



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MULTIKULTURNE KOMPETENCE
MEDICINSKIH SESTER**

**MULTICULTURAL COMPETENCIES OF
NURSES**

Mentor: doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka: Tina Vovk

Jesenice, januar 2017

ZAHVALA

Za pomoč pri izdelavi diplomskega dela se iskreno zahvaljujem mentorici doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, recenzentkama Sedini Kalender Smajlović, pred. in dr. Vesni Čuk, viš. pred. ter Nini Rustja, univ. dipl. bibl. Prav tako gre iskrena zahvala gospe Barbari Udrih za lektoriranje diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaradi naraščajoče kulturne pestrosti družbe je nujno potrebno oblikovanje kulturnih kompetenc v zdravstveni negi. Multikulturne kompetence pomenijo ustrezno znanje, spretnosti in sposobnosti medicinskih sester za delo v multikulturnem okolju s pacienti različnih narodnosti, ras, religij, spolov in kultur.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati kulturno zavedanje, kulturno občutljivost in prisotnost etnocentrizma med medicinskimi sestrami ter ugotoviti stopnjo multikulturnih kompetenc medicinskih sester.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja z anketno metodologijo. Uporabili smo mednarodni instrument Cultural Competence Assessment. V raziskavo smo zajeli 67 medicinskih sester. Za analizo je bil uporabljen program SPSS 22.0. Za analizo smo uporabili opisno in bivariantno statistiko. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5-odstotnega tveganja.

Rezultati: Večina vprašanih (59,57 %) se pri izvajanju zdravstvene nege ocenjuje za delno kulturno kompetentne. Statistično pomembnih razlik v kulturnih kompetencah med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege nismo potrdili ($p = 0,204$). Obstaja statistična povezava med kulturnim zavedanjem in starostjo ($p = 0,001$) ter stopnjo izobrazbe ($p = 0,002$), medtem ko spol, delovna doba in znanje tujih jezikov niso povezani s kulturnim zavedanjem ($p > 0,05$). Rezultati kažejo nizko stopnjo etnocentrizma med vprašanimi ($PV = 27,16$, $SO = 7,790$) ter šibko statistično povezavo med kulturnimi kompetencami in etnocentrizmom medicinskih sester ($p > 0,041$). Obstaja tudi šibka statistična povezava med izobraževanjem in kulturnimi kompetencami ($p = 0,028$).

Razprava: Na podlagi raziskave smo ugotovili, da so medicinske sestre kulturno kompetentne le do neke mere. Po njihovem mnenju se ne srečujejo veliko s pacienti drugih kulturnih ozadij. Potrebne so nadaljnje raziskave z večjim vzorcem, da bi dobili kakovostne rezultate. Zaradi naraščajoče kulturne raznolikosti pacientov so nujno potrebna izobraževanja medicinskih sester.

Ključne besede: multikulturnost, multikulturne kompetence, etnocentrizem, kulturno kompetentna zdravstvena nega.

SUMMARY

Theoretical background: The increasing cultural diversity in society results in an increased need to develop cultural competence in healthcare. Cultural competence comprises the knowledge and skills nurses need to work in a multicultural environment with patients representing different nationalities, races, religions, genders and cultures.

Objective: The aim of the dissertation was to investigate the cultural awareness, the cultural sensitivity and the presence of ethnocentrism among nurses and to reveal their cultural competence levels.

Method: The research was based on the quantitative method. The Cultural Competence Assessment international instrument was used with 67 nurses participating in our research. SPSS 22.0 software was used for the analysis, as well as descriptive and bivariate statistics. Statistical significance was tested at the 5 percent risk level.

Results: A majority of the nurses (59,57 %) see themselves as being culturally competent only to a certain extent when providing health care. We have not found any statistically relevant differences in cultural competence between registered nurses and medical technicians ($p > 0.05$). A statistical correlation between cultural awareness and age ($p = 0.001$) as well as between cultural awareness and level of education ($p = 0.02$) was confirmed. However, gender, years of experience of working as a nurse and knowledge of foreign languages have nothing to do with cultural awareness ($p > 0.05$). The results also show weak correlation between cultural competencies and ethnocentrism among nurses ($p = 0.041$). Overall, the level of ethnocentrism was low ($AV = 27.16$, $SD = 7.790$). A weak statistical correlation between education and cultural competence of nurses ($p = 0.28$) was found as well.

Discussion: Based on our research, we have determined, that most nurses are culturally competent only to a certain extent. In their opinion, they do not have much contact with patients from other cultural backgrounds. Further research, including a larger sample, is needed to receive relevant results. Due to increasing cultural diversity of the patients, further training of nurses is necessary.

Keywords: multiculturalism, multicultural competence, ethnocentrism, culturally competent nursing.

KAZALO

KAZALO.....	1
1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 KULTURA IN NJENE SESTAVINE	3
2.2 MULTIKULTURNOST IN MEDKULTURNI DIALOG.....	4
2.3 MULTIKULTURNE KOMPETENCE	5
2.3.1 Izobraževanje in pridobivanje kulturnih kompetenc	6
2.3.2 Dimenzije kulturnih kompetenc	8
2.3.3 Stereotipi	9
2.4 ETNOCENTRIZEM.....	10
2.5 TEORETIČNI MODELI IN MULTIKULTURNE KOMPETENCE	12
2.6 MULTIKULTURNE KOMPETENCE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	15
2.6.1 Standardi kulturno kompetentne zdravstvene nege	19
2.6.2 Pomen multikulturnih kompetenc v zdravstveni negi	21
3 EMPIRIČNI DEL	25
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	25
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	25
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	26
3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja.....	26
3.3.2 Opis merskega instrumenta	26
3.3.3 Opis vzorca.....	28
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	30
3.4 REZULTATI	31
3.5 RAZPRAVA	41

3.5.1	Omejitve raziskave	47
4	ZAKLJUČEK	48
5	LITERATURA	50
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1:	Starost anketirancev	29
Slika 2:	Delovna doba anketirancev	30

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Demografski podatki anketirancev	28
Tabela 2:	Jezik, ki ga anketiranci govorijo v domačem okolju	31
Tabela 3:	Znanje tujih jezikov	31
Tabela 4:	Odstotek pacientov, ki po oceni anketirancev pripada drugi etnični skupini .	32
Tabela 5:	Ocena lastne kulturne kompetentnosti anketirancev	33
Tabela 6:	Kulturno zavedanje in občutljivost medicinskih sester (CCA).....	33
Tabela 7:	Dosežene točke lestvice kulturne občutljivosti in zavedanja.....	34
Tabela 8:	Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege glede na spol	35
Tabela 9:	Kulturne kompetence in delovno okolje medicinskih sester (CCA)	36
Tabela 10:	Razlika med kulturnimi kompetencami diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege	37
Tabela 11:	Prisotnost etnocentrizma med anketiranci (GENE)	37
Tabela 12:	Povezava med kulturnimi kompetencami in socio-demografskimi značilnostmi.....	39
Tabela 13:	Povezava med etnocentrizmom in kulturnimi kompetencami medicinskih sester	40
Tabela 14:	Povezanost med izobraževanjem s področja kulturne raznolikosti in kulturnimi kompetencami medicinskih sester	41

1 UVOD

Dandanes živimo v okolju, v katerem zaradi globalizacije in številnih migracij močno narašča pojav multikulture družbe. Meje znotraj Evropske unije so odprte, kar spodbuja gibanje ljudi, ki prihajajo iz različnih kulturnih ozadij. Etnična in kulturna raznolikost znotraj posameznih držav sta ena izmed posledic teh migracij (Hvalič Touzery, 2014a). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) se je leta 2014 število tujih državljanov v Sloveniji povečalo za več kot 1,6 %. Tujci tako danes predstavljajo 5,1 % vseh prebivalcev Slovenije. Pregledali smo popis prebivalstva iz leta 2002, v katerem smo iskali prebivalce po narodni pripadnosti in veroizpovedi. Največ je Slovencev (83 %), veliko manj pa nato Srbov (2 %), Hrvatov (1,8 %), Bošnjakov (1,1 %), bistveno manj nato Madžarov, Makedoncev, Italijanov, Albancev, Črnogorcev in Nemcev (skupno 1 %) ter 1,7 % Romov. V Sloveniji je leta 2002 prevladovala katoliška veroizpoved (57,8 %), sledili sta islam (2,4 %) in pravoslavna veroizpoved (2,3 %), zelo malo je evangeličanske, protestantske in orientalskih veroizpovedi, vendar so tudi te prisotne (Vertot, 2009).

Poleg raznolikega spremenljivega prebivalstva, ki ga imamo v Sloveniji, je potrebno na tem mestu omeniti tudi turizem. Slovenija slovi kot priljubljena turistična destinacija, ki jo je leta 2014 obiskalo kar 2.410.824 tujih gostov z najrazličnejših koncev sveta (Vertot, 2009).

Proces socializacije in s tem učenje o prepričanjih, vrednotah in vedenju začnemo že ob rojstvu. Vsi se asimiliramo s prvo kulturo, ki ima globok učinek na naše kasnejše interakcije z drugimi ljudmi ter na naš lasten odnos do zdravstvenega sistema (Anderson, 2012).

Globalizacija je na novo definirala mnoge stare delitve, drastično povečala medsebojne soodvisnosti ter vzpostavila interakcije med entitetami, ki so bile prej oddaljene ena od druge v socialnem, kulturnem in fizičnem svetu – od tod nujnost razprave o medkulturnih razmerjih (Makarovič, 2009).

Rezultati raziskave Eurobarometer iz leta 2007 (cited in Vertot, 2009) so pokazali, da sta kar dve tretjini Evropejcev vsak dan v stiku z najmanj eno osebo iz drugega etničnega, verskega ali kulturnega okolja, kar pomeni, da so v državah Evropske unije medkulturne interakcije vsakdanji pojav. Poleg tega kar 72 % Evropejcev meni, da ljudje, ki prihajajo iz drugačnih okolij, njihova življenja bogatijo ter pozitivno ocenjujejo dialog z drugimi kulturami.

Prevalenco kulturne raznolikosti v svetu dandanes dokazujejo že sami pacienti. Prvi korak na poti h kulturni kompetentnosti je zagotovo zavedanje dejstva, da obstaja veliko sistemov z različnimi prepričanji in vrednotami, tudi teh o zdravstvenem sistemu, kar je včasih zelo težko razumeti (Anderson, 2012). Proces globalizacije ogroža, a hkrati prinaša obilo priložnosti za medicinske sestre doma in po svetu (Carpenter, et al., 2013).

Kulturna občutljivost in kulturne kompetence igrajo pomembno vlogo v zdravstveni negi. Za kakovosten zdravstveni sistem bi morale vladati medsebojno spoštovanje v odnosih med pacienti in zdravstvenim osebjem ter med medicinskimi sestrami in sodelavci. Ravno spoštovanje in grajenje partnerskega odnosa bi morala biti med poudarki v času izobraževanja za medicinske sestre, saj se prav vsi trudimo doseči enak cilj – zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene nege (Anderson, 2012).

2 TEORETIČNI DEL

V teoretičnem delu smo podrobno opisali in definirali pojme, ki so povezani s kulturo in multikulturalnostjo, definirali smo pojem kompetenc in s pomočjo številnih avtorjev oblikovali definicije multikulturnih kompetenc. S pomočjo pregleda literature smo opisovali dejansko stanje multikulturnih kompetenc medicinskih sester v zdravstveni negi in opredelili pomen multikulturnih kompetenc v zdravstveni negi.

2.1 KULTURA IN NJENE SESTAVINE

Da bi lahko razumeli tako kompleksen pojem, kot je multikulturalnost, moramo najprej opredeliti njegov temeljni sestavni del, to je kulturo. Slovar slovenskega knjižnega jezika (Gliha Komac, et al., 2014) pojem kulture opredeljuje kot »... skupek dosežkov, vrednot človeške družbe kot rezultat človekovega delovanja, ustvarjanja ...«. Že Tylor (1871 cited in Vertot, 2009, p. 18) je kulturo opredelil kot »... kompleksno celoto, ki vsebuje znanje, vero, umetnost, moralne zakone, običaje in druge navade, ki jih človek pridobi kot član družbe ...«. Moore (1997, p. 17) v učbeniku sociologije opredeli kulturo kot »... celoto družbenega znanja, idej in navad, ki prehajajo iz ene generacije v drugo ...«. Poleg tega navaja tudi pet glavnih sestavin kulture: prepričanja, vrednote, norme, konflikt vlog in status.

Kulturo razumemo kot celovit sklop duhovnih in vrednotnih podlag, ki usmerjajo življenje in delovanje ljudi v njihovih medsebojnih odnosih. Gre za kontekst, v katerem ljudje opisujejo družbene pojave, institucije in procese (Geertz, 1973 cited in Makarovič, 2009). Tako lahko pojem kulture smatramo za fenomen, ki določa individualno ravnanje posameznikov v konkretnih situacijah ter jim pripisuje lastne pomene. Multikulturalnost označuje situacijo, v kateri se sočasna prisotnost več kultur ne omejuje zgolj na površinsko dimenzijo sobivanja kultur, temveč omogoča in zahteva konkretno izoblikovane stalne oblike povezovanja. Gstettner (2003 cited in Makarovič, 2009) razlaga, da multikulturalnost predstavljajo na eni strani etnično mešane socialne strukture v družbi, na drugi strani pa karakteriziranje univerzalnih vrednostnih oblik.

2.2 MULTIKULTURNOST IN MEDKULTURNI DIALOG

Pomemben element širšega družbenega zanimanja so načini vključevanja posameznika v družbo, ki potekajo skozi proces socializacije. Ta posameznika pripravi, da prevzame določene družbene vloge, pridobi znanje in do njega vzpostavi spoštljiv odnos in priznava njegovo uporabno vrednost. Tudi šola, kot odgovorna institucija, pomembno vpliva na razvoj posameznikove identitete v kulturni pluralnosti družb (Peček & Lesar, 2006 cited in Makarovič, 2009). Ena glavnih značilnosti sodobnih družb je kulturni pluralizem, ki predstavlja sobivanje različnih, neredko nasprotujočih si, vrednotnih sistemov, kar vodi v relativizacijo vrednot in s tem v negotovost delovanja ljudi (Berger & Luckmann, 1999 cited in Makarovič, 2009).

Multikulturalizem označuje realno stanje, ko na določenem območju oziroma v eni družbi sobiva več različnih kultur, kar lahko imenujemo tudi večkulturnost, kulturni pluralizem in kulturna heterogenost, ki temelji na načelih enakosti in socialne pravičnosti. Multikulturnost vključuje tudi politični koncept, ki izraža odnos državne politike do imigrantov in kulturnih manjšin. Gre za sistem, ki zagotavlja enakopraven odnos med vsemi kulturnimi skupinami na nekem območju (Humljan Urh, 2013).

Multikulturnost je v primerjavi z medkulturnostjo širši pojem, saj pomeni sobivanje pripadnikov različnih kultur, pri čemer interakcije niso tako pogost pojav kot pri medkulturnosti, kjer so stiki vsakodnevni. Prav ti stiki predstavljajo velik izziv za sodobno družbo, katere cilj je spodbujanje medsebojnega spoštovanja, razumevanja in strpnosti. Za spodbujanje enakopravnosti in dostojanstva posameznikov ter političnega, socialnega, kulturnega in gospodarskega napredka je nujen medkulturni dialog (Klemenčič & Štremfel, 2011).

Najbolj neposredno sredstvo za izražanje lastne kulture je jezik, ki je obenem sestavni del naše identitete. Za življenje oziroma sobivanje v državah ali unijah, ki so kulturno zelo raznolike, dobivajo jeziki vedno večjo vlogo, saj so prvi in ključni dejavnik, ki sploh omogoča medkulturni dialog. Zato je učenje tujega jezika vedno tudi priložnost za boljše razumevanje nam različnih kultur in tako prvi korak na poti k multikulturnosti.

Medkulturni dialog predstavlja enega večjih izzivov sodobnega časa, tako za posameznika kot tudi za celotno družbo, obenem pa lahko nudi rešitev za neskladja, ki se dogajajo po celem svetu. Precej kompleksen pojem v osnovi pomeni spoštljivo, odprto komunikacijo med posamezniki in skupinami različnih rasnih, etničnih, verskih, kulturnih, socialnih in generacijskih okolij. Globalizacija, v kakršni meri jo poznamo danes, zahteva ustvarjalno izmenjavo mnenj in sodelovanje, kar je tudi namen medkulturnega dialoga (Vertot, 2009).

