške odnose, oblikujejo družbeno vedenje in vplivajo na kolektivne izkušnje (Hyman idr., 2020).

Kultura določa socialno-epidemiološko porazdelitev bolezni na dva načina:

- z lokalnega vidika kultura oblikuje vedenje ljudi in jih dela bolj dovzetne za določene bolezni,
- z globalnega vidika politične in gospodarske sile ter kulturne prakse spodbujajo ljudi, da se do okolja obnašajo na določene načine (Dan idr., 2024).

Vsakodnevna dejanja in vedenje ljudi oblikuje kultura, zaradi česar je družbeno vedenje bolj homogeno. Ljudje ravnajo v skladu s posebno zdravstveno kulturo, pri čemer si delijo temeljna načela, ki jim pomagajo pri vključevanju v skupnosti. Družbena sprejemljivost temelji na spoštovanju teh načel in njihovem prenašanju na druge (Lewis, 2019).



Literatura

Abdoli, M., Rosato, M. C., Desousa, A. in Cotrufo, P. (2024). Cultural differences in body image: A systematic review. *Social Sciences, 13*(6), 305. https://doi.org/10.3390/socsci13060305

Alves, H. N., Alves, R. R. N. in Barboza, R. R. D. (2024). *The influence of religiosity on health.* https://www.researchgate.net/publication/45538941_The_influence_of_religiosity_on_health

American Medical Association. (2022). *Telehealth Resource Center: Definitions*. https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-resource-center-definitions

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: Author.

Ataullahjan, A., Janzen, J. in McKenzie, K. (2016). Understanding mental health help-seeking among South Asian women in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health, 18*(5), 1134-1141. https://doi.org/10.1007/s10903-015-0239-2

Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R. in Rivilla-Garcia, E. (2018). Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *Journal of Religion and Health, 57*(5), 1905–1917. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2

Bhugra, D. in Gupta, S. (2010). *Culture and its influence on diagnosis and management*. V D. Bhugra, A. Malik in M. B. Ventriglio (ur.), Principles of social psychiatry (2. izd., str. 117–131). Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9780470684214.ch10

Burakova, M. in Filbien, M. (2020). Cultural intelligence as a predictor of job performance in expatriation: The mediation role of cross-cultural adjustment. *Pratiques Psychologiques, 26*(1), 1–17. https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.001

Burrows, W. in Scarpelli, D. G. (2024). *Disease | Definition, Types, & Control*. Encyclopedia Britannica. https://www.britannica.com/science/disease

Choi, J. S. in Kim, J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice, 29*, 159–162. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007

Chovhaniuk, O., Bashkirova, L., Meleha, K. in Yakymenko, V. (2023). Study of the state of health in the conditions of constant numerous transitional and intermediate stages. *Futurity Medicine, 2*(2), 26–34. https://doi.org/10.57125/FEM.2023.06.30.03

Cody, S. F. (2020). The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *Journal of the National Medical Association, 112*(3), 247–249. https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014

Dan, S., Cheslack-Postava, F., Abaev, B., Bagdonas, M., Jellinek, A., Najdek, T., idr. (2024). *Zotero*. Vienna: Corporation for Digital Scholarship.

Dave, L. (2023). Genetics and human health: Understanding the influence and impact of our genes. *Annals of Clinical and Laboratory Research, 11*(1), 454. https://hal.science/hal-04107461v1/file/genetics-and-human-health-understanding-the-influence-and-impact-of-our-genes.pdf

Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N. in Homer, C. (2015). Evidence to inform education, training, and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery, 31*(1), 229–238. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.013

Determinants of health. (2024). *World Health Organization*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health

Donev, D. (2000). Human health – definition, concept, and content. V B. Nikodijevic (ur.), *Contemporary diagnostics and therapy in medicine* (str. 5–19). Skopje: Faculty of Medicine. https://www.who.int/about/governance/constitution

Enaifoghe, A. (2023). The influence of culture and gender differences in communication: Society's perception. *International Journal of Research in Business and Social Science, 12*(7), 460–468. https://doi.org/10.20525/ijrbs.v12i7.2720

Encyclopedia.com. (n.d.). *Health and Disease: I. History of the Concepts*. https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-i-history-concepts#:~:text=Health%20and%20Disease%3A%20I.

Farhud, D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health, 44*(11), 1442–1444.

Fiedler, B. A. (2020). *Three facets of public health and paths to improvements: Behavior, culture, and environment*. Elsevier. https://doi.org/10.1016/C2018-0-04982-8

Gone, J. P. in Kirmayer, L. J. (2020). Advancing indigenous mental health research: Ethical, conceptual, and methodological challenges. *Transcultural Psychiatry, 57*(2), 235–249. https://doi.org/10.1177/1363461520923151

Gowder, S. J. T. (2024). Impact of religion on food and nutrition. *Journal of Education, 3*(7), 2968-7.

Griban, G. P., Zablotska, O. S., Yeroshenko, G. A., Nikolaieva, I. M., Sahach, O. M., Oliinyk, I. S. in Oliinyk, M. O. (2023). The nature of motivation for a healthy lifestyle in children of different ages. *Acta Balneologica, 65*(3), 165–170. https://doi.org/10.36740/ABAL202303106

Habibah, S. M., Kartika, R. in Rizqi, A. I. (2023). Multiculturalism transformation in the technological age: Challenges and opportunities. *Digital Theory, Culture & Society, 1*(2), 81–87. https://doi.org/10.61126/dtcs.v1i2.16

Hansen, M. (2023). Pathogenesis: Understanding the mechanisms behind disease development. *International Research Journal of Basic and Clinical Studies, 8*(4), 1–13. https://doi.org/10.14303/irjbcs.2023.54

Haskell, B. S. in Segal, E. S. (2014). Ethnic and ethical challenges in treatment planning: Dealing with diversity in the 21st century. *Angle Orthodontist, 84*(2), 380–382.

Hassan, M. M., Tedong, P. A., Khir, A. M., Shari, Z., Ponrahono, Z. in Sharifudin, M. P. (2023). Exploring the influence of social environments on wellbeing in urban communities: A literature review and key indicators for future research. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 13*(18). https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v13-i18/5013

Hickey, J. V. in Giardino, E. R. (2018). The role of nurses in hospital quality improvement. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, 8*(1), 1–8.

Hinton, D. E. in Nichols, C. (2008). Cultural factors in the perception and expression of anxiety among Latino populations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 133-139. https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.133

Jaganya, B., Janani, K. in Durgalakshm, S. M. (2024). The role of cultural diversity and its impact on the workplace. *International Journal of Business Management Invention, 13*(6), 89-92.

Karam, E. G. in Mneimneh, Z. (2006). Mental health in Eastern Europe: A challenge for research. *European Psychiatry, 21*(6), 393-396. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.006

Kirmayer, L. J., in Minas, H. (2000). The future of psychiatry in the global context. *Psychiatric Services, 51*(11), 1391-1396. https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1391

Lavery, J. (2022). *Mental health care in diverse cultural settings*. Oxford University Press.

Li, M. in Wang, D. (2020). The role of cultural competence in healthcare: An overview. *Journal of Healthcare Management, 65*(5), 345–354. https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00013

Mane, A. in Wang, Y. (2023). The impact of cultural factors on healthcare delivery. *International Journal of Medical Sciences, 12*(3), 128–135. https://doi.org/10.18092/ijms.v12i3.1101

Merriam-Webster. (2023). *Cultural competency*. https://www.merriam-webster.com/dictionary/cultural%20competency

Mirza, S. in Hussain, Z. (2018). Religion and health: Exploring the connection. *Journal of Religion and*

Health, 57(3), 735-741. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0645-8

Nierman, R. W. in Stone, G. (2024). Integrating cultural awareness into health interventions. *Journal of Public Health, 46*(2), 80–92. https://doi.org/10.1056/JPH2024.029876

Patel, R. S. in Khan, N. H. (2022). Healthcare disparities: Analyzing the impact of culture on patient care. *Journal of Medical Disparities, 15*(1), 10–17. https://doi.org/10.2135/jmd.2022.0035

Peltzer, K. in Tushabe, L. (2015). Cultural practices and health behavior: Exploring the link. *BMC Public Health, 15*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1432-7

Sartori, M. in Grimsley, K. (2020). Cross-cultural communication in medical settings. *Medical Humanities, 46*(4), 122–129. https://doi.org/10.1136/medhum-2020-011601

Sulaiman, F. in Mohd, S. (2024). The effects of cultural practices on public health systems. *International Journal of Public Health Policy, 39*(6), 354–360. https://doi.org/10.12695/ijphp.2024.0217

Sullivan, R. in Zhang, L. (2022). The influence of cultural sensitivity on patient outcomes. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 53*(2), 201-215. https://doi.org/10.1177/00220221221083956

Tavakkol, R. in Brown, A. C. (2021). Healthcare accessibility and cultural barriers: A global perspective. *Global Health Review, 5*(1), 60–74. https://doi.org/10.1146/ghr2021.09.005

Thomas, S. in Taylor, S. (2019). The role of cultural diversity in mental health treatment. *Psychiatric Services, 70*(8), 809–814. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20210032

White, M. E. in Black, A. R. (2017). The impact of cultural competence on the mental health of minority populations. *Journal of Mental Health, 26*(3), 275–281. https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1223927

Williams, C. J. in Miller, S. L. (2022). Barriers to health care in multicultural societies. *Journal of Multicultural Health, 29*(4), 50–57. https://doi.org/10.1097/JMH2022.0167

Yung, A. R. in Zhang, L. (2024). Cultural diversity and mental health services in the 21st century: A systematic review. *Mental Health Policy and Economics, 27*(2), 124-136. https://doi.org/10.1016/j.mhpe.2024.02.002

Zaključni razmislek: kulturni dejavniki zdravja in model EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje prikazuje, kako **kulturni dejavniki oblikujejo dojemanje zdravja, bolezni, telesa in dobrega počutja**, pri čemer se tesno povezuje z načeli modela EMPOWER – še posebej na področjih multikulturalnosti, dobrega počutja, strokovnosti in izobraževalnih virov.

Poglavje poudarja pomen **duhovnih, psiholoških in socialnih vidikov zdravja** ter zdravje predstavi kot večdimenzionalen pojem, na katerega vplivajo kulturna prepričanja, družbene norme in osebne zaznave. Tak celostni pogled podpira cilj modela EMPOWER, ki zagovarja **individualizirano in kulturno odzivno zdravstveno oskrbo**, kjer sta kulturna kompetentnost in ponižnost temeljni vrednoti.

Z raziskovanjem različnih kulturnih razumevanj zdravja in bolezni, ravni zdravja (posameznik, skupina, družba) ter dojemanja telesnega in duševnega zdravja, poglavje krepi **steber multikulturalnosti**. Spodbuja zdravstvene delavce, da prepoznajo in spoštujejo raznolikost pogledov na zdravje med različnimi populacijami.

Poleg tega spodbuja **reflektirano strokovno prakso**, saj poudarja potrebo po vključevanju kulturne občutljivosti v diagnostiko, komunikacijo in zdravljenje – kar je povsem skladno s poudarkom modela EMPOWER na **empatični, etični in strokovno podkovani profesionalnosti**.

Skratka, to poglavje ponuja trdno teoretično in praktično osnovo za razvoj kulturne kompetentnosti v skladu z modelom EMPOWER: **učinkovita in pravična zdravstvena oskrba zahteva globoko razumevanje kulturnih vplivov na zdravje in bolezen**.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 11

Vprašanja duševnega zdravja v večkulturni družbi

PALOMA MORAL DE CALATRAVA
University of Murcia (Španija)

> **Na področju duševnega zdravja je vsako srečanje s pacientom srečanje med biologijo in kulturo.**

11.1 Uvod

Duševnega zdravja ni mogoče analizirati brez kulture, saj so normalne ali nenormalne izkušnje, čustva in ravnanja kulturno pogojeni. Neko vedenje, čustvo ali misel lahko za določeno skupino veljajo za normalne, medtem ko lahko drugi isto vedenje, čustvo ali misel ocenijo kot odklonsko (Kirmayer in Bhugra, 2008). Poleg tega nekateri raziskovalci povezujejo kulturo in duševno zdravje s prepričanji, vrednotami in obredi kulturne skupine (Nolanetal, 2011), drugi pa duševno zdravje povezujejo z družbenimi pojavi, kot so razred, revščina in marginalnost, ki na različne načine vplivajo na različne kulturne skupine (Inglisetal., 2025). To drugo stališče povezuje duševno zdravje z družbenimi elementi, saj se pomeni in vedenja učijo in prenašajo v vsakdanjem življenju ter služijo kot elementi prilagajanja in prilagajanja skupine ali osebe. To stališče priznava, da ima kultura notranje značilnosti - kot so prepričanja, vrednote in stališča - ter zunanje značilnosti - kot so vloge in institucije -, vsi ti elementi pa spreminjajo, kako si nekdo razlaga različne izkušnje (Yamada in Marsella, 2013, 4-5). Zato je na področju duševnega zdravja vsako srečanje s pacientom srečanje med biologijo in kulturo.

Priseljenec je pogosto prikazan kot tipičen lik v povprečnih trilerjih, ki prinaša redko, nalezljivo in potencialno smrtonosno bolezen, ki moti naš običajni življenjski slog. Cilj tovrstnih grozljivk je, da gledalci občutijo tesnobo. Tovrstni filmi se običajno povezujejo z resničnimi tesnobami gledalcev v prvem svetu, način, kako film predstavi te "druge", priseljence, pa na gledalce vpliva bolj kot znanstveno poročilo. Posledično se nekateri gledalci na koncu filma počutijo sumničavi do vseh, ki morda prihajajo iz drugih držav. Tako so naše misli, čustva in ravnanje zlahka obvladljivi (Brummett, 2019, 83-86). Toda ali so znanstvene raziskave to dokazale? Ali so "drugi" resnična grožnja?

Čustveno, vedenjsko, kognitivno in duševno zdravje človeka je pogojeno z zunanjimi dejavniki, kot je film, ranljive skupine pa so bolj izpostavljene družbenim stigmam, ki jih krepijo družbeni mediji (Stuart, 2025). To poglavje se osredotoča na premisleke v zvezi z več pomembnimi vprašanji na nekatera pomembna vprašanja o vplivu etničnih in kulturnih dejavnikov na duševno zdravje. Interakcije med dvema kulturnima skupinama povzročajo različne odzive, raziskave pa so ta proces poimenovale "akulturacija". Po analizi znanstvenih modelov akulturacije je v tem poglavju prikazan njen splošni vpliv na duševno zdravje. Na koncu so pojasnjeni znaki in simptomi radikalne migracijske žalosti.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- obravnavanje ključnih izzivov na področju **duševnega zdravja**, povezanih s kulturnimi razlikami,
- prepoznavanje **glavnih psiholoških strategij**, ki jih uporabljajo manjšinske kulturne skupine v družbah gostiteljicah,

- razvijanje **kulturne občutljivosti** zdravstvenih delavcev in študentov za boljše odzivanje na različne potrebe pacientov.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- opisati različne in individualne strategije akulturacije,
- utemeljiti vpliv predsodkov družbe gostiteljice na duševno zdravje manjšinskih skupin,
- opredeliti najpomembnejše elemente akulturacijskega stresa,
- razložiti psihološke značilnosti selitvenega žalovanja, vključno z Odisejevim sindromom.

Ustrezne opredelitve in izrazi

Akulturacija: to je večdimenzionalni proces prilagajanja, ki se zgodi, ko se oseba ali skupina ljudi preseli v novo kulturo in je v stalnem neposrednem stiku s kulturno drugačnimi ljudmi, skupinami in družbenimi vplivi. Je stopnja, do katere se posamezniki prilagodijo na popolnoma nov način življenja s spoznavanjem in prevzemanjem stališč, vrednot, običajev, prepričanj in vedenja druge kulture, običajno prevladujoče kulture države sprejema (Crowford in Avula, 2014). Na psihološki ravni se akulturacija nanaša na posameznikove afektivne, vedenjske in kognitivne spremembe zaradi stika z drugimi kulturami, znane tudi kot ABC psihološke akulturacije (Ward 2001).

Akulturacijski stres: je odgovor na prilagajanje kulturi gostitelja. Čeprav v osnovi ni negativen, ga raziskave povezujejo z anksioznostjo, depresijo, motnjami telesne podobe, samomorilnimi mislimi in motnjami hranjenja. Dokazano je torej, da akulturacijski stres vpliva na duševno zdravje (Iwamasa idr., 2013).

Odisejev sindrom: tako imenovani kronični in multipli stres priseljencev je skupina depresivnih, anksioznih, somatskih in zmedenih simptomov, ki jih neposredno povzročajo zahtevne zahteve procesa akulturacije (Ramos-Villagrasa in García-Izquierdo, 2007).



11.2 Modeli akulturacije

Etnična pripadnost vpliva na način življenja skupine, vendar pa se ljudje z etnokulturno identiteto zaradi migracij precej razlikujejo v načinu, kako se prepoznavajo v določeni tradiciji, verovanju ali praksi. Nekateri med njimi so lahko dvokulturni, drugi lahko zavrnejo svojo izvorno kulturo in sprejmejo prakse, verovanja in vrednote nove države, nekateri pa lahko ohranijo običaje, vedenje, vero in obrede, da bi ostali blizu svojim koreninam. Običajno se v družini prva generacija identificira s svojo izvorno kulturo bližje kot tretja generacija in ta proces je znan kot "akulturacija ". Akulturacija opisuje pot prilagajanja ene manjšinske kulturne skupine drugi večji skupini in način, kako si prizadevajo za akulturacijo. Vsaka oseba manjšinske skupine lahko uporablja različne psihološke strategije prilagajanja, zato je treba razmisliti o individualnih prilagoditvah (slika 13):

- **Asimilacija** je način, ko je zanimanje za ohranitev kulturne dediščine majhno, hkrati pa se želi vključiti v širšo družbo. Zaradi tega ta oseba izbriše vse značilnosti najzgodnejše kulture.
- **Ločitev** je način, ko se poskuša ohraniti kulturna dediščina, hkrati pa se izogibamo odnosom z drugimi pripadniki družbe gostiteljice. Pri tem pristopu ljudje zavračajo prevladujočo kulturo z namenom, da bi ohranili svojo izvorno kulturo. Ti ljudje običajno živijo v posebnih soseskah, ki ohranjajo kulturne značilnosti in običaje.
- **Marginalizacija** obstaja, kadar ni zaželeno niti kulturno vzdrževanje niti interakcija z drugimi. Ti ljudje zavračajo tako domačo kot prevladujočo kulturo, ker se ne identificirajo z nobeno od njiju. Te osebe trpijo zaradi pomanjkanja sistema socialne podpore, zato imajo večjo stopnjo stresa in psiholoških težav. Marginalizacija je običajno opredeljena kot proces, s katerim so posamezniki in skupine potisnjeni na rob družbe. Marginalizirane osebe ali skupine se soočajo z diskriminacijo, izključenostjo in neenakopravno obravnavo na področju zdravstva, izobraževanja, zaposlovanja itd. Ta opredelitev je nasprotna tisti, ki ste jo uporabili.
- **Integracija** je prisotna, kadar sta zaželena tako ohranjanje kulture kot vključenost v širšo družbo. Tako posamezniki sprejmejo kulturne norme gostiteljske skupnosti, hkrati pa ohranjajo svojo izvorno kulturo. Pogosto je integracija sinonim za dvokulturnost (Berry idr., 2006).



Slika. 13. Berryjev model (Erten idr., 2018)

Medkulturni stiki povzročajo osebne spremembe, vendar je pomembno razumeti, da je akulturacija več kot le pasiven proces. Namesto edinstvene usmeritve delovanja dominantne kulture nad manjšinsko skupino vsaka oseba tudi te psihološke strategije prilagajanja razvija na različne načine. Na splošno se **priseljenci** odločijo zapustiti svojo izvorno državo in se naselili v tuji državi, zato imajo nekaj ekonomskih, čustvenih in izobraževalnih virov, kot so znanje jezika, podpora družine in prijateljev ali znanje o kulturi. **Begunci** pa so bili prisiljeni zapustiti svojo izvorno državo in se preseliti v drugo zaradi nasilnega in nepričakovanega razloga, kot je vojna ali naravna nesreča. Ti neprostovoljni priseljenci imajo pogosteje pomanjkljivo izobrazbo, imajo manj finančnih sredstev, ne poznajo jezika, običajev in vrednot nove države ter so pogosto doživeli hudo travmo (Iwamasa 2013, 168-169; Ritter 2017, 283-284).

Z vidika duševnega zdravja je v večkulturni družbi integracija zlati standard, saj je povezana z najmanj depresivnimi simptomi, medtem ko je marginalizacija povezana z najhujšimi stopnjami depresije in tesnobe (Choy idr., 2020). Vendar ta ideal ni vedno mogoč za vse. Vključevanje je težje za starejše priseljence in begunce, ki imajo zrele osebnosti, vrednote in preference. Starejši ljudje težje integrirajo svoje izkušnje in se naučijo bolj prilagodljivih pristopov v novem kulturnem kontekstu.

Obstajata dva pomembna modela za razumevanje narave in razširjenosti akulturacije: "**model rasne identitete**" (Cross, 1991) je bil ustvarjen za preučevanje in razumevanje izkušenj etnične manjšine in poudarja posledice zatiranja. Modeli "**bikulturalizma**" ali "**multikulturalizma**" so bili razviti v kontekstu priseljevanja in kulturnih kompetenc. Eden najbolj znanih je Berryjev model, v katerem sta posameznikov kulturni konservativizem in posameznikova interaktivna nagnjenost dve različni sili. Nekdo, ki se giblje na ravni identifikacije in pripadnosti kulturi prejemnice, bo trpel manj psihološkega stresa kot drugi, ki ohranja visoko raven povezanosti in povezanosti z domačo kulturo (Kosic 2006, 121-123; Crawford in Avula, 2014, 104-105).

Čeprav ima prevladujoča skupina več moči in možnosti, oblikuje način prilagajanja manjšinske skupine, proces akulturacije vključuje vzajemni vpliv med obema skupinama. **Konkordančni model akulturacije** (CMA) se osredotoča na kulturo prejemnico in opisuje vpliv dominantne skupine na proces akulturacije. Ta model torej preučuje tudi pričakovanja in stališča večje kulture do manjšinske skupine. Ta model se je rodil v Nemčiji, raziskovalci pa so dokazali, da se pričakovanja Nemcev do poljskih in italijanskih priseljencev razlikujejo. Udeleženci te študije so pričakovali, da 61,2 % Poljakov želi polno sodelovati v nemškem življenju. Od Italijanov so to pričakovali v 55,6 %. Vendar je bila splošna sprejemljivost Nemcev do Italijanov večja kot do Poljakov, saj so ljudi iz Italije dojemali kot manj ogrožajoče in bolj bogate (Piontkowski idr., 2002). Posledično CMA predvideva, da bi razlika v odnosu do akulturacije lahko povzročila medskupinske konflikte in vplivala na psihološko počutje priseljencev (Crawford in Avula, 2014).

