



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA KULTURNE PRIPADNOSTI PRI
POJMOVANJU ZDRAVJA IN BOLEZNI –
PREGLED LITERATURE**

**THE ROLE OF CULTURAL BELONGING IN
THE CONCEPT OF HEALTH AND DISEASE – A
LITERATURE REVIEW**

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Nina Leskovar

Jesenice, junij, 2026

ZAHVALA

Posebna zahvala gre mentorici doc. dr. Katji Pesjak za strokovno podporo, usmerjanje in potrpežljivost ter za vse dragocene nasvete pri pripravi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Marti Smodiš, viš. pred., za natančen pregled diplomskega dela ter za njene strokovne predloge in pripombe. Prav tako se zahvaljujem lektorici Barbari Pori, učiteljici slovenskega jezika za jezikovni pregled diplomskega dela.

Na koncu se iskreno zahvaljujem svojim bližnjim, ki so mi ves čas stali ob strani, me podpirali in spodbujali na moji poti. Posebna zahvala gre tudi prijateljem s fakultete, ki so mi s svojo pomočjo, podporo in spodbudami v času študija pomembno olajšali premagovanje številnih izzivov.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Raziskovalni problem se osredotoča na vlogo kulturnih dejavnikov v kontekstu percepcije zdravja, doživljanja bolezni in zdravstvene obravnave. Raziskava je pomembna, ker lahko doprinese k izboljšanju kakovosti zdravstvene obravnave in zmanjšanju neenakosti v zdravju. Namen pregleda literature je analizirati manifestacijo kulture na področju zdravja.

Cilj: Raziskati kulturno pojmovanje zdravja in bolezni, opredeliti ključne kulturne dejavnike, ki so pomembni za razumevanje, doživljanje in obravnavo zdravja ter bolezni, proučiti razlike v pojmovanju zdravja in bolezni med različnimi kulturami oziroma prikazati, kako kulturne razlike sooblikujejo zdravstveno obravnavo.

Metoda: Kot raziskovalni pristop je bil uporabljen pregled literature. Iskanje je potekalo v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, COBISS in Google Učenjak z uporabo kombinacije ključnih besed, kot so “cultural beliefs” AND (health OR illness OR disease), “cultural competence” AND (healthcare OR nursing), ter sorodni iskalni nizi v slovenskem jeziku. Iskanje je bilo omejeno na obdobje 2015–2025. V pregled so bili vključeni vsebinsko relevantni članki v slovenskem in angleškem jeziku, dostopni v celotnem besedilu. Od 532 identificiranih virov je bilo po kriterijih v končno analizo vključenih 22 virov.

Rezultati: V pregled literature je bilo vključenih 22 virov. Podatki so bili analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo, pri kateri so bili najprej prepoznani in kodirani ključni vsebinski elementi, nato pa razvrščeni v ustrezne kategorije. Med ključnimi kodami so bile kulturna kompetentnost, kulturna varnost, zdravstvena pismenost, stigma, jezikovne ovire, socialna podpora, prepričanja o bolezni ter odnos do zdravljenja. V pregled vključene raziskave so glede na hierarhijo dokazov zajemale sistematične preglede, opazovalne, kvalitativne in opisne raziskave.

Razprava: Pregled literature pokaže, da ima kultura pomembno vlogo v razumevanju zdravja in bolezni, pri vedenju, povezanem z zdravjem ter pri kakovosti zdravstvene obravnave. Kulturne in jezikovne ovire, stigma ter morebitni predsodki zdravstvenih delavcev lahko zmanjšujejo dostop do zdravstvenih storitev in zaupanje pacientov. Za

zagotavljanje učinkovite in pravične obravnave so ključni razvoj kulturno občutljivih pristopov, krepitev zdravstvene pismenosti ter komunikacija, usmerjena k pacientu.

Ključne besede: kulturna prepričanja, kulturna kompetentnost, dožemanje bolezni, neenakosti v zdravju, zdravstvena obravnava

SUMMARY

Theoretical background: The research problem focuses on the role of cultural factors in the perception of health, the experience of illness, and in the context health care. The study is important for improving the quality of healthcare and reducing health inequalities. The aim of the literature review was to analyze the manifestation of culture in the field of health.

Goals: To explore the cultural understanding of health and illness, to identify key cultural factors that are important for understanding, experiencing, and managing health and illness, to examine the differences in the understanding of health and illness between different cultures, and to demonstrate how cultural differences shape health care.

Methods: A literature review was conducted. We searched the PubMed, CINAHL, and COBISS, databases and the Google Scholar search engine using combinations of keywords such as “cultural beliefs” AND (health OR illness OR disease), “cultural competence” AND (healthcare OR nursing), along with related search strings in Slovenian. Publication date was limited to the period 2015–2025. Inclusion criteria were content-relevance, texts written in Slovenian or English, and full text availability of articles. Out of 532 retrieved sources, 22 met the inclusion criteria and were included in the final analysis.

Results: The literature review included 22 sources. Data were analyzed using qualitative content analysis, in which key content elements were first identified and coded, then organized into appropriate categories. Key codes included cultural competence, cultural safety, health literacy, stigma, language barriers, social support, beliefs about illness, and attitudes towards treatment. According to the hierarchy of evidence, included studies comprised systematic reviews, observational studies, qualitative studies, and descriptive studies.

Discussion: The literature review revealed that culture significantly influences the understanding of health and illness, health-related behaviors, and the quality of healthcare. Cultural and language barriers, stigma, and potential biases among healthcare professionals may reduce access to services and patient trust. To ensure effective and equitable care, it is essential to develop culturally sensitive approaches, strengthen health literacy, and promote patient-centered communication.