Razumevanje in poznavanje jezika imata veliko vlogo pri uspešnosti komuniciranja med ljudmi. Kulturno kompetentno delo zahteva spoštljivo komunikacijo, strpen dialog in tudi poznavanje jezika kulturnih skupin, s katerimi se srečujemo pri delu. Da bi se izognili nekaterim komunikacijskim napakam, je Edwin Hoffman (2001 cited in Humljan Urh, 2013) razvil model TOPOI, pri čemer gre za akronim:

- *Tongue* ali jezik, v katerem komuniciramo;
- *Order* ali red, ki se osredotoča na prepričanja sporočevalca in prejemnika znotraj procesa komunikacije;
- *Persons* ali identitete, torej perspektive udeležencev v procesu komunikacije;
- *Organization*, ki pomeni vpliv organizacije na komuniciranje ter
- *Intentions* oziroma namen komunikacije.

2.3 MULTIKULTURNE KOMPETENCE

Za kulturno občutljivo ravnanje morajo medicinske sestre posedovati multikulturne kompetence. Slovar slovenskega knjižnega jezika (2008) definira pojem kompetenca kot »obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom; pristojnost, pooblastilo«.

Kompetence so eno ključnih področij upravljanja s človeškimi viri, saj omogočajo oblikovanje enotnih kriterijev za upravljanje s človeškimi viri, so merljive, venomer jih je možno izboljšati, poleg tega pa nas usmerjajo k bistvenim lastnostim za zagotavljanje učinkovitosti pri delu (Boštjančič, 2011).

Kulturna kompetentnost obsega več aktivnosti, ukrepov in spretnosti, ki zaposlenim omogočajo učinkovito delovanje v multikulturnem okolju, upoštevajoč kulturo, raso, spol in spolno usmerjenost. Poleg tega priznava, da rasa, kultura, socio-ekonomski položaj ter okolje definirajo zdravje ljudi (Sotnik & Jezewski, 2005 cited in Humljan Urh, 2013). Kulturna kompetentnost pomeni ustrezno znanje, spretnosti in sposobnosti za delo z različnimi posamezniki v multikulturni družbi. Kulturno kompetenten posameznik se zaveda, da je pri njegovem delu ključnega pomena razumevanje, kako različni dejavniki, kot so etnična pripadnost, rasa, ekonomski in socialni položaj, vplivajo na življenje ljudi. Kulturna kompetentnost je torej sposobnost strokovnjaka, da učinkovito opravlja delovne naloge skupaj s pripadniki različnih kulturnih kontekstov na območju, kjer sobiva več kultur. Poznavanje lastne in drugih kultur je eno izmed osnovnih načel kulturne kompetentnosti. Kot posamezniki in pripadniki določene kulture se moramo v odnosu z drugimi kulturnimi skupinami izogniti etnocentrični praksi, kar lahko dosežemo le z refleksijo – pozorni smo, da med našim delom ne prevladujejo naši lastni vzorci, vrednote in prepričanja (Humljan Urh, 2013).

Medkulturne kompetence spadajo med splošne socialne kompetence, ki zajemajo komunikacijske in socialne veščine, zmožnost reševanja medkulturnih konfliktov, samozavestno pristopanje k interakcijam, gradnjo tolerance, zanimanje za druge ljudi ter spodbujanje medsebojnega razumevanja in sprejemanja (Klemenčič & Štremfel, 2011).

Sposobnost prilagajanja zdravstvene nege socialnim, kulturnim in jezikovnim potrebam posameznika, kot tudi nudenje zdravstvene nege pacientom z različnimi vrednotami in prepričanji štejemo za kompetentno zdravstveno nego (Wood & Atkins, 2006 cited in Hvalič Touzery, 2014a).

2.3.1 Izobraževanje in pridobivanje kulturnih kompetenc

Osnovo za družbeni razvoj predstavlja mlajši del prebivalstva, ki bo nadalje v svojem življenju sooblikoval identiteto družbe. Zato je prav njim potrebno omogočiti uporabo svojih sposobnosti ter izkoriščanje vseh zmožnosti, ki bodo podpirale vzgojo medkulturno usposobljene, motivirane in odgovorne mlade generacije (Vertot, 2009).

Izobraževalne ustanove morajo imeti vodilno vlogo pri ustvarjanju strpne in razumevajoče družbe, saj se lahko najmlajši ravno v šolah prvič srečajo z različnimi kulturami, zato je to popolna priložnost za spodbujanje razumevanja in medsebojnega spoštovanja. Res je, da izobraževalni sistem ne more prevzeti popolne odgovornosti za pridobivanje medkulturnih kompetenc pri otrocih, vendar pa pomembno prispeva k oblikovanju medkulturnih stališč, vrednot in znanja šolskih otrok. Namen medkulturnega izobraževanja je poiskati učne metode, pri katerih se spoštuje različnost učencev. Tako lahko toleranco izključimo iz prvin medkulturne vzgoje, saj medkulturno kompetentnost dosežemo le s preprostim sprejemanjem ljudi, ki so nam različni (Klemenčič & Štremfel, 2011).

Največ pozitivnih sprememb v odnosu študentov zdravstvene nege so prinesli programi učenja kulturnih kompetenc, katerih poudarek je bil na sposobnostih in strategijah, ki so pomembne za premagovanje vsakdanjih jezikovnih ovir v kliničnem okolju, ter na učenju specifičnih kulturnih vedenj, značilnih za neko etnično skupino (Larson, 2010 cited in Long, 2012). Za študente zdravstvene nege je zelo vznemirljivo izkusiti različne kulturne vidike skozi predavateljevo pripovedovanje anekdot, ki vsebujejo relevantne primere iz vsakdanje prakse, zato je tudi zanje pomembno raziskovanje sveta zunaj meja lastne kulture (McMillan, 2012). Veliko univerz v ta namen sponzorira študijsko izkušnjo študentov v tujini, ki prav tako spodbuja in promovira kulturno samozavedanje, občutljivost, fleksibilnost ter izogibanje stereotipizaciji. Rezultati kažejo, da se ne glede na različno obdobje bivanja v tujini zmanjša strah pred novo kulturo ter se bistveno poveča znanje tujega jezika (Doutrich & Storey, 2004; Levine, 2009; Ruddock & Turner, 2007 cited in Long, 2012).

Fennes & Hapgood (1997 cited in Humljan Urh, 2013) sta v svojem modelu medkulturnega izobraževanja opredelila sedem stopenj:

- etnocentrizem,
- ozaveščenost o tem, da poleg lastne obstajajo tudi druge kulture,
- razumevanje, da so kulture različne in da to lahko vpliva na medkulturne odnose (predsodki, stereotipi),
- sprejemanje in spoštovanje drugih kultur, čeprav so v nasprotju z lastno,

- občudovanje in vrednotenje kulturne raznolikosti kot družbene vrednote,
- sprememba in prevzemanje vzorcev in vedenj drugih kultur, ki bi bila za nas koristna ter
- medkulturna kompetentnost ali sposobnost za delovanje znotraj različnih kulturnih skupin ter medsebojno sodelovanje.

Vzgojno-izobraževalni sistem lahko pomaga predvsem pri širitvi vrednot in kompetenc, ki omogočajo ustrezno vstopanje v medkulturna razmerja. Medkulturno izobraževanje in dialog lahko prispevata k reševanju morebitnih konfliktov, ki izhajajo iz medkulturnih razlik. Osrednja vloga sodobnih šol v družbi je učencem nuditi izkušnjo življenja v medkulturnem okolju (Makarovič, 2009).

2.3.2 Dimenzije kulturnih kompetenc

Awareness – zavedanje je prva dimenzija kulturne kompetentnosti (Capell, et al., 2008; Giger, et al., 2007; Purnell, 2005 cited in Dudas, 2012), ki jo lahko opišemo kot znanje o kulturnih podobnostih in razlikah. Ko govorimo o zavednosti, se moramo najprej osredotočiti na lastne misli, ideje ter pristranost. Kadar je prisoten etnocentrizem (univerzalno mišljenje o večvrednosti enega naroda), se pristranost pogosto vmešava na poti doseganja kulturne kompetentnosti. Pristranost spodbuja tudi rasizem, stereotipizacijo ter posploševanje, ki so prav tako ovira pri doseganju kulturne kompetentnosti. Nenazadnje pa zavednost vključuje najprej zavedanje o lastnem jazu ter lastni kulturi; da lahko razumemo potrebe drugih, moramo najprej razumeti svoje.

Attitudes – pristop, odnos. Kulturno kompetentna medicinska sestra izkaže občutljivost ljudem drugih kultur. Odprtost in sprejemanje sta pomembni vrednoti, ki vplivata na pristop. Izogibanje predsodkom ter predvidevanje, da niso vsa prepričanja enaka, sta prav tako zelo cenjena. Sprejemanje, spoštovanje kulturnih razlik ter ugoden občutek v stiku z drugimi kulturami so pomembni pri doseganju kulturne kompetentnosti (Schim, et al., 2005; Crane, 2005; Grant & Letzring, 2003; Gray & Thomas, 2006 cited in Dudas, 2012).

Behaviour – obnašanje predstavlja dejanja medicinske sestre pri prilagajanju zdravstvene nege različnim kulturam. To zahteva ogromno znanja s področja dediščine, odnosov, komunikacije, navad ter zahteva veliko kreativnosti pri uporabi tega znanja. Obnašanje medicinskih sester je unikatno, saj se pri različnih interakcijah znotraj oziroma med različnimi kulturnimi skupinami spreminja samo razumevanje kulturnih razlik (Dudas, 2012).

2.3.3 Stereotipi

Na vsakega posameznika vpliva več dejavnikov (socialni, ekonomski, kulturni). Na življenjski slog posameznika pomembno vplivajo tudi okolje, v katerem živi, družina in družba ter navade, ki se jih drži. To pomeni, da je vsak človek edinstven in zahteva edinstveno obravnavo, saj za vsakega pripadnika neke kulture ni enega, pravilnega pristopa. Odsvetuje se sledenje splošnim priporočilom in lastnim stereotipom do določene kulturne skupine in se raje priporoča upoštevanje individualnih potreb pacienta. Pomembno je priznanje, da imamo določene predsodke, saj je to prvi korak h kulturno kompetentni zdravstveni negi, pa čeprav se predsodkov ne bomo mogli hitro znebiti (Jelenc, et al., 2016).

Velika ovira v obdobju doseganja kulturne kompetentnosti je nenamerno stereotipiziranje pacientov na podlagi raznih lastnosti, kot so zunanji izgled, rasa, država rojstva ali versko prepričanje (Flowers, 2004). Druge prepreke kulturne občutljivosti v zdravstveni negi poleg stereotipiziranja predstavljajo še diskriminacija, rasizem in razni predsodki. Velikokrat pride do situacij, pri katerih medicinske sestre ne pokažejo dovolj občutljivosti in razumevanja ter so lahko tudi žaljive, a se tega sploh ne zavedajo (Anderson, 2012). Medicinske sestre se morajo zavedati, da tudi znotraj etničnih ali kulturnih skupin obstaja ogromno subkultur, med katerimi so očitne nekatere razlike oziroma variacije (Flowers, 2004).

Flowers (2004) opozarja na nezavedno stereotipiziranje, ki se tiče rase, religije, zunanjšega izgleda ali spolne usmerjenosti in medicinske sestre lahko ovira pri doseganju kulturne kompetentnosti (Hvalič Touzery, 2014a). Stereotipi že od nekdaj

označujejo neutemeljeno mišljenje o nečem, ki je kakor koli pomanjkljivo, obenem pa je to mišljenje precej obremenjeno s predsodki. Tako veljajo stereotipi za »... neprilagojene, nespremenljive in izkrivljene predstave, ki ne upoštevajo individualnih razlik ter na ta način lahko spodbujajo tvorbo predsodkov« (Oakes, et al., 1999, p.67).

Za strpnost se v praksi izkazuje, da ni nič drugega kot pasivna nestrpnost, saj so ljudje večinoma prepričani v lastno nezmotljivost. Gre za skrit občutek večvrednosti. Nekdo je zares strpen šele takrat, ko z lahkoto prenaša, sprejema in zagovarja nekaj, česar v resnici ne mara oziroma se tega boji. V splošnem pa naj bi šlo pri človeški strpnosti v resnici za nestrpnost, ki je postala subtilna, vljudna in odmaknjena do tiste mere, ko vanjo ni več mogoče podvomiti (Shiffman, 2005). Vzdrževanje raznolikosti je mogoče le ob določeni temeljni enotnosti oziroma znotraj posamične nacionalne skupnosti kot ustrezno ravnovesje med skupnim državljanstvom in kulturno raznolikostjo (Makarovič, 2009).

Za izvajanje etnično občutljive prakse je zelo pomembno osredotočanje na kulturne vrednote, kulturne prakse in potrebe različnih skupin. Etnično občutljiva praksa obvezno temelji na antirasističnih načelih in je osnova za kakovostno prakso (Thompson, 2002 cited in Humljan Urh, 2013).

2.4 ETNOCENTRIZEM

Etnocentrizem velja za osnovni koncept tako v psihologiji kot tudi v drugih družbenih vedah. Nanj se nanaša ogromno število študij in teorij ravno zaradi morebitnih pozitivnih vplivov na odnose znotraj ene družbe in tudi zaradi svoje prodornosti. Etnocentrizem namreč lahko v nekaterih okoliščinah vodi k predsodkom in posledično sovražnosti do zunanjih skupin, lahko vzbudi željo po dominiranju zunanjim skupinam, v skrajnem primeru pa lahko pripelje tudi do odprtih konfliktov in celo vojn (Bizumic & Duckitt, 2012).

Neuliep, et al. (2005 cited in Meader & Yamamoto, 2015) zatrjujejo, da ima etnocentrizem globok učinek na komunikacijo, kajti močno vpliva na prepričanja, to pa

lahko vodi k napačnim predstavam o določenih skupinah, ki jim botruje pomanjkanje pravih informacij.

Sumner (1906 cited in Siamagka & Balabanis, 2015) je definiral koncept etnocentrizma kot pogled človeka na svet, v katerem je njegova lastna kulturna skupina središče vsega, vse ostale skupine pa se ocenjuje glede na svojo lastno skupino in po njenih kriterijih. Glavna značilnost etnocentrizma je tako pretiran ponos na lastno kulturno skupino in dojemanje drugih skupin kot inferiornih. Nedavne raziskave potrjujejo, da etnocentrizem izhaja iz trajne narave osebnih lastnosti, nanj pa ne vplivajo socialni dejavniki, kot so velikost in oddaljenost drugih kulturnih skupin ter etnična raznolikost (Bircan, 2010; Hooghe, et al., 2007 cited in Siamagka & Balabanis, 2015). Po definiciji sodeč si etnocentriki razlagajo svet po lastni kulturni perspektivi, medtem ko so do definiranja drugih kulturnih skupin precej pristranski (Siamagka & Balabanis, 2015).

V literaturi je pogosto empirično navajanje, da etnocentrizem predstavlja negativno nagnjenost proti vsemu, kar ni domače (Carpenter, et al., 2013). Neuliep s kolegi je ugotovil, da je etnocentrično vedenje negativno povezano s kompetencami in značajem ljudi, vendar pa ga občasno lahko štejemo celo za dragocen dejavnik pri skupinskem delu, saj so ljudje bolj požrtvovalni za svojo kulturno skupino (Neuliep, 2002 cited in Maeder & Yamamoto, 2015). Etnocentrizem namreč pogosto povezujemo s patriotizmom in požrtvovalnostjo za lastno deželo (Balabanis, et al., 2001; Lee, et al., 2003; Sharma, et al., 1995; Wall & Heslop, 1986 cited in Siamagka & Balabanis, 2015), saj kar nekaj študij kaže na to, da etnocentriki ukrepajo nesebično in postavljajo dobrobit družbe pred lastno korist.

Bizumic, et al. (2009) so v izogib nerazumevanju pojma etnocentrizem, ki je posledica različnih definicij, na novo opredelili omenjeni pojem. Tako naj bi bil etnocentrizem vedenjski konstrukt, ki vključuje močan čut za etnični egoizem in zagledanost vase. Meader in Yamamoto ugotavljata, da je etnocentrizem naravni fenomen, ki karakterizira vse ljudi na določen način, vendar pa Neuliep, et al. (2005 cited in Meader & Yamamoto, 2015) zagotavljajo, da ima etnocentrizem velik vpliv na komunikacijo, še posebno takrat, ko ljudje nimajo dovolj informacij in si zato oblikujejo lastne predstave.