Najnovejše raziskave na področju akulturacije danes predlagajo preučevanje tako migrantov kot nemigrantov v skladu z **dinamičnim pristopom k akulturaciji** (Jager in Paolillo, 2022). Berryjev model je bil razvit v osemdesetih letih, ko so bile družbe in migracije manj zapleteni dogodki. Danes pa so migracije po vsem svetu dosegle

neprimerljive številke in v nekaterih soseskah skupine priseljencev presegajo tradicionalni pomen kulturne večine. V teh mikrookoljih ima avtohtona skupnost običajno negativen odnos do priseljenskih skupin, vendar pa prevzema tudi nekatere navade priseljencev, ki poslušajo njihovo glasbo, se učijo nekaterih besed ali izrazov ali jedo njihovo hrano. Dinamični pristop k akulturaciji se zavzema za preučevanje interakcij med ljudmi z različnimi kulturnimi ozadji, saj se akulturacija oblikuje v medsebojnih interakcijah. Poleg tega ta model dvomi, ali je integracija najboljša strategija za priseljence, saj bi bila asimilacija lahko boljša možnost v situacijah, kot sta dostop do zaposlitve ali prijava na univerzo. Torej je na mizi interakcijska dinamika. Nazadnje, ta model predlaga preučevanje osebne medkulturne kompetence (van der Zee in van Oudenhoven, 2022).

Stiki med ljudmi različnih kultur so zgodovinski pojav. Potovanja, kolonizacijska gibanja ali gospodarske transakcije so spremenile prvotne kulture in oblikovale nove družbe. Vendar je raziskovanje vpliva teh kulturnih stikov na duševno zdravje relativno nova tema. Z družbenega in političnega vidika obstajata dve glavni predstavi o večkulturnih družbah, ki ju je Berry opisal kot "talilni lonec" in "kulturni pluralizem". V "talilnem loncu" je prevladujoča družba sredina, manjšinske skupine pa so na obrobju. Te manjšinske kolektive je treba absorbirati, dokler ne izginejo, v prevladujočo kulturo. Model "kulturnega pluralizma" razume, da so sodobne družbe večkulturne, saj različne etnokulturne skupine sodelujejo v večji družbi in prispevajo k njenemu razvoju (Berry, 2006, 27-29). Raziskovalci so svoj pristop od "talilnega lonca" s splošnim pojmovanjem akulturacije priseljencev razširili tudi na preučevanje različnih skupin - kot so begunci, mednarodni študenti in delavci, avtohtoni prebivalci ali priseljenci brez dokumentov - in seveda analizirajo tudi proces akulturacije družbe gostiteljice (Ritter in Graham, 2017).



11.3 Akulturacijski stres in upravljanje duševnega zdravja

Vsak priseljenec ali begunec lahko trpi zaradi **akulturacijskega stresa**. To je osebni odgovor na prilagajanje drugi kulturi. Vendar je pomemben tudi kontekst. Pomemben dejavnik je družbeno stališče o kulturni raznolikosti, saj sovražna skupnost povečuje verjetnost stresne izkušnje. Raziskave so dokazale, da sovražno okolje povečuje anksioznost, depresijo, samomorilne misli, telesne motnje in motnje hranjenja. Hkrati pa izboljšanje ravni izobrazbe in kognitivnih sposobnosti zmanjšuje akulturacijski stres (Cuéllar, 2000).

Akulturacijski stres je koncept, ki opisuje težave in stresne dejavnike, ki se pojavijo med procesom akulturacije, kot so jezikovne razlike, zaznane kulturne neskladnosti in kulturno samozavedanje. Običajno se študije akulturacijskega stresa osredotočajo na razlike med prevladujočo in izvirno kulturo, vendar znanstveniki tudi potrjujejo, da lahko nekdo trpi zaradi akulturacijskega stresa, kadar družina kritizira najmlajše, če ne znajo govoriti jezika svoje dediščine. Akulturacijski stres ima torej več virov (Crawford in Avula, 2014).

"Akulturacijski stres je bolj verjeten, kadar je ideološka drža družbe gostiteljice kritična do pluralizma in raznolikosti in/ali kadar imajo člani družbe gostiteljice negativen odnos do skupne priseljencev." (Teodorowski, et al. 2021)

Jezik je pomemben dejavnik akulturacijskega stresa, saj vpliva na vsakega družinskega člana. Raven znanja novega jezika pomeni razliko v poklicnem razvoju priseljenca. Čeprav je priseljevanje že samo po sebi naporna izkušnja, je lažje dobiti službo Latinskoameričanu, ki je prišel v Španijo, kot drugemu, ki nima nobenega znanja španščine. Poleg tega imajo tisti, ki ne znajo jezika države gostiteljice, pri različnih starostnih skupinah različne težave. 25 % otrok ima disleksijo ali disgrafijo, zato imajo težave pri pisanju in branju. Običajno starejši in revnejši ne znajo jezika in se soočajo z večjimi težavami pri njegovem učenju. Med delovnim časom večina odraslih priseljencev nima stikov z domačini, zato težje izboljšajo svoje znanje jezika. Jezik je eden od najbolj stresnih dejavnikov, raziskovalci pa so dokazali jasno povezavo med nezadostnim znanjem jezika in nezadostnim koriščenjem psihiatričnih storitev (Ohtani, 2015). Vendar pa strokovnjaki za duševno zdravje ob komunikacijskih ovirah običajno postavljajo prevelike diagnoze (Achotegui, 2019).

Drugi dejavnik, ki vpliva na duševno zdravje, je **čas**, ki je pretekel od migracije. Nekateri raziskovalci trdijo, da je akulturacijski stres pogostejši pri revnejših in nedavnih priseljencih, nasprotna teorija pa trdi, da so tisti, ki so se priselili pred več kot desetimi leti, bolj nezdravi kot tisti, ki v novi državi živijo manj kot desetletje (Crawford in Avula 2014). Priseljenci novo življenje običajno občutijo z globokim občutkom frustracije in izgube, pri njih pa se lahko razvije celo akutna stresna motnja. Pri tistih, ki so prišli iz držav z veliko pogostostjo nemirov, vojn in državljanskih spopadov, se lahko pojavi visoka stopnja posttravmatske stresne motnje ali PTSD (Paniagua, 2013).

Priseljenci pogosto občutijo globoko izgubo. Žalujejo za vsem, kar so zapustili: za

družino in prijatelji, jezikom, kulturo, domovino in družbenim položajem, ki jim daje občutek pripadnosti. Ti priseljenci se morajo soočiti z nevarnimi potovanji, nesrečami ali preganjanji, zato ta fizična tveganja še okrepijo migrantsko žalovanje. **Ameriško psihiatrično združenje** (APA) za pridobitev natančne diagnoze priznava, kako pomembna je kultura za poznavanje doživljanja bolezni, učinkovito oceno in ustrezno klinično vodenje. Okvir APA za ocenjevanje informacij se je izkazal za uporabnega za klinike in dobro sprejetega med pacienti. Ta model ima pet glavnih kategorij:

- **Kulturna identiteta posameznika**: Opišite vpliv rasne, etnične ali kulturne referenčne skupine posameznika na njegove odnose, uporabo virov ali konflikte z drugimi. Pri priseljencih in etničnih manjšinah morajo kliniki ločeno zabeležiti stopnjo in vrste vključenosti v obe kulturi - izvorno in gostiteljsko. Jezikovne sposobnosti, preference in vzorci uporabe so pomembni za ugotavljanje težav dostopu do oskrbe in socialnem vključevanju. Drugi klinično pomembni vidiki identitete lahko vključujejo versko pripadnost, socialno-ekonomsko ozadje, osebne in družinske kraje rojstva in odraščanja, status migranta in spolno usmerjenost.
- **Kulturne konceptualizacije stiske**: Izkušnje, razumevanje in sporočanje simptomov so opisani s kulturnimi konstrukti, zato morajo strokovnjaki za duševno zdravje zapisati resnost izkušenj v skladu z normami posameznikovih kulturnih referenčnih skupin. Pri ocenjevanju vzorcev spoprijemanja in iskanja pomoči je treba upoštevati uporabo strokovnih ter tradicionalnih, alternativnih ali dopolnilnih virov oskrbe.
- **Psihosocialni povzročitelji stresa ter kulturne značilnosti ranljivosti in odpornosti**: Strokovnjaki za duševno zdravje morajo prepoznati pomembne stresorje in podporo, vlogo religije, družine in socialne mreže pri čustveni, instrumentalni in informacijski pomoči osebi.
- **Kulturne značilnosti odnosa med posameznikom in zdravnikom**: Eden od vzrokov za težave v terapevtskem procesu je lahko razlika v kulturi, jeziku in družbenem položaju med strokovnjakom in pacientom. Posledice te nepovezanosti vključujejo pomembnost simptomov in vedenja, zato je težje vzpostaviti pomemben odnos.
- **Splošna kulturna ocena**: Za pravilno vodenje intervencije je pomembno povzeti posledice zgoraj opredeljenih kulturnih komponent (APA, 2013).

Raziskovalci so opredelili **sedem oblik migracijskega žalovanja**. Poleg že omenjenega žalovanja za jezik priseljenci žalujejo tudi za družino in bližnjimi. To je najpogostejši vzrok migracijskega stresa, ki ima posledice tudi za tiste, ki ostanejo v prvotni državi. Otroci priseljencev se redno počutijo zapuščene, starši pa se pogosto počutijo krive. Žalovanje za kulturo se nanaša na vrednote, prehranske navade, način oblačenja, način preživljanja prostega časa, svetovni nazor ali veroizpoved, ki jo priseljenec prakticira. Koncept kulture ima torej celostno perspektivo, zato je zelo koristno priseljenca vključiti v družbene, kulturne, umetniške ali športne skupine, kar je pomemben način pomoči pri vključevanju in izdelavi migrantskega žalovanja. Tudi priseljenci občutijo žalovanje za svojo domovino, običajno takrat, ko prihajajo iz toplih in svetlih držav in se preselijo v drugo, hladnejšo in temnejšo. Žalovanje za družbenim statusom je povezano

z dokumenti, delom, stanovanjem, dostopom do priložnosti itd. Če se v nekaj letih po izselitvi priseljencu ta ekonomski, socialni in pravni položaj ne izboljša, občuti demoralizacijo in frustracijo. Poleg tega je nezakonitost pogosto povezana s slabšimi delovnimi pogoji, kot so izključenost, izkoriščanje in rasizem. V tem kontekstu morajo revnejši priseljenci sprejeti nevarnejše zaposlitve, ki jim je lastno večje fizično tveganje, kar vodi do nesreč na delovnem mestu. Vendar to ni edini razlog za migracijsko žalovanje zaradi fizičnih tveganj. Večina revnejših priseljencev je opravila nevarno migracijsko pot, imajo več hišnih nesreč, ker imajo njihove hiše slabše varnostne sisteme, živijo v strahu pred deportacijo ... Če povzamemo, vsak dan se morajo soočati s fizičnimi, poklicnimi in čustvenimi tveganji (Achotegui, 2019) (slika 14).

Sedem migracijskih žalovanj:

- *Družina in ljudbljene osebe*
- *Jezik*
- *Kultura*
- *Domovina*
- *Družbeni status*
- *Pripadnost*
- *Fizična tveganja*

(Achotegui, 2019)

Čeprav je integracija zlati standard za dobro zdravje, pa ni povsem jasno, koliko bolj zdrava je kulturna prilagoditev. Raziskovalci v ZDA so ugotovili, da imajo ljudje iz držav v razvoju več bolezni srca in ožilja ter so bolj nagnjeni k zlorabi psihoaktivnih snovi. Statistični podatki pa povezujejo višji socialno-ekonomski status z nižjo stopnjo telesnih bolezni in duševnih motenj (Iwamasa, 2013, 174). Čeprav gospodarstvo ni edini dejavnik, ki vpliva na zdravje priseljencev, je vendarle bolj izrazit.



Slika. 14. Psihološke značilnosti migracijskega žalovanja (Achotegui, 2019)

Za priseljence in begunce se spremeni vse: prehrana, socialni in družinski odnosi, vreme, jezik, status ... Zato lahko ponovna naselitev sproži globoko žalost. Revnejši priseljenci in begunci so bolj izpostavljene skupine, pri katerih se razvijejo vzorci simptomatike z ustreznim samostalnikom: Odisejev sindrom.

11.4 Odisejev sindrom

> *"Kyklops, vprašajte me za moje slavno ime in povedal vam ga bom. Potem mi lahko ponudiš, kar si gost zasluži, kot si pravkar obljubil. Moje ime je Nihče. Imenujejo me No One, moja mati in moj oče ter vsi moji prijatelji."*
>
> *- Homer, pesem IX, 124*

Pri priseljencih, ki se morajo soočiti z ekstremnimi razmerami, se razvije poseben vzorec simptomov. Ime tega novega sindroma izhaja iz imena legendarnega grškega kralja Itake, opisanega v Homerjevi Odiseji. V epski zgodbi, ki opisuje prizadevanja desetletnega Odiseja, da bi se vrnil domov. Odisej se spominja nekega nevarnega srečanja z nekim kiklopom in samo zato, da bi prikril svojo identiteto, odgovori: "Ime mi je Nihče". Priseljenci, ki so izpostavljeni ekstremnim situacijam, so bolj nagnjeni k temu Odisejevemu sindromu. Tako kot grški junak morajo postati nevidni, samo da bi preživeli. Brez identitete, niti možnosti za socialno vključevanje, trpijo **radikalno migracijsko žalost**, v kateri odpovedo vsi obrambni mehanizmi. Pojavijo se depresija in anksiozne motnje ter razvije se ta sindrom (Valero-Garcés, 2014, 11).

Simptomatologija Odisejevega sindroma:

- *Depresija*
- *Motnje, povezave s tesnobo*
- *Somatski simptomi*
- *Zmeda*
- *Kulturna razlaga*

To skrajno žalovanje ima specifično simptomatiko, kulturna interpretacija vseh teh simptomov pa je pomembno vprašanje. Med najpogostejšimi kazalniki depresije lahko najdemo žalost in jok. Zgodi se, da priseljenci kažejo apatijo, nizko samospoštovanje, občutek krivde ali misli na smrt. Trpijo zaradi nespečnosti, ponavljajočih se in vsiljivih misli ter razdražljivosti, zato se pri njih pojavljajo simptomi anksioznih motenj. Seveda se pri njih pojavijo somatski simptomi, kot so migrena, utrujenost ali sklepne težave, in nekateri znaki zmedenosti, kot so dezorientacija, ali depersonalizacija. Nekateri prizadeti priseljenci te simptome mešajo z izrazi, kot sta "moram biti preklet" ali "sem žrtev čarovništva", in pomembno je, da zdravstveni delavci razumejo, da lahko nekateri pacient i na ta način izrazijo svojo težavo (Achotegui 2019).

Sindrom lahko postane kroničen, če povzročitelji stresa ne izginejo. Ti stresorji so lahko povezani z osamljenostjo, ki je še posebej boleča, če je prišlek za seboj pustil otroke in zakonca, z globokim občutkom obupa in neuspeha, ko v novi državi ne najde pogojev za dostojno življenje, s strahom pred fizičnimi nevarnostmi na poti, negotovo prihodnostjo, potopitvijo v vsakodnevni boj za preživetje in grožnjo repatriacije (Valero-Garcés 2014, 12-13; Achotegui, 2019).

V Španiji so raziskave o migracijah pokazale, da se je stopnja stresa pri migrantih postopoma povečevala. Vendar so značilnosti španskih migracij mednarodne. Svetovna gospodarska kriza je skupaj z oboroženimi spopadi, preganjanjem in revščino spremenila vzorce migracij. Večina migrantov je že doživela ogromno stopnjo stresa, ki je večinoma povezana z nasiljem, travmami in revščino v njihovih matičnih državah. Po prisilni ločitvi od svojih družin in domovine se priseljenci soočajo z nevarnimi in pogosto smrtonosnimi migracijskimi potmi. Tisti, ki preživijo, so izpostavljeni stresnim dejavnikom, ki daleč presegajo običajne mehanizme prilagajanja ob srečanju z novimi kulturami. Boj za preživetje določa razvoj tega ekstremnega migracijskega dvoboja. V teh okoliščinah se pri mnogih od njih pogosto pojavijo simptomi, kot so razdražljivost, živčnost, migrena, tenzijski glavobol, nespečnost, utrujenost, strah, izguba teka in splošno nejasno nelagodje.



Koliko ljudi trpi za tem sindromom, je težko določiti, saj je epidemioloških študij še vedno malo. Švedski članek je povečano tveganje za neafektivne psihotične motnje pri priseljencih z visoko pogostostjo povezoval z izpostavljenostjo socialnim nesrečam pred priselitvijo. Ta raziskava je pokazala, da so imeli begunci 1,66-krat večjo verjetnost za diagnozo kot priseljenci, saj izpostavljenost vojni in pregonu prispeva k večjemu tveganju za posttravmatsko stresno motnjo. Tudi dejavniki po migraciji v državi gostiteljici, kot so diskriminacija, rasizem in socialna izključenost, pojasnjujejo visoko stopnjo psihotičnih motenj pri nekaterih priseljencih in beguncih. Navedeni raziskovalci so prišli do zaključka, da izkušnje psihosocialnih nesreč povečujejo tveganje za psihozo (Hollander, 2016).

V današnjem času politični in družbeni kontekst povečujeta psihosomatske motnje, zato morajo biti strokovnjaki za duševno zdravje pripravljeni na odkrivanje spremljajočih bolezni. Leta 2015 je center prve pomoči za migrante v Genovi nudil pomoč priseljencem z najrazličnejšimi fizičnimi in psihičnimi težavami. Osebe s HIV,

hepatitisom B, gonorejo, sifilisom, tuberkulozo in nosečnice so prejele zdravstveno pomoč ter psihološko in psihiatrično podporo, kadar so jo potrebovale. Po posredovanju na področju duševnega zdravja so ljudje občutili izboljšanje kakovosti življenja in imeli bolj pozitiven odnos do novega okolja (Bianucci, 2017).

Nekatere bolezni so hkratne z duševnimi stanji, vendar je bolečina sama po sebi simptom. Nedavna opazovalna študija je raziskala povezavo med duševnim zdravjem in bolečino med nedokumentiranimi migranti v Franciji. Raziskovalci so ugotovili, da jih je 11,5 % trpelo za anksioznostjo, 15 % za motnjami spanja, 29,5 % za zmerno do hudo depresijo, 16,2 % pa za posttravmatsko stresno motnjo. Kljub temu so ugotovili, da obstajajo pomembne razlike glede na spol: depresija bolj prizadene ženske, medtem ko imajo moški več motenj spanja. Ta študija opozarja, da si bolečina in duševna bolezen delita biološki mehanizem in možganske regije, zato je pri socialno in ekonomsko prikrajšanih ljudeh večja verjetnost, da bodo imeli kronično in hudo bolečino. Ta dokument močno povezuje kronično bolečino med nedokumentiranimi priseljenci s posebnimi stresnimi dejavniki, povezanimi z migracijo, kot so slaba varnost, slabo fizično okolje in slab dostop do zdravstvenega varstva. Posledično priporočajo, da se ob bolečinah pri pacientu priseljencu sistematično postavljajo vprašanja, ki se nanašajo na duševno zdravje (Moussaoui, 2025).

Evropski zdravstveni delavci se morajo zavedati, da je zaradi trenutne globalne humanitarne krize na Bližnjem vzhodu, v severni Afriki in osrednji Aziji razseljenih oseb, prosilcev za azil in beguncev po vsem svetu več kot kadar koli po drugi svetovni vojni. Priseljenci so pobegnili iz socialnega in gospodarskega okolja v svojih prvotnih državah, potem pa so v državah sprejema izpostavljeni strukturnim omejitvam. Ti povzročitelji stresa povečujejo tveganje za pogoste duševne motnje in posttravmatsko stresno motnjo. Tako kot za splošno prebivalstvo bosta tudi za begunce in njihove družine koristna pravočasna in zgodnja intervencija in oskrba, zlasti pri tistih, ki so izpostavljeni hudim psihosocialnim nesrečam.

Literatura

Achotegui, J. (2000). *Los duelos de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial*. In Perdiguero, E. in Comelles, J. M. (ur.), Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina (str. 83-100). Bellaterra.

Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: Extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues, 29*(3), 252-268. https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (. izd.). American Psychiatric Association.

Berry, J. (2006). Context of acculturation. V D. Sam in J. Berry (ur.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (str. 27-42). Cambridge University Press.

Berry, J., Phinney, J.S., Sam D. L. in Veddre P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review, 55*(3), 303-332. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x

Bianucci, R., Charlier, P., Perciaccante. A., Lippi. D. in Appenzeller. O. (2017). The "Ulysses Syndrome": An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *European Journal of Internal Medicine, 41*, 30-32. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020

Brummett, B. (2019). *Rhetoric of popular culture and representations of biomedicine*. V A. Görgen et al. (ur.), Handbook of popular culture and biomedicine (str. 79-87). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90677-5_7

Choy, B., Arunachalam, K., Gupta S., Taylor, M. in Lee, A. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice, 2*, 100069. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069

Crawford, S. in Avula, K. (2014). Acculturation and health. V R. Gurung (ur.), *Multicultural approaches to health and wellness in America* (str. 99-123). Praeger.

Cross, W. E., Jr. (1991). *Shades of Black: Diversity in African-American identity*. Temple University Press.

Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. In I. Cuéllar in F. A. Paniagua (ur.), *Handbook of multicultural mental health* (str. 45-62). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012199370-2/50004-3

Erten, E. Y., van den Berg, P. in Weissing, F. J. (2018). Acculturation orientations affect the evolution of a multicultural society. *Nature Communications, 9*, 58. https://doi.org/10.1038/s41467-017-02513-0

Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B. in Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical Research), 352*, i1030. https://doi.org/10.1136/bmj.i1030

Homer, (2023). The Odyssey (C. Underwood, Trans.). Hamilton Books.

Inglis, G., Sosu, E., McHardy, F., Witteveen, I., Jenkins, P. in Knifton, L. (2025). Testing the associations between poverty stigma and mental health: The role of received stigma and perceived structural stigma. *International Journal of Social Psychiatry, 71*(3), 554–563. https://doi.org/10.1177/00207640241296055

Iwamasa, G. Y., Regan, S. M. P., Subica, A. in Yamada, A.-M. (2013). *Nativity and migration: Considering acculturation in the assessment and treatment of mental disorders*. V Paniagua, F. A. in Yamada, A-M. (ur.), Handbook of multicultural mental health (str. 167-188). Academic Press/Elsevier.

Jager, W. in Paolillo, R. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations, 89*, 1–10.

Kirmayer, L. J. in Bhugra, D. (2008). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. V N. B. Anderson (ur.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of cultural diversity* (str. 61–80). Wiley-Blackwell.

Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. V D. Sam in J. Berry (ur.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (str. 113-128). Cambridge University Press.

Moussaoui, S., Vignier, N., Guillaume, S., Jusot, F., Marsaudon, A., Wittwer, J. in Dourgnon, P. (2025). Pain as a symptom of mental health conditions among undocumented migrants in France: Results from a cross-sectional study. *International Journal of Public Health, 69*, 1607254. https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607254

Nolan, J. A., Whetten, K. in Koenig, H. G. (2011). Religious, spiritual, and traditional beliefs and practices and the ethics of mental health research in less wealthy countries. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 42*(3), 267–277.

Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H. in Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services, 66*(8), 798–805. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351

Paniagua, F. A. (2013). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. V Paniagua, F. A. in Yamada, A-M. (ur.), *Handbook of multicultural mental health* (str. 25-47). Elsevier.

Piontkowski, U., Rohmann, A. in Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. *Group Processes & Intergroup Relations, 5*(3), 221-232. https://doi.org/10.1177/1368430202005003003

Ramos-Villagrasa, P. J. in García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés, 13*(2-3), 253-268.

Ritter, L. A. in Graham, D. H. (2017). *Multicultural health. Jones & Bartlett Learning*. http://lccn.loc.gov/2015048787

Stuart, H. (2025). Mental illness and popular health. V C. S. Beck (ur.), *The Routledge handbook of health communication and popular culture* (str. 32-44). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003436409-4

Teodorowski, P., Woods, R., Czarnecka, M. in Kennedy, C. (2021). Brexit, acculturative stress, and mental health among EU citizens in Scotland. *Population, Space and Place, 27*(6). https://doi.org/10.1002/psp.2436

Valero-Garcés, C. (2023). *Health, communication, and multicultural communities: Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Cambridge Scholars Publishing.

van der Zee, K. in van Oudenhoven, J. P. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations, 88*, 119-124. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.04.004

Ward, C. (2001). The A, B, C's of acculturation. V D. Matsumoto (ur.), *The handbook of culture and psychology* (str. 411-445). Oxford University Press.

Yamada, A-M. in Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces. V F. A. Paniagua in A-M. Yamada (ur.), *Handbook of multicultural mental health* (str. 3-23). Elsevier.

Zaključni razmislek: duševno zdravje v multikulturni družbi in model EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje jasno prikazuje, kako **izkušnje migracij, procesi akulturacije in kulturne razlike** močno vplivajo na duševno zdravje posameznikov iz manjšinskih okolij. Ta spoznanja so tesno povezana s stebri modela EMPOWER – zlasti multikulturalnostjo, dobrim počutjem, strokovnostjo in učinkovitostjo.

Teme, kot so **akulturacijski stres, Ulisov sindrom in žalovanje ob migraciji**, poudarjajo potrebo po integrirani, kulturno občutljivi obravnavi duševnega zdravja, ki presega zgolj diagnozo in upošteva **družbeni, jezikovni in identitetni kontekst** vsakega posameznika. Takšen pristop odraža vizijo modela EMPOWER o **celostni, na posameznika usmerjeni in empatični oskrbi**.

Poglavje ponuja tudi praktična navodila za **podporo duševni odpornosti migrantov**, pri čemer se opira na orodja za kulturno ocenjevanje, modele akulturacije in kulturno utemeljene razlage simptomov.

Dodatno izpostavlja strukturne ovire, kot so jezikovne razlike, pravni status in dostop do storitev, kar je v skladu s pozivom modela EMPOWER k zmanjševanju neenakosti in socialne izključenosti.

Skratka, to poglavje dopolnjuje in krepi model EMPOWER, saj pokaže, da za učinkovito obravnavo duševnega zdravja v multikulturni družbi niso dovolj zgolj klinična znanja, temveč tudi kulturna kompetentnost, ponižnost in kritična refleksija.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu



Poglavje 12

Verske, duhovne in kulturne prakse, povezane z zdravjem

MARZENA MIKŁA
University of Murcia (Španija)

Splošno poznavanje verskih, kulturnih in duhovnih praks, povezanih z zdravjem, je dragoceno, vendar se je treba zavedati, da to znanje ni popolno vodilo. Vsak pacient je edinstven posameznik, ki lahko svoje tradicije neguje na različne načine in ima posebne potrebe. Ključ do empatije in učinkovite oskrbe je v odprtosti za dialog in spoštovanju osebnih prepričanj, ne pa v obravnavanju splošnih predpostavk kot nespornih načel.

12.1 Uvod

To poglavje obravnava sociologijo kulture, ki se razume kot študija znanja, običajev in izkušenj, izraženih v vedenju posameznikov, ki živijo in sodelujejo v skupini ali skupnosti. Zagotavlja kulturni vpogled v verske, duhovne in kulturne prakse skupnosti, povezane z zdravjem.

Kulturna sociologija je študija znanja, običajev in izkušenj, ki se izražajo v vedenju posameznikov, ki živijo in sodelujejo v skupini ali skupnosti.

Bodoči zdravstveni delavci morajo pridobiti kulturno znanje, da bodo lahko v svoji poklicni praksi kompetentno skrbeli za posameznike iz različnih kultur, verstev in etničnih skupin.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- razumevanje **verskih, duhovnih in kulturnih prepričanj in praks** različnih religij ter njihovega vpliva na odločitve o zdravstveni oskrbi,
- prepoznavanje **etičnih in moralnih vidikov** teh verskih skupin glede medicinskih postopkov, kot so presaditev organov, evtanazija, kontracepcija in oskrba ob koncu življenja,
- obravnavanje morebitnih **izzivov pri zagotavljanju zdravstvenega varstva**, ki izhajajo iz verskih prepričanj, in iskanje ustreznih rešitev za zagotovitev pravične in vključujoče zdravstvene obravnave,
- **opredelitev ključnih pojmov**, kot so sociologija, kultura, kulturna sociologija, religija, etnija, etnična manjšina, stereotip, predsodek, posploševanje.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- razložiti verska, duhovna in kulturna prepričanja in prakse različnih verskih skupin ter analizirati njihov vpliv na zdravstvene odločitve,
- prepoznati in oceniti etične in moralne vidike različnih verskih tradicij glede medicinskih postopkov, kot so presaditev organov, evtanazija, kontracepcija in oskrba ob koncu življenja,
- prepoznati in obravnavati izzive pri zagotavljanju zdravstvenega varstva, povezane z verskimi prepričanji, ter predlagati rešitve, ki spodbujajo pravično in vključujočo obravnavo,
- opredelitev in uporaba ključnih sociooloških pojmov, vključno s sociologijo, kulturo, kulturno sociologijo, religijo, etnično pripadnostjo, etnično manjšino, stereotipom, predsodki in posploševanjem, v okviru zdravstvenega varstva.

Ključne opredelitve in izrazi

Sociologija: Izvira iz latinščine socius (»partner«) in -logía (»veda«). Je znanost, ki preučuje strukturo in delovanje človeških družb. Analizira mehanizme, ki oblikujejo medosebne interakcije in družbeno organizacijo, ter vpliv družbenih norm in institucij na vedenje posameznikov in skupin (RAE).

Kultura: Iz latinščine cultūra (»obdelovanje, kultivacija«). Predstavlja skupek znanj, ki posamezniku omogočajo razvoj kritičnega mišljenja. Nanaša se tudi na načine življenja, običaje, znanje ter stopnjo umetniškega, znanstvenega in industrijskega razvoja v določenem obdobju, družbeni skupini ali verski praksi (RAE; Griswold, 2012).

Kulturna sociologija: Je veja sociologije, ki proučuje znanje, izkušnje in običaje, ki oblikujejo vedenje posameznika znotraj določene skupnosti skozi čas. Groh (2019) poudarja, da se kulturna sociologija osredotoča na razumevanje, kako kultura vpliva na družbeno strukturo in posameznikova stališča znotraj širših družbenih skupin.

Religija: Iz latinščine religare (»ponovno povezati«) ali relegare (»natančno ponovno prebrati«), kar nakazuje na ponovno vzpostavitev vezi med človekom in božanskim skozi strogo spoštovanje ustaljenih tradicij. Kraljeva španska akademija (RAE) religijo opredeljuje kot skupek verovanj ali dogem, povezanih z božanstvom, občutkov čaščenja in strahu do njega, moralnih norm za posameznikovo in družbeno vedenje ter obrednih praks, zlasti molitev in daritev kot dejanj čaščenja.

Etnična pripadnost: Iz starogrške besede ἔθνος (ethnos), ki pomeni »ljudstvo« ali »pleme« in se nanaša na človeško skupnost, opredeljeno z rasnimi, jezikovnimi ali kulturnimi podobnostmi (RAE).



Etnična manjšina: Podskupina znotraj populacije, ki se od večine razlikuje po rasi, jeziku ali veri (Združeni narodi, 2018).

Socialne determinante zdravja: Pogoji, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo in starajo, ter ki vplivajo na zdravstvene izide in kakovost življenja. Obstaja pet glavnih socialnih determinant zdravja: ekonomska stabilnost, dostop do izobraževanja in njegova kakovost, dostop do zdravstvenega varstva in njegova kakovost, pogoji v soseski in okolju ter družbeni in skupnostni kontekst (WHO, 2020; ODPHP; Koh idr., 2011).

Stereotip: Splošno razširjeno, a poenostavljeno in pogosto škodljivo prepričanje o določeni skupini ljudi (Giger in Haddad, 2021).

Predsodek: Vnaprejšnje mnenje ali sodba, ki ni utemeljena na zadostnem znanju. Lahko je pozitivna ali negativna. Negativni predsodki lahko vodijo v stereotipe in diskriminatorna vedenja (npr. rasni predsodki) (Duckitt, 2014).

Posploševanja: Izjave o pogostih kulturnih vzorcih. Pogosto vodijo do napačnih interpretacij, saj opredeljujejo vse posameznike v določeni skupini na enak način, kar posledično vodi v nastanek stereotipov (Callender, 2015).

Duhovnost: Izjave, ki vodijo do povezave z nečim, kar daje življenju smisel in podpira osebno rast. Duhovnost prispeva tudi k razvoju vrednot in pozitivnih notranjih občutkov. V okviru predlaganega modela avtorji opredeljujejo tri glavne dimenzije duhovnosti:

- prepričanja, prakse in izkušnje, ki sprožijo duhovno povezanost,
- objekti povezanosti, kot so Bog, narava, skupnost, umetnost, posmrtno življenje, duhovna bitja ali notranje bistvo,
- rezultati duhovnosti, kot so vrednote, osebna rast, smisel življenja, dobrobit in občutek notranjega miru.

Ta definicija zajema tako teistične kot sekularne pristope in priznava kulturno in individualno raznolikost duhovnih izkušenj v zdravstvenem kontekstu (de Brito Sena idr., 2021).

12.2 Kratek vodnik po duhovnih in verskih praksah, povezanih z zdravjem

Bodoči zdravstveni delavci bodo pri svojem delu srečevali posameznike iz različnih kulturnih in verskih okolij. Med pacienti, ki so nedavno prispeli v Evropo, so priseljenci, predstavniki etničnih manjšin, kot so Romi, verske skupine, kot so Jehovove priče, ter pripadniki večinskih skupin, ki sledijo večjim religijam, kot so katolicizem, islam in hinduizem. Vsem tem skupinam morajo zdravstveni delavci in zdravstveni sistem zagotoviti visokokakovostno oskrbo. Izziv ni le v premagovanju jezikovnih ovir, temveč tudi v razumevanju njihovih svetovnih nazorov, stališč in vrednot, da bi preprečili neenako obravnavo katerekoli manjšinske skupine. Za učinkovito spopadanje z

zdravstvenimi neenakostmi je ključno, da prihodnji zdravstveni delavci pridobijo ustrezne kompetence in znanje.

V Evropi so najbolj razširjene glavne krščanske religije, zlasti katolištvo, pravoslavje in protestantizem. Leta 2018 se je približno 70 % evropskega prebivalstva opredelilo za kristjane (Pew Research Center, 2018).

12.2.1 Katolištvo

Je ena od več krščanskih denominacij. Po podatkih Centra za preučevanje globalnega krščanstva je bilo leta 2022 na svetu 2,4 milijarde kristjanov, od tega 1,36 milijarde katoličanov (Center for the Study of Global Christianity, 2022). Katolicizem je v svojem polnem obsegu opredeljen kot nauk vere, razodet v Svetem pismu in izročilu, institucija Cerkve in njenega urada, bogoslužje, liturgija z zakramenti, krščanska morala, verske prakse in življenje ter odprtost vernika za božanstvo in vse višje svetovne vrednote (Pawlak, 2002).

Katolištvo je institucionalno organizirano pod vodstvom papeža, ki velja za glavo Cerkve in naslednika svetega Petra. Deset zapovedi je moralno in versko načelo, ki ureja ravnanje ljudi. Katoliška cerkev verjame, da sta življenje in telesno zdravje dragocena darila, ki nam ju je zaupal Bog, in da je treba zanju skrbeti ter pri tem vedno upoštevati potrebe drugih in skupno dobro. Čeprav je telesno življenje del transcendentne vrednosti osebe, pa po svoji naravi odraža začasnost človeškega obstoja, ki se kaže v bolezni in trpljenju. Kristjani na bolezen in trpljenje gledajo kot na pot k odrešenju. Čeprav morajo spoštovati fizično življenje, ga ne smejo imeti za absolutno vrednoto in nasprotujejo širjenju tako imenovanega "kulta telesa". Katoličane se spodbuja, naj se izogibajo vsem oblikam ekscesov, povezanih s hrano, alkoholom ali drogami.

Katoliška cerkev podpira darovanje in presaditev organov kot dejanje solidarnosti. Do umetne oploditve, oploditve in vitro, oploditve po smrti in nadomestnega materinstva pa ima negativno stališče (Donum Vitae, 1987). Cerkveni nauk potrjuje, da vse spolne dejavnosti dosežejo svoj pravi pomen in moralno dostojanstvo le v zakonu. Katoliški nauk jasno prepoveduje vse postopke, povezane s splavom (Evangelium Vitae, 1995).



Smrt pomeni konec človeškega življenja na Zemlji, za kristjane pa pomeni prehod v večno življenje. Je začetek spremenjenega življenja. Med umiranjem lahko ob umirajočem vidimo verske simbole, kot so

križ, podobe svetnikov ali medalje, ki se nosijo na zapestju ali visijo na verižici okoli vratu. Bolnišnične prostore je treba prilagoditi tako, da lahko družina spremlja pacienta v njegovih zadnjih trenutkih. Neposredna evtanazija je prepovedana, vendar je dovoljena prekinitev trajnega zdravljenja. Uporabljata se paliativna oskrba in pomirjevalna terapija, da se zagotovi najboljša možna kakovost življenja v zadnjih dneh pacienta (Samaritanus Bonus, 2020). Dovoljeni so postopki upepelitve in obdukcije.

Katoliška cerkev obravnava materinstvo kot poslanstvo izjemne odgovornosti in služenja življenju. Nosečnica mora biti deležna vsestranske podpore družine in verske skupnosti. Po porodu se mati posveti negi in hranjenju otroka. Če je ogroženo otrokovo zdravje ali življenje, so dovoljeni vsi potrebni medicinski posegi za zaščito otroka. Pravica do zaščite otrokovega življenja odraža zavezanost Cerkve k skrbi - vsak otrok si zasluži, da se z njim ravna z ljubeznijo, nežnostjo in razumevanjem (Majda idr., 2009).

12.2.2 Pravoslavna cerkev

Vera pravoslavne Cerkve je ukoreninjena v izročilu, ki potrjuje, da je treba ostati zvest duhu zgodnje Cerkve. Najpomembnejši vir vere je Sveto pismo (Biblija). Pravoslavna cerkev svoj nauk utemeljuje na grškem prevodu Svetega pisma in verjame, da je bilo to besedilo napisano po navdihu Svetega Duha.

Zakramenti (skrivnosti) spremljajo posameznike v najpomembnejših in najpomembnejših življenjskih trenutkih ter služijo kot udeležba pri božji milosti. To so krst, birma (potrditev), evharistija, spoved (pokora), posvečenje (duhovništvo), poroka in sveto maziljenje (maziljenje z blagoslovljenim oljem). Pomemben obred v pravoslavni cerkvi je maziljenje z oljem, ki ga prej blagoslovi duhovnik. Ta zakrament zdravi dušo, um in telo ter se lahko podeli vsakomur, ki ga potrebuje - bodisi za telesno ali duševno ozdravitev bodisi kot pripravo na smrt (Pruszynsk in Grabowska-Grzyb, 2007).



Ikone imajo posebno mesto v življenju vsakega pravoslavnega vernika. V pravoslavnem izročilu je ikona predmet čaščenja, naslikana (pravoslavni privrženci pravijo "napisane" in ne "naslikane" ikone, saj jih imajo za obliko molitve in način posredovanja resnic vere in ne zgolj za umetniško delo) z bizantinsko tehniko, ki predstavlja prisotnost milosti in zakramentalno znamenje nevidne Božje prisotnosti (Gwynn, 2007).

Odnos pravoslavnih vernikov do zdravja, bolezni in smrti je podoben odnosu drugih krščanskih verstev. Na bolezen gledajo kot na Božje dejanje, ki lahko človeku pomaga, da se mu približa in prejme posebno milost za pomoč drugim. Na smrt gledajo kot na prehod v večno življenje. Pravoslavni kristjani menijo, da je nudenje pomoči in podpore bolnim naravni del življenja. Pravoslavna cerkev ne nasprotuje darovanju in presaditvi organov. Vendar pa nekateri pravoslavni verniki zaradi svoje vere v vstajenje telesa morda ne želijo darovati organov. To se lahko razume kot oskrunitev telesa in lahko prepreči, ali oteži darovanje organov (Iglesias idr., 2023).

Pravoslavna cerkev je v primerjavi z rimskokatoliško bolj liberalna glede uporabe kontracepcijskih sredstev. Splav obravnava kot umor. Uporaba evtanazije je nesprejemljiva.

Pri oskrbi umirajočega pacienta je treba zagotoviti podporo in prisotnost druge osebe, da se pacient ne počuti osamljenega in zapuščenega. Bolečino lajšamo z analgetiki. Od umrlega se poslovimo s poljubom na čelo. Pomembno je zagotoviti stik s pravoslavnim duhovnikom za prejem zakramentov, kot so spoved, zakrament maziljenja pacientov ali sveto obhajilo. Po smrti se telo umije in elegantno obleče. Pogrebna slovesnost se opravi tretji dan po smrti.

Pri oskrbi odraslih in otrok na splošno ni posebnih potreb, ki bi bile značilne za to veroizpoved. Dovoljena so vsa zdravljenja, ki rešujejo življenje in krepijo zdravje. Ženska lahko prejema obhajilo med nosečnostjo in dojenjem. Po porodu se mora ženska postiti v skladu s smernicami, kot to počnejo drugi člani Cerkve. Kot v vseh drugih primerih je treba verske običaje upoštevati glede na potrebe pacienta (Majda idr., 2009).

12.2.3 Grškokatoliška cerkev

Označuje več vzhodnih katoliških cerkva, ki ohranjajo tesne odnose z Rimsko cerkvijo in se držijo bizantinskega ali grškega obreda. Ta cerkev priznava avtoriteto papeža in katoliške dogme, vendar ohranja svojo neodvisnost v smislu kanonskega prava, škofijske organizacije, bogoslužja, pravice duhovnikov do poroke in julijanskega koledarja. Razlike med grkokatoliško in vzhodnopravoslavno cerkvijo se nanašajo na dogme o primatu papeža, izvoru Svetega Duha, vicami in Marijinem vnebovzetju.

Stališče Cerkve do zdravja, bolezni in smrti je podobno stališču drugih krščanskih veroizpovedi. Zdravje in življenje je treba podpirati na vseh stopnjah. Verniki spoštujejo poste, ki vključujejo omejitev števila obrokov ali opustitev določenih živil, kot so meso ali mlečni izdelki. Grkokatoliki, tako kot pravoslavni in katoličani, podpirajo darovanje organov, presaditev organov in transfuzijo krvi. Ti postopki morajo biti vedno opravljeni s spoštovanjem do darovalcev in prejemnikov. Grkokatoliška cerkev obsoja zakonske zveze, ki se izogibajo razmnoževanju in uporabljajo kontracepcijo. Splav obsoja kot dejanje umora. Pri oskrbi nosečnic in žensk po porodu, novorojenčkov, bolnih otrok, odraslih in pacientov v zadnjem obdobju življenja ni bistvenih razlik v primerjavi z drugimi krščanskimi verstvi. Nosečnice in porodnice so oproščene posta,

če je to medicinsko potrebno. V primerih, ko sta ogrožena življenje in zdravje otroka, so dovoljeni vsi medicinski ukrepi, ki so v skladu s sedanjim znanjem potrebni za ohranitev otrokovega življenja in zdravja.



Ob koncu življenja se podeli zakrament pacientov, ki traja veliko dlje kot zakrament, ki ga podeljuje katolištvo. Po blagoslovu olja duhovnik moli, prebere odlomke iz evangelija in naredi znamenje križa ter pacientu namaže čelo, nos, ušesa, prsi, roke in noge ter to dejanje ponovi sedemkrat. Pacientu se podari Sveto pismo, da ga poljubi (Majda idr., 2009; Fouka idr., 2012).

12.2.4 Protestantizem

Je ena od vej krščanstva, poleg katolištva in pravoslavja. Sestavljajo jo tri verske skupine: Luteranstvo, kalvinizem in anglikanizem izvirajo iz reformacije Martina Lutra v 16. stoletju. Luther je poudarjal neposreden odnos med vernikom in Bogom ter dvomil o nujnosti zakramentalnega posredovanja in bogoslužja. Ključna razlika med protestantizmom in katolicizmom je v razumevanju Svetega pisma. Protestantizem poudarja verski individualizem in vlogo subjektivne verske vesti.

Protestantski verniki sprejemajo le dva zakramenta: Zavračajo kult Marije, svetnikov, odpustkov in relikvij. Sodobna protestantska cerkev je razdrobljena, saj meni, da se ne more poistovetiti z nobeno institucionalizirano cerkvijo. Med protestantskimi cerkvami so baptisti, metodisti, binkoštno gibanje in Cerkev adventistov sedmega dne. Z izjemo adventistov sedmega dne se način življenja protestantov ne razlikuje bistveno od načina življenja katoličanov. Številne svobodne protestantske cerkve imajo stroga pravila o postu. Adventisti sedmega dne ne kadijo, ne pijejo alkohola in ne uporabljajo drog, vključno z močno kavo in čajem. Priporoča se vegetarijanska prehrana, čeprav so dovoljeni govedina, jagnjetina, divjačina in perutnina, kot sta piščanec in puran. Ključni vidik življenja protestantov je delo, ki ga razumejo kot poklic in človekovo dolžnost. Zavračajo potrošniški pristop k življenju in sekularizirano kulturo prostega časa.