Key words: cultural beliefs, cultural competence, disease perceptions, health inequalities, health care

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 NAČINI KULTURNE OPREDELITVE POJMOVANJA ZDRAVJA IN BOLEZNI....	2
1.2 RAZLIKE V POJMOVANJU ZDRAVJA IN BOLEZNI MED PRIPADNIKI RAZLIČNIH KULTUR	4
2 EMPIRIČNI DEL	8
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	8
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	8
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	9
2.3.1 Metode pregleda literature.....	9
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	9
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	10
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	10
2.4 REZULTATI	12
2.4.1 Diagram PRISMA	12
2.4.2 Tabelarični prikaz rezultatov s ključnimi spoznanji.....	13
2.4.3 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	17
2.5 RAZPRAVA.....	17
2.5.1 Omejitve raziskave	31
2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo.....	31
3 ZAKLJUČEK	33
4 LITERATURA	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram PRISMA poteka izbire literature.....	13
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	10
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu	11
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	13
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	17

SEZNAM KRAJŠAV

LGBT	Skupnost lezbijk, gejev, biseksualnih in transspolnih oseb
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje

1 UVOD

Kultura predstavlja pomemben okvir, skozi katerega posamezniki in skupnosti razumejo zdravje in bolezen. Oblikuje se skozi notranje dejavnike, kot sta jezik in etnična pripadnost, pa tudi zunanje dejavnike, kot sta okolje in geografija. Poleg tega kultura pomembno vpliva tudi na razlago bolezni, zdravstveno vedenje ter sprejemanje zdravstvenih intervencij (Giandinoto, et al., 2018; Bobel, et al., 2022). Na primer, v kontekstu duševnega zdravja so bolezni pogosto interpretirane skozi kulturne, verske ali tradicionalne razlage, kar vpliva na iskanje pomoči in stopnjo stigmatizacije (Choudhry, et al., 2016).

Kulturni kontekst je tesno povezan z nastankom zdravstvenih neenakosti, ki se kažejo predvsem pri ranljivih družbenih skupinah, ki se pogosto soočajo z neenakim dostopom do zdravstvenih storitev, kar pa je posledica prepletanja kulturnih, socialnih in sistemskih dejavnikov (Curtis, et al., 2019; Bobel, et al., 2022). Kultura pomembno deluje preko pravnih in skupnostnih okvirov, ki oblikujejo dostopnost zdravstvenih storitev in strategije zmanjševanja neenakosti (Pahor & Kavčič, 2019). Čeprav slovenski zdravstveni sistem temelji na načelu univerzalnosti in solidarnosti, praksa kaže, da določene skupine prebivalstva še vedno dosegajo slabše zdravstvene izide. Slednje je tesno povezano s kulturnimi in družbenimi determinantami (Baričič, et al., 2019; Pahor & Kavčič, 2019). V slovenskem prostoru se pomembne razlike v zdravstvenem stanju pojavljajo predvsem glede na socialno ekonomski položaj, izobrazbo in kulturno okolje posameznikov (Baričič, et al., 2019; Farkas & Zaletel Kragelj, 2022).

Pomemben izziv v zdravstvu predstavljajo kulturne ovire, kot so jezikovne prepreke, komunikacijske težave ter pomanjkanje kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev. Omenjeni dejavniki lahko namreč pomembno vplivajo na kakovost zdravstvene obravnave in zaupanje pacientov v zdravstveni sistem (Grandpierre, et al., 2018; Shahin, et al., 2019). Kulturna pogojenost zdravja se kaže tudi v specifičnih primerih zdravstvenih neenakosti, med katerimi izstopajo etnične manjšine in marginalizirane skupine, kjer zgodovinski, socialni in kulturni dejavniki pomembno vplivajo na zdravstvene izide (Safer, et al., 2016;

Curtis, et al., 2019). Pandemija COVID19 je še dodatno pokazala, da so odzivi na zdravstvene krize močno kulturno pogojeni, saj so družbene vrednote vplivale na sprejemanje ukrepov (Almeida, et al., 2021).

1.1 NAČINI KULTURNE OPREDELITVE POJMOVANJA ZDRAVJA IN BOLEZNI

Kultura predstavlja kompleksen in večdimenzionalen pojav, ki presega ozke predstave o umetnosti ali kulturnem udeleževanju. V širšem pomenu kulturo opredeljujemo kot celoto znanja, verovanj, vrednot, norm, zakonov, običajev ter drugih sposobnosti in navad, ki jih posameznik pridobi kot član družbe (Bofulin, et al., 2016). Kultura predstavlja način življenja določene skupnosti, ki je oblikovan z notranjimi dejavniki, kot sta na primer etnična pripadnost in jezik ter zunanji dejavniki, kot sta na primer geografija in klima (Bobel, et al., 2022). Pri tem je pomembno poudariti, da kultura ni prirojena, statična ali enotna. Kulture se namreč posamezniki naučijo skozi proces socializacije in se med različnimi subkulturami razlikuje, poleg tega pa se tudi nenehno spreminja in preoblikuje. Izkušnje, kot so bolezen, slabo počutje, oviranost in bolečina, niso zgolj biološka dejstva, temveč nosijo tudi družbene in kulturne pomene. Posamezniki jih zato vedno razumejo in doživljajo skozi kulturne in družbene dimenzije, pa tudi skozi lastne psihološke okoliščine (Bofulin, et al., 2016).