Za lažjo opredelitev koncepta in razumevanje etnocentrizma so Bizumic, et al. (2009) definirali tri glavne značilnosti, ki so povečini skupne vsem avtorjem, ki so do danes skušali definirati etnocentrizem: skupinski egoizem oziroma osredotočenost na pomembnost lastne etnične skupine, negativni pristop do drugih etničnih skupin ter pozitivno ocenjevanje lastne etnične skupine (Bizumic & Duckitt, 2012).

2.5 TEORETIČNI MODELI IN MULTIKULTURNE KOMPETENCE

Za boljše razumevanje in razdelitev multikulturnih kompetenc bomo podrobneje opisali nekatere modele kulturnih kompetenc, najprej tiste splošno uporabne, nato pa tudi tiste, ki jih lahko uporabimo v zdravstveni negi.

Caraalleira (1996 cited in Humljan Urh, 2013) je razvil splošni **model kulturne kompetentnosti** za vse strokovnjake, ki delujejo na različnih kulturnih območjih oziroma se pri svojem delu srečujejo z različnimi kulturnimi konteksti. V njem je opredelil pet stopenj medkulturnih praks, s katerimi se srečujejo strokovnjaki, ki sodelujejo s pripadniki različnih kulturnih ozadij:

- strokovnjaki pojmujejo lastno kulturo kot večvredno, zato poskušajo vsiljevati lastne vrednote in prepričanja – superiornost;
- strokovnjak pri svojem delu uporablja rutinske intervencije, ki temeljijo na dominantni kulturi, saj za stik z drugimi kulturami nima dovolj znanja in spretnosti – nezadostnost;
- strokovnjak ravna z vsemi enako, saj je prepričan, da za vse ljudi veljajo enake norme – univerzalizem;
- strokovnjak prepozna le nekatere kulturne razlike, zato poskuša intervencije prilagoditi po svojih zmožnostih – občutljivost;
- strokovnjak je sposoben prepoznavati in upoštevati različna kulturna ozadja ter na podlagi tega prilagaja intervencije, ki jih izvaja – kompetenca.

V več tujejezičnih strokovnih besedilih zaznavamo pojma etnična občutljivost in kulturna kompetentnost kot sopomenki. Devore in Schlesinger (1981 cited in Humljan Urh, 2013) sta prvi izoblikovali koncept etnične občutljivosti v socialnem delu, ki bi ga

delno lahko uporabili tudi pri delu v zdravstvu. Etnično občutljivo zdravstveno in socialno delo poteka s posamezniki iz različnih etničnih skupin in priznava ter upošteva načela, vrednote, potrebe in njihovo lastno etnično »realnost«. Koncept sestoji iz sedmih izhodišč, ki so osnova za kompetentno delovanje v zdravstvenih in socialnih poklicih:

- upoštevanje vrednot in načel dela v socialnih poklicih,
- poznavanje osnovnih teorij vedenja in ravnanja ljudi (psihologija, antropologija),
- poznavanje in uporaba zakonodaje in storitev na področju zdravstva in socialnega varstva,
- razumevanje načina vstopa oziroma prvega stika z zdravstveno in socialno službo,
- ozaveščenost delavcev o vplivu etničnosti na prakso zdravstvenega in socialnega dela ter samozavedanje,
- vpliv etničnosti na uporabnike v vsakdanjem življenju in
- razvijanje in udejanjanje etnično občutljive prakse – multikulturna kompetentnost.

Za pionirko multikulturne zdravstvene nege štejemo Leiningerjevo, ki je v svojem teoretičnem **modelu o kulturni raznolikosti in univerzalnosti** utemeljila kulturno specifične točke, ki zdravstvenim delavcem pomagajo izvajati primerno in pomembno zdravstveno oskrbo v različnih kulturnih ozadjih. Leiningerjeva (2002 cited in Crane Cutilli, 2006) v svoji teoriji iz leta 1978 poudarja pomen skrbi za ljudi z ozirom na njihovo kulturno raznolikost, saj naj bi bila ta osnova zdravstvene nege in nanjo bi se morali osredotočiti. Za medicinsko sestro, poudarja, je nujno, da zagotavlja tako zdravstveno nego, ki bo prilagojena posameznikovemu kulturnemu ozadju.

Giger & Davidhizar (2002 cited in Crane Cutilli, 2006) v svojem **modelu transkulturnega ocenjevanja** ponujata bolj konkretne nasvete za medicinske sestre, na podlagi katerih ocenijo paciente ter na ta način prilagodijo zdravstveno nego v kulturno primerno. Osredotočata se na šest kulturnih fenomenov, ki naj bi jih medicinske sestre ocenile pred obravnavo pacientov: komunikacija, prostor, socialna organiziranost, časovna orientiranost, okolje ter biološke variacije. Komunikacija s posamezniki, ki pripadajo različnim kulturam, predstavlja enega najtežjih izzivov pri zagotavljanju

primerne in kakovostne zdravstvene nege. Vendar Giger & Davidhizar (2002 cited in Crane Cutilli, 2006) v svojem modelu transkulturnega ocenjevanja potreb pacientov poudarjata, da jezikovne ovire lahko premagamo z učinkovito govorico telesa in drugimi nebesednimi elementi komunikacije.

Večina multikulturnih modelov zdravstvene nege se osredotoča na informacije, ki jih medicinske sestre potrebujejo za ocenjevanje potreb pacientov, da lahko zagotovijo kulturno neoporečno zdravstveno nego. V tem se od ostalih razlikuje model, ki ga je razvil Campinha-Bacote (2002 cited in Ingram, 2011), saj se ta osredotoča na razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Model se imenuje **proces kulturnih kompetenc pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe**. Sestoji iz petih tez:

1. »Kulturne kompetence so proces in ne enkratni dogodek.
2. Kulturne kompetence so sestavljene iz petih struktur: kulturno zavedanje, kulturno znanje, kulturne sposobnosti in veščine, srečanja s kulturo, želja po kulturi.
3. Več variacij obstaja znotraj etničnih skupin kot med njimi.
4. Obstaja neposredna povezava med nivojem kompetenc medicinskih sester in njihovo sposobnostjo zagotavljati kulturno kakovostno zdravstveno nego.
5. Kulturna kompetentnost je osnovna komponenta za nudenje učinkovite in kulturno kakovostne zdravstvene nege kulturno in etnično raznolikim pacientom.« (Campinha-Bacote, 2002, p.181).

Izvajalci zdravstvene nege se dandanes soočajo z vedno bolj raznoliko populacijo. Poleg jezikovnih in socialno-ekonomskih ovir, ki nastajajo med manjšinami, obstaja zavedanje o razlikah v zdravstveni negi in interakcijah medicinskih sester s pacienti različnih kulturnih ozadij. Zato sta Berlin in Fowkes razvila **model kulturnih kompetenc LEARN**, z uporabo katerega so zdravstveni delavci bistveno izboljšali komunikacijo, povečali znanje in zavedanje o kulturnih razlikah v zdravstveni negi ter pripomogli k večji sprejetosti pacientov. Model se najbolj osredotoča na izboljševanje komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti, kar je ključna osnova med multikulturnimi interakcijami pacientov in zdravstvenih delavcev (Berlin & Fowkes, 1983).

L *Listen* – medicinska sestra mora znati poslušati in slišati pacientove težave ter obenem odgovarjati empatično in razumevajoče;

E *Explain* – medicinska sestra paciente spodbuja pri razlaganju njihove percepcije zdravstvenih težav oziroma bolezni, sama pa se trudi, da pacientom poda informacije na način, ki ga razumejo;

A *Acknowledge* – pri vzpostavljanju zaupnega odnosa sta pomembni obojestransko priznavanje in potrditev, obe strani pa morata biti sposobni odprto diskutirati o razlikah in podobnostih;

R *Recommend* – s poglobljeno komunikacijo in znotraj zaupnega odnosa lahko medicinska sestra in pacient oba predlagata različne načine zdravljenja;

N *Negotiate* – na poti do skupnega cilja se medicinska sestra in pacient pogajata o najboljši rešitvi in na ta način dosežeta dogovor (Berlin & Fowkes, 1983).

Avtorji Levine, et al. (2000 cited in Campinha – Bacote, 2011) so predstavili še eno podobno orodje ETHNIC, ki je zelo preprosto za uporabo v vsakdanu medicinske sestre in je lahko v veliko pomoč pri doseganju kulturno kompetentne zdravstvene nege pacientov različnih kulturnih ozadij.

E – *Explanation* (kako pacient razlaga svojo bolezen);

T – *Treatment* (katere vrste zdravljenja je pacient že preizkusil);

H – *Healers* (ali je pacient upošteval kakšne nasvete zdravilcev);

N – *Negotiate* (obojestransko pogajanje o sprejemljivih možnostih zdravljenja);

I – *Intervention* (pridobitev pacientovega soglasja za zdravljenje);

C – *Collaboration* (sodelovanje s pacientom, družino in multidisciplinarnim timom).

2.6 MULTIKULTURNE KOMPETENCE V ZDRAVSTVENI NEGI

Zdravstvena nega je že stoletja dinamična in stalno razvijajoča se enota, ki se nenehno spreminja in prilagaja najrazličnejšim stimulansom. Eden izmed nedavnih trendov, ki je in bo zagotovo vplival na zdravstveno nego, je potreba uporabnikov po kulturno kompetentni zdravstveni negi v raznoliki, multikulturni družbi. Kot zagovorniki pacientov moramo zagotavljati podporo odločitvam o zdravljenju, kakršnega želi pacient, četudi se ne sklada z običajnimi postopki in prakso v zdravstveni negi.

Pomanjkanje znanja in zavedanja o različnih kulturah ter posledično nesposobnost zagotavljanja kulturno kompetentne zdravstvene nege lahko zelo poveča že tako stresno situacijo pri pacientih in se lahko odraža v nudenju nezadostne in neprimerne celotne zdravstvene oskrbe. Zmožnost zagotavljanja kulturno kompetentne zdravstvene nege, v kateri bo komunikacija odprta in spoštljiva, interakcije s pacienti različnih kulturnih ozadij, ras in etničnih ozadij pa učinkovite, zagotovo predstavlja velik izziv medicinskim sestram današnjega časa (Flowers, 2004).

Komunikacija med pacientom in medicinsko sestro je uspešna, ko ta poleg pacientovega zdravstvenega stanja upošteva tudi njegovo narodnost, raso, spol, starost, stopnjo izobrazbe in socio-ekonomski položaj. Na podlagi vseh omenjenih dejavnikov mora medicinska sestra pravilno izbrati besedišče tako, da ustreza pogojem, v katerih se odvija proces komunikacije, obenem pa mora paziti tudi na vljudnost in razumevanje komunikacije (Šavle, 2008).

Srivastavo (2007 cited in Kinsman Dean, 2010) skrbi dejstvo, da so obstoječe jezikovne sposobnosti zdravstvenega osebja v komunikacijskem procesu z različnimi etničnimi skupinami nezadostne, tudi zato, ker govorimo o stresnem okolju za paciente in ker je pogosto v uporabi laikom nerazumljiva medicinska terminologija. V izogib komunikacijskim šumom in napakam predlaga udeležitev profesionalnih prevajalcev v procesu.

Pri komunikaciji s pacienti je za medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje priporočljivo izogibanje uporabe strokovnih izrazov in žargona. Sorentino & Gorek (2006) medicinskim sestram v komunikaciji s pacienti svetujeta počasen in razločen govor, ki naj bo sestavljen iz jedrnatih in jasnih sporočil, ki jih pacient lahko razume. Poleg tega je potrebno stalno spremljati pacientove odzive in preverjati razumevanje (Šavle, 2008).

Medicinske sestre bi morale do pacientov biti predvsem spoštljive ter nadalje na podlagi take komunikacije vzpostavljati zaupen odnos med pacientom in medicinsko sestro, ki je eden izmed temeljev kakovostne zdravstvene nege. Anderson (2012) omenja, da

poznamo kar nekaj preprostih načinov, s katerimi pacientom izražamo spoštovanje. Prvi korak je nagovarjanje pacienta po njegovem priimku ali še lažje – pacienta vprašamo, kako želi biti nagovorjen. Opozarja, da na podlagi domnev nikoli ne smemo delati nikakršnih zaključkov o posameznikih in njihovih prepričanjih. Pacientu in svojem izkažemo spoštovanje in skušamo ugotoviti, kaj že vedo o pacientovih zdravstvenih težavah in zdravljenju. Meni, da je potrebno na tej stopnji, ko že postajamo zagovorniki pacienta, ugotoviti in razumeti odnos med moškimi in ženskami v pacientovi kulturi, kar lahko pomembno vpliva na odločitve o zdravljenju in na sam proces zdravljenja. Kot najpomembnejšega izpostavi trud medicinskih sester pri pridobivanju zaupanja pacienta, kar gradi močan partnerski odnos med njima. To lahko traja dlje časa, vendar se zaradi številnih prednosti v nadaljnjem zdravljenju zelo izplača.

Nedavno tega so se v zdravstveni negi povečale zahteve po internacionalnem znanju ter interdisciplinarnosti, zato je zelo pomembno, da se predavatelji zdravstvene nege zavedajo edinstvenosti kulturnih kompetenc. Te namreč lahko pomagajo oziroma izboljšajo nivo zdravstvene nege, še posebej ko sledijo potrebam drugih kultur. Kljub temu da nekateri predavatelji zdravstvene nege stremijo k dvigu kulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege, je potrebno upoštevati tudi dejstvo, da se profesionalni razvoj nadaljuje tudi v samem procesu zdravstvene nege, torej med delom samim. McMillanova (2012) v svojem članku med drugim opisuje lastno izkušnjo s kongresa medicinskih sester v Turčiji, kjer je pridobivala novo znanje na pedagoškem področju. Ugotovila je, da učenje v drugačnem okolju spodbuja ponižen odnos ter se posledično odraža v spremenjeni metodologiji predavatelja pri učenju zahtevnih konceptov, ki jih študenti včasih težko razumejo (McMillan, 2012).

Purnell (2005 cited in Dudas, 2012) opisuje postopek, v katerem medicinska sestra napreduje od nezavedno nekompetentne do točke, na kateri je nezavedno kompetentna. Na nezavedno nekompetentni ravni se medicinska sestra ne zaveda pomanjkanja znanja o drugih kulturah. Naslednja raven predstavlja zavedno nekompetentno raven, kjer se medicinska sestra začne zavedati lastnega primanjkljaja znanja s področja tujih kultur. Šele nato medicinska sestra napreduje do zavedno kompetentne ravni, kjer se uči o pacientovi kulturi z namenom, da bi zagotovila najboljšo možno zdravstveno nego. Ter

nazadnje, medicinska sestra doseže nezavedno kompetentno raven, na kateri je zmožna in sposobna avtomatično zagotavljati kulturno kompetentno zdravstveno nego.

Long (2012) meni, da mora biti v ospredju dejstvo, da je kakovostna zdravstvena nega osredotočena na pacienta. Prav zato spodbuja vsakršno izboljšanje v samozavedanju, znanju, praktičnih sposobnostih in v uspešnih medsebojnih odnosih s pacienti različnih kultur.

Zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege je prav tako pomembno v intenzivni zdravstveni negi, kjer je nujna učinkovitost komunikacije med pacienti in medicinsko sestro. Ta mora natančno oceniti, razviti in implementirati intervencije zdravstvene nege tako, da ustrezajo pacientovim individualnim potrebam. Kot pacientova zagovornica mora medicinska sestra podpirati vse odločitve, ki jih sprejmejo pacienti ali njihovi svojci, pa čeprav odražajo kulturno perspektivo, ki je v nasprotju s splošno uveljavljenimi postopki zdravstvene nege. Medicinske sestre dandanes ne morejo nuditi kulturno kompetentne zdravstvene nege, v kolikor nimajo jasnih predstav in razumevanja raznolikosti kulturnih ozadij. Vsaka medicinska sestra mora aktivno sodelovati pri pridobivanju informacij, na podlagi katerih lahko razvija lastne kulturne kompetence. Sposobnost zagotavljanja zdravstvene nege, ki uveljavlja učinkovite interakcije in razvoj ustreznih odgovorov in intervencij pacientom iz različnih kulturnih ozadij, je zagotovo velik izziv za medicinske sestre 21. stoletja (Flowers, 2004), ki morajo biti kulturno občutljive, morajo znati ceniti raznolika prepričanja etničnih skupin glede zdravja in znati nuditi kakovostno zdravstveno oskrbo, ki je prilagojena in primerna za etnično različne skupine (Kinsman Dean, 2010).