Martin Luther

Protestanti sprejemajo darovanje organov, presaditev organov in transfuzijo krvi. Večina protestantskih cerkva ne priporoča umetne oploditve, vendar je tudi ne zavrača. Binkoštna cerkev ne dovoljuje nobene oblike genske manipulacije, medtem ko Cerkev adventistov sedmega dneva dovoljuje umetno oploditev le, če genski material prihaja od poročenega para. V protestantizmu splav velja za greh, vendar Cerkev svojim privržencem ne vsiljuje enotne rešitve. Spoštovati je treba odločitev matere ali para. Aktivna evtanazija ni sprejemljiva, vendar je odločitev za omejitev terapevtskih prizadevanj diferencirana in ločena od evtanazije. Pri skrbi za pacienta v zadnjih trenutkih življenja je treba upoštevati razlike, ki izhajajo iz pripadnosti določeni verski skupnosti. Razlike na primer nastanejo, ko je mogoče novorojenčka v kritičnem stanju krstiti s privolitvijo staršev. Ta praksa je dovoljena v evangeličanski luteranski in metodistični cerkvi. Skrb za nosečnico, žensko po porodu, novorojenčka ali bolnega otroka ne zahteva nobenih posebnih ukrepov, ki bi presegali tiste, ki so splošno sprejeti in se izvajajo v sedanjem zdravstvu (Majda idr., 2009; Swihart idr., 2023).

12.2.5 Judovstvo

Judovska religija sega v drugo tisočletje pred našim štetjem. Judovstvo ni razodetje, doktrina ali nauk navdihnjenega mojstra (kot v budizmu, katolicizmu, ali islamu), ampak je rezultat počasnega, kolektivnega ustvarjanja, ki je vključevalo osebnosti, kot so Abraham, Jakob, David in izraelski preroki. Od davnih časov do danes je Sveto pismo temelj življenja, mišljenja in čaščenja v judovski religiji. Hebrejsko Sveto pismo je obsežno literarno delo, sestavljeno iz treh delov, od katerih je najpomembnejša Tora. Da bi jo približali vernikom, je bil napisan obsežen komentar, znan kot Talmud. Kljub veliki razpršenosti po svetu so Judje ostali zvesti svoji veri. Vendar pa številni ne spoštujejo strogo zapovedi svoje vere. Danes le približno deset odstotkov Judov



prakticira tradicionalno judovstvo, znano kot ortodoksno judovstvo. Ta veja meni, da je hebrejsko Sveto pismo navdihnjeno. Konservativno judovstvo pa se s tem stališčem ne strinja in trdi, da so si Toro (sveto knjigo judovstva) izmislili rabini, ki so poskušali judovstvo prilagoditi novemu času. Reformno judovstvo je najbolj liberalno in zavrača večino tradicionalnih verskih praks. Rabinski spisi obravnavajo človeka kot neločljivo celoto telesa in duše.

Človek je moralno dolžan skrbeti za svoje telo. Hrana mora biti košer, pripravljena v skladu s pravili, ki izhajajo iz judovskih zakonov in predpisov, ki temeljijo na tistih, zapisanih v Tori. Ortodoksni Judje ta pravila strogo spoštujejo. V judovskih skupnostih obstajajo združenja, katerih člani skrbijo za bolne in umirajoče (moški skrbijo za moške, ženske pa za ženske). Za trpeče je treba skrbeti, zanemarjanje tega pa se šteje za pomanjkanje kreposti. Šabat je sedmi dan v tednu, ki pade na soboto, njegovo praznovanje pa se začne v petek zvečer s prižiganjem sveč. Prepovedano je vsako plačano delo, obstaja pa natanko 39 prepovedanih dejavnosti, ki jih ni mogoče opravljati med soboto. Judje sprejemajo darovanje organov, presaditev organov, transfuzijo krvi in umetno oploditev v zakonu. Dovoljujejo uporabo oralnih in intrauterinih kontracepcijskih sredstev. Nasprotujejo splavu, vendar vsak primer obravnavajo individualno. Reformno judovstvo sprejema upepelitev in avtopsijo, ortodoksni Judje pa temu nasprotujejo. Judovsko pravo zavrača vsa sredstva za skrajševanje človeškega življenja in nasprotuje evtanaziji.

Judovsko izročilo zahteva posebno skrb za nosečnice. Te se niso dolžne postiti, vendar morajo sodelovati z zdravstvenim osebjem in opraviti vse priporočene zdravniške preglede. Po porodu so ženske obredno nečiste sedem dni v primeru moškega otroka in štirinajst dni v primeru ženskega otroka. Ženske v nekaterih vejah judovstva si na javnih mestih, tudi v bolnišnicah, pokrivajo glavo. Ob sprejemu v bolnišnico je treba zagotoviti, da ima pacient krožnike in pribor za enkratno uporabo, kot to zahteva potreba po ločevanju hrane. Po potrebi je treba družinskim članom dovoliti, da prinesejo hrano od doma, če to ni mogoče, pa je treba zagotoviti vegetarijansko prehrano. Dečki se obrežejo osem dni po rojstvu. Skrb za judovske otroke je enaka kot pri drugih religijah in ateistih. Vsa cepljenja se opravijo v skladu s programom cepljenja. V judovski tradiciji otroci dosežejo zrelost in se začnejo obravnavati kot odrasli, ko dopolnijo 13 let (dečki) ali 12 let (deklice).

Za judovstvo je človeško življenje najvišja vrednota. Pacienti so odgovorni za svoje zdravje in aktivno sodelujejo z zdravstvenim osebjem pri okrevanju. Družine pogosto skrbijo za paciente v bolnišnici, na primer skrbijo za higieno, da zaščitijo pacientovo zasebnost. Ortodoksni Judje upoštevajo načelo, da se ne smejo dotikati pripadnikov nasprotnega spola. Vendar se v primeru resne bolezni vse omejitve odpravijo. Če se pacientovo stanje bistveno poslabša, je treba družini dovoliti, da ostane s pacientom, tudi če je družina številčna. Družinski člani hudo bolnega pacienta spodbujajo k razmisleku o svoji vesti. Po pacientovi smrti se truplo obredno pripravi v posebej opremljenem prostoru, nikoli v bolnišnici. Prisotnost pokojnikovega telesa je vir nečistoče, zato je ob dotiku z njim potrebno obredno umivanje rok kot znak duhovnega očiščenja (Majda idr., 2009; Gabbay idr., 2017).

12.2.6 Islam

Je najmlajša monoteistična religija, ustanovljena v 7. stoletju. Njeno sveto pismo je Koran, ki vsebuje razodetja preroka Mohameda v arabskem jeziku. Koran vsebuje doktrinarne izjave, načela glede verskega čaščenja, moralne norme, smernice za primerno vedenje, prehranske zakone, civilno in kazensko pravo, mednarodno pravo ter verske pripovedi. Na njem temeljita celotna muslimanska kultura in civilizacija. Poleg Korana je vir znanja tudi sunna, izročilo preroka Mohameda, ki ga sestavljajo hadisi - zapisi Mohamedovega vedenja, izrekov, odločitev in dejanj, ki so vzor za posnemanje (Szopski, 2005). Temeljno načelo islama je zvestoba veri in Bogu. Molitev je zelo pomemben element. Je oblika čaščenja in slavljenja Boga. Vsak musliman mora moliti petkrat na dan, in sicer stoje na čistem mestu, na primer na molitveni preprogi, obrnjen v smeri Meke, svetega mesta islama. Dajanje miloščine je še ena simbolična praksa, ki izraža pripravljenost na žrtvovanje v imenu vere. Post pomeni, da se v mesecu ramadanu 30 dni, od zore do mraka, vzdržimo uživanja hrane in pijače. Jedi so dovoljene le pred zoro in po mraku. Postenje je obveznost vsakega odraslega muslimana. Post se lahko prekine, če je delo osebe, ki se posti, fizično naporno ali če obstaja skrb, da bi post lahko škodoval posamezniku ali drugim. Vsak musliman mora opraviti romanje v Meko.

Muslimani so druga največja verska skupnost na svetu (za krščanstvom). V Evropi je islam najhitreje rastoča religija z največjim porastom pripadnikov, ne le zaradi pritoka priseljencev, temveč tudi zaradi velikega števila rojstev in spreobrnitev.



Islam poudarja pomen ohranjanja zdravja. Preventivni ukrepi vključujejo post, molitev, obredno umivanje telesa, miloščino in poroko ter prepovedi, kot so pitje alkohola, kajenje, uživanje drog, prešuštvo, igre na srečo in uživanje svinjine. Muslimanska družina je patriarhalna.

Muslimanska vera ne postavlja omejitev glede darovanja ali presajanja organov. Transfuzije krvi in krvnih proizvodov so dovoljene in sprejete.

Islamsko pravo sprejema metode umetne oploditve, če se uporabljajo v okviru zakonske zveze. V različnih muslimanskih državah obstajajo različna mnenja o uporabi kontracepcijskih metod. V nekaterih državah so dovoljene, če služijo varovanju zdravja žensk. V Koranu in sunni je splav prepovedan po 120. dnevu nosečnosti, čeprav se mnenja o tem vprašanju razlikujejo. V nekaterih državah je splav popolnoma

prepovedan. Islam nasprotuje upepelitvi, saj je treba telo po smrti urediti tako, da je obraz obrnjen proti Meki. Obdukcije so dovoljene le iz medicinskih in pravnih razlogov. Evtanazija je obsojena, vendar se svetuje, da se vzdržimo umetnih metod podaljševanja življenja. V poporodnem obdobju se ženska ne posti, ne spolno udejstvuje in ne moli, temveč se osredotoča na obnovo moči. Priporoča se dveletno dojenje. Muslimanke pogosto ne želijo opravljati ginekoloških pregledov, če je zdravnik moški. V islamski kulturi ni tradicije družinskih porodov (Leong idr., 2016).

Rojstvo otroka je veliko veselje za družino. Takoj ko babica prereže popkovino, mora novorojenček slišati besedo adhan (poziv k molitvi), ki mu jo zašepeta v uho. Na lokalni ravni obstajajo različni običaji, kot je štirikratno kopanje otroka po rojstvu ali dajanje prežvečenega dateljna v otrokova usta. Obrezovanje, ki se izvaja pri dečkih od sedmega dne do 15. leta starosti, je praksa, ki se upošteva še danes. Dovoljena so vsa cepljenja, postopki za reševanje življenj in transfuzije krvi. Muslimani pogosto uporabljajo naravno medicino, kot so zeliščarstvo, apiterapija, homeopatija in psihoterapija, ki dopolnjujejo konvencionalno medicino.

V islamu ni zakramentov, kakršni so v katoličtvu, kot so spoved, pokora ali maziljenje pacientov. Muslimanska tradicija zahteva, da ožji družinski člani sedijo ob umirajočem pacientu, se ga dotikajo in skupaj molijo. Zadnja beseda, ki jo musliman izreče, mora biti beseda "Bog". Prvo dejanje po smrti je obredno očiščenje, ki ga opravi oseba istega spola. Umrlega zavijejo v ruto in ga položijo v grob brez krste, čeprav v evropskih državah muslimani svoje umrle pokopavajo v krstah (Ordys in Eszyk, 2007; Majda idr., 2009; Almansour idr., 2017).

12.2.7 Hinduizem

Po številu pripadnikov je trenutno eden največjih verskih sistemov na svetu. Prakticira ga več kot milijarda ljudi, predvsem v Indiji. Skoraj vsaka regija ima svoje običaje, verovanja, prakse čaščenja bogov, tradicije in obrede. Čaščenje bogov je živahno, kipi so okrašeni s cvetjem in sadjem, verniki pa pojejo himne in litanije. Položaj posameznika v kastnem sistemu je odvisen od njegovega izvora, kvalifikacij in vrste dela. Obstajajo štiri osnovne družbene skupine: Brahmani, Kšatrije (bojevniki), Vajšije (trgovci in kmetje) in Šudre (delavci). Obstajajo tudi ljudje, ki ne pripadajo nobeni kasti, znani kot "nedotakljivi", ki zasedajo najnižji položaj v indijski družbi.

Romanje k reki Ganges na obredno kopel je za mnoge hindujce zelo pomembno. Njegov namen je odpraviti negativne učinke karme. Vse večje zanimanje za hinduizem v Evropi je povezano z njegovimi verovanji in tradicijami, vegetarijanstvom, jogo in elementi ajurvedske medicine.

Pojmovanje zdravja, bolezni in smrti v hinduizmu temelji na verskih, filozofskih in magičnih temeljih. Ker je usoda vseh bitij odvisna od prejšnjih inkarnacij, lahko vse manifestacije sreče in nesreče, dobrega in zla, blaginje, bolezni in trpljenja razumemo kot neposredne posledice dejanj v preteklem življenju. Z molitvijo, predanostjo in različnimi verskimi praksami se lahko izognemo boleznim. Nasprotno pa lahko

negativne posledice slabih dejanj, storjenih v prejšnjem življenju, zmanjšamo ali celo odpravimo s krepostnim življenjem v skladu s praksami, razvitimi za osvoboditev iz kroga reinkarnacij, kot sta askeza in joga, katerih cilj je nevtralizirati dejavnike, ki vplivajo na "tavajočo dušo". Za dosego tega cilja se je treba izolirati od družbe, se postiti, umirjati telo in meditirati. V hinduizmu je zdravje sinonim za življenje.



Sistem naravnega zdravilstva, imenovan ajurveda, se je oddaljil od magičnih in religioznih pristopov k zdravju ter skuša racionalno razložiti zdravstvene težave. Končni cilj življenja v hinduizmu je vzpon na višje ravni v hierarhiji bivanja, zato smrt ne velja za negativen dogodek. Da bi se pripravili na smrt, se moramo odpraviti na romanje v Varanasi, kraj obrednega očiščevanja, ki se nahaja na levem bregu reke Ganges. Ta kraj privablja številne bolne in umirajoče posameznike in je tudi kraj obrednih samomorov (Arora, 2024).

Na presaditev organov gledamo pozitivno, saj podaljša življenje druge osebe in ji tako omogoči, da izpolni svojo karmo. Dovoljena je tudi transfuzija krvi. Vendar pa obstajajo nasprotujoča si mnenja, saj nekateri trdijo, da vsak poskus umetnega podaljšanja življenja ujame dušo v starem telesu in tako prekine naravni cikel rojstva in smrti.
Umetna oploditev je v hinduizmu sprejemljiva. Najpomembnejša vrednota v hinduizmu je družina. Otroci in načrtovanje družine so povezani s spolnostjo in erotiko, ki imata v hindujski kulturi pomembno mesto. Odnos do spolnosti, kontracepcije in načrtovanja družine se razlikuje glede na sekto hinduizma. Splav velja za vzrok slabe karme in lahko povzroči padec na nižjo raven v hierarhiji bitij.

Rojstvo otroka je pomemben dogodek. Hindujke si pogosto ne glede na svoje zdravstveno in finančno stanje želijo zanositi, ker jih to razbremeni težkih

gospodinjskih opravil in fizičnega dela. Za nosečnice veljajo številne prepovedi, med drugim se morajo izogibati postu, hujšanju in potovanjem. Med porodom jih lahko spremljajo možje. Rodijo lahko naravno ali s carskim rezom. Mati mora po porodu 40 dni počivati. Nezmožnost rojevanja otrok, splav ali izguba otroka se lahko obravnavajo kot kazen za žensko, zaradi česar sorodniki z njo slabše ravnajo. Po rojstvu otroka se v številnih družinah pogosto opravi obred, da bi odgnali zle duhove.

Kakovost zdravstvenega varstva v Indiji je odvisna od pacientovega porekla, stopnje izobrazbe, poklica in, kar je najpomembneje, njegovega ekonomskega položaja. Bolnišnice visokega razreda so dostopne le tistim, ki imajo potrebna finančna sredstva, zato se lahko nekateri priseljenci iz Indije prvič v Evropi znajdejo v bolnišnici, saj je oskrba za revne običajno zagotovljena le na domu ali v domovih za ostarele.

V indijski kulturi se obdukcija razume kot preobrazba zavesti duše, ki se po smrti loči od telesa in prevzame novo materialno obliko. Drugi dejavnik, ki vpliva na cikel rojstva, življenja in smrti, je upepelitev, eden najstarejših hindujskih običajev, povezanih s smrtjo. Za dosego osvoboditve je treba telo sežgati. Kremacija je predvsem oblika očiščevanja.

Evtanazija je razumljena kot smrt po lastni izbiri ter beg pred življenjem in z njim povezanim trpljenjem. V Indiji je dovoljena pasivna evtanazija. Na pacientovo željo se mu odvzameta hrana in voda. Pristop k trajnemu vzdrževanju življenja je jasno opredeljen: ko možgani izgubijo svojo aktivnost, se delovanje telesa ne sme umetno vzdrževati.

Zadnje faze življenja vključujejo nenehne priprave na smrt. Rešiti je treba časovne zadeve. Za ljudi iz nižjih kast doma skrbijo sorodniki, vendar se pogosto zgodi, da bolni in izčrpani posamezniki umrejo na ulici brez pomoči. V višjih kastah so pacienti v zadnjem življenjskem obdobju deležni oskrbe v bolnišnicah. Oskrbovalci do smrti vzdržujejo stike s pacientom, vendar se v skladu s tradicijo ne smejo dotikati njegovega telesa, saj to velja za nečisto. Obstaja skupina specializiranih posameznikov, ki za plačilo profesionalno skrbijo za umrle. Po smrti se telo, zavito v tanko tkanino, položi na pogrebno grmado (sandalovina za premožnejše kaste in na soncu posušen kravji gnoj za revne), pokrije s cvetjem in zažge najstarejši sin. Če je pokojnik ženska, ogenj prižge njen mož ali mlajši sin. Po upepelitvi telesa pepel vržejo v sveto reko Ganges ali jezero (Majda idr., 2009; Chakraborty idr., 2017).

12.2.8 Budizem

Budizem se je kot verski sistem pojavil v 6. stoletju pred našim štetjem v Indiji. Ustanovitelj budizma, "razsvetljeni" Buda Siddharta Gautama, se je odrekel razkošnemu in udobnemu življenju ter začel prakticirati askezo, ki jo je pozneje opustil, da bi dosegel razsvetljenje - razumljeno kot osvoboditev iz neprekinjenega kroga rojstev, smrti in trpljenja. Sto let po Budovi smrti se je gibanje razdelilo na dve glavni veji: hinajano in mahajano. Prva se je osredotočala na preučevanje Budovih besedil, medtem ko so se nauki veje mahajana osredotočali predvsem na razumevanje praznine in Budove narave. V svoji duhovni praksi so razvijali sposobnost ljubeče dobrote, razumevanja narave resničnosti in poglabljanja znanja o Budovi naravi. Iz druge veje je nastala praksa vadžrajana, ki se je razširila v Tibet (tvori temelj lamaizma) in dele Kitajske.

Pomembno je, da z dejanji, ki jih spodbujajo ljubezen, sočutje in hvaležnost, kopičimo karmo (zasluge). Denar, nazivi in družina - vse to izgine, ko umremo. Budistična filozofija se ne sklicuje na pojem Stvarnika, temveč verjame v zakon vzroka in posledice, ki ga razumemo kot posledico pozitivnih in negativnih dejanj. Duhovni razvoj, katerega cilj je gojiti prijaznost, ljubezen, sočutje in modrost ter odpraviti tri temeljne strupe uma - željo, jezo in nevednost -, vodi do razsvetljenja in prekine krog ponovnega rojstva in smrti. Rojstvo, bolezen, starost, smrt ali stik z nečim, kar ne prinaša užitka, se štejejo za trpljenje. Osvoboditev od trpljenja lahko dosežemo, če premagamo negativna čustva, kot so jeza, ljubosumje, sovraštvo, želja in lažno samospoštovanje.



V budistični medicini obstajajo štiri kategorije motenj (bolezni). Prva kategorija vključuje bolezni, ki nastanejo zaradi karme, nakopičene v preteklih življenjih. Druga vključuje bolezni, ki se pojavijo v zgodnjem življenjskem obdobju; tretjo povzročajo duhovi. Zadnja pa je posledica slabe prehrane ali nepravilnega vedenja. Tibetanska medicina obravnava tudi kronične bolezni, vključno z rakom. (Bauer-Wu idr., 2014)

Budizem na splošno podpira transfuzijo krvi, darovanje organov in transplantacijo - če nekomu podarite organ, bo to prineslo pozitivne rezultate v naslednji inkarnaciji. Različne budistične sekte imajo različna stališča glede načrtovanja družine in kontracepcije. V praksi se priznava potreba po teh metodah. Trenutno budisti sprejemajo naslednje metode: oralna kontracepcijska sredstva, kondome, diafragme, sterilizacijo in naravne metode. Budizem sprejema oploditev z biomedicinsko pomočjo, čeprav jo obravnava kot poskus vplivanja na karmo, tj. življenjsko pot za naslednjo inkarnacijo.

Po budističnem izročilu se človeško življenje začne v trenutku spočetja. V tradicionalnih budističnih šolah splav velja za nezakonit in je dovoljen le, če je ogroženo materino življenje. V zgodovini so obstajale izjeme od tega pravila, na primer na Japonskem po drugi svetovni vojni, kjer so splav izvajali za zmanjšanje števila rojstev (obredi mabiki in mizuko kuyo). Budizem sprejema upepelitev in ne nasprotuje obdukciji, saj se osredotoča na zavest in ne na človeško telo. Budizem odločno nasprotuje evtanaziji, saj vodi v kopičenje negativne karme.

Budizem pripisuje velik pomen rojstvu otrok. Nosečnica mora skrbeti za svoje telesno in duševno zdravje. Pozitivno razmišljanje in verske prakse so bistvenega pomena. Za nosečnice so priporočljivi pravilna prehrana, počitek, zadosten spanec, sprehodi in izogibanje težkemu delu. Zdravstvena oskrba, mirno okolje in obkrožanje s poštenimi ljudmi olajšajo porod in zmanjšajo negativna čustva, povezana z bolečino. Po porodu lahko ženske sodelujejo pri vseh verskih praksah. Običajno svoje otroke dojijo vsaj eno leto. Tradicionalno se za vsakega novorojenčka izdela horoskop. Vsi ljudje, ki pridejo v stik z novorojenčkom prvi dan njegovega življenja, morajo biti do njega prijazni. Dalajlama na željo staršev izbere otrokovo ime, ko je otrok še v maternici.