V literaturi je poudarjeno, da se manifestacija kulture na področju zdravja in boleznih odraža skozi različne vidike vsakdanjega življenja in ravnanja posameznikov ter skupnosti. Kultura oblikuje doživetje zdravja, boleznih in njihovih vzrokov, določa sprejemljivost preventivnih ukrepov ter ima vlogo pri odločitvah posameznikov glede iskanja zdravstvene pomoči (Giandinoto, et al., 2018). Nedavna literatura na področju duševnega zdravja opozarja na pojav tako imenovanih toksičnih psihokultur, kjer gre za kolektivna psihološka in čustvena okolja, v katerih so škodljive vrednote in vedenjski vzorci normalizirani ter pogosto institucionalizirani (Jakovljević, 2025). Na splošno velja, da lahko kulturna prepričanja delujejo kot spodbujevalci ali pa kot ovire pri vključevanju v zdravstvene sheme (Dror, et al., 2016). Raziskave na področju kroničnih boleznih kažejo, da so osebna in kulturna

prepričanja tesno povezana s spoštovanjem predpisanega zdravljenja, saj zaznava bolezni. Zdravstvena pismenost, verska in kulturna prepričanja pogosto določajo, ali bodo pacienti zdravila jemali redno ali ne (Shahin, et al., 2019). Posameznikova prepričanja so pomembno povezana z vedenjem in zdravstvenim izidom, pri čemer se kažejo razlike med implicitnimi in eksplicitnimi prepričanji, ki so pogosto kulturno pogojena (Li, et al., 2024).

Pomembno je poudariti, da kulturni vplivi niso prisotni le pri pacientih, temveč tudi pri zdravstvenih delavcih. Tudi zdravstveni delavci imajo lastna kulturna prepričanja, ki izhajajo iz njihovega poklicnega izobraževanja ter širšega družbenega in osebnega okolja. V tem kontekstu lahko zdravstvo razumemo kot poseben kulturni sistem, ki ima lastne vrednote, norme, jezik, pravila in hierarhijo. Kultura na področju zdravstva se razlikuje med okolji in se skozi čas spreminja, kar dodatno vpliva na način zdravstvene obravnave in razumevanje zdravja ter bolezni med različnimi skupinami ljudi. Pomembno je tudi, da kulture ne razumemo kot dejavnika, ki v celoti določa vedenje posameznika. Kultura posamezniku sicer ponuja okvir in smernice za razumevanje sveta, vendar njegovo vedenje oblikujejo tudi drugi dejavniki, med katerimi so tudi socialno ekonomski položaj, dostop do virov ter individualne izkušnje. Pretirano poenostavljanje in pripisovanje določenih vedenj izključno kulturi lahko vodi v stereotipe in napačne razlage družbenih pojavov (Bofulin, et al., 2016).

Raziskave na področju izobraževanja odraslih opozarjajo, da je doživljanje in razumevanje zdravja vedno umeščeno v družbeno kulturni kontekst, zato morajo izobraževalni programi upoštevati tradicijo, znanje in navade skupnosti, katerim so namenjeni (Lipovec Čebren & Ličen, 2021). V tem okviru je pomembna tudi kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev, ki je pomemben dejavnik kakovostne zdravstvene obravnave. Kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev pozitivno vpliva predvsem na komunikacijo, odnos in razumevanje pacientovih potreb, dokazi o neposrednem vplivu na zdravstvene izide pa so še vedno omejeni (Alizadeh & Chavan, 2016). Sodobni pristopi poudarjajo, da zdravstvena obravnava nikoli ni povsem nevtralna, saj nanjo vplivajo tudi nezavedne pristranskosti zdravstvenih delavcev, ki lahko vplivajo na komunikacijo in klinične odločitve. Zato se v zadnjih letih poleg kulturne kompetentnosti vse bolj uveljavlja tudi koncept kulturne

skromnosti, ki poudarja stalno samorefleksijo, zavedanje lastnih omejitev ter bolj enakovreden in odprt odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem (Stubbe, 2020).

Koncept »kulture« sega v grško rimsko civilizacijo in se je kot znanstveni produkt pojavil v 18. stoletju. Človeški družbeno - kulturni proces je začel veljati za podaljšek biološkega procesa. Tako kompleksna celostna definicija kulture opravičuje zdravje kot vključujoče sposobnosti, ki jih človek pridobi kot član družbe, in napredek, ki se nadaljuje z raznolikostjo in spremembami. V postmoderni dobi si obstoječa »kultura v zdravstvu« prizadeva za integracijo in holizem (Sumathi, et al., 2021).

1.2 RAZLIKE V POJMOVANJU ZDRAVJA IN BOLEZNI MED PRIPADNIKI RAZLIČNIH KULTUR

Farkas in Zaletel Kragelj (2022) sta raziskovali socialni gradient v zdravju odraslih v Sloveniji. O slabem zdravstvenem stanju je poročalo 34,2 % ljudi z nižjim socialno ekonomskim statusom, medtem ko le 3,1 % ljudi z višjim socialno - ekonomskim statusom. To kaže na povezanost med kulturo, družbenim položajem in zdravstvenim stanjem ter pričakovano življenjsko dobo posameznika (Farkas & Zaletel Kragelj, 2022). Povezanost kulture z zdravjem in boleznimi se še posebej kaže pri etničnih manjšinah, kot so na primer Māori na Novi Zelandiji. Ti imajo slabši dostop do zdravstvene oskrbe, krajšo pričakovano življenjsko dobo in slabše izide zdravljenja, k čemur prispevajo predvsem zgodovinski dejavniki kolonializma, socialno - ekonomska prikrajšanost ter pristranskosti v zdravstvenem sistemu (Curtis, et al., 2019). Drug primer manifestacije kulture v zdravstvu predstavljajo transspolne osebe, ki se soočajo z izrazitimi zdravstvenimi neenakostmi in specifičnimi ovirami pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Med najpomembnejšimi ovirami je pomanjkanje ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev, saj transspolna medicina ni dovolj vključena v izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov, posledično prihaja do pomanjkanja znanja, negotovosti in nizke stopnje samozavesti pri zdravstvenih delavcih. Poleg tega se pri dostopu do zdravstvene obravnave in med samo zdravstveno obravnavo pojavljajo diskriminacija, finančne ovire, strukturne težave v zdravstvenem sistemu ter širše družbene in socio

ekonomske ovire. Kulturna dimenzija se kaže tudi skozi stigmo, ki zmanjšuje pripravljenost transspolnih oseb za iskanje pomoči, kar potrjuje, da kultura negativno vpliva na zdravstvene izide ter kakovost življenja (Safer, et al., 2016).