Kulturne kompetence, ki jih medicinske sestre potrebujejo za opravljanje kakovostnega dela, temeljijo na znanju in upoštevanju kulturnih prepričanj, vrednot in navad posameznega pacienta. Anderson s sodelavci (2003) celo imenuje kulturne kompetentne zdravstvene sisteme, ki zagotavljajo ustrezne storitve pacientom glede na kulturo in jezik. Betancourt, et al. (2002) priporočajo, kako odpraviti neenakost v zdravstvu, in sicer gre za implementacijo kulturnih kompetenc na organizacijsko, sistemsko in klinično raven. Večje zavedanje in krepitev profesionalnega razvoja zdravstvenih

delavcev pa bi bilo mogoče doseči tudi s tematskimi izobraževanji o raznolikosti kultur (Loredan & Prosen, 2013).

2.6.1 Standardi kulturno kompetentne zdravstvene nege

Kanadsko združenje medicinskih sester (CNA) predlaga celo vrsto odgovornosti za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege, ki jih nosijo tako vlade držav kot tudi posamezni zdravstveni delavci. Vsaka medicinska sestra posebej je odgovorna za nenehno pridobivanje in uporabo kulturnih kompetenc v odnosu s pacienti in svojimi sodelavci. Delodajalci so odgovorni za ustvarjanje okolja, ki ceni in spoštuje kulturno raznolikost, ter za promocijo kulturnega zavedanja, občutljivosti in empatije ter varnosti. Za promocijo kulturne raznolikosti in pridobivanja kompetenc so odgovorna tudi strokovna društva in sekcije zdravstvenih delavcev, akreditacijske organizacije in organi, ki regulirajo delo in narekujejo standarde zdravstvene nege (Canadian Nurses Association, 2010).

Skupnost medicinskih sester pogosto predvideva, da bo postavitve ciljev izobrazbe za medicinske sestre povečalo njihovo znanje in spremenilo njihovo izvajanje in vedenje v praksi. Če je zdravstvena nega profesija, bi morale medicinske sestre, ki delajo na različnih območjih, v različnih kulturah in deželah, v katerih se uporaba tehnologije in druge medicinske opreme močno razlikuje, izvajati standardizirane postopke zdravstvene nege. Standardi profesionalne zdravstvene nege bi morali biti univerzalni in poenoteni (Tzeng & Yin, 2008 cited in Tzeng, 2011).

Namen dokumenta *Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care*, ki opisuje standarde za kulturno kompetentno izvajanje zdravstvene nege, je določiti objektivne standarde, ki bodo splošno uporabni. Douglas, et al. (2011) menijo, da si bodo zdravstveni delavci z njimi pomagali pri vodenju klinične prakse, raziskavah, izobraževanju in administrativnih delih. V nadaljevanju bomo povzeli dvanajst standardov.

Standard 1: Socialna pravičnost

Medicinske sestre bodo razvijale vodstvene sposobnosti, da bodo lahko zagovarjale socialno pravično politiko in izvajale promocijo socialne pravičnosti.

Standard 2: Kritična refleksija

Medicinske sestre bodo znale kritično oceniti lastne vrednote, prepričanja in kulturno dediščino in se bodo ob tem zavedale, kako ti lahko vplivajo na izvajanje zdravstvene oskrbe.

Standard 3: Znanje o kulturah

Medicinske sestre bodo sposobne razumeti perspektive, tradicijo, vrednote in prakse kulturno različnih posameznikov ali skupin. Vedele bodo, kako lahko ti kulturni elementi vplivajo na ohranjanje zdravja oziroma njegovo povrnitev.

Standard 4: Kulturno kompetentna praksa

Medicinske sestre bodo uporabljale svoje transkulturno znanje in kulturno občutljive sposobnosti pri implementaciji kulturno kompetentne zdravstvene nege.

Standard 5: Kulturne kompetence v zdravstvenem sistemu in organizacijah

Zdravstvene organizacije so dolžne zagotoviti vse možne vire, ki bodo pripomogli k ocenjevanju potreb kulturno različnih pacientov ter zadovoljiti njihove kulturne in jezikovne potrebe.

Standard 6: Zagovorništvo pacienta in opolnomočenje

Medicinske sestre bodo prepoznale vplive zdravstvenega sistema na njihove paciente in bodo sposobne zagovarjati njihova kulturna prepričanja in prakse.

Standard 7: Multikulturna delovna sila

Medicinske sestre se bodo aktivno ukvarjale z zagotavljanjem multikulturno kompetentne delovne sile.

Standard 8: Izobraževanje za kulturno kompetentno zdravstveno nego

Medicinske sestre bodo izobražene in pripravljene promovirati in zagotavljati kulturno kompetentno zdravstveno nego. Za vse delujoče medicinske sestre je zahtevano konstantno izobraževanje s tega področja.

Standard 9: Transkulturna komunikacija

Kulturno kompetentna verbalna in neverbalna komunikacija zahtevata sposobnosti medicinskih sester, da identificirajo pacientove vrednote, prepričanja, običaje in edinstvene zdravstvene potrebe.

Standard 10: Transkulturno vodenje

Medicinske sestre morajo biti sposobne vplivati na posameznike ali skupine, da bi dosegli izide kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe za raznolike populacije.

Standard 11: Razvoj politike

Medicinske sestre bodo imele znanje in sposobnosti za delovanje in vplivanje v javnosti in v zasebnih organizacijah, v profesionalnih združenjih in skupnostih za uveljavljanje politike in standardov kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe.

Standard 12: Z dokazi podprta praksa in raziskave

Medicinske sestre se bodo pri svojem delu zanašale na tiste prakse in intervencije, ki so se z raziskavami pokazale kot najbolj učinkovite v kulturno raznoliki populaciji. V kolikor ne bi imele dostopa do takih informacij, so dolžne same raziskati, katere intervencije so najbolj učinkovite (Douglas, et al., 2011).

2.6.2 Pomen multikulturnih kompetenc v zdravstveni negi

Analiza posledic kulturno kompetentne zdravstvene nege razkriva najmanj tri pomembne prednosti, in sicer za pacienta, za medicinske sestre ter bolnišnice. Številne študije nakazujejo očitno prikrajšanje individualnih etničnih skupin v primerjavi z večino v okviru zdravstvene nege (Betancourt, et al., 2005 cited in Dudas, 2012).

Teoretično in praktično izobraževanje dokazano vplivata na boljše izide pacientov (Fortier & Bishop, 2003 cited in Waite & Calamaro, 2010).

Hkrati lahko z zagotavljanjem individualne zdravstvene nege, ki je usmerjena na posameznega pacienta, ter s spoštovanjem individualnih postopkov zdravstvene nege za pacienta priskrbimo boljše priložnosti za promocijo zdravja, varovanje pred boleznijo ter za povrnitev zdravja. Te aktivnosti prav tako večajo zadovoljstvo pacientov ter promovirajo večjo enakost znotraj zdravstvene nege (Pacquiao, 2007 cited in Dudas, 2012). Z zagotavljanjem kulturno kompetentne zdravstvene nege se spodbuja tudi komunikacijo s pacientom. To se kaže v izboljšani komunikaciji med pacientom in medicinsko sestro, kar dviga kakovost zdravstvene nege ter izboljšuje izide pacienta (Hyun, 2008 cited in Dudas, 2012).

Eden izmed temeljev nudenja kakovostne zdravstvene nege pacientom je kulturna kompetentnost medicinskih sester, ki se nanaša predvsem na prepoznavanje posameznikov različnih kulturnih skupin, kar vodi v raznolika prepričanja, vrednote in običaje oziroma navade. Tudi Anderson, et al. (2003) se strinjajo, da so kulturno kompetentni zdravstveni sistemi zgolj tisti, ki nudijo kulturno in jezikovno ustrezne storitve zdravstvene nege (Loredan & Prosen, 2013).

Kulturno kompetentno delo ponuja vrsto prednosti, tako za posameznika kot tudi za celoten tim. Prva je zagotovo samozavedanje, s tem pa prepoznavanje in razumevanje lastnih prednosti in slabosti ter vrednotenje lastnih prepričanj, kar vodi v večjo samozavest. Z vzpostavljanjem zaupnih odnosov, ki upoštevajo medkulturni dialog, počasi odpravljamo družbeno distanco ter na ta način razvijamo spretnosti, kot sta občutljivost in empatija, ki so nujno potrebne za kulturno kompetentno delo. S tem lahko pridobimo tudi nove perspektive, sposobni smo videti izza okvirjev, ki jih oblikuje družba, to pa nas nadalje še bolj motivira, da se učimo in razvijamo naprej (Humljan Urh, 2013).

Za zdravstvene delavce v 21. stoletju so kulturne kompetence, pa čeprav kompleksne in zahtevne, nujno potrebne. Razvoj kulturnih kompetenc med zdravstvenimi delavci

pomeni bolj kakovostno zdravstveno oskrbo z boljšimi izidi, po drugi strani pa tudi zmanjšanje razlik med kulturami ter premoč nad kulturno izolacijo. V zasebnem življenju kulturne kompetence pomagajo zdravstvenim delavcem pri navezovanju novih stikov in bogatenju znanja ter posledično njihove prakse. Razvoj kulturnih kompetenc je enkratna priložnost in ne nujno zlo (Kinsman Dean, 2010).

Zdravstvene organizacije so v zadnjem času vedno bolj zaskrbljene zaradi pogostosti obtožb, ki nakazujejo malomarnost pri izvajanju medicinskih postopkov ter intervencij zdravstvene nege, kar je seveda povezano z velikimi stroški. Če ima promocija doseganja kulturnih kompetenc možnost zmanjšati število tovrstnih obtožb, bi to za zdravstvene organizacije pomenilo upravičeno naložbo s finančnega vidika (Betancourt, et al., 2005 cited in Dudas, 2012).

Zaradi vse pogostejših stikov s pacienti tujih kultur in jezikov je znanje strokovne terminologije v tujih jezikih bistvenega pomena za medicinske sestre in tudi za študente zdravstvene nege, saj na ta način dvigamo nivo lastne kompetentnosti in s tem poslovne vrednosti, obenem pa si odpiramo številne druge možnosti zaposlitve, tudi v tujini (Šavle, 2008).

Nadaljnji razvoj kliničnih kulturnih kompetenc je nujen predvsem zaradi povečevanja zavedanja medicinskih sester o kulturnih razlikah in njihovih posledicah. Izobraževanja, ki se dotikajo te teme, lahko štejemo med ključne strategije razvoja kulturnih kompetenc, saj bi tovrstno učenje bistveno povečalo zavedanje o kulturnih vprašanjih v današnji družbi in bi obenem pripomoglo k lastnemu profesionalnemu razvoju medicinskih sester (Loredan & Prosen, 2013).

Skupni cilji vseh zdravstvenih delavcev bi poleg profesionalnega razvoja morali biti pričakovanje vseživljenjske osebne rasti, sposobnosti introspekcije in zavedanje samega sebe in lastne vloge tako pri zdravstvenem svetovanju kot tudi pri učenju (Lassiter, et al., 2008).

Pregled literature s področja multikulturnih kompetenc kaže na njihov velik pomen za nudenje kakovostne zdravstvene nege. Zato smo se odločili, da raziščemo, kako kulturno kompetentne so slovenske medicinske sestre, vključene v naš namenski vzorec.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati kulturno zavedanje, kulturno občutljivost, prisotnost etnocentrizma ter multikulturne kompetence medicinskih sester.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti splošni nivo kulturne kompetentnosti medicinskih sester;
- ugotoviti obstoj razlik v kulturnih kompetencah med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege;
- ugotoviti prisotnost etnocentrizma med medicinskimi sestrami;
- ugotoviti obstoj povezave med nivojem kulturnih kompetenc in njihovimi socio-demografskimi dejavniki (leta delovne dobe, poklicni profil, starost, izkušnje v tujini);
- ugotoviti povezavo med predhodnim izobraževanjem s področja kulturne raznolikosti in nivojem kulturne kompetentnosti;
- ugotoviti povezavo med kulturnimi kompetencami in etnocentrizmom medicinskih sester.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kako kulturno kompetentne so medicinske sestre?
- V kolikšni meri obstajajo razlike v kulturnih kompetencah diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege?
- V kolikšni meri je etnocentrizem prisoten med medicinskimi sestrami?
- V kolikšni meri obstaja povezava med kulturnimi kompetencami in socio-demografskimi značilnostmi (leta delovne dobe, starost, znanje tujih jezikov, poklicni profil, stopnja izobrazbe)?
- Kakšna je povezanost med kulturnimi kompetencami in etnocentrizmom medicinskih sester?

- V kolikšni meri sta povezana izobraževanje s področja kulturne raznolikosti in kulturna kompetentnost medicinskih sester?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja z anketno metodologijo. Za teoretični del smo pregledali domačo in tujo strokovno literaturo.

3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja

V empiričnem delu smo podatke zbirali s pomočjo tehnike anketiranja. Teoretični del temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature. Pri tem smo uporabili mednarodne in slovenske baze znanstvenih in strokovnih člankov. Tuje znanstvene in strokovne članke smo iskali v Cinahl, PubMed, SpringerLink in Medline. Pri vsakem iskalnem nizu smo se omejili izključno na strokovne članke s polnim besedilom in na članke, ki niso starejši od desetih let. V iskalni niz smo vnesli ključne besede »cultural competence nursing«, »multicultural competence model«, »multicultural competency« in »model« skupaj in še »multicultural nursing«, sorodni pojem »transcultural nursing« ter »ethnocentrism«.

Slovensko strokovno literaturo smo poiskali na straneh strokovne revije Obzornik zdravstvene nege, in sicer smo uporabili ključni besedi »kulturne kompetence« in »multikulturalnost«. Za teoretični del smo uporabili podatkovno bazo COBISS, in sicer smo literaturo iskali v lokalni splošni knjižnici A. T. Linhartaradovljica po ključnih besedah »multikulturalnost«, »multikulturalizem«, »kompetence«, »stereotipi« ter »multikulturalne kompetence«.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik je sestavljen iz 61 vprašanj, od katerih je 60 vprašanj oziroma trditev zaprtega tipa, eno vprašanje je odprto. Vprašalnik se deli na štiri glavne dele. V prvem delu, ki obsega 13 vprašanj, smo vprašane spraševali po osebnih podatkih in po

njihovem mnenju o stopnji lastne kulturne kompetentnosti. Na podlagi pregleda literature in obstoječih instrumentov s področja kulturnih kompetenc smo se odločili za uporabo prilagojenega instrumenta Cultural Competence Assessment (Gemarino, 2014). Avtorji mednarodno priznanega in validiranega originalnega instrumenta so Doorenbos, et al. (2005). Ta instrument je vključen v drugi del našega vprašalnika. Z njim smo v prvem segmentu ugotavljali kulturno zavedanje in občutljivost, v drugem segmentu pa kulturne kompetence. Vsak segment vsebuje sedem trditev. Pri prvem segmentu je mogoče pridobiti od 7 do 35 točk, pri čemer nižji rezultat pomeni višjo stopnjo kulturnega zavedanja, medtem ko se pri drugem segmentu prav tako pričakujejo rezultati od 7 do 35, pri čemer višja numerična vrednost rezultata kaže na večjo kulturno kompetentnost (Gemarino, 2014).

Za preverjanje prisotnosti etnocentrizma med medicinskimi sestrami smo uporabili mednarodno priznana lestvico The generalized Ethnocentrism Scale – GENE, ki tvori tretji del vprašalnika (Neuliep & McCroskey, 1997). Sestavljena je iz 25 trditev, ki jih vprašani razvrstijo glede na stopnjo strinjanja z njimi po Likertovi lestvici: Sploh se ne strinjam = 1; Ne strinjam se = 2; Delno se strinjam = 3; Strinjam se = 4; Močno se strinjam = 5. 15 od 22 trditev se točkuje, ostalih 7 je vključenih predvsem zaradi ravnovesja med pozitivnimi in negativnimi trditvami.

Zanesljivost vseh lestvic smo preverjali s Cronbach alfa koeficientom, pri čemer koeficient 1.00 označuje popolno zanesljivost instrumenta, 0.80 pa predstavlja najmanjši sprejemljiv koeficient (Burns & Grove, 2009 cited in Riley, 2010). Cronbach alfa koeficient prvega dela instrumenta CCA, ki opredeljuje kulturno zavedanje in občutljivost, je 0.892 (tabela 6). Za drugi del instrumenta CCA, ki meri kulturne kompetence, smo dobili Cronbach alfa koeficient v vrednosti 0.849 (tabela 9). Lestvici GENE, ki meri etnocentrizem med medicinskimi sestrami, pripada Cronbach alfa koeficient 0.878 (tabela 12).