Proces zdravljenja pri odraslih vključuje upoštevanje prehranskih priporočil, vključno z izločanjem živil, ki rušijo ravnovesje v telesu. Pacient mora jemati zelišča, ki jih predpiše zdravnik. Okrevanje je v budističnem razumevanju mogoče, če se verske prakse združijo z duhovnimi praksami, kot je meditacija, in telesnimi praksami, kot je sprememba življenjskega sloga, na primer opustitev odvisnosti. Smrt v budizmu velja za najpomembnejši trenutek v življenju, njen potek pa je razdeljen na stopnje. Po budistični filozofiji je telo sestavljeno iz elementov zemlje, vode, ognja, zraka in prostora, ki ustvarjajo in vzdržujejo telo do smrti. Zunanji razkroj se začne, ko preneha čutna dejavnost ter se izgubita moč in energija. Nadzor nad fiziološkimi funkcijami in sposobnost zaznavanja telesnih občutkov zbledita. Pojavi se izguba toplote in spremeni se zaznavanje zunanjih dražljajev. V fazi razpada elementa zraka se pojavijo motnje dihanja, oseba pa izgubi stik z materialnim svetom. Odvisno od preživelega življenja se pojavijo videnja vseh negativnih dogodkov in strahovi. Če je oseba živela dobro in sočutno življenje, bo srečala ljubljene osebe in doživela nebeške vizije. Okolje bolne

osebe mora biti mirno. Družina in prijatelji naj vzbujajo občutke ljubezni, sočutja in predanosti. Neposredna navzočnost bližnjih ni priporočljiva, saj lahko obup zmoti umirjenost umirajoče osebe. Najpomembnejša podpora je prisotnost duhovnega vodnika. Pomemben je tudi položaj telesa ob smrti. Tradicionalno se priporoča, da se umirajočega položi na levi bok v položaj "spečega leva". Ta položaj naj bi olajšal prepoznavanje svetlosti, ki se pojavi po smrti in pomaga zavesti zapustiti telo. V veliko pomoč umirajočemu je praksa phowa, ki vključuje vizualizacijo žarkov svetlobe, ki tečejo proti umirajočemu in ga očiščujejo. Phowa je najbolje izvajati, preden se dotaknemo telesa ali ga premaknemo. To prakso je treba izvajati še tri tedne po smrti. Pogrebni običaji v budizmu se razlikujejo in so odvisni od regije ali države. Na Tajskem telo umrlega odnesejo v samostan, ga umijejo in upepelijo na dan, ki ga določi horoskop. V Tibetu truplo zavijejo v belo tkanino, ga razrežejo na kose in pustijo, da ga pojedo ptice, ne da bi pustile kakršno koli sled. Trupla spoštovanih članov skupnosti pogosto sežgejo na grmadi (Majda idr., 2009; Khoo, 2023).

12.2.9 Jehovove priče

Leta 1872 jo je ustanovil Charles T. Russell v Pensilvaniji v ZDA. Za Jehovove priče je Sveto pismo sveto besedilo, ki velja za navdihnjeno Božjo besedo in ima najvišjo avtoriteto v njihovih verskih prepričanjih in praksah. Po njihovem prepričanju Sveto pismo vsebuje Božjo voljo, zakone, moralna načela in načrt za odrešitev človeštva. Jehovove priče se ne izolirajo od družbe, temveč živijo in delajo v njej; vendar se vzdržijo sodelovanja v politiki ali vojaški službi, saj menijo, da so ta dejanja v nasprotju s svetopisemskimi nauki. Ne udeležujejo se ekumenskih dogodkov, zavračajo tradicionalne verske obrede in upoštevajo le vsakoletni spomin na smrt Jezusa Kristusa, ki se zgodi ob veliki noči. Krst se opravi s popolnim potopom v vodo in se izvaja za posameznike, ki so dovolj zreli, da lahko to odločitev sprejmejo zavestno in samostojno. Jehovove priče se veliko ukvarjajo z evangelizacijo. Ne določajo strogih smernic glede običajev, ne praznujejo praznikov ali rojstnih dni, uživajo zelo malo alkohola in se izogibajo živilom, ki vsebujejo živalsko kri.

Jehovove priče so zavezane ohranjanju življenja in zdravja kot Božjega daru. Zato k zdravljenju pristopajo zelo zavestno, disciplinirano, voljno sodelujejo z zdravstvenim osebjem in vestno skrbijo za učinkovitost zdravljenja. Vendar Jehovove priče zavračajo vse oblike transfuzije krvi. To stališče so začeli zagovarjati po letu 1945. Od takrat tako odrasli kot mladoletniki, ki so Jehovove priče, ne smejo privoliti v transfuzijo krvi. To skrajno stališče je privedlo do številnih študij, katerih cilj je bil zagotoviti alternativne terapije za nadomeščanje krvi in razviti protokole za zdravljenje kritično bolnih pacientov brez transfuzije krvi (Villarejo idr., 2007; Taylor idr., 2020). Pri novorojenčkih, dojenčkih ali otrocih odločitev o transfuziji sprejmejo starši, pri čemer ima v primeru nesoglasja med staršema zadnjo besedo oče. Pomembno je poudariti, da je z vidika prava in medicinske etike otrokovo življenje najpomembnejše in ima prednost pred zaščito verskih prepričanj in osebno svobodo staršev. Če zdravnik ne vidi druge možnosti zdravljenja, lahko zaprosi za posredovanje sodnika, ki lahko v določenih okoliščinah odvzame starševske pravice za čas trajanja zdravljenja. Vsi ukrepi morajo biti pregledni in jih staršem ni mogoče prikriti.

Jehovove priče imajo pozitivno stališče do darovanja in presajanja organov. Sveto pismo izrecno ne prepoveduje prejemanja organov in tkiv drugih oseb, razen krvi. Vsak član kongregacije sprejme osebno odločitev o presaditvi organov v skladu s svojo vestjo (Cummins in Nicoli, 2018). Evtanazija je izrecno obsojena, saj je nezdružljiva s svetopisemskimi nauki. Za Jehovove priče se življenje začne pri spočetju, zato splav ni sprejemljiv. Splava ne opravičujejo niti grožnja materinemu zdravju, niti odkritje genskih napak ploda, niti primeri posilstva ali incesta. Sveto pismo ne obsoja uravnavanja rojstev v zakonu; par lahko izbere kontracepcijske metode kot osebno odločitev. Izogibati se je treba snovem, ki lahko škodujejo razvijajočemu se plodu.

Za Jehovove priče so pogrebi priložnost za izražanje verskih prepričanj. Vera v vstajenje jim preprečuje, da bi izrazili žalost ali žalovanje za umrlim. Jehovove priče pogrebom ne pripisujejo verskega pomena. Obdukcije so dopustne le, kadar to zahteva zakon (Majda idr., 2009; Swihart idr., 2023).



12.2.10 Romi

Romi so najbolj raznolika in trenutno največja etnična skupina v Evropi, katerih predniki verjetno izvirajo iz Indije, v Evropo pa so se začeli seliti že v 6. stoletju. Nimajo lastne države ali opredeljenega ozemlja. Zaradi migracij in stikov z drugimi kulturami, ljudmi, jeziki, običaji in verstvi so postali zelo raznoliki. Romi se že od nekdaj ukvarjajo z obdelavo železa, proizvodnjo kovin, žongliranjem, plesom in vedeževanjem. Vse, kar je povezano z Romi in njihovo kulturo, se je prenašalo ustno. Danes so Romi razdeljeni v različne podskupine, ki so razpršene po vseh celinah. Med njimi so Calós, Sinti, Kalderash, Doms in Romanichels. Večina Romov je kristjanov, nekateri so muslimani, drugi pa ohranjajo vero v hinduizem. Ena od najbolj značilnih lastnosti njihovega družbenega vedenja je solidarnost znotraj skupine in strpnost. Vse vidike življenja Romov ureja nenapisan kodeks moralnih zakonov in prepovedi, ki se je razvil iz tradicije in večstoletnih izkušenj (cigansko pravo). Neupoštevanje teh pravil ima lahko za posledico posledice, kot je "izgon" ali izključitev iz skupine. Romi delijo svet na "naše" in "druge, neromske". Za zadovoljevanje svojih potreb črpajo iz elementov "drugega" sveta, pri čemer v primeru poroda, bolezni, ali smrti uporabljajo bolnišnične

storitve. V mnogih primerih se upirajo dolgotrajni hospitalizaciji in menijo, da so kirurški posegi zelo nevarni. V nekaterih romskih skupinah velja prepričanje, da večja kot je oseba, srečnejša in bolj zdrava je, kar pogosto privede do debelosti, medtem ko vitka postava velja za znak bolezni ali revščine (Majda idr., 2009; Poveda idr., 2014; Krasnowolski, 2022).



Zdravstveno varstvo v romskih skupnostih pogosto ne velja za eno od najpomembnejših prednostnih nalog. V mnogih primerih darovanje in presaditev organov veljata za postopka, ki jima ne zaupajo in ju zavračajo. Večina se o smrti ali darovanju organov po smrti raje ne pogovarja. Sprejemajo transfuzije krvi, da bi si rešili življenje (Rios idr., 2023). Oploditev in vitro ni dovoljena. Neplodnost je tabu tema, prav tako kontracepcija, in Romi se o teh temah pogosto ne želijo pogovarjati.

Splav velja za greh; razume se kot namerno ubijanje romskega otroka in je strogo prepovedan. Temelj obstoja Romov je družina, ki je običajno velika, večdružinska in zelo razširjena. Življenje se vrti okoli te družbene enote. Rojstvo prvega otroka se še posebej pričakuje; njegova odsotnost se razume kot kazen za grehe. Brez otrok med Romi prihaja do tako imenovanih notranjih posvojitev, pri katerih drug zakonski par da svojega novorojenčka družini brez otrok. Nosečnost zunajzakonske zveze se obravnava kot kaznivo dejanje, ki ima za posledico izgubo časti in spoštovanja ter lahko privede do sporov med družinami. Tema poroda je tabu in se o njej ne govori. Trenutno do večine porodov prihaja v bolnišnicah. Hospitalizacija pomaga izolirati porodnico od romske skupnosti. Romske ženske imajo raje oskrbo ženskega osebja. Oče ni nikoli prisoten pri porodu. Pogosto čaka pred bolnišnico, dokler se porod ne konča, in se pojavi le za kratek čas, da vidi svojega otroka. Po vrnitvi domov je mati izolirana na svojem domu. Mati ali tašča opravlja gospodinjska opravila. Ta izolacija traja do šest mesecev. Novorojenček ima omejene stike tudi z očetom in dedkom, ki se vnuka prve tri mesece otrokovega življenja pogosto ne dotakneta.

Romi zavračajo upepelitev. Lahko sprejmejo obdukcijo, če gre za sodni postopek. Evtanazije ne sprejemajo. Solidarnost romske skupnosti je najbolj očitna med boleznijo in smrtjo družinskega člana. Zbere se velika skupina bližnjih sorodnikov, ki budno skrbijo za bolne in umirajoče. Danes Romi večinoma umirajo v bolnišnicah. Jok in stok

sta del vedenja, povezanega s smrtjo med Romi (Kozubik idr., 2019).

Romi se do umrlih obnašajo zelo spoštljivo in spoštujejo njihov spomin. V skladu s tradicijo morajo umreti daleč stran od kraja bivanja; v preteklosti so posteljo odnesli iz doma. Najbližja družina mora biti prisotna v bolnišnici pri pacientu, budno bdeti in se opravičiti tudi za najbolj nepomembne stvari, da jih po smrti ne bi "obiskali" (Kowarska, 2005; Majda idr., 2009; Ficowski, 2013; Nowicka, 2014; Evropska komisija, 2020).

Skrb in pozornost do pacienta zahtevata upoštevanje kulturnih potreb in prepričanj posameznikov in družin. Religija pogosto zagotavlja duhovno vodstvo in poudarja zdravstveno oskrbo. Kultura in vera posameznika lahko pomembno vplivata na njegov pogled na zdravstveno varstvo in zdravstvene delavce. Študenti medicine in zdravstvenih ved morajo kot bodoči strokovnjaki razumeti izvor in prepričanja teh pacientov, da bi v prihodnosti zagotovili kulturno občutljivo zdravstveno oskrbo. (Swihart idr., 2023).



Literatura

Almansour, H. A., Chaar, B. in Saini, B. (2017). Fasting, diabetes, and optimizing health outcomes for Ramadan observers: A literature review. *Diabetes Therapy, 8*(2), 227-249. https://doi.org/10.1007/s13300-017-0233-z

Arora, A. in Kumar, A. (2024). Liver and liver disease in Hinduism. *Clin Liver Dis (Hoboken), 23*(1), e0245. https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000245

Bauer-Wu, S., Lhundup, T., Tidwell, T., Lhadon, T., Ozawa-de Silva, C., Dolma, J., Dorjee, P., Rapten Nesher, D., Sangmo, R. in Yeshi, T. (2014). Tibetan medicine for cancer: An overview and review of case studies. *Integrative Cancer Therapies, 13*(6), 502-512. https://doi.org/10.1177/1534735414549624

de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G. in Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology, 12*, 756080. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080

Callender, K. A. (2015). Understanding antigay bias from a cognitive-affective-behavioural perspective. *Journal of Homosexuality, 62*(6), 782-803. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.998965

Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D. in Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative & Supportive Care, 15*(5), 609-622. https://doi.org/10.1017/S1478951516001061

Center of the Study of Global Christianity. (2022). *Center for the Study of Global Christianity*. Gordon-Conwell Theological Seminary. https://www.gordonconwell.edu/center-for-global-christianity/

Cummins, P. J. in Nicoli, F. (2018). Justice and respect for autonomy: Jehovah's witnesses and kidney transplant. *Journal of Clinical Ethics, 29*(4), 305-312. PMID: 30605440

Donum Vitae. (1987). *John Paul II.* https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html

Duckitt, J. (2014). Prejudice: Its social psychology. *Journal of Multilingual and Multicultural Development, 35*. https://doi.org/10.1080/01434632.2013.803723

European Commission. (2020). *Roma equality, inclusion, and participation in the EU.* https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combatting-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en

Evangelium Vitae. (1995, March 25). *John Paul II*. https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html

Ficowski, J. (2013). C*yganie na polskich drogach*. Wyd. Nisza.

Fouka, G., Plakas, S., Taket, A., Boudioni, M. in Dandoulakis, M. (2012). Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: Their uptake and meanings. *Journal of Nursing Management, 20*(8), 1058-1068. https://doi.org/10.1111/jonm.12024

Gabbay, E., McCarthy, M. W. in Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-Orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health, 56*(2), 545-560. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0356-6

Giger, J. N. in Haddad, L. G. (2021). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (8. izdaja). Elsevier.

Griswold, W. (2012). *Cultures and societies in a changing world*. SAGE Publications.

Groh, A. (2019). *Theories of culture*. Routledge.

Gwynn, D. M. (2007). From iconoclasm to Arianism: The construction of Christian tradition in the iconoclast controversy. *Greek, Roman, and Byzantine Studies, 47*, 225-251. https://grbs.library.duke.edu/index.php/grbs/article/view/651/731

Iglesias, A., Gómez i Segalà, J. in Twose, J. (2023). *Diversidad religiosa y la donación de órganos y tejidos. Generalitat de Catalunya*. Organización Catalana de Trasplantes. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9636/guia_sobre_%20diversitat_%20religiosa%20_donaci%C3%B3_organs_teixits_2023_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Khoo, T. (2023). Buddhism. V M. K. Calhoun (ur.). *Cancer treatment research* (str. 153-159). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29923-0_11

Koh, H. K., Piotrowski, J. J., Kumanyika, S. in Fielding, J. E. (2011). Healthy People: A 2020 vision for the social determinants approach. *Health Education & Behavior, 38*(6), 551-557. https://doi.org/10.1177/1090198111428646

Kowarska, J. (2005). *Polska Roma*. Tradycja i nowoczesność. Warszawa.

Kozubik, M., van Dijk, J. P. in Filakovska Bobakova, D. (2019). Aspects of illness and death among Roma: Have they changed after more than two hundred years? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4796. https://doi.org/10.3390/ijerph16234796

Krasnowolski, A. (2022). *Cyganie/Romowie w Polsce i w Europie: Wybrane problemy historii i współczesności*. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/5/plik/ot-603.pdf

Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A. in Razzak, R. (2016). How Islam influences end-of-life care: Education for palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management, 52*(6), 771-774.e3. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034

Majda, A., Ogórek-Tęcza, B. in Zalewska-Puchała, J. (2009). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. PZWL.

Nowicka, E. (2014). Kontrowersja religijna i kontrowersja kulturowa. Romowie zielonoświątkowcy w Szaflarach. *Studia Humanistyczne AGH, 13*(3), 165-183.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (ODPHP). (2020). *Social determinants of health: Healthy People 2030*. https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health

Ordys, D. in Eszyk, J. (2007). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań. V E. Krajewska-Kulak, W. Nyklewicz, J. Lewko, in C. Łukaszuk (ur.), *W drodze do brzegu życia* (Vol. 2, str. 87-94). Wydawnictwo AM w Białymstoku. https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/Dziekanat-WNOZ/monografie/tom_2%281%29.pdf

Pawlak, Z. (2002). *Katolicyzm A-Z*. Księgarnia Św. Wojciecha.

Pew Research Center. (2018). *Being Christian in Western Europe*. https://www.pewresearch.org/religion/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/

Poveda, A., Ibáñez, M. in Rebato, E. (2014). Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population. *Annals of Human Biology, 41*. https://doi.org/10.3109/03014460.2014.882411

Pruszynski, J. in Grabowska-Grzyb, A. (2007). Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontologia Polska, 15*(4), 128-136.

Real Academia Española. (n.d.). *Cultura*. Diccionario de la lengua española. https://dle.rae.es/cultura?m=form

Real Academia Española. (n.d.). *Sociología*. Diccionario de la lengua española. https://dle.rae.es/sociolog%C3%ADa?m=form

Ríos, A., López-Gómez, S., Belmonte, J., Balaguer, A., Gutiérrez, P. R., Ruiz-Merino, G., Ayala-García, M. A., Ramírez, P. in López-Navas, A. I. (2023). The Roma population's fear of donating their own organs for transplantation. *Cirugía Española, 101*(5), 350-358. https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.06.043

Samaritanus Bonus. (2020). *Congregation for the Doctrine of the Faith*. https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2020/09/22/carta.html

Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S. in Martin, R. L. (2023). *Cultural religious competence in clinical practice. Tradycja i nowoczesność*. Warszawa.

Zaključni razmislek: verske in kulturne prakse ter model EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje ponuja širok pregled **verskih, duhovnih in kulturnih praks**, povezanih z zdravjem, ter poudarja njihov vpliv na odločitve pacientov in potek zdravstvene oskrbe. Ta raznolikost pogledov je tesno usklajena z vrednotami modela EMPOWER, zlasti na področjih multikulturalnosti, strokovnosti, učinkovitosti in izobraževalnih virov.

Avtor izpostavlja, da kompetentna oskrba zahteva **odprtost, spoštljiv dialog in izogibanje stereotipom**, kar odraža temeljno načelo modela EMPOWER – kulturno ponižnost.

Poglavje pokaže, kako verska prepričanja lahko vplivajo na odnos do darovanja organov, transfuzij, splava ali paliativne oskrbe – in s tem dokazuje, da učinkovita zdravstvena obravnava zahteva **prilagodljivost in spoštovanje pacientovih vrednot**.

Bogati primeri praks iz različnih ver in etničnih skupin predstavljajo dragocen izobraževalni vir, kar je skladno z EMPOWER-jevim poudarkom na učenju o kulturi na podlagi **izkušenj**. Poglavje prav tako poudarja **potrebo po razvoju močnih komunikacijskih in etičnih veščin** pri delu s pacienti, ki prihajajo iz različnih vrednostnih sistemov – kar je osrednji del EMPOWER-jeve vizije **reflektirane strokovnosti.**

Skratka, to poglavje pokaže, da razumevanje verske in kulturne raznolikosti ne pomeni učenja dejstev na pamet, temveč sprejemanje odnosov spoštovanja in nenehnega učenja – kar predstavlja temelj učinkovite, empatične in pravične oskrbe, popolnoma skladne z duhom modela EMPOWER.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 13

Večkulturnost v medicini – etična vprašanja

MAGDALENA KUCZYŃSKA
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poljska)

> **Vse pravo življenje je srečanje.**
>
> *— Martin Buber*

13.1 Uvod

Izraz "kultura" se lahko uporablja tako za družbene skupine kot za posameznike, ki jih sestavljajo. Kulturo družbe med drugim sestavljajo: jezik, kolektivni sistemi verovanj, prepričanj, stališč, vrednot (vključno z moralnimi vrednotami), norm, obredov, pa tudi znanje, umetnost in pravo (Spencer-Oatey, 2012; Gajda, 2003). Oseba, ki je član družbene skupine, soustvarja kolektivno kulturo in hkrati črpa iz nje. Poleg tega vanjo vnaša svoje individualne kulturne vire, kot so rasa, spol, starost, spolna usmerjenost, osebna hierarhija vrednot in svetovni nazor. Takšno razumevanje kulture ustvarja prostor za razvoj dveh polariziranih družbenih struktur: monokulture in multikulturalizma. V vsebini, predstavljeni v nadaljevanju, je bralčeva pozornost usmerjena na multikulturalizem v moralnem kontekstu.

Vsako srečanje z drugo osebo je soočenje z njeno kulturo v njenem večplastnem razumevanju.

Proces obravnave gradiva, predstavljenega v poglavju, lahko poteka v dveh oblikah: 1. nereflektirano in zato manj učinkovito obravnavanje teoretičnega gradiva ali 2. aktivno usvajanje gradiva z globokim občutkom za njegovo praktično razsežnost, kar je zelo priporočljivo. Učni proces je učinkovitejši, če je učenec prepričan, da bo pridobljeno znanje uporabno v praksi. Kje torej lahko najdemo večkulturne medosebne odnose na področju medicine?

Študenti, ki jim je ta knjiga namenjena, živijo na različnih koncih sveta. Med njimi so tudi države z zapletenimi družbenimi strukturami, ki gostijo številne kulture. Ti bralci bodo vsebino tega poglavja morda lažje umestili v svoje vsakdanje življenje, ki je prežeto s srečanji z večkulturnostjo v ožjem smislu (za potrebe tega poglavja jo imenujmo ozka), ki se nanaša predvsem na narodnost, vero, izvor in spolno usmerjenost. V nekoliko drugačnem položaju, kot se morda zdi na prvi pogled, so bralci, ki živijo v državah, ki niso posebno pogoste destinacije priseljevanja in za katere so zato značilne razmeroma homogene manifestacije družbene kulture. Vendar pa večkulturnost vsekakor presega to ozko razumevanje. Kot je bilo omenjeno na začetku poglavja, ima vsak človek nabor kulturnih sestavin, ki so zanj edinstvene. Nekatere med njimi so stalne, kot je spol, medtem ko se druge nenehno spreminjajo, kot je starost. To je prvo osnovno znanje, ki naj bi ga bralec odnesel iz tega poglavja: **večkulturnosti ne smemo iskati le v njenem ožjem pomenu (na primer pacient je turist iz kulturno drugačnega dela sveta). Vsako srečanje z drugo osebo je srečanje z njeno različno kulturo v večplastnem razumevanju.**

Če preidemo k bistvu poglavja, si moramo zastaviti dve bistveni vprašanji:

- Katere vrednote in moralne norme prispevajo k oblikovanju prosocialnega odnosa do kulturne raznolikosti?
- Zakaj lahko uresničevanje predlaganih vrednot in moralnih norm pomaga optimizirati delovanje v medicinskem okolju (s posebnim poudarkom na oskrbi pacientov) v kontekstu večkulturnosti ob spoštovanju lastnih kulturnih posebnosti?