Kultura je med drugim povezana tudi z dostopom do zdravstvene oskrbe in pripravljenostjo posameznikov na sodelovanje v raziskavah, jezikovne ovire, stopnja izobrazbe in socialni dejavniki pa pogosto pogojujejo kakovost in enakost obravnave (Bobel, et al., 2022). Kot že omenjeno, se manifestacija kulture na področju zdravja in bolezni kaže tudi skozi pravni, organizacijski in družbeni okvir, ki ureja varnost in zdravje, ob tem pa skrbi za duševno in telesno blagostanje posameznikov. Evropska socialna listina in nacionalna zakonodaja zavezujejo države k izdajanju predpisov, izvajanju preventivnih ukrepov ter svetovalnemu delu na področju varnosti in zdravja. Se pa kljub obstoju zakonodajnih določil pojavljajo številni izzivi, ki so povezani z nevarnostmi in boleznimi v fizičnem, organizacijskem ter socialnem okolju (Baričič, et al., 2019).

Pomemben del razprave o kulturi in zdravju predstavlja skupnostni pristop, kjer skupnost sama identificira, zagotavlja in usklajuje dejavnosti za krepitev zdravja svojih pripadnikov ter vodi politike, ki zdravje ohranjajo, krepijo in vračajo ter zmanjšujejo neenakosti. To je mogoče doseči z razvojem sodelovalne kulture, medsebojne podpore in partnerstva, kjer zdravstveni sistem ne nastopa kot edini nosilec, ampak kot enakovreden partner lokalne skupnosti (Pahor & Kavčič, 2019). Primer kulturno pogojenih zdravstvenih neenakosti predstavljajo romske skupnosti v Evropi. Raziskave namreč kažejo, da so Romi ena izmed najbolj socialno izključenih in zdravstveno ogroženih populacij, pri katerih se razlike v zdravju odražajo že v perinatalnem obdobju. Podatki kažejo slabše izide pri romskih novorojenčkih v primerjavi z ostalimi populacijami, vključno z višjo pogostostjo prezgodnjih porodov, nizke porodne teže ter neonatalne umrljivosti. Dejavniki teh razlik niso zgolj biološki, temveč predvsem strukturni in družbeni, kot so revščina, nižja izobrazba mater, omejen dostop do prenatalne oskrbe ter sistemska diskriminacija v zdravstvenih sistemih. Poleg tega so romske skupnosti pogosto izpostavljene socialni izključenosti, slabšim življenjskim razmeram ter zmanjšanemu zaupanju v zdravstvene storitve, kar dodatno vpliva

na celotno zdravstveno vedenje in na koncu tudi izide (Dimogerontaki, et al., 2025). Za slovenski prostor Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) ugotavlja podobno. Poudarja, da so Romi zaradi kombinacije slabšega socialno - ekonomskega položaja, omejenega dostopa do zdravstvenih storitev, nižje zdravstvene pismenosti ter strukturnih ovir v zdravstvenem sistemu pogosteje izključeni iz preventivnih programov in zdravstvene oskrbe, kar se odraža tudi v slabših zdravstvenih izidih (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2022).

Bolezen in zdravje imata vedno tudi kulturno dimenzijo, kar je med drugim dokazala pandemija covid19. Bolezen namreč ni zgolj biološki proces, temveč tudi družbeni in kulturni pojav, ki je povezan z vsakodnevnimi praksami, odnosi med ljudmi ter vrednotami skupnosti. To se je jasno pokazalo ob sprejetju ukrepov med pandemijo covid19, kot so bili karantena, socialna distanca in izolacija. Ti ukrepi niso bili zgolj zdravstveno utemeljeni, temveč so predstavljali tudi manifestacijo kulturnih predstav o tem, kako zaščititi zdravje in zmanjšati širjenje bolezni. Kultura torej pomembno določa, kako razumemo bolezen, kako se nanjo odzovemo in kako je posledično povezana z našim telesom in duševnim zdravjem (Almeida, et al., 2021). Raziskave s področja rehabilitacijskih storitev navajajo, da so najpogostejše ovire za kulturno kompetentno obravnavo jezikovne prepreke, omejeni viri in kulturne razlike (Grandpierre, et al., 2018). Na področju duševnega zdravja se kulturna dimenzija kaže še posebej izrazito, saj so duševne bolezni v številnih okoljih razlagane skozi nadnaravne sile, uroke ali duhovne težave, kar pa je povezano z odločanjem posameznikov, če bodo pomoč poiskali pri strokovnjakih ali tradicionalnih zdravilcih. Je pa duševna bolezen v številnih okoljih tudi še vedno močno stigmatizirana, kar vodi do skrivanja simptomov, socialne izolacije ter pozne obravnave (Choudhry, et al., 2016).

Pri ocenjevanju zdravstvenih prepričanj in praks različnih etničnih skupin se pojavljajo metodološki izzivi, za zanesljivo uporabo instrumentov v različnih kulturnih okoljih pa je nujna njihova ustrezna prilagoditev in validacija (Lei, et al., 2022). Ocenjevanje kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev je še vedno metodološko pomanjkljivo, čeprav obstajajo opazovalni instrumenti za presojo kulturne kompetence, vendar se ti večinoma

osredotočajo na odnos, precej manj pa na znanje in spretnosti. Poleg tega njihova zanesljivost in veljavnost pogosto nista zadostni (Jager, et al., 2021).