Četrty del vprašalnika sestoji iz sedmih trditev, ki se nanašajo na multikulturne izkušnje na delovnem mestu in kulturna znanja diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege. Te smo oblikovali na podlagi našega pregleda literature (Yoose,

2011; Waite & Calamaro, 2010; Starr & Wallace, 2011; McMillan, 2012; Loredan & Prosen, 2013; Humljan Urh, 2013). Za ta del vprašalnika smo dobili Cronbach alfa koeficient 0.884 (tabela 8). Z zadnjim, odprtim vprašanjem smo želeli izvedeti, kako bi vprašani spodbudili pridobivanje kulturnih kompetenc za kakovostno izvajanje zdravstvene nege. Vsi uporabljeni instrumenti so visoko zanesljivi.

3.3.3 Opis vzorca

Anketiranje smo izvedli med zaposlenimi v eni bolnišnici in enem zdravstvenem domu v Sloveniji. V raziskavo smo vključili Splošno bolnišnico Jesenice in Zdravstveni dom Bled. Ankete smo razdelili 50 diplomiranim medicinskim sestram in 50 tehnikom zdravstvene nege na različnih oddelkih Splošne bolnišnice Jesenice in Zdravstvenega doma Bled, pri čemer smo 60 anketirancev pridobili v Splošni bolnišnici Jesenice in 40 v Zdravstvenem domu Bled. Po metodi namenskega vzorca smo nenaključno razdelili 100 vprašalnikov, medtem ko smo vrnjenih izpolnjenih dobili le 67, kar predstavlja 67-odstotno realizacijo vzorca. Vrnjene izpolnjene vprašalnike smo uporabili za statistično obdelavo podatkov.

Tabela 1 prikazuje demografske podatke vzorca. V vzorcu prevladujejo ženske (87,2 %). Več kot polovica vprašanih je po izobrazbi diplomiranih medicinskih sester oziroma zdravstvenikov (51,1 %), sledijo tehniki zdravstvene nege (38,3 %). Večina vprašanih je rojena v Sloveniji (97,9 %).

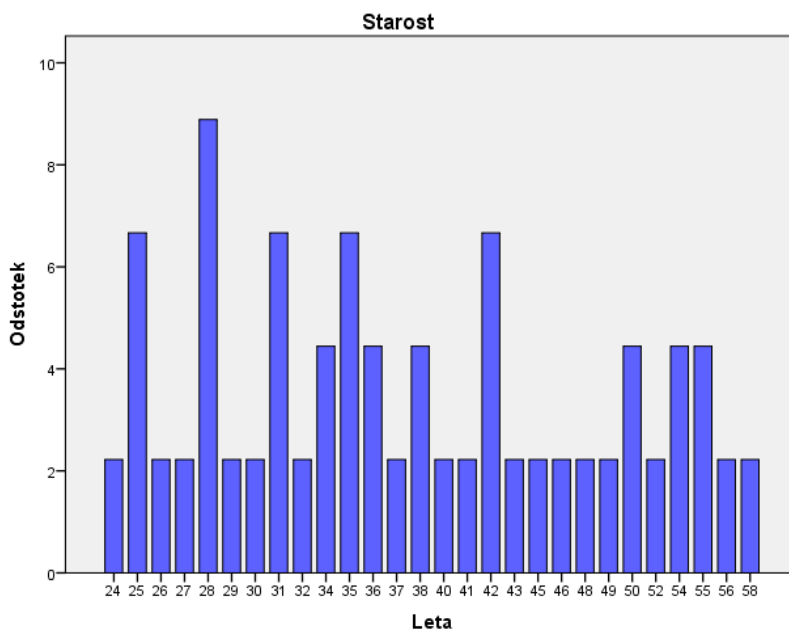
Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

		n	%
Spol	Moški	16	23,9
	Ženski	51	76,1
	Skupaj	67	100,0
Izobrazba	Tehnik ZN	28	42,8
	Višja med. sestra/tehnika	3	4,5
	Diplomirana MS/zdravstvenik	34	51,2
	Magister ZN	1	1,5
	Skupaj	67	100

		n	%
Država rojstva	Slovenija	66	98,5
	Anglija	1	1,5
	Skupaj	67	100,0

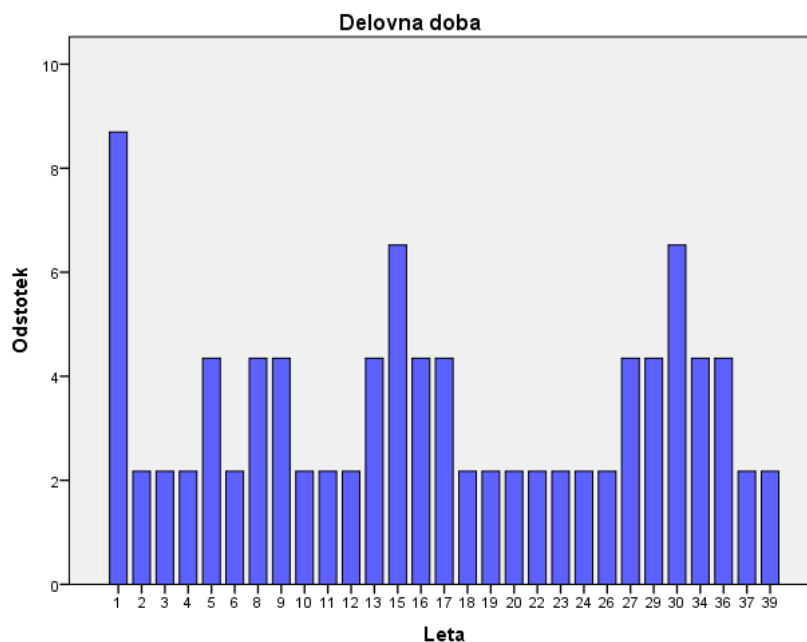
Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Slika 1 prikazuje starost anketirancev. Povprečna starost vprašanih je 38,4 let (standardni odklon (SO) = 10,085), kar nakazuje veliko razpršenost v starosti vprašanih.



Slika 1 : Starost anketirancev

Slika 2 prikazuje delovno dobo anketirancev. Povprečna delovna doba vprašanih znaša 17,5 let (SO = 11,4), iz česar lahko zaključimo, da obstaja velik razpon med leti delovne dobe naših anketirancev. Skoraj 9 % vprašanih ima za sabo le 1 leto delovne dobe, naslednja večja skupina ima za seboj od 13 do 17 let delovne dobe, najstarejša skupina medicinskih sester pa od 27 do 36 let.



Slika 2: Delovna doba anketirancev

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po predhodni pridobitvi vseh potrebnih soglasij za izvedbo raziskave s strani Splošne bolnišnice Jesenice in Zdravstvenega doma Bled. Zbiranje podatkov za izdelavo diplomskega dela je potekalo od maja do julija 2016. Vprašalnike smo v tiskani obliki razdelili diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege, ki so zaposleni v eni izmed omenjenih zdravstvenih ustanov. Sodelovanje je bilo popolnoma prostovoljno, anonimnost je bila zagotovljena, podatke pa smo uporabili izključno v raziskovalne namene.

Instrumenti, ki smo jih uporabili v raziskavi, so bili, kolikor smo seznanjeni, prvič uporabljeni v slovenskem prostoru, zato smo pri prevodu upoštevali usmeritve za pripravo strokovnega prevoda in uporabo vprašalnika v slovenskem jeziku. Opravljen je bil strokovni prevod v obe smeri.

Po prejemu izpolnjenih anket smo pričeli s tehničnim pregledom pravilnega izpolnjevanja anket, nato smo podatke anketirancev obdelali s pomočjo orodij Microsoft Office in s programom za merjenje statistike SPSS 22.0. Uporabili smo metode opisne

statistike (najnižje, najvišje in povprečne vrednosti ter standardne odklone), statistično pomembne razlike med spremenljivkami smo ugotavljali tako, da smo računali p-vrednost. V kolikor je p-vrednost nižja od 0,05, lahko zagotovimo, da obstajajo statistično pomembne razlike med spremenljivkami. Tako smo za statistično pomembne podatke upoštevali razlike s stopnjo statistične pomembnosti 0,05 in manj. Za analizo povezanosti smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient.

3.4 REZULTATI

Največ anketirancev (74,16 %) v domačem okolju govori slovenski jezik, temu sledi hrvaški jezik (14,9 %) (tabela 2).

Tabela 2: Jezik, ki ga anketiranci govorijo v domačem okolju

	n	%
Slovenski	50	74,6
Hrvaški	10	14,9
Srbski	2	3
Bosanski	5	7,5
Skupaj	67	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Med tujimi jeziki največ anketirancev govori hrvaški jezik (PV=3,81, SO=1,265), sledijo mu znanje bosanskega in srbskega jezika. Na četrtem mestu je angleški jezik. Stopnja izobrazbe vprašanih medicinskih sester vpliva na znanje italijanskega (p=0,047), francoskega (p=0,041) in španskega jezika (p=0,038), medtem ko statistično pomembnih razlik pri ostalih jezikih nismo ugotavljali (tabela 3).

Tabela 3: Znanje tujih jezikov

		n	PV	SO
Hrvaško	Govorim	40	3,81	1,265
	Pišem	34	3,62	1,213
	Ne govorim in ne pišem	7	1,33	1,052
Srbsko	Govorim	37	3,68	1,361
	Pišem	30	3,36	1,716
	Ne govorim in ne pišem	10	1,19	1,654
Bosansko	Govorim	34	3,77	0,798

		n	PV	SO
	Pišem	31	3,70	0,875
	Ne govorim in ne pišem	13	3,71	0,994
Angleško	Govorim	30	3,62	1,151
	Pišem	24	3,91	1,469
	Ne govorim in ne pišem	17	3,21	1,648
Nemško	Govorim	19	3,58	1,057
	Pišem	14	3,21	1,970
	Ne govorim in ne pišem	28	3,78	1,803
Italijansko	Govorim	13	2,61	1,770
	Pišem	7	2,81	1,979
	Ne govorim in ne pišem	34	2,34	1,874
Francosko	Govorim	2	2,12	1,042
	Pišem	0	1,78	1,310
	Ne govorim in ne pišem	45	4,28	1,593
Špansko	Govorim	4	2,51	1,691
	Pišem	1	1,42	1,337
	Ne govorim in ne pišem	42	4,28	1,027

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Z izjemo enega anketiranca (n = 66, 98,5 %) vprašani še niso opravljali dela v tujini.

Tabela 4 prikazuje oceno števila pacientov, ki po mnenju anketiranih pripadajo drugi etnični skupini. Največ anketirancev (48,9 %) meni, da je takih pacientov med 10 in 30 %, slaba tretjina (29,8 %) anketirancev pa ocenjuje, da je tujih pacientov manj kot 10 %.

Tabela 4: Odstotek pacientov, ki po oceni anketirancev pripada drugi etnični skupini

	n	%	Kumulativni %
Manj kot 10 % tujih pacientov	24	35,9	35,9
Od 10 do 30 % tujih pacientov	33	49,3	85,2
Od 30 do 50 % tujih pacientov	6	8,9	94,1
Več kot 50 % tujih pacientov	4	5,9	100,0
Skupaj	67	100	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Večina anketirancev (tabela 5) se je ocenila za kulturno kompetentne do neke mere (61,2 %), da so zelo kulturno kompetentni, pa je menilo 22,4 % anketiranih.

Tabela 5: Ocena lastne kulturne kompetentnosti anketirancev

	n	%
Zelo	15	22,4
Do neke mere	41	61,2
Niti niti	5	7,5
Do neke mere nekompetenten	4	6,0
Zelo nekompetenten	2	3,0
Skupaj	67	100,0

Kulturno zavedanje in kulturna občutljivost anketirancev

Iz tabel 6 in 7 lahko razberemo, kako kulturno občutljivi so anketiranci in v kolikšni meri se zavedajo kulturne raznolikosti. V tabeli 6 višja povprečna vrednost predstavlja manjše strinjanje s trditvijo. Anketiranci se najmanj strinjajo s trditvama »Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa kulturno posameznika.« (PV=3,48, SO=1,027) in »Jezikovne ovire so edina težava sedanjih imigrantov v Sloveniji.« (PV=3,79, SO=0,883). Največje je strinjanje s trditvijo, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na kulturno dediščino (PV=1,38, SO=0,795).

Tabela 6: Kulturno zavedanje in občutljivost medicinskih sester (CCA)

	n	MIN	MAX	PV	SO
Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa kulturo posameznika.	66	2	5	3,48	1,027
Veliko vidikov kulture vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo.	66	1	5	2,39	0,745
Za vsakega posameznika, skupino in organizacijo je potrebno oceniti vidike kulturne raznolikosti.	65	1	5	2,51	0,757
Duhovna in religiozna prepričanja so pomemben element večine kulturnih skupin.	67	1	5	2,23	0,729
Jezikovne ovire so edina težava sedanjih imigrantov v Sloveniji.	67	2	5	3,79	0,883

	n	MIN	MAX	PV	SO
Menim, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino.	67	1	5	1,38	0,795
Menim, da mi poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu.	67	1	5	1,91	0,905

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja podana ocena; MAX = najvišja podana ocena; Likertova lestvica: 5 – sploh se ne strinjam; 4 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 2 – se strinjam; 1 – popolnoma se strinjam

Pri izpolnjevanju instrumenta CCA je mogoče doseči od 7 do 35 točk, pri čemer nižje število točk pomeni višjo stopnjo zavedanja. Povprečno doseženo število točk v naši raziskavi znaša 17,88 (SO=3,102), kar kaže, da so anketiranci le do neke mere kulturno občutljivi in se deloma zavedajo kulturne raznolikosti. Glede na visok standardni odklon sklepamo, da obstajajo velike razlike v kulturnem zavedanju anketirancev (tabela 7).

Tabela 7: Dosežene točke lestvice kulturne občutljivosti in zavedanja

Točke		
n	Veljavni	67
	Manjkajoči	0
PV		17,88
SO		3,102
MIN		12
MAX		27

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja podana ocena; MAX = najvišja podana ocena

Razlike v izvajanju kulturno kompetentne zdravstvene nege glede na spol

Zanimalo nas je, ali se izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege razlikuje med moškimi in ženskimi izvajalci (tabela 8). Ugotovili smo, da med spoloma ne prihaja do statistično pomembnih razlik ($p > 0,05$), vendar moramo rezultate vzeti z zadržkom, saj smo imeli v vzorcu zelo majhno število moških.

Tabela 8: Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege glede na spol

		n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Na delovnem mestu se vsakodnevno srečujem s pripadniki drugih etničnih skupin.	moški	9	1,44	0,527	1,464	0,231
	ženski	58	1,72	0,812		
Na delovnem mestu sodelujem z zdravstvenimi delavci, ki prihajajo iz različnih kulturnih ozadij.	moški	9	2,11	0,782	0,393	0,533
	ženski	56	1,79	0,967		
Na delovnem mestu se pogosto srečujem s stereotipiziranjem pacientov, ki prihajajo iz drugačnih kulturnih ozadij.	moški	9	2,33	0,866	0,098	0,755
	ženski	57	3,04	1,101		
Multikulturno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturnim kompetencam in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov.	moški	9	1,44	0,726	0,588	0,446
	ženski	57	2,28	0,901		
Kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev ima velik vpliv na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov.	moški	9	2,11	1,054	0,033	0,857
	ženski	56	2,54	1,159		
Zdravstveni delavci bi morali imeti dodatna izobraževanja s področja kulturne raznolikosti.	moški	9	2,89	1,167	0,021	0,884
	ženski	57	2,42	1,034		
Zdravstveni delavci imajo dovolj znanj s področja kulturne raznolikosti.	moški	9	2,78	0,441	1,987	0,163
	ženski	57	3,18	0,848		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = razmerje; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovalno vprašanje 1: Kako kulturno kompetentne so medicinske sestre?