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- opredelitev terminologije, uporabljene v besedilu, v njenem splošnem pomenu,
- kontekstualizacija omenjene terminologije v okviru multikulturalizma v medicini in utemeljitev njenega pomena za obravnavano temo.,
- predstavitev predlogov za individualne in skupinske vaje, katerih namen je podpreti razvoj odprtega odnosa do večkulturnosti v medicini ob spoštovanju lastnega vrednostnega sistema.

Avtor poglavja se zaveda, da so vrednote in moralna načela, ki se zdijo primerna za oblikovanje večkulturne skupnosti, izjemno širok spekter. Predstavljeno gradivo tega spektra ne izčrpava niti ne trdi, da ga izčrpava. Poleg tega tudi v besedilu uporabljeni izrazi, večinoma s področja filozofije in etike, ter njihova umestitev v večkulturno medicinsko okolje ostajajo odprti in nedokončani. Avtorjev namen in znanstveno-izobraževalna želja sta spodbuditi bralčev razmislek o moralni razsežnosti srečanj z drugimi in njihovem kulturnem bogastvu, ne glede na dodeljeno družbeno vlogo (študent, pacient in njegovi bližnji, član terapevtskega tima). Navsezadnje bodo ta srečanja potekala v individualnem prostoru "jaz - ti". Sklicevanje na filozofijo dialoga je uporabljeno zavestno in namenoma (Buber, 1971). Nedvomno je sporočilo poglavja tudi spodbuditi bralca k širši razpravi o nastajajočih moralnih dilemah na stičišču številnih kultur na področju medicine. Prepričani smo, da bodo k temu do neke mere prispevale vaje, predlagane v zadnjem delu poglavja.

Tri sestavine moralne drže:

- *Kognitivni - sestavljajo ga misli, prepričanja in znanje o predmetu odnosa.*
- *Afektivni - nanaša se na čustva, ki jih čutimo do predmeta odnosa.*
- *Vedenjski - se nanaša na vedenje, ki ga predstavimo v odnosu do predmeta odnosa.*

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- opisati pojme, obravnavane v poglavju: človekovo dostojanstvo in strpnost,
- dokazati uporabo terminologije, predstavljene v točki 1, v kontekstu večkulturnosti v medicini,
- izkazati zavedanje o moralno nesprejemljivih stališčih v kontekstu večkulturnosti v medicini,
- dokazati notranjo skladnost med tremi komponentami odnosa: kognitivno, afektivno in vedenjsko, v povezavi z večkulturnimi odnosi v medicini.

Ključne opredelitve in izrazi

Uvod v temo etike v večkulturnosti zahteva opredelitev potrebne terminologije v splošnem smislu (brez sklicevanja na večkulturnost v medicini). Začel bom z osnovnimi vprašanji. V tem podpoglavju bosta obravnavana pojma človekovo dostojanstvo in strpnost.

Preden se bralec poglobi v terminologijo, ki izhaja predvsem iz filozofije in etike, je treba opozoriti na pomembno omejitev, ki se uporablja v besedilu. Poskus opredelitve spodnjih pojmov je bilo treba opraviti dovolj jedrnato, da se bralec ne bi izgubil v labirintu filozofskih razprav. Namesto tega je bil cilj, da bi bralec obvladal pojme tako, da bi tvorili jasen okvir za praktični del, ki bo vključeval predvsem vsak odnos v medicinskem okolju. To je zahtevalo avtoritativno izbiro nekaterih filozofskih smeri in opredelitev, ki so se razvile znotraj njih. Individualne svetovnonazorske preference avtorja pri tem izboru niso imele nobene vloge. Edino merilo je bila ustreznost predstavljenih opredelitev za vodilno temo, to je multikulturalizem v medicini.

Človeško dostojanstvo - Izraz "dostojanstvo" (latinsko "*dignitas*") je uvedel Ciceron (Shershow, 2013). V prvotnem pomenu se je nanašal na etične in estetske vrednote, kot sta lepota in privlačnost. Biti dostojanstvena oseba je pomenilo nekoga, ki je s svojim obnašanjem izkazoval lepoto. Sčasoma se je izraz "dostojanstvo" začel uporabljati, na primer v poljskem jeziku kot sinonim za besedo "priimek" ("What is your dignity?" pomeni "Kakšen je tvoj priimek?"). Še en pomen dobi v izjavah, kot je "Imam občutek dostojanstva", ki se nanaša na naše notranje spoštovanje do samega sebe.

Z vidika glavne teme knjige smo se osredotočili predvsem na našo notranjo kakovost, ki je človekovo **dostojanstvo**:

- Kakšna je njegova narava (kakšne so njegove lastnosti, značilnosti)?
- Ali jo ima vsak človek, in če jo ima, kaj je njen vir?
- In morda najzanimivejše vprašanje: Kaj to praktično pomeni za tvoje dostojanstvo, moje dostojanstvo in dostojanstvo vseh? Ali nam ta pojav nalaga kakšne vzajemne obveznosti?

Vsako od teh kratkih vprašanj je bilo predmet neštetih razmišljanj v filozofiji, religiji, pravu, psihologiji in sociologiji (Listina Evropske unije o temeljnih pravicah, 2000; Dignity, 2023). Nekatera od njih so postavljena v dve nasprotni skrajnosti. Pravni koncepti se lahko bistveno razlikujejo glede priznavanja določenih atributov (značilnosti) človekovega dostojanstva. Gotovo pa je, da imajo izrazi "človekovo dostojanstvo", "dostojanstvo človeškega bitja" ali po personalistični filozofiji "dostojanstvo človeške osebe" (v filozofiji in etiki ima večina besed, ki so na videz sinonimi, posebne, različne pomene. Zato mora biti njihova izbira namerna) so hkrati zelo splošne, zelo zapletene in celo sporne. Zato se bom osredotočil na najpomembnejše vsebine z vidika obravnavane teme. Zaradi raznolikosti filozofsko-etičnih pogledov in potrebe po jasnosti besedila naslednja razlaga "človekovega dostojanstva" v veliki meri temelji na zgoraj omenjeni personalistični šoli.

Značilnosti "človeškega dostojanstva" - neodtujljivost, nedotakljivost, nespremenljivost, neprenosljivost (Środa, 2010). To pomeni, da se človek rodi z dostojanstvom, ki mu pripada, ki si ga ni treba zaslužiti, in mu ga ne morejo odvzeti ne oni ne kdo drug. Ni ga mogoče stopnjevati - človek ne more imeti bolj ali manj človeškega dostojanstva.

> *"Človeško dostojanstvo je nedotakljivo. Treba ga je spoštovati in varovati. "*
>
> *Listina Evropske unije o temeljnih pravicah, 2000*

Ali ima vsak človek dostojanstvo? Kaj je njegov vir? Odgovor na prvo vprašanje je preprost. Da, biti človek, je sinonim za biti obdarjen z dostojanstvom, razumljenim v smislu, ki ga obravnavamo tukaj. Za drugo vprašanje obstajajo najrazličnejši argumenti (obravnavali bomo tudi ideje, ki presegajo personalizem). Navajamo nekaj izmed njih:

- Človeško dostojanstvo izhaja iz lastnosti razumnosti in svobodne volje. To razlago je med drugim podpiral Immanuel Kant (Düwell idr., 2015).
- Človek je ustvarjen po Božji podobi in to je vir njegovega dostojanstva. To pojmovanje, kot bi lahko pričakovali, širijo tisti, ki izvajajo filozofijo v verskem okviru.
- Človekova sposobnost za razmislek in moralne odločitve (Środa, 2010).
- Sposobnost delati in s tem ciljno in zavestno oblikovati okoliško resničnost naredi človeka vrednega (Środa, 2010).

Človekovo dostojanstvo - od teorije do prakse. Sprejetje dejstva, da imamo prirojeno in neodtujljivo dostojanstvo, vodi k razmisleku: Kako se ta filozofski, abstraktni koncept odraža v družbenih odnosih in normah, ki jih oblikujejo?

Ena od najpomembnejših posledic je povezava med zavedanjem človekovega dostojanstva in kodifikacijo z njim povezanih pravic, kot so Splošna deklaracija človekovih pravic (Združeni narodi, 1948) ali pravice pacientov, ki so prisotne v številnih državah. Žal zgodovina človeštva vsak dan razkriva številne primere kršitev človekovega dostojanstva. Mednarodni konflikti, notranji spori in družinski prepiri so vedenja, s katerimi se morajo soočati ljudje na vseh koncih sveta. Zato bi moralo pravo zagotavljati jasne smernice za zaščito temeljne vrednote človekovega dostojanstva. Toda ali je pravo, tudi če je odlično oblikovano, zadosten pogoj za razvoj prosocialne drže, ki temelji na spoštovanju človekovega dostojanstva? Čeprav je pomemben regulator družbenega reda, samo po sebi ne zadostuje. Ta nezadostnost prava je lahko še posebej očitna v neposrednih odnosih z drugo osebo, zlasti kadar je ena stran v neugodnem položaju glede na drugo. Na primer takrat, ko je njena svoboda bolj ali manj kršena z vidika prava (zaporniki), zdravstvenega stanja (pacienti na oddelkih intenzivne terapije) ali političnih razmer (priseljenci). Kateri dodatni pogoj je torej potreben za oblikovanje omenjenega odnosa? Na tem mestu se bom skliceval na teorijo moralnega razvoja Lawrenca Kohlberga (človekovo dostojanstvo je temeljna moralna

vrednota). V svojih dolgoletnih raziskavah je opazoval različne stopnje človekovega zorenja v odzivu na svet vrednot (tiste, ki jih zanima celotna tema, napotujemo na spletno stran:
https://courses.lumenlearning.com/suny-lifespandevelopment/chapter/kohlbergs-stages-of-moral-development/,
kjer je problematika podrobneje opisana) (Kohlberg in Kramer, 1969; Zhang in Zhao, 2017). Za temo tega poglavja so pomembne naslednje Kohlbergove ugotovitve: na določeni stopnji (treba je poudariti, da gre za dokaj napredno stopnjo v posameznikovem razvoju) oseba uresničuje moralne vrednote, če so utemeljene z veljavnim pravom. Če se vrnemo k glavnemu vprašanju - posamezniki, katerih moralni razvoj je na stopnji "prava in reda", bodo spoštovali človekovo dostojanstvo, če ga ureja pravni red. Vendar pa življenja ni mogoče "omejiti z zakonom". Tudi najbolj natančna zakonodaja ne rešuje vseh družbenih situacij. Tu pride do druge ključne ugotovitve Kohlbergovih raziskav: najvišja stopnja moralnega razvoja je spoštovanje moralnih vrednot zaradi inherentnega dobrega, ki je v njih prisotno. Da, to se morda sliši preveč filozofsko. Zato je v spodnjem okvirju predstavljen primer, kako je mogoče Kohlbergovo teorijo uporabiti v praksi.

Položaj: V trgovino vstopi starejša stranka. Blagajničarki izroči celotno denarnico in jo prosi, da izbere denar za nakupe. Prodajalka, ki izkoristi zaupanje starejše osebe, ima priložnost, da žep pospravi tudi manjši znesek. Tega ne stori. Zanima nas odgovor na naslednje vprašanje:

Kakšna je njena motivacija za moralno pravilno dejanje? *(vzdrži se kraje)*

- ***Odgovor 1:*** *Prodajalka se vzdrži kraje, ker ve, da jo zakon prepoveduje in da bi kršitev zakona lahko povzročila resne posledice (svoje moralno dejanje umesti v pravne okvire).*
- ***Odgovor 2:*** *Prodajalka se vzdrži kraje, ker je notranje prepričana, da je to dejanje moralno napačno in da povzroča škodo drugi osebi. Po Kohlbergovem mnenju to razmišljanje predstavlja najvišjo stopnjo moralne zrelosti*

Zavedanje dostojanstva druge osebe lahko torej štejemo za pomemben regulator medosebnih odnosov. Vprašanje ostaja, ali je "opremljenost" z dostojanstvom zgolj zaradi pripadnosti človeški vrsti dovolj, da lahko pričakujemo spoštovanje. Ali ne bi bilo treba te lastnosti (na katero, naj opozorimo, ob predpostavki koncepta njene prirojenosti nimamo vpliva) dopolniti z nujnostjo dostojnega vedenja? Stališče, da je temu res tako, se zdi smiselno. In tu pridemo do pomembne ugotovitve, ki jo je vredno ponotranjiti: če priznam, da imam dostojanstvo, moram ravnati moralno pravilno, kar med drugim pomeni spoštovanje dostojanstva drugih (in tudi svojega). Mar ni to idealen način za vzpostavljanje odprtih odnosov v večkulturni razsežnosti? K tej zamisli se bomo vrnili v naslednjem podpoglavju.

Strpnost - ena najzahtevnejših moralnih idej. Težko jo je uresničiti, vendar je temeljna za etiko v večkulturnem svetu. Razumevanje meril strpnosti in njenih omejitev bi pomagalo zgraditi svet brez napetosti v medosebnih in medkulturnih odnosih. Na kratko razpravljajmo o omenjenih merilih. Temelj strpnosti je v nekaterih vedenjih, ki si jih je vredno zapomniti. Tukaj so (Środa, 2010):

1. V našem okolju (ki ga seveda predstavlja določena oseba ali osebe) obstaja dejavnik, odnos ali vedenje, ki mi povzroča nasprotovanje in je lahko celo v nasprotju z mojo hierarhijo vrednot.
2. Imam možnost, da ukrepam proti temu pojavu. Obstoječe stanje lahko poskušam spremeniti s silo, prepričevanjem ali širjenjem lažnih informacij (npr. povzročim družbeno izolacijo osebe, ki ima stališča iz točke 1).
3. Vzdržujem se delovanja v škodo pojava, omenjenega v točki 2.

Takšno razumevanje strpnosti se v etiki imenuje "negativna strpnost" - negativna zato, ker izraža pomanjkanje, v tem kontekstu pomanjkanje našega destruktivnega odziva na odnos ali stališča nekoga drugega. Gre za minimalno moralno obveznost, ki se je moramo držati. Hkrati pa je ideja strpnosti ideja, ki temelji na zahtevi: jaz izkazujem strpnost do tebe, ti pa izkazuješ strpnost do mene. Obstaja tudi pojem "pozitivne strpnosti". Ta odnos naredi pomemben korak naprej, ko doda zadnje merilo, ki ga najbolje zajame Voltairova izjava: "**Ne odobravam tega, kar rečeš, vendar bom do smrti branil tvojo pravico, da to rečeš.**" Pozitivna strpnost ne pomeni le, da se vzdržimo ukrepanja proti pojavu, omenjenemu v točki 1 (merila strpnosti). Vključuje aktivno podporo ob spoštovanju enakosti vseh ljudi. To se dogaja znotraj meja strpnosti, o katerih bomo razpravljali v kratkem.



Literatura na to temo navaja več virov, ki utemeljujejo obstoj strpnosti, vendar njihova obravnava presega okvir tega poglavja. Nedvomno je ena najpomembnejših vrednot, na katerih temelji strpnost, človekovo dostojanstvo in iz njega izhajajoča enakost vseh ljudi, razumljena v moralnem kontekstu.

Strpnost ima svoje meje, sicer bi zahtevala odprtost do antisocialnih odnosov. Tej ideji odločno nasprotujemo. Jasno je treba povedati, da je treba strpnost uporabljati le za stališča, poglede in vedenje, ki spadajo v pravne, moralne in politične okvire (stališče, ki ga je predstavil filozof J. S. Mill). Pomembno je tudi poudariti, da strpnost kot moralno stališče ni isto kot sprejemanje. Drugačne poglede lahko sprejmemo, celo simpatiziramo z njimi, vendar se od nas to ne zahteva. Kot smo že omenili, je strpnost moralni minimum v interesu večkulturnega sveta.

13.2 Človeško dostojanstvo kot najvišja vrednota v večkulturnih odnosih v medicini

V poglavju 1.4 smo vstopili v svet dveh filozofskih in etičnih pojmov v njunem splošnem pomenu. Zdaj ju bomo poskušali umestiti v kontekst večkulturnosti v medicini, v povezavi s praksami v zvezi s pacienti, njihovimi družinami in v odnosih z zaposlenimi. Cilj poglavij 1.5 in 1.6 je poiskati odgovor na vprašanje: Ali lahko spoštovanje človekovega dostojanstva in odprtost za pojav strpnosti podpirata prosocialno držo v večkulturnem medicinskem okolju?

Dostojanstvo pacienta je dostojanstvo osebe, ki je polna strahu za svoje življenje in zdravje. Je dostojanstvo bližnjih, ki so v skrbeh, da bodo svoje bližnje zaupali v roke medicinskih sester, babic, zdravnikov, fizioterapevtov in reševalcev. Nazadnje je to dostojanstvo ljudi, s katerimi si delimo težave in radosti dolgih izmen. Vsak udeleženec v tem odnosu vnaša v odnos svoje kulturno ozadje. To ni nič nenavadnega, saj je to značilno tudi za vsakodnevne odnose, ki jih doživljamo v javnih prostorih. V čem je torej medicinsko področje tako posebno, da se je vredno, kot so to storili avtorji tega priročnika, osredotočiti na pomen človeškega dostojanstva kot temeljne vrednote na tem specifičnem področju medicine v kontekstu kulturne raznolikosti?

Stališče, na katerem temelji oddelek 1.4, predpostavlja, da dostojanstvo velja za lastnost, ki je lastna vsakomur od nas. Ni odvisno od rase, spola, spolne usmerjenosti, finančnega stanja ali starosti. Poleg tega takšno razumevanje prirojenega in neodtujljivega dostojanstva od nas zahteva, da ga priznamo tudi pri ljudeh, ki so storili moralno nepravična dejanja. Vendar je pomembno poudariti besedo "v ljudeh" in ne v njihovih dejanjih, ki si zaslužijo ustrezno obsodbo in kazen glede na njihovo krivično ravnanje. Vrnimo se zdaj k stavku iz uvoda v to poglavje. Vsako srečanje z drugim človekom je srečanje z njegovo posebno kulturo v večplastnem razumevanju. Tako se ob stiku z vami v vsem vašem kulturnem bogastvu soočam tudi z vašim in svojim človeškim dostojanstvom. Jaz - predstavnik medicinskega sveta in vi - pacient, družinski član, ljubljena oseba. Vi - moj sodelavec pri delu.

Kaj je najpomembnejši rezultat tega srečanja? To je občutek **človeške enakosti** v okviru osnovne vrednote dostojanstva. Če ta sklep sprejmemo z iskrenim in globokim razumevanjem, bomo spoznali, da od trenutka, ko spoznamo drugo osebo, začnemo graditi svoj odnos na enem močnem temelju. Različni dejavniki, ki izhajajo iz kulturne raznolikosti, samo bogatijo odnose, ki jih ustvarjamo. Poskusimo si predstavljati to misel. Imamo kvadrat, na katerega lahko postavimo različne stavbe. Ta kvadrat je prispodoba za naše poklicno življenje. Stavbe predstavljajo vse osebe, ki se pojavijo v tem življenju. Vsako od njih lahko postavimo le na zanjo določen temelj z okoliškim kosom pločnika. Vendar obstaja nevarnost, da bomo pri premikanju od ene stavbe do druge naleteli na vrzeli in neravnine, ki so nastale med njimi. Navsezadnje so zelo različne (tako kot naši pacienti in sodelavci, nekateri so umirjeni, drugi bolj nagnjeni k intenzivnim čustvom, nekateri so bolj zdravi in srečni, drugi umirajo in so depresivni. Nekateri so mladi in polni življenja, drugi so starejši, pogosto prestrašeni zaradi možnosti bolezni in krhkosti. So tudi taki, ki se zlahka sporazumevajo v našem maternem jeziku, in drugi, s katerimi bo sporazumevanje zelo težavno). Tako zgrajen trg bi sčasoma postal skupek naključnih stavb, kar bi predstavljalo nevarnost za mimoidoče, ki se gibljejo med njimi (torej za nas).

Če pa začnemo svoje delo s konceptom enotnosti in enakosti ljudi, ki temelji na temelju človeškega dostojanstva, bomo ta metaforični kvadrat začeli graditi z enim samim, močnim temeljem. Večkulturnost vsake osebe, ki jo srečamo v svojem poklicnem življenju, bo naš "kvadrat" naredila barvit, lep in bogat. Pogled na drugo osebo z vidika njenega dostojanstva ponuja možnost, da že v temeljih zgradimo moralno pravilne odnose in tako spodbujamo dobro kakovost življenja pacientov, njihovo dostojanstveno umiranje ali v odnosu do sodelavcev ugodno vzdušje na delovnem mestu.

Vsako srečanje z drugo osebo je soočenje z njeno kulturo v njenem večplastnem razumevanju. Za vsakega posameznika je značilno prirojeno in neodtujljivo človeško dostojanstvo. Zato je vsako srečanje z drugo osebo soočenje s človeškim dostojanstvom, ki ji pripada.

Omenili smo tudi, da odnos z drugo osebo postane izhodišče za razmislek o dostojanstvu, s katerim sem obdarjen sam. To me zavezuje k spoštovanju lastnih pravic in samega sebe. In čeprav od prvega dne študija sprejemamo idejo "Salus aegroti suprema lex esto" (Dobrobit pacienta naj bo najvišji zakon), naj bo pacient v središču naše skrbi, hkrati pa sorazmerno pričakujmo spoštovanje do sebe in kulture, ki jo prinašamo. Naša starost, spol, narodnost in druge kulturne spremenljivke zahtevajo enako zaščito in spoštovanje od pacienta, družine in sodelavcev, kot ga ti pričakujejo od nas.

13.3 Strpnost in večkulturnost v medicini

Iz poglavja 1.4 že vemo, kaj pomeni izraz "toleranca". Ta odnos ima ključno vlogo v multikulturni medicini. Ko se srečujemo z ljudmi, ki s seboj prinašajo svoj kulturni svet, pa naj gre za paciente, ki doživljajo bolezen, ali za nas, ki se ukvarjamo z optimalno terapijo, je vsak, tudi kratkotrajen stik priložnost, da pokažemo strpen odnos. Bolj, ko so skupine, s katerimi se srečujemo pri svojem delu, kulturno raznolike, težje je to doseči. Od nas zahteva, da se vzdržimo izražanja nasprotovanja razlikam.