Glavna tema, ki jo bo diplomsko delo obravnavalo, je manifestacija kulture na področju zdravja in bolezni: povezanost kulturnih dejavnikov z zdravstvenim vedenjem, dostopom do zdravstvene oskrbe, zdravstveno obravnavo in kakovostjo življenja posameznikov ter skupnosti, pri čemer so pomembni tako osebni, družbeni kot institucionalni vidiki. Kulturna pripadnost močno zaznamuje, kako posameznik razume zdravje in bolezen, kako se odzove na zdravstvene nasvete, ter kako in kje išče pomoč. V svetu, kjer se kulturne meje brišejo in ljudje selijo čedalje pogosteje, razumevanje teh vplivov postaja nujno tako globalno kot tudi v Sloveniji.

Mednarodne raziskave pokažejo, da kulturne razlike, jezik, stigma, diskriminacija in socialno ekonomske vrzeli določajo dostopnost do zdravstva, kakovost oskrbe in s tem tudi zdravstvene izide. Med drugimi tudi slovenski zdravstveni sistem vsakodnevno srečuje raznovrstne paciente, kar pred zdravstvene delavce postavlja vprašanja kulturne kompetentnosti in varnosti. Ob tem je pomembno, da oskrba ostane poštena in odprta, ne glede na to, iz katerega kulturnega okolja kdo prihaja. Posebej zahtevno je delo z ranljivimi skupinami, katerih potrebe pogosto ostajajo prezrte.

Glede na ugotovitve, navedene zgoraj, želimo z izvedbo raziskave prispevati k boljšemu razumevanju zdravstvenega vedenja in omogočiti vpogled v pravičnejše in kulturno občutljivejše pristope za izboljšanje dostopa do zdravstvene oskrbe ter kakovosti življenja posameznikov in skupnosti. Takšna raziskava je pomembna, ker opozarja, kako nujno je graditi kulturno kompetentnost, občutljivost in pristop, ki je usmerjen v vsakega posameznika. Le na ta način lahko zmanjšamo zdravstvene neenakosti in res dvignemo kakovost zdravstvene oskrbe v sodobni družbi.

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo temelji na pregledu znanstvene in strokovne literature, na podlagi katere bomo izvedli zbiranje, analizo in sintezo izbranih raziskav na področju kulture in njenega določanja pojmovanja zdravja in bolezni.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pregledom znanstvene in strokovne literature proučiti manifestacijo kulture na področju zdravja in bolezni; še posebej proučiti, kako kulturni dejavniki učinkujejo na zdravstveno vedenje, dostop do zdravstvene oskrbe, zdravstvene obravnave in kakovost življenja posameznikov.

Cilja diplomskega dela sta:

- opredeliti ključne kulturne dejavnike, ki so pomembni za razumevanje, doživljanje in obravnavo zdravja ter bolezni,
- prikazati, kako kulturne razlike sooblikujejo zdravstveno obravnavo.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi namena in postavljenih ciljev smo oblikovali dve raziskovalni vprašanji:

- Kateri so ključni kulturni dejavniki, ki so pomembni za razumevanje, doživljanje in obravnavo zdravja ter bolezni?
- Katere so razlike v pojmovanju zdravja in bolezni med različnimi kulturami ter na kakšen način sooblikujejo zdravstveno obravnavo?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu je bila uporabljena metoda pregleda literature. Pregled literature je ponudil vpogled v obstoječa znanstvena spoznanja o manifestaciji kulture na področju zdravja in bolezni.

2.3.1 Metode pregleda literature

Pregled literature smo izvedli v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL in COBISS. Za pridobivanje ustreznih zadetkov smo uporabili naslednje ključne besede in iskalne nize s pomočjo Boolovih operatorjev (AND, OR): “cultural beliefs” AND (health OR illness OR disease), “cultural competence” AND (healthcare OR nursing), “kulturalna prepričanja” AND (zdravje OR bolezen OR obolenje), “kulturalna kompetentnost” AND (zdravstvena nega OR zdravstvo), “dojemanje bolezni” AND “kultura” AND (duševno zdravje OR kronična bolezen). Spletni brskalnik Google učenjak smo uporabili zgolj dopolnilno, pri čemer smo pregledali zadetke do vključno pete strani.

Vključitveni kriteriji: članki, objavljeni med letoma 2015 in 2025, vsebinska ustreznost za temo diplomskega dela, dostopnost celotnega besedila, članki v slovenskem ali angleškem jeziku. Izključitveni kriteriji: članki, objavljeni pred letom 2015, vsebinska neustreznost za temo diplomskega dela, nedostopnost celotnega besedila, članki, ki niso v slovenskem ali angleškem jeziku.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Faze pregleda literature so v diplomskem delu predstavljene s pomočjo diagrama PRISMA (slika 1) (Page, et al., 2021) ter tabelarnega prikaza (tabela 3). Tabelarni prikaz vsebuje število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav ter število izbranih zadetkov. Diagram PRISMA prikazuje vse faze filtriranja zadetkov, vključno z iskanjem v podatkovnih bazah in drugih virih, vključitvijo in izključitvijo na podlagi kriterijev ter končno selekcijo

zadetkov za analizo. V tabeli 1 pa smo prikazali pregled iskanja literature po različnih bazah, uporabljenih ključnih besedah, številu zadetkov ter številu uporabljenih virov.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	kulturna prepričanja, kulturna	140	4
Google Scholar		14	1
PubMed	kompetentnost,	369	12
COBISS	dojemanje bolezni,	9	5
SKUPAJ	zdravstvene neenakosti, zdravstvena obravnava	532	22