V drugem delu instrumenta CCA smo ugotavljali kulturne kompetence medicinskih sester (tabela 9). Možno je pridobiti od 7 do 35 točk, pri čemer višje število točk pomeni večjo kulturno kompetentnost. Med najnižjim (MIN=10) in najvišjim (MAX=32) možnim rezultatom je velika razlika (SO=4,841), kar pomeni, da so anketiranci

odgovarjali zelo raznoliko. Povprečna dosežena vrednost točk (PV=20,75, SO=4,481) kaže, da so anketiranci pri izvajanju zdravstvene nege do neke mere kulturno kompetentni. Večina anketirancev meni, da se izogiba stereotipiziranju kulturnih skupin (PV=3,47, SO=0,952), a zelo redko uporabljajo različne vire informacij za učenje o kulturni dediščini drugih ljudi (PV=2,32, SO=1,086).

Tabela 9: Kulturne kompetence in delovno okolje medicinskih sester (CCA)

	n	MIN	MAX	PV	SO
Paciente in njihove družinske člane vedno vprašam po njihovem razumevanju zdravja in bolezni.	67	2	5	3,28	0,949
Paciente in njihove družine vprašam po njihovih pričakovanjih glede zdravstvene nege.	67	1	5	2,68	1,125
Za učenje o kulturnih dediščini drugih ljudi uporabljam različne vire.	67	1	5	2,32	1,086
Izogibam se posploševanju in stereotipiziranju kulturnih skupin.	67	1	5	3,47	0,952
Odpravljam ovire, ki se pojavljajo pri pacientih različnih kultur, ko jih prepoznam.	66	1	5	3,20	0,885
Rada imam povratne informacije pacientov o mojem delu z ljudmi različnih kultur.	65	1	5	3,07	0,986
Iščem načine, kako prilagoditi moje izvajanje zdravstvene nege kulturno pogojenim željam posameznikov in skupin.	66	1	5	2,96	1,074
Skupne točke – sklop kulturne kompetence	67	10	32	20,75	4,841

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja podana ocena; MAX = najvišja podana ocena; Likertova lestvica: 1 – nikoli; 2 – včasih; 3 – pogosto; 4 – zelo pogosto; 5 – vedno

Raziskovalno vprašanje 2: V kolikšni meri obstajajo razlike v kulturnih kompetencah diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege?

Diplomirane medicinske sestre so na instrumentu, s katerim smo merili kulturne kompetence, v povprečju dosegale višje rezultate (PV=20,25, SO=3,686) kot tehniki zdravstvene nege (PV=17,91, SO=2,778), vendar pa glede na primerjano izobrazbo statistično pomembnih razlik nismo potrdili ($p>0,05$) (tabela 10).

Tabela 10: Razlika med kulturnimi kompetencami diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege

	Izobrazba	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Kulturne kompetence	Dipl. med. sestra	34	20,25	3,686	0,11	0,916
	Zdravstveni tehnik	28	17,91	2,778		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t-vrednost = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p=statistična razlika.

Raziskovalno vprašanje 3: V kolikšni meri je etnocentrizem prisoten med medicinskimi sestrami?

V Tabeli 11 so prikazane trditve, s katerimi merimo stopnjo etnocentrizma ter povprečne vrednosti odgovorov anketirancev. Z večino etnocentričnih trditev se anketiranci v povprečju sploh ne strinjajo (PV<2). Anketiranci so se najmanj strinjali s trditvijo, da ne sodelujejo z ljudmi, ki so drugačni od njih (PV=1,31, SO=0,556). Najbližje neopredeljenosti pa je trditev, da bi se lahko ljudje iz moje kulture veliko naučili od ljudi drugačnih kultur (PV=2,57, SO=1,048). V povprečju med anketiranci prevladuje nizka stopnja etnocentrizma (PV=27,16). Rezultati nad 55 točk se štejejo za visok etnocentrizem. Obstaja velik razpon med najnižjo (MIN=15) in najvišjo vrednostjo točk (MAX=45), kar pomeni, da so odgovori anketirancev močno razpršeni (SO=7,790).

Tabela 11: Prisotnost etnocentrizma med anketiranci (GENE)

	n	MIN	MAX	PV	SO
Večina drugih kultur je nazadnjaških v primerjavi z mojo kulturo.	67	1	3	1,84	0,751
Moja kultura bi morala biti za zgled drugim kulturam.	66	1	4	2,16	0,846

	n	MIN	MAX	PV	SO
Življenjski slogi drugih kultur veljajo ravno toliko kot moj.	67	1	5	2,04	0,912
Druge kulture bi morale biti bolj podobne moji.	67	1	4	1,90	0,890
Ljudje iz moje kulture bi se lahko veliko naučili od ljudi drugih kultur.	67	1	5	2,57	1,048
Večina ljudi iz drugih kultur ne ve, kaj je dobro za njih.	67	1	5	1,88	0,879
Spoštujem vrednote, prepričanja in običaje drugih kultur.	67	1	5	1,82	0,920
Ljudje drugih kultur so pametni, ker se zgledujejo po naši kulturi.	67	1	4	1,87	0,757
Večina ljudi bi bila srečnejša, če bi živela tako kot ljudje v moji kulturi.	67	1	4	1,87	0,851
Ljudje moje kulture imajo najboljši življenjski slog od vseh ljudi.	66	1	4	1,76	0,854
Življenjski slogi ljudi drugih kultur ne veljajo toliko kot moj.	67	1	4	1,60	0,740
Ne sodelujem z ljudmi, ki so drugačni od mene.	67	1	3	1,31	0,556
Ne zaupam ljudem, ki so drugačni od mene.	66	1	3	1,52	0,636
Ne maram povezovanja z ljudmi drugih kultur.	66	1	3	1,51	0,660
Vrednotam, prepričanjem in običajem ljudi drugih kultur izkazujem malo spoštovanja.	64	1	5	1,52	0,823
Skupne točke – etnocentrizem	67	15	45	27,16	7,790

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja podana ocena; MAX = najvišja podana ocena; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – ne strinjam se; 3 – niti niti; 4 – strinjam se; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovalno vprašanje 4: V kolikšni meri obstaja povezava med kulturnimi kompetencami in socio-demografskimi značilnostmi (leta delovne dobe, starost, znanje tujih jezikov, poklicni profil, stopnja izobrazbe)?

Statistično pomembnih povezav med kulturnimi kompetencami in socio-demografskimi značilnostmi nismo odkrili, vendar pa obstaja šibka povezava med kulturnimi kompetencami in starostjo ($p=0,046$) ter kulturnimi kompetencami in stopnjo izobrazbe ($p=0,047$) (tabela 12).

Tabela 12: Povezava med kulturnimi kompetencami in socio-demografskimi značilnostmi

		Kompeten- ce	Spol	Starost	Delovna doba	Znanje tujih jezikov	Stopnja izobrazbe
Kulturne kompetence	Pearsonov korelacijski koeficient	1	0,173	-0,063	-0,151	0,170	-0,109
	Dvostranski test		0,256	0,049*	0,311	0,258	0,046*
	Število enot	67	65	66	67	66	67
Spol	Pearsonov korelacijski koeficient	0,173	1	0,077	-0,118	0,193	-0,092
	Dvostranski test	0,256		0,620	0,442	0,198	0,549
	Število enot	65	65	64	65	66	65
Starost	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,063	0,077	1	0,982**	0,085	0,012
	Dvostranski test	0,049*	0,620		0,001	0,575	0,936
	Število enot	66	64	66	64	66	66
Delovna doba	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,151	-0,118	0,982**	1	-0,159	0,237
	Dvostranski test	0,311	0,442	0,001		0,291	0,109
	Število enot	67	65	64	67	66	67
Znanje tujih jezikov	Pearsonov korelacijski koeficient	0,170	0,193	0,085	-0,159	1	-0,121
	Dvostranski test	0,258	0,198	0,575	0,291		0,425
	Število enot	66	66	66	66	66	66
Stopnja izobrazbe	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,109	-0,092	0,012	0,237	-0,121	1
	Dvostranski test	0,046*	0,549	0,936	0,109	0,425	
	Število enot	67	65	66	67	66	67

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05

Raziskovalno vprašanje 5: Kakšna je povezanost med kulturnimi kompetencami in etnocentrizmom medicinskih sester?

Obstaja povezava med etnocentrizmom in kulturnimi kompetencami medicinskih sester ($p=0,041$). Ker je Pearsonov korelacijski koeficient negativen, predvidevamo, da je statistična povezava šibka (tabela 13).

Tabela 13: Povezava med etnocentrizmom in kulturnimi kompetencami medicinskih sester

		Etnocentrizem medicinskih sester	Kulturne kompetence medicinskih sester
Etnocentrizem medicinskih sester	Pearsonov korelacijski koeficient	1	-0,053
	Dvostranski test		0,041*
	Število enot	67	67
Kulturne kompetence medicinskih sester	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,053	1
	Dvostranski test	0,041*	
	Število enot	67	67

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05

Raziskovalno vprašanje 6: V kolikšni meri sta povezana izobraževanje s področja kulturne raznolikosti in kulturne kompetence medicinskih sester?

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverjali povezanost med spremenljivkama izobraževanja s področja kulturne raznolikosti in kulturne kompetence medicinskih sester (tabela 14). Med spremenljivkama prihaja do statistično pomembne povezave ($p=0,028$). Ker je korelacija negativna, predvidevamo, da je povezava med spremenljivkama šibka.

Tabela 14: Povezanost med izobraževanjem s področja kulturne raznolikosti in kulturnimi kompetencami medicinskih sester

		Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti	Kulturne kompetence medicinskih sester
Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti	Pearsonov korelacijski koeficient	1	-0,0833
	Dvostranski test		0,028*
	Število enot	67	67
Kulturne kompetence medicinskih sester	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,0833	1
	Dvostranski test	0,028*	
	Število enot	67	67

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05

3.5 RAZPRAVA

Vedno več ljudi prihaja iz kulturno različnih ozadij, kar vodi v rast kulturne pestrosti prebivalstva. Ravno zaradi kulturne raznolikosti so kulturne kompetence zelo pomemben segment strokovnega znanja vseh zdravstvenih delavcev (Gemarino, 2014). Z našo raziskavo smo ugotovili, da je stopnja kulturne kompetentnosti anketirancev v povprečju dokaj nizka, medtem ko se dobre tri petine vprašanih ocenjuje kot kulturno kompetentne do neke mere, dobra petina pa kot zelo kulturno kompetentne. Statistično pomembnih razlik v kulturnih kompetencah diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege v naši raziskavi nismo potrdili. Kulturne kompetence v večini niso povezane s socio-demografskimi dejavniki, čeprav smo ugotovili šibko statistično povezavo med kulturnimi kompetencami in starostjo ter kulturnimi kompetencami in stopnjo izobrazbe. Ugotovili smo tudi statistično povezavo med kulturnimi kompetencami in nizko stopnjo etnocentrizma. Nazadnje smo potrdili še šibko statistično povezavo med kulturnimi kompetencami in izobraževanjem.

Raziskave kažejo, da zaposleni v zdravstveni negi niso dovolj samozavestni ter ustrezno pripravljene na zagotavljanje kakovostne in kulturno kompetentne zdravstvene nege

pacientom različnih kulturnih ozadij, ne glede na njihovo lastno kulturno in demografsko ozadje (Bernal & Froman, 1987; Kadrong-Edgren, et al., 2005; Murphy & Clark, 1993; Peterson, et al., 1997 cited in Waite & Calamaro, 2010). S tem se strinjajo tudi naši anketiranci, saj jih je večina mnenja, da zdravstveni delavci nimajo dovolj znanj s področja kulturne raznolikosti. Slovenska raziskava, ki je del ocene potreb v okviru projekta Skupaj za zdravje, in ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle sta pokazala, »da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo kulturnega ozadja uporabnikov in uporabnic ter ne znajo ustrezno ravnati v primeru kulturnih in jezikovnih nesporazumov, razlog za to pa vidijo v pomanjkanju usposabljanj, na katerih bi lahko razvijali kulturne kompetence« (Farkaš Lainščak, 2016 cited in Jelenc, et al., 2016, p. 11). Tudi Gemarino (2014) na podlagi svoje raziskave o kulturnih kompetencah zdravstvenih delavcev, zaposlenih na področju onkologije, navaja potrebo po izboljšanju kulturnih kompetenc. Alnems (2012) je v svoji disertaciji (n = 320) ugotovil, da se je 85 % vprašanih predhodno usposabljal na področju kulturne raznolikosti, a se le 63 % vprašanih pri opravljanju svojega dela počuti kulturno kompetentne. Reeves & Fogg (2006 cited in Gemarino, 2014) sta v raziskavi, za katero sta uporabila model kulturnih kompetenc Campinha-Bacote, raziskovala kulturne kompetence in življenjske izkušnje študentov zdravstvene nege. Ugotovila sta, da se kar polovica študentov zdravstvene nege zaveda nezadostnega znanja o različnih kulturah in posledično nezmožnosti izvajanja kulturno kompetentne zdravstvene nege. Poleg tega se večina študentov v raziskavi počuti neprijetno in nesproščeno pri zagotavljanju zdravstvene nege pacientom iz drugih kultur.

V naši raziskavi je po oceni anketirancev več kot polovica medicinskih sester delno kompetentnih pri izvajanju kulturno kompetentne zdravstvene nege, kar dobra petina vprašanih pa se je ocenila za zelo kulturno kompetentne. S pomočjo uporabljenega instrumenta smo ugotovili, da je večina vprašanih kulturno kompetentna do neke mere, saj so v povprečju dosegli 20,75 točk od 35 možnih, medtem ko so zdravstveni delavci s področja onkološke zdravstvene oskrbe (n = 36) v raziskavi Gemarino (2014) v povprečju dosegli 15,8 točk. Avtorica jih je ocenila kot zmerno kulturno kompetentne. Riley (2010) je v svoji raziskavi (n = 53), v kateri je ugotavljala kulturno kompetentnost diplomiranih medicinskih sester, ki so se vpisale na magistrski študij, ugotovila, da je

kulturno kompetentnih približno polovica (50,94 %). Pri naših anketirancih smo ugotovili nizko stopnjo kulturne občutljivosti in zavedanja, saj so v povprečju dosegli 17,88 točk (od 35 možnih), medtem ko so v predhodno omenjeni raziskavi Gemarino (2014) zdravstveni delavci dosegli 13,5 točk, kar pomeni, da so bolj kulturno občutljivi in se bolj zavedajo kulturnih razlik med pacienti kot naši anketiranci, saj v tem primeru nižji rezultat pomeni večjo kulturno občutljivost. Alnems (2012) je v svoji disertaciji s področja kulturnih kompetenc na onkologiji (n = 320) ugotovil, da so pacienti tistih medicinskih sester, ki so bile bolj kulturno občutljive in so upoštevale kulturne razlike, dosegali boljše izide zdravljenja.

Naši anketiranci se v povprečju le delno strinjajo, da je za vsakega posameznika potrebno oceniti vidike kulturne raznolikosti, vendar pa v povprečju vseeno pogosto vprašajo paciente in njihove svojce po razumevanju zdravja in bolezni. Povečini se strinjajo s tem, da jim poznavanje različnih kultur lahko olajša njihovo delo in naredi zdravstveno nego bolj kakovostno in kulturno kompetentno. Prav tako menijo, da bi morali z vsemi ljudmi, ne glede na njihovo kulturno pripadnost, ravnati spoštljivo. Vprašani pogosto iščejo načine, kako kar najbolje prilagoditi izvajanje zdravstvene nege kulturno pogojenim željam pacientov ter radi dobijo povratne informacije kulturno raznolikih pacientov o zdravstveni negi, ki jim je bila nudena, kar vodi v nadaljnji profesionalni razvoj in bolj kulturno kompetentno izvajanje zdravstvene nege v prihodnosti. Prizadevanje anketirancev za nudenje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe je ključnega pomena, saj raziskave kažejo na njen pomemben vpliv na zdravstvene izide in dobro počutje vseh. Pri pacientih se namreč poveča zaupanje in izboljša stik z zdravstvenimi delavci, bolj sledijo njihovim zdravstvenim nasvetom. Hkrati pa je zaznati manj napak zdravstvenih delavcev pri določanju diagnoz, zdravstveno-vzgojno delo je uspešnejše in zdravstvena oskrba udeleženih kakovostnejša (Lehman, et al., 2012 cited in Jelenc, et al., 2016). Največ naših anketirancev ocenjuje, da slaba tretjina njihovih pacientov pripada drugačnemu kulturnemu ozadju, po drugi strani pa menijo, da se na delovnem mestu ne srečujejo vsakodnevno s pripadniki drugih etničnih skupin, niti ne sodelujejo z zdravstvenimi delavci, ki prihajajo iz različnih kulturnih ozadij.