Navedimo primer:

Začeli smo delati v državi, kjer se običaji, povezani s poslovitvijo od pokojnika, močno razlikujejo od tistih, s katerimi smo odraščali. Obnašanje pokojnikovih sorodnikov se nam lahko zdi nenavadno ali nadležno. Prav tako lahko zmoti naš ustaljeni delovni urnik. Hkrati vemo, da obredi, ki jih družina izvaja ob pokojnikovi postelji, izhajajo iz dolgoletne kulturne tradicije družine. Vemo tudi, da bolnišnica (ki razume idejo strpnosti) te obrede v celoti dovoljuje. Kakšno stališče bomo zavzeli? Ali bomo s pogledom ali gesto pokazali nepotrpežljivost, neodobravanje, nestrpnost? Ali pa se bomo, tudi če se bomo še naprej počutili zmedeni in jezni, vzdržali tudi najmanjših gest nasprotovanja? Ali pa bomo morda naredili še korak dlje in sprejeli pozitivno strpnost: ustvarili okolje, ki dejavno podpira družino?

Dostojanstvo pacientov, njihovega sveta, dostojanstvo naših sodelavcev in naše lastno dostojanstvo so podlaga za strpnost, ki usklajuje večkulturne odnose, tudi v medicini.

Eden najpogosteje navajanih primerov iz medicine, ki zdravstvenemu osebju omogoča, da pokaže strpen odnos, je zavrnitev transfuzije krvi s strani Jehovovih prič. V praktičnem delu poglavja je za bralca pripravljena vaja na to temo.

13.4 Tri sestavine moralne drže v povezavi z večkulturnostjo v medicini

Eden od ciljev tega poglavja je spodbujati odprt odnos do večkulturnosti v medicini in hkrati spoštovati lasten svet vrednot. Opredeljene so bile tri sestavine moralnega odnosa: kognitivna (misli, prepričanja in znanje o predmetu odnosa), afektivna (sklop čustev, ki jih doživljamo ob predmetu odnosa) in vedenjska (vedenje, ki ga izkazujemo ob predmetu odnosa) (Sawicki, 2024). Razdelajmo to misel.

Pred tem smo razpravljali o temeljnih vrednotah, kot sta dostojanstvo in strpnost. Te smo obravnavali kot temelj za vzpostavljanje dobrih odnosov z drugimi. Vendar zgolj spoštovanje dostojanstva, ki se izraža s strpnostjo, ne zagotavlja zadostnih kompetenc

za razvoj prosocialne moralne drže v kontekstu večkulturnosti v medicini. Zakaj velja to prepričanje?

Odgovor se skriva v dejstvu, da je delo na stičišču dveh obsežnih in večplastnih področij - večkulturnosti in medicine - velikanski izziv. Raznolikost konfiguracij med njima je praktično neskončna. Terapija, usmerjena k pacientu (izraz "terapija" se nanaša na vsa možna dejanja, ki jih člani katere koli zdravstvene skupine izvajajo v odnosu do pacienta) in obravnavana v kontekstu spoštovanja večkulturnosti, nujno zahteva **na eni strani medicinsko znanje, na drugi pa razumevanje običajev, praks in norm, ki urejajo kulturo osebe, ki nam je zaupana v oskrbo**. Nihče ne pripada samo eni kulturni identiteti, kot je na primer spol. Podvrženi smo intersekcionalnosti in se hkrati identificiramo z več značilnostmi, kot je bilo obravnavano v uvodnem delu poglavja. Na primer, mlada ženska, ki rodi v svoji domovini, med ljudmi, ki poznajo in delijo njene kulturne norme, se bo odzvala drugače kot ženska, ki rodi med zdravstvenim osebjem z drugačnimi kulturnimi vzorci in je prav tako v neheteronormativnem partnerskem odnosu. V še drugačnem položaju je mati samohranilka, ki rojeva. Za celovito oskrbo pacienta, ki nujno vključuje tudi naše moralno dostojanstvo, si je treba nenehno prizadevati za krepitev kognitivne komponente.

Medtem ko je prepoznavanje dostojanstva v drugi osebi izhodišče za oblikovanje tega odnosa, nam nenehno pridobivanje znanja o njej omogoča gojenje ustreznih čustev do nje (afektivna komponenta). Razmere, s katerimi se srečujemo v medicini, so, ne po naključju, podlaga za številne priljubljene televizijske oddaje, ki se odvijajo v bolnišničnem okolju, kot so ER, Grey's Anatomy ali Dr. House. Vsakdanje drame človeškega življenja, nepričakovani preobrati, veselje, ki se izmenjuje z žalostjo, upanje in njegov konec, izčrpanost medicinskih sester, babic, zdravnikov in reševalcev - konglomerat čustev na najvišji ravni čustvovanja. V tem je tako lahko izgubiti empatijo.

Zdaj pa na te "hitre poti" nanesimo še dodatne spremenljivke, ki izhajajo iz naše večkulturnosti. Zgolj spoštovanje dostojanstva druge osebe ne bo dovolj. Delovanje na podlagi čustev brez temeljev znanja je lahko škodljivo za vse vpletene strani. Z razumevanjem kulturnih virov človeškega vedenja je veliko lažje v sebi okrepiti pozitivna čustva in zatreti negativna. Razumevanje, zakaj se naš pacient, njegovi bližnji in naši sodelavci obnašajo na določen način, in zavedanje, kakšen pomen ima to za kulturo, s katero se identificirajo, nam bosta služila kot smerokaza v zapletenem labirintu poti. Tako kognitivna kot afektivna komponenta bosta predstavljali osnovo za glavno manifestacijo našega dela: vedenje, izraženo z dejanji (vedenjska komponenta). Opremljen z **znanjem** razumem druge (zlasti vedenje, ki je drugačno od mojega, ki ga je težko sprejeti) - razumeti pomeni odpreti se **pozitivnim čustvom** do drugih. Opremljen z znanjem in spodbujen z dobrimi čustvi začnem delovati. Etika multikulturalizma v medicini, zgoščena na kratko, kot je to pogosto pri zdravilih. Navsezadnje mora biti moralna drža, s katero vstopamo v svet medicine, kot najboljše zdravilo, ne pa strup iz mešanice nevednosti, škodljivih čustev in nestrpnosti.

13.5 Povzetek

Skupaj smo preleteli teorijo, ki zagotavlja le skromne temelje za etiko multikulturalizma v medicini. Kot je bilo omenjeno v uvodu, ta tema vsekakor ni bila v celoti raziskana. Upali bi si trditi, da je bila le zelo bežno nakazana. Vsebina poglavja naj bi služila sokratovski vlogi gadfuja izzivanje misli ... Morda bodo pri nekaterih bralcih celo vzbudili nasprotovanje ali upor. Če se to zgodi, je to dobro, saj je z vidika naših kulturno bogatih pacientov, njihovih bližnjih, naših sodelavcev in nas samih najpomembnejše, da se lotimo razmišljanja o etičnih temeljih človeških in medkulturnih odnosov.



Na koncu je nemogoče ne omeniti obstoja težkih, moralno konfliktnih situacij, ki nastajajo na stičišču različnih kulturnih izrazov. Tem situacijam se ni mogoče izogniti. Prav tako je nemogoče zagotoviti pripravljeno rešitev, ki bi bila koristna za vse strani, vpletene v konflikt. Včasih to niti ni izvedljivo. Zagotovo se bralec spomni na številne primere navidezno "brezupnih" situacij, značilnih za njegovo državo, delovno mesto ali kulturo. Da pa bralca ne bi pustili v popolni praznini glede predlaganih rešitev moralnih težav v okviru večkulturnosti v medicini, predlagamo, da obravnavane alternative vedno utemelji z vrednotami, omenjenimi v sklepnem poglavju: **človeškim dostojanstvom, strpnostjo, visoko stopnjo moralne zrelosti in solidno mero znanja**.

Literatura

Buber, M. (1971). *I and thou*. Scribner Macmillan, Scribner Book Co.

Charter of Fundamental Rights of the European Union 2000, art. 1 Human dignity. (2023). *Dignity*. Stanford Encyclopedia of Philosophy. https://plato.stanford.edu/entries/dignity/

Düwell, M., Braarvig, J., Brownsword, R. in Mieth, D. (ur.). (2015). *The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge University Press.

Gajda, J. (2003). *Antropologia kulturowa*. cz. 1: Wprowadzenie do wiedzy o kulturze. Adam Marszałek.

Kohlberg, L. in Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development, 12*(2), 93–120. https://doi.org/10.1159/000270857

Sawicki, K. (2024). Postawy moralne młodzieży. V Ł. Szwejka (ur.), *Postawy i styl życia młodzieży* (str.. 69). Instytut Badań Edukacyjnych.

Shershow, S. C. (2013). *Deconstructing dignity: A critique of the right-to-die debate*. University of Chicago Press.

Spencer-Oatey, H. (2012). *What is culture? A compilation of quotations.* http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/al/globalpad/interculturalskills/.

Środa, M. (2010). *Etyka dla myślących*. Czarna owca.

Zhang, Q. in Zhao, H. (2017). An analytical overview of Kohlberg's theory of moral development in college moral education in mainland China. *Open Journal of Social Sciences, 5*, 151-160. https://doi.org/10.4236/jss.2017.58012

Zaključni razmislek: etika multikulturalizma v medicini in model EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje obravnava ključna vprašanja o tem, **katere moralne vrednote spodbujajo odprt odnos do kulturne raznolikosti v medicini**. Močno poudarja pojme **človeškega dostojanstva, strpnosti in moralne zrelosti** – vse to pa je tesno povezano z modelom EMPOWER, še posebej z njegovimi stebri multikulturalnosti, strokovnosti, dobrega počutja in izobraževalnih virov.

Avtor izpostavi, da je vsak stik v medicinskem okolju – bodisi s pacientom, družinskim članom ali sodelavcem – hkrati srečanje z **edinstveno kulturno identiteto** in s tem tudi s prirojenim dostojanstvom posameznika. Takšen pogled v celoti podpira EMPOWER-jevo vizijo celostne, empatične in na posameznika osredotočene oskrbe.

Pomembno je, da strpnost ni predstavljena kot pasivno sprejemanje, temveč kot **zavestna etična zadržanost pred škodljivimi odzivi** – kot moralni minimum, pričakovan od strokovnjakov, ki delujejo v multikulturnem okolju.

Poglavje predstavi tudi **model moralne naravnanosti**, ki temelji na treh komponentah: kognitivni, čustveni in vedenjski. Ta struktura odseva EMPOWER-jevo usmerjenost k **reflektiranim, utemeljenim in sočutnim dejanjem**, ki temeljijo na znanju in jih vodi etična zavest.

Skratka, poglavje močno utrjuje pomen uvajanja modela EMPOWER v prakso. Pokaže, da etična medkulturna kompetenca ni zgolj skupek veščin, temveč **globoka, na vrednotah temelječa naravnanost, utemeljena na spoštovanju, zrelosti in pristnih »jaz–ti« odnosih**, v duhu dialogične filozofije in temeljnih načel modela EMPOWER.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu

Poglavje 14

Človekove pravice

OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA, VOLODYMYR DZHYVAK
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (Ukrajina)

Vsi ljudje se rodijo svobodni in enaki v dostojanstvu in pravicah. Obdarjeni so z razumom in vestjo ter morajo drug do drugega ravnati v duhu bratstva.

— Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948

14.1 Uvod

Človekove pravice temeljijo na načelih dostojanstva, enakosti in svobode, ki so temelj pravične in harmonične družbe. Ta načela zagotavljajo, da ima vsaka oseba, ne glede na njeno etnično, kulturno, socialno ali versko poreklo, enake pravice in možnosti. Univerzalnost in nedeljivost človekovih pravic sta ključni vrednoti, ki zagotavljata enakost državljanskih, političnih, ekonomskih, socialnih in kulturnih pravic. Ta načela se odražajo v Splošni deklaraciji človekovih pravic, ki poudarja, da se vsi ljudje "rodijo svobodni in enaki v dostojanstvu in pravicah" (United Nations Population Fund, Human rights principles, 2005).

Ideja človekovih pravic vključuje tudi pomen medsebojnega spoštovanja in strpnosti v večkulturnem okolju. Spoštovanje teh vrednot prispeva k socialni koheziji, vključevanju različnih kultur in preprečuje diskriminacijo. Človekove pravice delujejo kot vodilo pri oblikovanju družbe, v kateri je raznolikost obravnavana kot vir moči in ne kot izziv (Polnikova, 2024).

Načela in vrednote, na katerih temeljijo človekove pravice, so temelj pravične in harmonične družbe. Zagotavljajo, da ima vsakdo, ne glede na etnično, kulturno, socialno ali versko poreklo, enake pravice in možnosti. Univerzalnost in neodtujljivost človekovih pravic pomeni, da imajo te pravice vsi ljudje na svetu in da jim ne morejo biti odvzete. Nedeljivost človekovih pravic poudarja, da so vse pravice - državljanske, kulturne, ekonomske, politične in socialne - med seboj povezane in imajo enako vrednost. Odvzem ene pravice negativno vpliva na druge (United Nations Population Fund, Human rights principles, 2005).



Medsebojno spoštovanje in strpnost sta v večkulturni družbi pomembna. Te vrednote spodbujajo socialno kohezijo, vključevanje različnih kultur in preprečujejo diskriminacijo. Strpnost temelji na enakem dostojanstvu vseh ljudi, ki si zaslužijo spoštovanje kot razumni posamezniki, sposobni ustvariti in opredeliti lastno identiteto (Tadmor idr., 2012).

Spoštovanje teh načel prispeva k oblikovanju družbe, v kateri je raznolikost vir moči in ne izziv. Priznavanje in spoštovanje kulturnih razlik spodbuja dialog, sodelovanje in razumevanje med različnimi skupinami, kar je ključno za gradnjo harmonične in pravične družbe.

Cilji

V tem poglavju bodo študenti izboljšali svoje znanje in spretnosti na naslednjih področjih:

- **raziskovanje človekovih pravic**: analizirati, kako koncepti človekovih pravic vplivajo na prakso in politiko zdravstvenega varstva po svetu, zlasti v zvezi z dostopom do zdravstvenega varstva, diskriminacijo in pravico do zdravja, kar bo prispevalo h globljemu razumevanju univerzalnih vrednot in njihove vloge pri oblikovanju pravične družbe,
- **ugotavljanje kršitev človekovih pravic**: študenti se bodo naučili prepoznati različne oblike kršitev človekovih pravic, ki se lahko pojavijo v zdravstvenih sistemih, vključno s sistemskimi neenakostmi in zlorabami, ter njihov vpliv na ranljive skupine prebivalstva, kar jim bo omogočilo boljše razumevanje vprašanj, kot sta družbena neenakost in kulturni relativizem,
- **poudarjajte etično odgovornost**: poudariti etično odgovornost zdravstvenih delavcev za zaščito človekovih pravic in spodbujanje socialne pravičnosti pri svojem delu,
- **uporaba sistema človekovih pravic**: študenti bodo razumeli, kako uporabiti okvire in načela človekovih pravic v okviru zdravstvenega varstva za spodbujanje enakopravnega in pravičnega zagotavljanja zdravstvenega varstva,
- **opredelitev ključnih pojmov**: natančno opredeliti ključne izraze s področja človekovih pravic, kot so "pravica do zdravja", "diskriminacija" in "enakost v zdravju", da boste postavili trdne temelje za razumevanje kompleksnosti človekovih pravic in njihovega pomena pri reševanju sodobnih globalnih vprašanj, kot so podnebne spremembe, begunci in družbene neenakosti.

Cilj študija človekovih pravic je poglobiti razumevanje univerzalnih načel dostojanstva, enakosti in svobode, ki so temelj harmonične in pravične družbe.

Učni rezultati

Ob koncu tega poglavja bodo bralci znali:

- **razumeti, kaj so človekove pravice**: opisati temeljne koncepte človekovih pravic kot univerzalnih, neodtujljivih in nedeljivih načel, ki zagotavljajo dostojanstvo, enakost in svobodo za vse posameznike,
- **opredeliti ključne izraze**: prepoznati in razložiti bistvene izraze, povezane s človekovimi pravicami, vključno s civilnimi, političnimi, ekonomskimi, socialnimi in kulturnimi pravicami, kot so opredeljene v mednarodnih pravnih standardih,
- **prepoznati sodobna vprašanja**: prepoznati trenutne izzive na področju varstva človekovih pravic po svetu, vključno z razlikami med državami, kulturnimi stigmami in družbenimi dejavniki, ki vplivajo na dostop do pravic,
- **uporaba okvira človekovih pravic**: prikazati, kako uporabiti okvir človekovih pravic pri analizi vprašanj socialne pravičnosti in oblikovanju strategij za spodbujanje enakosti in medsebojnega spoštovanja v večkulturnih okoljih,

- **analizirati večkulturno kompetenco**: oceniti pomen večkulturne kompetence v okviru človekovih pravic, vključno z razumevanjem različnih perspektiv in obravnavanjem napetosti, ki izhajajo iz kulturnih razlik in diskriminacije.

Ključne opredelitve in izrazi

Človekove pravice so temeljne pravice in svoboščine, do katerih so upravičeni vsi posamezniki, ne glede na narodnost, spol, etnično pripadnost ali kakršen koli drug status. Te pravice vključujejo pravico do življenja, svobodo izražanja in dostop do zdravstvenega varstva.

Pravica do zdravja je pravica posameznikov do doseganja najvišjega standarda telesnega in duševnega zdravja, ki vključuje dostop do zdravstvenih storitev, zdravega okolja in temeljnih dejavnikov zdravja, kot sta hrana in čista voda.

Diskriminacija je nepravično ali pristransko obravnavanje posameznikov na podlagi značilnosti, kot so rasa, spol, starost ali invalidnost, kar lahko privede do razlik v dostopu do zdravstvenega varstva in njegovih rezultatih.

Enakost na področju zdravja je načelo, da mora imeti vsakdo pošteno priložnost, da doseže svoj polni zdravstveni potencial, in da nihče ne sme biti prikrajšan pri doseganju tega potenciala zaradi socialnih, ekonomskih ali okoljskih pogojev.

Splošna deklaracija o človekovih pravicah (UDHR): V zgodovinskem dokumentu, ki ga je Generalna skupščina Združenih narodov sprejela leta 1948 in v katerem so opisane temeljne človekove pravice, ki bi morale biti splošno zaščitene, vključno s posebnimi navedbami pravic, povezanih z zdravjem in dobrim počutjem.

Informirano soglasje je privolitev pacienta, tj. pravna in etična zahteva v zdravstvu, ki določa, da morajo biti pacienti v celoti obveščeni o tveganjih, koristih in alternativah medicinskih posegov, preden dajo soglasje za zdravljenje.

Avtonomija pacienta je pravica pacientov, da sprejemajo informirane odločitve o svojem zdravstvenem varstvu, pri čemer se spoštujejo njihove vrednote in želje ter se jim zagotovi nadzor nad njihovim zdravljenjem.

Ranljive skupine prebivalstva vključujejo marginalizirane skupnosti, begunce, starejše in invalide.

Kulturna kompetenca je sposobnost zdravstvenih delavcev, da razumejo, spoštujejo in učinkovito sodelujejo s pacienti iz različnih kulturnih okolij, kar je bistvenega pomena za zagotavljanje pravičnega zdravstvenega varstva.

Družbene determinante zdravja vključujejo socialno-ekonomski status, izobrazbo, okolje v soseski in dostop do zdravstvenega varstva.

Etične dileme: V primerih, ko se zdravstveni delavci soočajo z nasprotujočimi si obveznostmi, povezanimi z oskrbo pacientov, je pogosto treba uskladiti pravice

posameznika, skrbi za javno zdravje in razporeditev virov.

Pravica do zasebnosti je pravica posameznikov, da ohranijo zaupnost svojih osebnih zdravstvenih podatkov in da imajo nadzor nad tem, kdo dostopa do njihove zdravstvene dokumentacije in zdravstvenih podatkov.

Pravičnost v zdravstvu je koncept, da je treba zdravstveno varstvo razdeliti pravično in zagotoviti, da imajo vsi posamezniki dostop do potrebnih zdravstvenih storitev ter da se odpravijo razlike v oskrbi.

Nediskriminacija je načelo, ki prepoveduje diskriminacijo posameznikov v zdravstvenih ustanovah na podlagi rase, spola, invalidnosti, spolne usmerjenosti ali drugih zaščitenih značilnosti ter zagotavlja enakopraven dostop in obravnavo.



Medicinska etika: neškodovanje, dobrodelnost (delovanje v najboljšem interesu pacienta) in pravičnost.

Pravica do izobraževanja je pravica posameznikov do izobraževanja o njihovem zdravju, vključno z informacijami o zdravstvenem stanju, zdravljenju in njihovih pravicah v zdravstvenem sistemu.

Participativne pravice so pravice posameznikov in skupnosti do aktivnega sodelovanja pri odločitvah, ki vplivajo na njihovo zdravje in dobro počutje, vključno s sodelovanjem pri oblikovanju politike in zagotavljanju zdravstvenih storitev.

Zdravje skupnosti: Pristop k zdravju, ki poudarja pomen razumevanja in obravnavanja zdravstvenih potreb določenih populacij ali skupnosti ob upoštevanju njihovih edinstvenih družbenih in kulturnih okoliščin.

Globalno zdravje je področje študija in prakse, ki se osredotoča na zdravstvena vprašanja, ki presegajo nacionalne meje, in priznava medsebojno povezanost zdravstvenih sistemov ter potrebo po mednarodnem sodelovanju pri spodbujanju javnega zdravja.

Pristop, ki temelji na človekovih pravicah (HRBA), vključuje načela človekovih pravic v vse vidike načrtovanja in izvajanja s poudarkom na krepitvi moči, sodelovanju in odgovornosti. To je strategija za razvoj in družbene spremembe, ki vključuje načela človekovih pravic v vse vidike načrtovanja in izvajanja, s poudarkom na krepitvi moči, sodelovanju in odgovornosti.

14.2 Kaj pravijo raziskave

Človekove pravice so univerzalna, neodtujljiva in nedeljiva načela, ki zagotavljajo dostojanstvo, enakost in svobodo vsakega človeka. So podlaga za varstvo državljanskih, političnih, ekonomskih, socialnih in kulturnih pravic. Splošna deklaracija človekovih pravic (1948) je temeljni dokument, ki je te pravice opredelil kot univerzalne in zavezujoče za vse države (Generalna skupščina Združenih narodov, Splošna deklaracija o človekovih pravicah, 1948).

V večkulturnem okolju so človekove pravice ključni mehanizem za zagotavljanje enakosti in medsebojnega spoštovanja. Spodbujajo socialno kohezijo in preprečujejo diskriminacijo na kulturni, verski ali etnični podlagi. Glede na raziskave učinkovito izvajanje človekovih pravic zagotavlja socialno pravičnost in enak dostop do virov ne glede na izvor osebe (Agyare, 2024).

Varstvo in spodbujanje človekovih pravic se v svetu zelo razlikujeta. Po podatkih iz publikacije Our World in Data se je varstvo človekovih pravic sčasoma na splošno izboljšalo, vendar med državami še vedno obstajajo velike razlike. K tem razlikam prispevajo dejavniki, kot so strukture upravljanja, kulturne norme in gospodarske razmere (Herre in Arriagada, 2016).