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri obdelavi podatkov, pridobljenih s pregledom literature, smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo po Kuckartz in Rädiker (2023). Namen izbranega pristopa je strukturirana obdelava relevantne literature ter zagotavljanje zanesljivosti in preglednosti dobljenih rezultatov. Postopek obdelave podatkov se je začel z zbiranjem literature in podatkov na podlagi vnaprej določenih kriterijev in ključnih besed, povezanih z obravnavano tematiko. Nadaljeval se bo z analizo in interpretacijo ter končal s sintetiziranjem dobljenih rezultatov. Vsebino smo po korakih korektno razvrščali v procesu odprtega kodiranja po ustreznih kodah in kategorijah. V zadnjem koraku je bila izvedena sinteza rezultatov, ki je omogočila oblikovanje celovitega teoretičnega izhodišča za nadaljnjo empirično obravnavo problema.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za kakovost pregleda literature je bila uporabljena hierarhija dokazov po Polit in Beck (2021). Izbrane raziskave smo razvrstili v osem nivojev in jih prikazali v tabeli 2. Prvi in najvišji nivo predstavljajo sistematični pregledi oziroma metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav. V drugem nivoju so posamezne randomizirane klinične raziskave. V tretjem nivoju so nerandomizirane klinične raziskave. V četrti nivo sodijo sistematični pregledi neeksperimentalnih oziroma opazovalnih raziskav. Neeksperimentalne oziroma

opazovalne raziskave predstavljajo peti nivo. Sistematični pregledi oziroma metasinteze kvalitativnih raziskav predstavljajo šesti nivo. V sedmi nivo smo umestili kvalitativne oziroma opisne raziskave in v najnižji nivo, torej v nivo osem še neraziskovane vire (Polit & Beck, 2021).

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu

Nivo	Hierarhija dokazov	Število vključenih virov
Nivo 1	Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	Dror, et al., 2016; Giandinoto, et al., 2018; Sheals, et al., 2016; Osmancevic, et al., 2025. n = 4
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične raziskave	/
Nivo 3	Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	/
Nivo 4	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	Almeida, et al., 2021; Downe, et al., 2018; Jager, et al., 2021; Lei, et al., 2022; Medina-Martínez, et al., 2021; Renwick, et al., 2022; Shahin, et al., 2019; Gerchow, et al., 2021; Grandpierre, et al., 2018. n = 9
Nivo 5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	Clifford, et al., 2023; Farkas & Zaletel Kragelj, 2022; Logar Čuček, 2020; Knežević Hočevar & Cukut Krilić, 2021. n = 4
Nivo 6	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	Choudhry, et al., 2016; Ferbežar & Gavriloski Tretjak, 2023. n = 2
Nivo 7	Kvalitativne/opisne raziskave	Aboushanab & AlSanad, 2018; Bobel, et al., 2022; Curtis, et al., 2019; Hatzenbuehler, 2016; Huey, et al., 2023; Javed, et al., 2021; Kohrt, et al., 2018; Li, et al., 2024; Lieder, et al., 2021; Lipovec Čebren & Licen, 2021; McQuaid & Landier, 2018; Pahor & Kavčič, 2019; Pasere, et al., 2025; Safer, et al., 2016; Smith, et al., 2022; Tan & Cho, 2019. n = 16

Nivo	Hierarhija dokazov	Število vključenih virov
Nivo 8	Neraziskovalni viri (mnenja ...)	Baričič, et al., 2019. n = 1

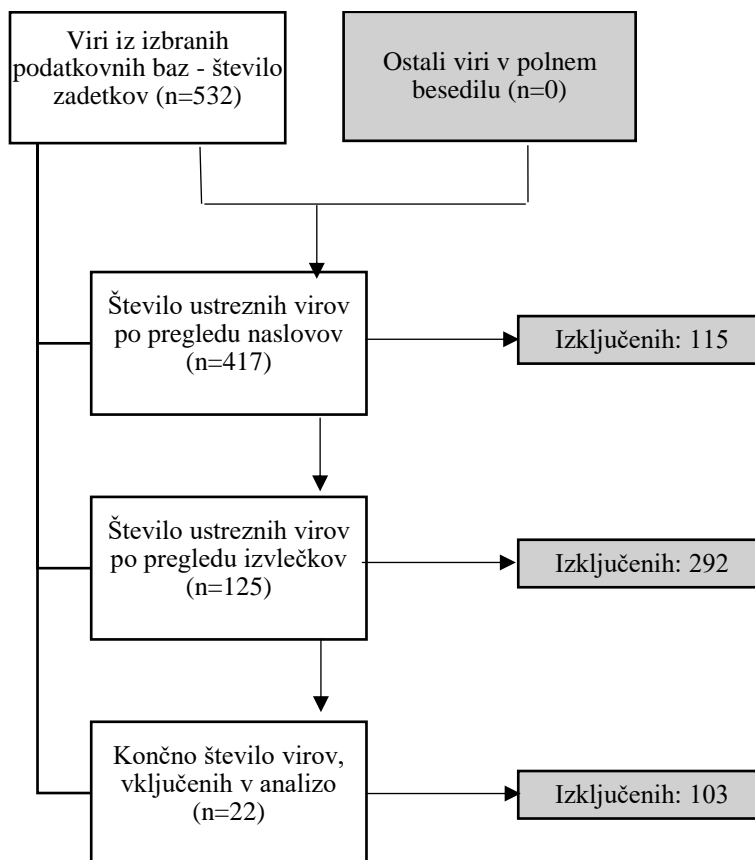
Polit & Beck (2021)

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati pregleda literature v obliki diagrama PRISMA, po kodah in kategorijah ter v tabeli predstavljeni rezultati s ključnimi spoznanji (slika 1).