V raziskavi nismo ugotovili pomembnih statističnih razlik med kulturnimi kompetencami tehnikov zdravstvene nege in diplomiranih medicinskih sester, čeprav so slednje v povprečju dosegale boljše rezultate na lestvicah, ki merijo stopnjo kulturnih kompetenc in kulturne občutljivosti. Gemarino (2014) je ugotovila, da socialni delavci in diplomirane medicinske sestre beležijo več kulturno kompetentnih intervencij in izvajanj zdravstvene oskrbe v primerjavi z ostalimi profili. Doorenbos & Schim (2004) v svoji raziskavi (n = 119) ugotavljata, da je višja izobrazba zelo pomemben dejavnik pri pridobivanju kulturnih kompetenc.

V raziskavi smo ugotavljali povezanost etnocentrizma in kulturnih kompetenc pri medicinskih sestrah ter pri tem ugotovili le šibko statistično povezanost. Etnocentrično mišljenje in delovanje sta največkrat nezavedna in avtomatično sprožena (MacDonald, 2006 cited in Siamagka & Balabanis, 2015), ker so etnocentrična odzivanja posledica etnocentričnih asociacij, ki so že predhodno priučene (Siamagka & Balabanis, 2015). Z raziskavo, ki je potekala na Novi Zelandiji, v Združenih državah Amerike, Srbiji, Franciji in v Avstraliji, so Bizumic in sodelavci (2009) ovrgli prepričanje, da etnocentrizem pomeni očitno superiornost in preferenco lastne etnične skupine naproti ostalim, ne pomeni pa skupinske povezanosti in predanosti prepričanju, da je etnična skupina posameznika bolj pomembna kot sam posameznik znotraj skupine (Bizumic & Duckitt, 2012). V Sloveniji Zakon o pacientovih pravicah zagotavlja pravičen dostop do zdravstvenih storitev in enakovredne zdravstvene obravnave, kar je eno od osnovnih načel medicinske deontologije. Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni negi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Z našo raziskavo nismo ugotovili pomembnih povezav med kulturnimi kompetencami in socio-demografskimi dejavniki, kot so spol, delovna doba in znanje tujih jezikov. Glede na to, da je skoraj 90 % anketiranih medicinskih sester žensk, bi težko iskali razlike v kulturnih kompetencah med spoloma. Riley (2010) je v svoji raziskavi ugotovila pomembno, negativno korelacijo med končnim rezultatom in leti delovne dobe, kar pomeni, da se, ko se leta delovne dobe in izkušnje povečujejo, rezultat

kulturnih kompetenc niža. Pri pregledu literature smo ugotovili, da so si rezultati drugih raziskav precej različni, saj so Sargent, et al. (2005), Lampley, et al. (2008) in Wilbur (2008) odkrili pozitivno povezavo med leti delovnih izkušenj in kulturnimi kompetencami, medtem ko Findley (2008) in Kawashima (2008) v svojih raziskavah nista ugotovila povezave med kulturnimi kompetencami in delovnimi izkušnjami. Naša raziskava je pokazala šibke statistične povezave le med kulturnimi kompetencami in starostjo ter med kulturnimi kompetencami in stopnjo izobrazbe. Gre predvsem za zavedanje, da veliko aspektov kulture lahko vpliva na zdravje ljudi ter da so duhovna prepričanja pomemben element večine kulturnih skupin. Anketiranci v naši raziskavi niso enotnega mnenja, da je potrebno za vsakega posameznika oceniti potrebe zdravstvene nege. Doorenbos & Schim (2004) ugotavljata, da imata višja izobrazba in sprotno izobraževanje velik vpliv na stopnjo kulturne kompetentnosti medicinskih sester. Riley (2010) v svoji raziskavi ni dokazala nobene statistično pomembne povezave med spolom in raso ter kulturnimi kompetencami, je pa ugotovila, da najmočnejša povezava obstaja med stopnjo kulturnih kompetenc in starostjo medicinskih sester; medicinske sestre med 20. in 30. letom so namreč v povprečju dosegale bistveno boljše rezultate kot starejše medicinske sestre. Nasprotno je Gemarino (2014) ugotovila, da so starejše medicinske sestre v povprečju dosegale boljše rezultate kot njihove mlajše kolegice.

V naši raziskavi smo odkrili tudi povezavo med izobraževanjem o kulturni raznolikosti in kulturno kompetentnostjo medicinskih sester. Povezanost je sicer šibka, kar lahko pripišemo majhnemu številu anketirancev ter dejstvu, da se nobeden od anketirancev še nikoli ni udeležil izobraževanja s področja kulturnih kompetenc. Nekaj anketirancev je v ta namen predlagalo izobraževanje s tega področja za izboljšanje njihove kulturne kompetentnosti ter profesionalni razvoj. Usposabljanja in izobraževanja s področja kulturne raznolikosti imajo velik učinek na kulturno kompetentno izvajanje zdravstvene nege (Doorenbos & Schim, 2004; Polacek & Martinez, 2009; Benkert, et al., 2011; Alnems, 2012; Gemarino, 2014). Z uvedbo izobraževanj se strinjajo tudi drugi avtorji, ki poleg tega poudarjajo, da bi morale zdravstvenim delavcem izobraževalne programe s področja multikulturnih kompetenc ponuditi tudi zdravstvene ustanove, v katerih so zaposleni (Maier-Lorentz, 2008; Mareno & Hart, 2014; Pharris, 2008 cited in Hvalič

Touzery, 2014b; Lipovec Čebren, et al., 2016; Farkaš Lainščak, et al., 2016). Najpogosteje uporabljene metode pridobivanja kulturnih kompetenc so skupinske diskusije, predavanja, študije primerov, izmenjave kliničnih izkušenj ter predstavitve članov etničnih manjšin. Ker imajo pedagogi s tega področja pri izbiri učnih metod za pridobivanje kulturnih kompetenc popolnoma proste roke, so razvili orodje (The Cultural Competencies for Baccalaureate Nursing Education Tool Kit – AACN, 2008 cited in Long, 2012). Ta ponuja razumljiv seznam spletnih strani ter učbenikov zdravstvene nege, ki nudijo inovativne zamisli, kako študente in izvajalce zdravstvene nege kar najbolje izobraziti na področju kulturnih kompetenc ter jih pripraviti na kulturno raznoliko delo v kliničnem okolju. Flowers (2004) meni, da medicinske sestre lahko razvijajo in širijo svoje znanje s prebiranjem člankov v strokovnih revijah, učbenikih, z udeleževanjem na tematskih seminarjih, delavnicah in predstavitev, s pomočjo spletnih virov in tečajev.

Rezultati so pokazali, da se naši anketiranci ne strinjajo s trditvijo, da imajo zdravstveni delavci dovolj znanj s področja kulturne raznolikosti. Anketiranci povečini zelo redko uporabljajo različne vire informacij za učenje o kulturni dediščini ljudi. Večina anketirancev se strinja s tem, da bi morali zdravstveni delavci imeti dodatna izobraževanja s področja kulturne raznolikosti. Nekaj anketirancev pa je pri zadnjem, odprtem vprašanju, v katerem nas je zanimalo, kako bi lahko po njihovem povečali kulturne kompetence medicinskih sester, odgovorilo, da bi se lahko udeleževali raznih predavanj, seminarjev in izobraževanj s tega področja. Riley (2010) ugotavlja, da so nedavne raziskave pokazale pomembno in pozitivno povezavo med transkulturnim usposabljanjem in kulturnimi kompetencami medicinskih sester in študentov zdravstvene nege (Kawashima, 2008; Lampley, et al., 2008; Starr & Wallace, 2009). Porast rezultatov raziskave Riley (2010) delno pripisuje tudi nedavnim poudarkom na kulturno kompetentnost medicinskih sester v Združenih državah Amerike. Gemarino (2014) je v svoji raziskavi ugotovila, da imajo sprotna usposabljanja s področja kulturne raznolikosti pomemben vpliv na raven kulturno kompetentnega delovanja medicinskih sester, ne vplivajo pa na kulturno zavedanje. Poleg tega je navedla tudi boljše povprečne rezultate (16,7 točk) tistih, ki so se že udeležili kakšnega izobraževanja o kulturni raznolikosti; rezultat ostalih vprašanih je v povprečju nižji (14,9 točk).

V Sloveniji je v zadnjih letih začel s prizadevanji za izboljšanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev Nacionalni inštitut za javno zdravje. V okviru prizadevanj so za zdravstvene delavce izvedli usposabljanje v treh zdravstvenih domovih (Vrhnika, Sevnica in Celje). Usposabljanje je obsegalo 20 ur interaktivnih predstavitev in delavnic, ki jih je izvajala interdisciplinarna skupina (Farkaš Lainščak, et al., 2015). V okviru usposabljanja je bil pilotiran in konec leta 2016 tudi izdan priročnik Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba, ki je namenjen izboljšanju kulturnih kompetenc vseh zdravstvenih delavcev (Lipovec Čebren, et al., 2016).

Rezultati raziskave (Hvalič Touzery, 2014b), ki jo je izvedlo šest visokošolskih institucij iz Estonije, Slovenije, s Finske, Hrvaške in Nizozemske, so pokazali nujnost izboljšanja multikulturnih kompetenc mentorjev in visokošolskih učiteljev. V ta namen so v sklopu mednarodnega projekta Soulbus oblikovali prosto dostopni multikulturni e-učni program Soulbus-e-coach, saj bi udeležba v tem programu bistveno povečala multikulturne kompetence kliničnih mentorjev in visokošolskih učiteljev. Z namenom izboljšanja kakovosti praktičnega izobraževanja sta Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin in Klinika Golnik izoblikovali navodila za vodenje tujega študenta s pripadajočim vprašalnikom, ki temeljita na dosedanjih izkušnjah mednarodnih izmenjav študentov in se tako odzivata na nekatere prepoznane slabosti (Hvalič Touzery, 2014b).

3.5.1 Omejitve raziskave

Največjo pomanjkljivost raziskave vidimo v majhnem številu vrnjenih, pravilno izpolnjenih anket. Vzorec ni reprezentativen, zato bi bilo raziskavo smiselno ponoviti v večjem obsegu, da bi dobili boljše rezultate. Uporabili smo tuje instrumente, ki smo jih sami prevedli, kar pomeni, da bi bil morda lahko prevod boljši, če bi v njem sodelovali strokovnjaki različnih disciplin, ki se v Sloveniji ukvarjajo s področjem kulturnih kompetenc.

4 ZAKLJUČEK

Poglavitni namen naše raziskave je bil ugotoviti kulturno kompetentnost medicinskih sester pri nas. Kulturna kompetentnost postaja v praksi vedno bolj pomembna, saj se ljudje tako na delovnem mestu kot tudi v prostem času vsakodnevno srečujemo z drugimi ljudmi, ki pripadajo različnim kulturnim ozadjem. Ugotovili smo, da so medicinske sestre do neke mere kulturno kompetentne, saj so se povečini same uvrstile v to skupino, poleg tega pa to dejstvo potrjuje tudi naša raziskava. Etnocentrizem je pri medicinskih sestrah prisoten le v majhni meri, kar je zagotovo odlična predispozicija za uspešno in kakovostno opravljanje zdravstvene nege. Zaradi majhnega vzorca raziskave ne moremo posploševati, a je vseeno presenetilo dejstvo, da večina socio-demografskih dejavnikov ne vpliva na stopnjo kulturne kompetentnosti medicinskih sester. Na kulturne kompetence medicinskih sester vplivata le starost in stopnja izobrazbe, iz česar lahko sklepamo, da imajo starejše in bolj izobražene medicinske sestre več izkušenj, na podlagi katerih lahko povečujejo stopnjo kulturne kompetentnosti.

V naši raziskavi nismo potrdili razlik v kulturnih kompetencah diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, kar lahko kaže na pomanjkanje zavedanja o pomembnosti te tematike znotraj izobraževalnega sistema na višjem nivoju, kjer bi se morali bolj posvetiti kulturni raznolikosti pacientov. Medtem ko pomembnost kulturnih kompetenc narašča in postaja vse bolj očitna, se bodo pristojne institucije vse bolj osredotočale na izobraževanje zdravnikov, medicinskih sester, terapevtov in drugih članov multidisciplinarnega tima. Dodatna izobraževanja na področju raznolikosti kultur so nujno potrebna in glede na mnenja vprašanih medicinskih sester celo zaželena. Veseli nas, da medicinske sestre ne glede na vse še vedno želijo dodatna znanja in pripisujejo velik pomen vseživljenjskemu izobraževanju ter osebnemu napredku.

Tematika diplomske naloge je zelo zanimiva predvsem z vidika stalnega spreminjanja stanja s področja kultur, različnih kulturnih skupin, manjšin ter njihovih medsebojnih stikov. Vidimo še veliko možnosti in potrebo po nadaljnjem raziskovanju kulturnih kompetenc, tako medicinskih sester kot tudi študentov in predavateljev oziroma mentorjev. Kot smo omenili že večkrat v nalogi, se izobraževanje začne že zgodaj v

otroštvu v procesu socializacije, pri čemer imajo pomembno vlogo najprej starši in sorodniki, nato pa vsi vpleteni v vzgojno-izobraževalnem procesu. Zelo zanimivo bi bilo raziskavo razširiti na študente in predavatelje oziroma mentorje, ki so do neke mere odgovorni za dvig kulturnih kompetenc v stroki. Potreba po izobraževanju o kulturni raznolikosti in kulturnih kompetencah je velika in bo v prihodnosti zaradi vse večjega mešanja kultur še pomembnejša.

5 LITERATURA

Alnems, A., 2012. *Oncology nurses' cultural competence, knowledge, and attitudes toward cancer pain*. Ann Arbor: University of San Diego, pp. 49-93.

Anderson, L., 2012. *Cultural Competence in the Nursing Practice*. [online] Available at: <http://www.nursetogether.com/cultural-competence-nursing-practice> [Accessed 15 Januar 2016].

Benkert, R., Templin, T., Schim, S., Doorenbos, A.Z. & Bell, S., 2011. Testing a multi-group model of culturally competent behaviors among underrepresented nurse practitioners. *Research In Nursing & Health*, 34(4), pp. 327-341.

Berlin, E. & Fowkes, W.A., 1983. A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine*, 139, pp. 934-938.

Betancourt, J., Green, A.R. & Carillo, J.E., 2002. *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches*. [online] Available at: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2002/oct/cultural-competence-in-health-care--emerging-frameworks-and-practical-approaches> [Accessed 5 Januar 2017].

Bizumic, B. & Duckitt, J., 2012. What Is and Is Not Ethnocentrism? A Conceptual Analysis and Political Implications. *Political Psychology*, 33(6), pp. 887-909.

Bizumic, B., Duckitt, J., Popadic, D., Dru, V. & Krauss, S., 2009. A cross-cultural investigation into a reconceptualization of ethnocentrism. *European Journal of Social Psychology*, 39, pp. 871-899.

Boštjančič, E., 2011. *Merjenje kompetenc: metoda ocenjevalnega centra v teoriji in praksi*. Ljubljana: Planet GV, pp. 7-136.

Campinha-Bacote, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), p. 181.

Campinha-Bacote, J., 2011. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *The Online Journal of Issues in Nursing* 16(2), pp. 29-39.

Canadian Nurses Association, 2010. *Promoting Cultural Competence in Nursing*. [online] Available at: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/6%20-%20ps114_cultural_competence_2010_e.pdf?la=en [Accessed 15 Januar 2016].

Carpenter, J.M., Moore, M., Alexander, N. & Doherty, A.M., 2013. Consumer demographics, ethnocentrism, cultural values, and acculturation to the global consumer culture: A retail perspective. *Journal of Marketing Management*, 29(3-4), pp. 271-291.

Crane Cutilli, C., 2006. Do Your Patients Understand? Providing Culturally Congruent Patient Education. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), pp. 218-224.

Doorenbos, A.Z. & Schim, S., 2004. Cultural competence in hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 21(1), pp. 28-32.

Douglas, M.K., Pierce, J.U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Clark Callister, L., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D. & Purnell, L., 2011. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), pp. 217-333.

Dudas, I.K., 2012. Cultural Competence: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), pp. 317-321.

Farkaš Lainšak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U., Maučec Zakotnik, J., Pistotnik, S. & Škraban, J., 2015. *Usposabljanje za razvijanje*

kulturnih kompetenc, učni načrt. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 1-7.

Farkaš Lainščak J., Bofulin, M., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebtron, U. & Škraban, J., 2016. Komuniciranje. In: U. Lipovec Čebtron, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje: pp. 197-247.