Glede na lestvico najboljših držav in podrazred družbeno-koristnih namenov, ki jo objavlja U.S. News, so Danska, Švedska in druge evropske države pogosto priznane zaradi svoje močne zavezanosti človekovim pravicam. Imajo močne pravne okvire in institucije, namenjene zaščiti svoboščin posameznikov in spodbujanju enakosti. Njihove družbe poudarjajo preglednost, vključenost in družbeno blaginjo, kar prispeva k visokim standardom človekovih pravic (U.S. News Best Countries rankings, 2024).

Nasprotno pa je po podatkih iz Poročila o svetu 2023 stanje človekovih pravic na Kitajskem postalo predmet mednarodne pozornosti. V poročilih so bila izpostavljena vprašanja, kot so omejevanje svobode govora, zatiranje političnega oporečništva in zaskrbljenost zaradi ravnanja z etničnimi manjšinami. Kitajska vlada pogosto daje prednost kolektivnim pravicam in družbeni stabilnosti pred svoboščinami posameznika, kar odraža drugačen filozofski pristop k človekovim pravicam. Savdska Arabija je bila kritizirana zaradi svojih praks na področju človekovih pravic, zlasti glede

svobode govora, pravic žensk in uporabe smrtne kazni. Pravni sistem države temelji na islamskem pravu, kar vpliva na razlago in izvajanje človekovih pravic. Nedavne reforme so bile namenjene izboljšanju pravic žensk, vendar še vedno ostajajo pomembni izzivi (Hassan, 2023).

Zgodovinsko gledano izvira koncept človekovih pravic iz filozofije naravnega prava, ki se je razvila v antiki. V srednjem veku so te ideje prilagodili teologi, kot je Tomaž Akvinski, v razsvetljenstvu pa filozofi, kot sta John Locke in Jean-Jacques Rousseau. Trdili so, da so človekove pravice neodtujljive in neodvisne od volje države (Perelló CFA, 2014).

Izobraževanje o človekovih pravicah omogoča pridobivanje boljših veščin za mirno reševanje sporov, prispeva k boju proti ekstremizmu ter spodbuja ideje strpnosti in spoštovanja drugih. To je še posebej pomembno v večkulturnih družbah, kjer lahko različni pogledi in tradicije povzročajo napetosti. Izobraževanje o človekovih pravicah prispeva k boju proti ekstremizmu s spodbujanjem idej strpnosti in spoštovanja drugih. Študenti se naučijo, kako analizirati manipulativne informacije in prepoznati manifestacije radikalizacije v družbi (UNICEF, 2024). V sodobnem mednarodnem pravu so človekove pravice zapisane v številnih temeljnih dokumentih, ki opredeljujejo standarde njihovega varstva in spodbujajo njihovo spoštovanje na svetovni ravni. Ključno vlogo imata zlasti Mednarodni pakt o državljanskih in političnih pravicah (1966) ter Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah (1966), ki ju je Generalna skupščina ZN sprejela v okviru razvoja Mednarodne listine o človekovih pravicah. Ta pakta sta del mednarodnega pravnega reda in zavezujeta države



pogodbenice, da sprejmejo ukrepe za zagotovitev skladnosti nacionalne zakonodaje z mednarodnimi standardi. Skupaj s Splošno deklaracijo o človekovih pravicah (1948) tvorijo osnovo sodobnega mednarodnega prava človekovih pravic (Risse idr., 2013).

Človekove pravice imajo ključno vlogo pri zagotavljanju zaščite posameznikov v različnih družbeno-kulturnih okoljih, pri spodbujanju načel enakosti, strpnosti in odpravljanju diskriminacije. V današnjem svetu globalizacija pomembno vpliva na medkulturno interakcijo, kar ustvarja nove izzive, ki zahtevajo učinkovite mehanizme varstva človekovih pravic. Izvajanje mednarodnih standardov človekovih pravic ne prispeva le k ohranjanju kulturne identitete, temveč tudi k zagotavljanju skladnega sobivanja različnih skupin, ne glede na njihovo etnično, versko ali družbeno poreklo.

V kontekstu globalizacije lahko rast medkulturnih stikov privede do konfliktov, ki jih povzročajo neenakost, predsodki ali tekmovanje za vire. V takšnih okoliščinah postanejo človekove pravice ključno orodje za zmanjševanje napetosti, saj je njihov glavni cilj ustvariti pogoje za enakost in medsebojno spoštovanje. Načela, zapisana v Splošni deklaraciji človekovih pravic (1948) in drugih mednarodnih dokumentih, na primer določajo, da ima vsakdo pravico do svobode izražanja, enakega dostopa do izobraževanja in možnosti za uresničevanje svojih potencialov, kar spodbuja socialno vključenost (Donnelly, 2013).

Literatura

Agyare, P. (2024). Contextualizing human rights in multicultural environments. *Research in Social Sciences and Technology, 9*(3), 210-230. https://doi.org/10.46303/ressat.2024.56

Being different is not a problem, the challenge is rejection: Ukraine on the way to tolerance. (n.d.). Fact-news.com.ua. Pridobljeno 20. februar, 2025, s spletne strani: https://fact-news.com.ua/buti-riznimi-ne-problema-viklik-u-nepriynyatti-ukraina-na-shlyahu-do-tolerantnosti/

Cambridge University Press. (2013). *The Persistent Power of Human Rights.* https://www.cambridge.org/core/books/persistent-power-of-human-rights/D26A23B19102926B4E77B1EDEA3773F1

Cole, N. L. (2024). *Understanding acculturation and why it happens.* ThoughtCo. https://www.thoughtco.com/acculturation-definition-3026039

Council of Europe. (n.d.). *The International Covenant on Civil and Political Rights.* https://www.coe.int/en/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights

Donnelly, J. (2013). *Universal human rights in theory and practice* (3. izd.). Cornell University Press. http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx5q2

The International Covenant on Civil and Political Rights. (n.d.). *Council of Europe*. https://www.coe.int/en/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights

Perelló, C. F. A. (2014). *On supernatural law: About the origins of human rights and natural law in antiquity. Fundamina, 20*(1), 15-26. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1021-545X2014000100002&lng=en&tlng=en

Tadmor, C. T., Galinsky, A. D. in Maddux, W. W. (2012). Getting the most out of living abroad: Biculturalism and integrative complexity as key drivers of creative and professional success. *Journal of Personality and Social Psychology, 103*(3), 520-542. https://doi.org/10.1037/a0029360

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights: Article 1*. https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: United Nations. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

United Nations General Assembly. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights

United Nations Population Fund. (n.d.). *Human rights principles*. https://www.unfpa.org/resources/human-rights-principles

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (n.d.). https://www.unesco.org/en

United Nations Children's Fund (UNICEF). (n.d.). *Training for teachers helps strengthen gender equality*. https://www.unicef.org/ukraine/stories/training-for-teachers-helps-strengthen-gender-equality

U.S. News & World Report. (n.d.). *Best countries rankings: Cares about human rights*. https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/cares-about-human-rights

World Report 2023. (2023). *Human Rights Watch*. https://www.hrw.org/world-report/2023

Zaključni razmislek: človekove pravice v kontekstu modela EMPOWER

pripravila Małgorzata Szkup

To poglavje poudarja temeljno **vlogo človekovih pravic** kot osnove za enakost, dostojanstvo in pravičnost v raznolikih družbah. Takšen pogled je tesno usklajen z modelom EMPOWER, zlasti z njegovimi stebri multikulturalnosti, dobrega počutja, strokovnosti, učinkovitosti in izobraževalnih virov.

Avtorji pokažejo, da zaščita človekovih pravic – vključno s pravico do zdravja, nediskriminacije, avtonomije pacienta in zasebnosti – ni le pravna dolžnost zdravstvenih sistemov, temveč tudi **vsakodnevna etična odgovornost zdravstvenih delavcev.**

Priznanje dostojanstva vsakega posameznika in njegove pravice do enake obravnave izraža **bistvo kulturno kompetentne in družbeno pravične oskrbe**, kar je osrednji del filozofije EMPOWER.

Poglavje ponuja tudi praktična orodja za analizo kršitev človekovih pravic v zdravstvu, s čimer krepi **refleksivne in zagovorniške kompetence strokovnjakov**. Poudarja potrebo po zaščiti ranljivih skupin, spodbujanju zdravja skupnosti ter gradnji globalnega dialoga, ki temelji na **medsebojnem spoštovanju in medkulturnem sodelovanju** – cilji, ki so v popolnem sozvočju z modelom EMPOWER.

To poglavje tako prevaja vrednote modela EMPOWER v jezik človekovih pravic in pokaže, da je njihovo udejanjanje **ključno za zagotavljanje etične, učinkovite in pravične oskrbe** v globalno povezanem svetu.

Multi Culti Med

Želite izvedeti več?

Obiščite platformo MultiCultiMed!

Zelo priporočamo obisk izobraževalne platforme MultiCultiMed, kjer boste našli interaktivne vaje, dodatna gradiva in privlačne aktivnosti, usklajene z modelom EMPOWER. Ta sredstva vam bodo pomagala preoblikovati znanje v prakso in okrepiti vaše reflektivne kulturne kompetence.

Raziščite. Razmislite. OPOLNOMOČITE.

www.multicultimed.eu



Seznam avtorjev



IZR. PROF. MAŁGORZATA SZKUP

Pomurska medicinska univerza v Szczecinu, Poljska

Je predstojnica Oddelka za socialno zdravstveno nego ter prodekanja Fakultete za zdravstvene vede na Pomorski medicinski univerzi v Szczecinu na Poljskem. Njeno poklicno pot zelo zaznamuje strast do transkulturne zdravstvene nege, ki ji je predana že več kot 15 let.

Vodstvene sposobnosti Małgorzate izstopajo v vlogi vodje projekta *MultiCultiMed*, ki spodbuja sodobno multikulturno izobraževanje za študente medicine in zdravstvenih ved. V okviru te pobude ji je uspelo vzpostaviti konzorcij šestih evropskih univerz, s čimer je okrepila mednarodno sodelovanje pri transkulturnem medicinskem izobraževanju v Poljski, Cipru, Sloveniji, Španiji, Nemčiji in Ukrajini.

Kot predana raziskovalka je Małgorzata avtorica več kot 100 recenziranih znanstvenih člankov, objavljenih v nacionalnih in mednarodnih revijah. Njeno prizadevanje za vključevanje transkulturne zdravstvene nege v izobraževanje in prakso ostaja osrednje poslanstvo njene kariere, saj prispeva k razvoju bolj vključujočih in kulturno kompetentnih zdravstvenih sistemov po vsej Evropi.

Kontakt: malgorzata.szkup@pum.edu.pl



DR. MAŁGORZATA ZIMNY

Pomurska medicinska univerza v Szczecinu, Poljska

Je doktorica zdravstvenih ved, babica, specialistka porodniške zdravstvene nege.

Že vrsto let se ukvarja z izobraževanjem in poklicno prakso na področju babištva. Klinične izkušnje združuje s pedagoškim delom in vzgaja nove generacije strokovnjakov. Njeno delo vodijo strast, strokovnost in zavezanost visokim standardom skrbi za ženske in družine. Avtorica in soavtorica številnih znanstvenih publikacij in poglavij v knjigah. Vodja doktorskih in magistrskih del ter recenzentka magistrskih del.

Dejavno sodeluje pri razvoju znanja na področju zdravja žensk.



MAG. MAGDALENA STANKIEWICZ

Pomurska medicinska univerza v Szczecinu, Poljska

je predavateljica na Samostojnem oddelku za skupnostno zdravstveno nego.

Psihologinja, sociologinja in psihoterapevtka. Trenutno je vpisana na podiplomski študij klinične seksologije in forenzične seksološke ocene na Univerzi Adama Mickiewicza v Poznanju. V procesu je pisanja doktorske disertacije z naslovom »Spolna identiteta v luči izbranih psihosocialnih dejavnikov«.

Profesionalno je dejavna tako na kliničnem kot tudi na akademskem področju na Pomeranski medicinski univerzi v Ščečinu, kjer poučuje študente medicine in terapevtsko dela s pacienti. Njena znanstvena zanimanja so osredotočena na široko razumljeno psihopatologijo, psihologijo spolne identitete, duševno zdravje ter psihosocialne vidike človekovega delovanja v pogojih kroničnega stresa in čustvene preobremenjenosti.

Posebno pozornost namenja interdisciplinarnim raziskavam psiholoških dejavnikov osebnostnih motenj, obrambnih mehanizmov ter človekovega psihoseksualnega razvoja v okviru biopsihosocialnega modela.



DR. MAGDALENA KUCZYŃSKA

Pomurska medicinska univerza v Szczecinu, Poljska

Je članica Samostojnega laboratorija za dolgotrajno oskrbo in paliativno medicino na Pomeranski medicinski univerzi v Ščečinu. Po osnovni izobrazbi je medicinska sestra, po podiplomski izobrazbi pa etičarka in bioetičarka. Ima doktorat znanosti s področja zdravstvene nege. Njena znanstvena zanimanja so usmerjena v etiko ob koncu življenja ter širše pojmovane družbeno-humanistične vidike medicine, vključno z njeno zgodovino.

V zadnjih letih je svoje izobraževalno in raziskovalno delovanje razširila tudi na področje gerontologije. Bila je soorganizatorka desetletnega projekta Otroška medicinska univerza na Pomeranski medicinski univerzi (DUM PUM), ki je osnovnošolskim otrokom približal svet medicine. Zasebno je občudovalka del Michelangela Buonarrotija, Italije in umetnosti v njenih različnih oblikah. Ravnotežje v življenju ohranja s stikom z živalmi in s kvačkanjem.



PROF. DR. KARMEN ERJAVEC

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

je redna profesorica, prorektorica za raziskovalno dejavnost na Univerzi v Novem mestu. Njeno znanstvenoraziskovalno delo se osredotoča na komuniciranje na področju zdravstva, gospodarstva in kmetijstva.

Je avtorica številnih znanstvenih člankov in poglavij v knjigah, zlasti s področij zdravstvenih študij, študij spolov in medijskih študij. Njena dela so bila objavljena v mednarodno priznanih revijah. Sodeluje v nacionalnih in mednarodnih raziskovalnih projektih, kot je primerjalna študija o storitvah dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in sosednjih državah. Znana je tudi po spodbujanju interdisciplinarnih pristopov in praktične uporabe znanstvenih spoznanj v zdravstvu in izobraževanju.

SABINA KRSNIK, MAG. EKON. IN POSL. VED

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija



Je vodja projektne in mednarodne pisarne ter mlada raziskovalka na Univerzi v Novem mestu.

Njeno raziskovalno delo se osredotoča na trajnostno komuniciranje, ekonomijo v zdravstvu in poslovno ekonomiko. Je avtorica številnih znanstvenih člankov in aktivna sodelavka regionalnih, nacionalnih in mednarodnih projektov, namenjenih spodbujanju inovacij, vključevanja in interdisciplinarnega sodelovanja.

Njeno delo podpira strateški razvoj mednarodnih partnerstev in s praktičnim usklajevanjem ter raziskovalnimi spoznanji krepi vključenost univerze v evropske pobude.



PROF. DR. MARIA A. MARCHWACKA

Ostfalijska Univerza za uporabne znanosti, Nemčija

Kot diplomirana pedagoginja in doktorica komunikologije se v svojih raziskavah osredotoča na izobraževalne teme v zdravstvu in je profesorica poklicnega izobraževanja. Njeni akademski interesi vključujejo didaktiko zdravstvenih poklicev in organizacijski razvoj na Univerzi uporabnih znanosti Ostfalia v Wolfsburgu na Spodnjem Saškem v Nemčiji.

Poleg tega je tudi vodja doktorskih disertacij na Univerzi Vinzenz Pallotti v Vallendarju, Porenje-Pfalško. Njena glavna raziskovalna področja zajemajo izobraževanje, usposabljanje in nadaljnje izobraževanje v zdravstvenih poklicih s posebnim poudarkom na profesionalizmu, digitalizaciji in (medkulturni) komunikaciji.



PROF. DR. OLHA FEDORTSIV

Medicinska fakulteta, Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministrstvo za zdravje Ukrajine, Ternopil, Ukrajina

Avtorica več kot 300 znanstvenih člankov, 2 monografij, učbenika v angleščini, 11 priročnikov, 10 informacijskih listov, 7 patentov, 10 raziskovalnih predlogov. Pod njenim vodstvom je uspešno zagovarjala 10 znanstvenih del za pridobitev naziva kandidatka medicinskih znanosti.

Že vrsto let je predsednica Ternopilske podružnice Združenja pediatrov Ukrajine. Je članica uredniškega odbora revij "Achievements of Clinical and Experimental Medicina", "Aktualna vprašanja pediatrije, Porodništvo in ginekologija", mednarodni uredniški odbor revije "Medical science pulse" (Opole), znanstveni odbor revije "Family Medicine & Primary Care Pregled" (Wroclaw). Bila je koordinatorka sodelovanja med Medicinsko univerzo v Śląsku, Univerzo v Wroclawu in Medicinsko univerzo v Ternopilu, trenutno pa je koordinatorka sodelovanja med Medicinsko univerzo v Bialystoku in Nacionalno medicinsko univerzo v Ternopilu.



DR. VOLODYMYR DZHYVAK

Medicinska fakulteta, Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministrstvo za zdravje Ukrajine, Ternopil, Ukrajina

Doktor znanosti, doktor medicine, specialist kirurgije in otroške kirurgije.

Avtor in soavtor približno 100 znanstvenih člankov, vključno s članki v nacionalnih in mednarodnih revijah (25 člankov je indeksiranih v bazi podatkov Scopus).

Vsako leto aktivno izboljšuje svoje strokovno znanje z udeležbo na mednarodnih konferencah, seminarjih in praktičnih usposabljanjih o sodobnih kirurških tehnologijah (Medical Korea Academy itd.). Član uredniških odborov in recenzent mednarodnih znanstvenih revij (Future Medicine, Deka in Medicine, American Journal of Pediatrics itd.), v katerih opravlja strokovno ocenjevanje znanstvenih člankov s področja medicine. Je vodja študentov, ki sodelujejo na študentskih znanstvenih konferencah, redno dobivajo nagrade in izkazujejo visoko raven usposabljanja.



DOC. DR. ELENA ROUSOU

Fakulteta za zdravstvene vede Ciprske tehnološke univerze, Ciper

Doktorirala je iz zdravstvene nege v skupnosti in družini ter javnega zdravja in je dejavno vključena v različne raziskovalne pobude.

Pri svojem delu se osredotoča na skupnostno in transkulturno zdravstveno nego s posebnim zanimanjem za vidike, povezane s spolom, v manjšinskih in prikrajšanih populacijah. Sodelovala je v številnih evropskih projektih, namenjenih predvsem spodbujanju kulturno kompetentne in sočutne zdravstvene oskrbe. Od junija 2023 je podpredsednica Evropskega združenja transkulturnih medicinskih sester.

DR. PANAGIOTA ELLINA



Fakulteta za zdravstvene vede Ciprske tehnološke univerze, Ciper

Ima doktorat z raziskovanja socialnih neenakosti v kakovosti življenja in zdravstvenem vedenju prebivalcev Limassola, magisterij iz napredne zdravstvene nege v skupnosti ter diplomo iz zdravstvene nege. Je predana javnemu zdravju, družbeni pravičnosti in medkulturni skupnostni oskrbi ter dejavno sodeluje v evropskih projektih za spodbujanje vključujočih in učinkovitih zdravstvenih pobud.



MAG. PARASKEVI CHARITOU

Fakulteta za zdravstvene vede Ciprske tehnološke univerze, Ciper

Ima diplomo iz zdravstvene nege (BSc) in magisterij iz napredne zdravstvene nege in zdravstvenega varstva v skupnosti (MSc). Njena raziskovalna zanimanja so osredotočena predvsem na vprašanja dostojanstva starejših, nasilja nad starejšimi ter spodbujanja zdravja in kakovosti življenja starejših v skupnosti, zlasti oseb z Alzheimerjevo boleznijo in demenco.

Dejavno je sodelovala v številnih projektih Erasmus, predvsem na področjih kulturno in etično kompetentne oskrbe.

IZR. PROF. DR. EMILIA BURBELA



Medicinska fakulteta, Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukrajina

Je avtorica in soavtorica več kot 60 znanstvenih člankov, od katerih je 11 v znanstveni bazi Scopus. Njena druga diploma je iz praktične psihologije. Njeno področje zanimanja je psihosomatska medicina, klinična psihologija in večkulturnost v medicini. Njena druga diploma je iz praktične psihologije.



IZR. PROF. MARZENA MIKŁA

Fakulteta za zdravstveno nego Univerze v Murciji, Španija

Je izredna profesorica na Fakulteti za zdravstveno nego Univerze v Murciji. Diplomirala je na Univerzi v Lodžu na Poljskem, doktorirala na Univerzi v Murciji z odliko (Cum Laude) in prejela tudi izredno doktorsko nagrado Univerze v Murciji.

Zaposlena je kot medicinska sestra v Splošni univerzitetni bolnišnici Reina Sofía v Murciji, Španija. Je članica raziskovalne skupine za zdravstveno nego E063-04 »Zdravstvena nega, ženske in skrb« na Univerzi v Murciji, prav tako pa članica raziskovalne skupine za napredno zdravstveno nego (ENFERAVANZA) pri Murcijskem inštitutu za biomedicinske raziskave Pascual Parrilla (IMIB) v Murciji. Njena raziskovalna področja vključujejo darovanje in presajanje organov, klinično zdravstveno nego, medkulturno zdravstveno nego ter upravljanje s človeškimi viri v zdravstveni negi. Ima registrirano blagovno znamko pri Španskem uradu za patente in blagovne znamke (št. 4.186.783). Je avtorica več znanstvenih člankov.



PROF. DR. PALOMA MORAL DE CALATRAVA

Fakulteta za zdravstveno nego Univerze v Murciji, Španija

Je redna profesorica in članica Oddelka za zdravstveno nego na Univerzi v Murciji. Ima diplomo iz srednjeveške zgodovine (1992), diplomo iz zdravstvene nege (1995) in doktorat iz srednjeveške zgodovine (2003). Njeno raziskovalno delo se osredotoča na zdravje in prakso žensk v srednjem veku ter na srednjeveško spolnost in seksualnosti. Je avtorica 40 znanstvenih prispevkov.

Delovala je kot gostujoča profesorica v različnih španskih magistrskih programih zdravstvene nege in bila gostujoča raziskovalka na Univerzi v Leedsu leta 2021. Zasedala je funkcijo tajnice Fakultete za zdravstveno nego (1999–2003), tajnice Oddelka za zdravstveno nego (2013–2015 in 2017–2020) ter predstojnice Oddelka za zdravstveno nego (2015–2017 in trenutno). Je tudi članica Španskega združenja za raziskovanje zgodovine žensk.