2.4.1 Diagram PRISMA

Skupno je bilo identificiranih 532 zadetkov, med katerimi jih je po pregledu naslovov ostalo 417. Ko smo vključili še izključitvene kriterije, je na koncu ostalo 22 zadetkov, ki smo jih uporabili za pomoč pisanja diplomskega dela.



Slika 1: Diagram PRISMA poteka izbire literature

2.4.2 Tabelarni prikaz rezultatov s ključnimi spoznanji

V tabelo 3 smo vnesli glavne značilnosti posameznih enot literature, kjer smo navedli ključna spoznanja raziskovalcev, na katerih temelji naš pregled literature.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec	Ključna spoznanja
Aboushanab & Al Sanad	2018	Pregled literature, kvalitativna raziskava	49 enot literature, mednarodne raziskave	Zdravje se v nekaterih kulturah razume celostno; terapija cupping se uporablja za zdravje in preventivo; kulturne tradicije so povezane z zdravljenjem in dojemanjem bolezni.
Clifford, et al.	2023	Kvalitativna raziskava	74 enot literature, mednarodne raziskave	Kulturna prepričanja so povezana s stigmo bolezni, kar lahko vodi v skrivanje diagnoze, socialno

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec	Ključna spoznanja
				izolacijo in omejen dostop do zdravljenja. Stigma je posebej pomembna pri mladih, saj je povezana z identiteto in odločanjem o razkritju bolezni. Duševne motnje se v različnih kulturah razlagajo različno, kar je povezano z izbiro ustreznega načina zdravljenja.
Downe, et al..	2018	Pregled literature, kvalitativna raziskava	64 enot literature, mednarodne raziskave	Kakovostna, dostopna in kulturno ustrezna zdravstvena obravnava v nosečnosti, porodu in poporodnem obdobju izboljšuje izide za mater in otroka; kulturna varnost zahteva kritično refleksijo lastnih stališč in odnosa moči v zdravstveni obravnavi.
Dror, et al.	2016	Sistematični pregled in meta-analiza, kvalitativna raziskava	76 enot literature, raziskave iz več držav z nizkim in srednjim dohodkom	Kulturna prepričanja lahko vplivajo na vključevanje v zdravstvene sheme ter na zdravstveno vedenje posameznika; dostopnost zdravstvenih storitev je povezana s finančnimi, socialnimi in organizacijskimi dejavniki.
Ferbežar & Gavriloski Tretjak	2023	Pregled literature, kvalitativna raziskava	57 enot literature, mednarodne raziskave	Subjektivna ocena zdravja je pomemben pokazatelj doživljanja zdravstvenega stanja, povezana z obolevnostjo, funkcionalnimi omejitvami in socialno ekonomskimi okoliščinami.
Gerchow, et al.	2021	Metasinteza raziskav, kvalitativna raziskava	48 raziskav, zdravstveno osebje v Združenih državah Amerike	Kulturne in jezikovne razlike se povezujejo z dostopom, zadovoljstvom in varnostjo zdravstvene obravnave; uporaba tolmačev, kulturna občutljivost osebja in organizacijska podpora izboljšujejo kakovost obravnave in premagujejo komunikacijske ovire.
Hatzenbuehler	2016	Pregled literature, kvalitativna raziskava	42 enot literature, ni podatka	Strukturna stigma predstavlja družbeni pojav, ki omejuje možnosti stigmatiziranih skupin in vključuje institucionalne prakse diskriminacije; proučuje se predvsem z analizo politik in družbenih odnosov.
Huey, et al.	2023	Pregled literature, kvalitativna raziskava	Ni podatka	Kulturna kompetentnost v zdravstveni obravnavi vključuje različne teoretične modele; pomemben je tudi pristop ADDRESSING.
Javed, et al.	2021	Pregled literature,	Ni podatka, globalno	Tradicionalni in verski zdravniki so v nekaterih okoljih pomemben prvi