Findley, T.E., 2008. *Cultural competence of nurses at the hospital bedside: doktorska disertacija*. Louisville: Spalding University.

Flowers, D., 2004. Culturally Competent Nursing Care: A Challenge for the 21st Century. *Critical Care Nurse* 24(4), p. 48-52.

Gemarino, J.F., 2014. Cultural Competence Among Oncology Health Care Providers. *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. Paper 76.

Gliha Komac, N., Jakop, N., Ježovnik, J., Kern, B., Klemenčič, S., Krvina, D., Ledinek, N., Meterc, M., Michelizza, M., Mirtič, T., Pavlič, M., Perdih, A., Petric, Š., Snoj, M. & Žele, A., 2014. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Humljan Urh, Š., 2013. Etnična občutljivost in antirasistična načela za socialno delo. In: B. Lešnik, ed. *Kulturno kompetentno socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 126-179.

Hvalič Touzery, S., 2014a. Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlović, eds. *8. šola za klinične mentorje Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja Jesenice, 18. 9. 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice: pp. 46-57.

Hvalič Touzery, S., 2014b. Multicultural competencies of teachers and mentors – Project SOULBUS. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *7. mednarodna znanstvena konferenca: Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege Bled, 12. - 13. junij 2013.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice: pp. 48-55.

Ingram, R.R., 2011. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), pp. 695–704.

Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Čebren Lipovec, U., 2016. *Kultura*. In: U. Čebren Lipovec, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje: pp. 31-40.

Kawashima, A., 2008. *Study on cultural competency of Japanese nurses: doktorska disertacija*. Fairfax: George Mason University.

Kinsman Dean, R.A., 2010. Cultural Competence: Nursing in a Multicultural Society. *Nursing for Women's Health*, 14(1), pp. 52-60.

Klemenčič, E. & Štremfel, U., 2011. *Nacionalna in mednarodna perspektiva izobraževanja za državljanstvo v multikulturni družbi*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, pp. 17-135.

Lampley, T., Little, K., Beck-Little, R. & Xu Y., 2008. Cultural competence of North Carolina nurses: A journey from novice to expert. *Home Health Care Management & Practice*, 20, pp. 454-461.

Lassiter, P.S., Napolitano, L, Culbreth, J.R. & Mun Ng, K., 2008. Counselor Preparation. Developing Multicultural Competence Using the Structured Peer Group Supervision Model. *Counselor Education & Supervision*, 47, pp. 164-171.

Lipovec Čebtron, U., Jelenc, A. & Keršič Svetel, M., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: U. Čebtron Lipovec, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje: pp. 11-24.

Long, T.B., 2012. Overview of Teaching Strategies for Cultural Competence in Nursing Students. *Journal of Cultural Diversity*, 19(3), pp. 102-108.

Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in bobic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83-89.

Maeder, E.M. & Yamamoto, S., 2015. Culture in the Courtroom: Ethnocentrism and Juror Decision-Making. *PloS ONE*, 10(9), pp. 1-15.

Makarovič, M., 2009. *Šolanje v medkulturnem okolju*. Ljubljana: Vega, pp. 12-234.

McMillan, R.L., 2012. Exploring The World Outside To Increase Cultural Competence Of The Educator Within. *Journal of Cultural Diversity*, 19(1), pp. 23-25.

Meader, E.M. & Yamamoto, S., 2015. Culture in the Courtroom: Ethnocentrism and Juror Decision-Making. *PloS ONE* 10(9), pp. 3-15.

Moore, S., 1997. *Sociologija: ključni pojmi in dejstva*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, pp: 9-170.

Neuliep, J.W., & McCroskey, J.C., 1997. The development of a U. S. and generalized ethnocentrism scale. *Communication Research Reports*, 14, pp. 385-398.

Oakes, P.J., Haslam, S.A. & Turner J.C., 1999. Politika, predsodki in mit v preučevanju stereotipov. In: M. Nastran Ule, ed. *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče: pp. 62-95.

Polacek, G.J. & Martinez, R., 2009. Assessing cultural competence at a local hospital system in the United States. *The Health Care Manager*, 28(2), pp. 98-110.

Riley, D., 2010. Cultural Competence of RN to BSN Students. *University of Nevada Las Vegas Theses, Dissertations, Professional Paper, and Capstones*, pp. 26-39.

Sargent, S.E., Sedlak, C.A. & Martsof, D.S., 2005. Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25(3), pp. 214-21.

Schim, S.M., Doorenbos, A.Z. & Benkert, R., 2005. Culturally Congruent Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), pp. 103-110.

Shiffman, D., 2005. *Korenine multikulturalizma: delo Louisa Adamiča*. Ljubljana: Založba ZRC SAZU, pp. 15-138.

Siamagka, N.T. & Balabanis, G., 2015. Revisiting Consumer Ethnocentrism: Review, Reconceptualization, and Empirical Testing. *Journal of International Marketing*, 23(3), pp. 66-86.

Sorentino, S.A. & Gorek, B., 2006. *Mosby's Textbook for Long-Term Care Nursing Assistants*. St. Louis, Missouri: Mosby Inc., pp. 32-74.

Starr, S. & Wallace, D., 2009. Population at risk across the life span: case report. Self-reported cultural competence of public health nurses in southeastern U.S. *Public Health Nursing*, 26(1), pp. 48-57.

Starr, S.S. & Wallace, D., 2011. Client Perceptions of Cultural Competence of Community-Based Nurses. *Journal of Community Health Nursing*, 28, pp. 57-69.

Šavle, M., 2008. Strokovna angleščina v zdravstveni negi: veščine uspešne komunikacije. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(4), pp. 301-4.

Tzeng, H.M., 2011. Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*, 46(3), pp. 137-140.

Vertot, N., 2009. *Medkulturni dialog v Sloveniji*. Ljubljana: SURS, pp. 9-84.

Waite, R. & Calamaro, C.J., 2010. Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), pp. 74-80.

Wilbur, V., 2008. *Factors that influence the cultural competence of nurse practitioner student: doktorska disertacija*. Chester: Widener University School of Nursing.

Yoose, C., 2011. Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care – Book Review. *The Association of Black Nursing Faculty Journal*, 3, pp. 96-97.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 15.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Moje ime je Tina Vovk in pod mentorstvom doc. dr. Simone Hvalič Touzery končujem dodiplomski študij zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Zaradi vse večje kulturne raznolikosti tudi v naši državi in naklonjenosti tujim jezikom sem se odločila v diplomskem delu raziskati **Multikulturne kompetence medicinskih sester**. Z odgovori na 60 vprašanj v vprašalniku, ki je pred Vami, mi boste pri raziskavi zelo pomagali, zato Vas vljudno prosim, da si kljub obremenjenosti na delovnem mestu vzamete nekaj minut za odgovore na zastavljena vprašanja.

Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je povsem prostovoljno, anonimno, Vaši odgovori in podatki pa bodo uporabljeni izključno v raziskovalni namen ter izdelavo diplomskega dela.

Za Vaš čas in sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem!

Prvi del

Prosimo pri vsakem vprašanju označite en odgovor ali napišite ustrezen odgovor.

1. Spol:

1. Moški
2. Ženski

2. Navedite Vašo starost: _____ let.

3. V kateri državi ste bili rojeni?

1. V Sloveniji
2. Na Hrvaškem
3. V Avstriji
4. V Italiji
5. V Srbiji
6. V Bosni in Hercegovini
7. Drugo (prosimo napišite): _____.

4. Poklic:

1. tehnik zdravstvene nege
2. višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik
3. diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik
4. magister/ magistra zdravstvene neg
- 5.
6. drugo (prosimo napišite): _____.

5. Koliko let delovnih izkušenj imate? _____ let.

6. Ali ste svoj poklic kdaj opravljali v tujini?

1. DA
2. NE

7. Če ste odgovorili z DA, prosimo na spodnjo črto napišite, koliko časa ste v tujini opravljali svoje poklicno delo: _____ let.

8. Kateri jezik govorite v svojem domačem okolju?

1. Slovenski
2. Hrvaški
3. Nemški
4. Italijanski
5. Srbski

6. Bosanski

7. Drugo (prosimo napišite): _____.

9. Katere tuje jezike govorite / pišete (prosimo ustrezno označite)?

	Govorim	Pišem	Ne govorim in ne pišem
1 Hrvaško (ko to ni vaš materin jezik)			
2 Srbsko (ko to ni vaš materin jezik)			
3 Bosansko (ko to ni vaš materin jezik)			
4. Angleško			
5. Nemško			
6. Italijansko			
7. Francosko			
8. Špansko			
9. _____ Drugo			

8. Kakšen odstotek Vaših trenutnih pacientov po Vašem mnenju pripada drugačni etnični skupini, kot je Vaša?

1. Manj kot 10 %
2. Med 10 % in 30 %
3. Med 30 % in 50 %
4. Več kot 50 % pacientov

9. Prosimo ocenite na lestvici od 1 do 5, kako kompetentni se počutite pri delu z ljudmi, ki izhajajo iz drugih kultur, kot je Vaša? Obkrožite številko nad Vašim izbranim odgovorom.

1	2	3	4	5
Zelo kompetenten	Do neke mere kompetenten	Niti – niti	Do neke mere nekomptenten	Zelo nekompetenten

10. Ali ste se kdaj udeležili usposabljanja s področja kulturne raznolikosti?

1. DA
2. NE

11. Če ste odgovorili z DA, prosimo spodaj označite tovrstna usposabljanja (možnih je več odgovorov):

		DA
1	V času študija	
2	Podiplomsko izobraževanje	
3	Posebno izobraževanje, ki ga je organizirala institucija, kjer sem zaposlen	
4	Strokovno srečanje / seminar	
5	Spletno izobraževanje	
6	Drugo _____	

Drugi del – Kulturne kompetence (Instrument Cultural competence assessment-CCA)

Na vprašanja prosimo odgovorite tako, da obkrožite odgovor, ki za Vas najbolj drži v okolju izvajanja zdravstvene nege. Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »popolnoma se strinjam«, ocena 5 pa »sploh se ne strinjam«. Trditve ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

		Popolnoma se strinjam (1)	Strinjam se (2)	Niti niti (3)	Ne strinjam se (4)	Sploh se ne strinjam (5)
1.	Rasa je najpomembnejši dejavnik, ki določa	1	2	3	4	5

	kulturo posameznika.					
2.	Veliko vidikov kulture vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo.	1	2	3	4	5
3.	Za vsakega posameznika, skupino in organizacijo je potrebno oceniti vidike kulturne raznolikosti.	1	2	3	4	5
4.	Duhovna in religiozna prepričanja so pomemben element večine kulturnih skupin.	1	2	3	4	5
5.	Jezikovne ovire so edina težava sedanjih imigrantov v Sloveniji.	1	2	3	4	5
6.	Menim, da bi morali z vsemi ravnati spoštljivo, ne glede na njihovo kulturno dediščino.	1	2	3	4	5
7.	Menim, da mi poznavanje različnih kulturnih skupin pomaga pri delu s posamezniki, skupinami in organizacijami.	1	2	3	4	5

Na vprašanja prosimo odgovorite tako, da obkrožite odgovor, ki za Vas najbolj drži v delovnem okolju. Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »nikoli«, ocena 5 pa »vedno«. Trditev ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

		Nikoli (1)	Včasih (2)	Pogosto (3)	Zelo pogosto (4)	Vedno (5)
8.	Paciente in njihove družinske člane vedno vprašam po	1	2	3	4	5

	njegovem razumevanju zdravja in bolezni.					
9.	Paciente in njihove družine vprašam po njihovih pričakovanjih glede zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
10.	Za učenje o kulturni dediščini drugih ljudi uporabljam različne vire.	1	2	3	4	5
11.	Izogibam se posploševanju in stereotipizaciji kulturnih skupin.	1	2	3	4	5
12.	Odpravljam ovire, ki se pojavljajo pri pacientih različnih kultur, ko jih prepoznam.	1	2	3	4	5
13.	Rada imam povratne informacije pacientov o mojem delu z ljudmi različnih kultur.	1	2	3	4	5
14.	Iščem načine, kako prilagoditi moje izvajanje zdravstvene nege kulturno pogojenim željam posameznikov in skupin.	1	2	3	4	5

Tretji del – Etnocentrizem (Generalized Ethnocentrism Scale – GENE)

Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »sploh se ne strinjam«, 5 pa »popolnoma se strinjam«. Trditev ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi. Odgovarjajte hitro in zabeležite prvo reakcijo na izjavo. Ne pozabite, ni pravih in napačnih odgovorov.

		Sploh se ne strinjam (1)	Ne strinjam se (2)	Delno se strinjam (3)	Strinjam se (4)	Popolnoma se strinjam (5)
1.	Večina drugih kultur je nazadnjaških v primerjavi z mojo kulturo.	1	2	3	4	5
2.	Moja kultura bi morala biti za zgled drugim kulturam.	1	2	3	4	5
3.	Ljudje drugačnih kultur se obnašajo čudno, ko pridejo v moje kulturno okolje.	1	2	3	4	5
4.	Življenjski slogi drugih kultur veljajo ravno toliko kot moj.	1	2	3	4	5
5.	Druge kulture bi morale biti bolj podobne moji.	1	2	3	4	5
6.	Vrednote, prepričanja in običaji drugih kultur me ne zanimajo.	1	2	3	4	5
7.	Ljudje iz moje kulture bi se lahko veliko naučili od ljudi drugačnih kultur.	1	2	3	4	5
8.	Večina ljudi iz drugih kultur ne ve, kaj je dobro za njih.	1	2	3	4	5
9.	Spoštujem vrednote, prepričanja in običaje drugih kultur.	1	2	3	4	5
10.	Ljudje drugih kultur	1	2	3	4	5

	so pametni, ker se zgledujejo po naši kulturi.					
11.	Večina ljudi bi bila srečnejša, če bi živela tako kot ljudje v moji kulturi.	1	2	3	4	5
12.	Imam veliko prijateljev iz drugačnih kultur.	1	2	3	4	5
13.	Ljudje moje kulture imajo najboljše življenjski slog od vseh ljudi.	1	2	3	4	5
14.	Življenjski slogi ljudi drugih kultur ne veljajo toliko kot moj.	1	2	3	4	5
15.	Zelo se zanimam za vrednote, prepričanja in običaje drugih kultur.	1	2	3	4	5
16.	Ljudi, ki so drugačni od mene, sodim po svojih vrednotah.	1	2	3	4	5
20.	Ljudi, ki so mi podobni, štejem kot krepostne.	1	2	3	4	5
21.	Ne sodelujem z ljudmi, ki so drugačni od mene.	1	2	3	4	5
22.	Večina ljudi v moji kulturi ne ve, kaj je dobro zanje.	1	2	3	4	5
23.	Ne zaupam ljudem, ki so drugačni od mene.	1	2	3	4	5
24.	Ne maram povezovanja z ljudmi drugih kultur.	1	2	3	4	5
25.	Vrednotam, prepričanjem in običajem ljudi drugih kultur izkazujem malo	1	2	3	4	5

	spoštovanja.					
--	--------------	--	--	--	--	--

Četrty del – Multikulturne delovne izkušnje

Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 označite Vaše strinjanje s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni ocena 1 »popolnoma se strinjam«, ocena 5 pa »sploh se ne strinjam«.

Trditev ocenite tako, da obkrožite številko v celici pri posamezni trditvi.

		Popolnoma se strinjam (1)	Strinjam se (2)	Niti niti (3)	Ne strinjam se (4)	Sploh se ne strinjam (5)
1.	Na delovnem mestu se vsakodnevno srečujem s pripadniki drugih etničnih / rasnih / verskih / jezikovnih skupin.	1	2	3	4	5
2.	Na delovnem mestu sodelujem z zdravstvenimi delavci, ki prihajajo iz različnih kulturnih ozadij.	1	2	3	4	5
3.	Na delovnem mestu se pogosto srečujem s stereotipizacijo pacientov, ki prihajajo iz drugačnih kulturnih ozadij.	1	2	3	4	5
4.	Multikulturno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov.	1	2	3	4	5
5.	Kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev ima velik vpliv na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov.	1	2	3	4	5
6.	Zdravstveni delavci bi morali imeti dodatna izobraževanja s področja	1	2	3	4	5

	kulturne raznolikosti.					
7.	Zdravstveni delavci imajo dovolj znanj s področja kulturne raznolikosti.	1	2	3	4	5

60. Kako bi po Vašem mnenju lahko medicinske sestre izboljšale svoje znanje in sposobnosti, da bi nudili bolj učinkovito zdravstveno nego pacientom različnih kulturnih ozadij?