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec	Ključna spoznanja
		kvalitativna raziskava		vir pomoči pri duševnih težavah zaradi dostopnosti in kulturnega zaupanja; duševne motnje predstavljajo veliko globalno javnozdravstveno breme.
Knežević Hočevar & Cukut Krilić	2021	Kvalitativna raziskava	Ni podatka, Avstralija	Kulturno prilagojeni pristopi so pomembni pri programih za duševno zdravje; primeri iz Avstralije kažejo, da vključitev kulturnih vsebin, lokalnega konteksta in zgodovinskih izkušenj poveča sodelovanje in uspešnost programov.
Kohrt, et al.	2018	Pregled literature, kvalitativna raziskava	86 enot literature, mednarodne raziskave	Kulturni dejavniki so povezani z izražanjem in doživljanjem bolečine; pri ocenjevanju bolečine je pomembna kulturno prilagojena obravnava.
Lieder, et al.	2021	Pregled literature, kvalitativna raziskava	Ni podatka, mednarodne raziskave	Koncept "well-doing" poudarja kulturno oblikovane vrednote in prepričanja, ki usmerjajo vedenje k dolgoročnemu izboljševanju blagostanja skupnosti.
Logar Čuček	2020	Opisna kvalitativna metoda – delno strukturiran intervju, kvalitativna raziskava	44 polnoletnih Rominj, Slovenija	Reprodukativno zdravje Rominj je povezano s kulturnimi, socialno ekonomskimi in komunikacijskimi dejavniki; družina ima pomembno vlogo pri prenosu znanja.
McQuaid & Landier	2018	Pregled literature, kvalitativna raziskava	76 enot literature, ni podatka	Kulturni dejavniki so povezani z odnosom do zdravljenja, uporabo alternativne medicine, komunikacijo in sodelovanjem pri terapiji; implicitni predsodki zdravstvenih delavcev lahko zmanjšajo kakovost obravnave.
Medina-Martínez, et al.	2021	Pregled literature, kvalitativna raziskava	50 enot literature, mednarodne raziskave	Kulturna raznolikost vključuje spolno usmerjenost in identiteto; pripadniki LGBT skupnosti imajo specifične zdravstvene potrebe, pogosto slabše duševno zdravje zaradi stigme in diskriminacije.
Oblak & Skela-Savič	2018	Pregled literature, kvalitativna raziskava	22 enot literature, zdravstveni delavci/Slovenija	Nasilje v zdravstvenem delovnem okolju je organizacijski in kulturni problem, povezan z delovnimi pogoji, stresom in odnosi v timu; pomembne so organizacijske spremembe, izobraževanje in profesionalna komunikacija.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec	Ključna spoznanja
Osmancevic, et al.	2025	Meta-analiza raziskav, kvalitativna raziskava	17 raziskav, zdravstveni delavci	Kulturna kompetentnost je pomembna strategija za zmanjševanje zdravstvenih neenakosti in izboljšanje kakovosti obravnave pacientov iz različnih kulturnih okolij; izobraževanje zdravstvenega osebja lahko nekoliko izboljša kulturno kompetentnost.
Pasere, et al.	2025	Meta-analiza raziskav, kvalitativna raziskava	8 raziskav, zdravstveni delavci in pacienti, Evropa	Psihološki, kulturni, duhovni in družbeni dejavniki oblikujejo posameznikovo doživljanje zdravja, bolezni in okrevanja; za kakovostno obravnavo pacientov s hudimi duševnimi motnjami je ključna kulturno občutljiva zdravstvena nega, izobraževanje, mentorstvo ter spoštovanje dostojanstva in različnih potreb.
Renwick, et al.	2022	Pregled literature, kvalitativna raziskava	48 enot literature, Indija	V indijskem sociokulturnem okolju so spolne vloge, družinske obveznosti in stroga pričakovanja povezana s psihološko dobrobitjo mladih.
Sheals, et al.	2016	Pregled literature, kvalitativna raziskava	74 enot literature, mednarodne raziskave	Stališča zdravstvenih delavcev so lahko povezana s kakovostjo obravnave.
Smith, et al.	2022	Pregled literature, kvalitativna raziskava	46 enot literature, ni podatka	Kulturna kompetentnost je skupek vedenj, stališč in politik za učinkovito medkulturno delovanje, zmanjševanje neenakosti in izboljšanje timskega dela; kulturna varnost zagotavlja, da se pacienti počutijo spoštovane in zaščitene; kulturna ponižnost spodbuja refleksijo in zavedanje moči; kulturna spretnost in ozaveščenost skupaj omogočajo prilagodljivo in pacientu usmerjeno obravnavo.
Tan & Cho	2019	Pregled literature, kvalitativna raziskava	44 enot literature, mednarodne raziskave	Kulturna identiteta in stopnja akulturacije posameznika sta povezani s komunikacijo, prilagajanjem intervencij in sodelovanjem pri zdravljenju.

2.4.3 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 4 so prikazane oblikovane vsebinske kode in kategorije ter navedbe avtorjev raziskav, ki smo jih vključili v pregled literature.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kulturne opredelitve pojmovanja zdravja in bolezni	Socialni dejavniki zdravja, subjektivna ocena zdravja, kulturna prepričanja, duhovnost, religioznost, tradicionalna medicina, zdravstvene neenakosti, etnične manjšine, migracije. n = 9	Dror, et al., 2016; Aboushanab & AlSanad, 2018; Downe, et al., 2018; Tan & Cho, 2019; Logar Čuček, 2020; Javed, et al., 2021; Ferbežar & Gavriloski Tretjak, 2023.
Razlikovanja med različnimi kulturami v kontekstu zdravja in bolezni	Interpretacija duševnih motenj, tradicionalni zdravilci, somatizacija, kulturno prilagojeni programi, zdravstvena pismenost, izobraževanje, spolne razlike, etnične skupine, LGBT populacija. n = 9	Dror, et al., 2016; Sheals, et al., 2016; Kohrt, et al., 2018; Logar Čuček, 2020; Javed, et al., 2021; Knežević Hočevar & Cukut Krilić, 2021; Medina-Martínez, et al., 2021; Renwick, et al., 2022; Osmancevic, et al., 2025; Pasere, et al., 2025.
Determinante pojmovanja zdravja in bolezni	Kulturna kompetentnost, kulturna varnost, kulturna ponižnost, ADDRESSING model, komunikacija pacient–zdravstveni delavec, jezikovne ovire, stigma bolezni, strukturna stigma, diskriminacija. n = 9	Hatzenbuehler, 2016; McQuaid & Landier, 2018; Oblak & Skela-Savič, 2018; Gerchow, et al., 2021; Medina-Martínez, et al., 2021; Smith, et al., 2022; Clifford, et al., 2023; Huey, et al., 2023; Osmancevic, et al., 2025.

2.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo dobili odgovor na naše prvo raziskovalno vprašanje — Kateri so ključni kulturni dejavniki, ki so pomembni za razumevanje, doživljanje in obravnavo zdravja ter bolezni? Zdravje je kompleksno stanje, ki vključuje fizične, psihične in socialne dimenzije ter ni omejeno zgolj na odsotnost bolezni. Na zdravje pomembno vplivajo družbeni dejavniki, kot so družbena neenakost, socialna hierarhija ter razporeditev virov v družbi.

Zdravje je treba razumeti kot družbeni pojav, ki nastaja tudi skozi povezovanje zdravstvenega sistema in skupnosti ter sodelovanje med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev (Pahor & Kavčič, 2019). Poleg tega na razumevanje zdravja vplivajo tudi psihološki, kulturni, duhovni in družbeni dejavniki, ki oblikujejo posameznikovo izkušnjo zdravja, bolezni ter celoten proces okrevanja (Pasere, et al., 2025).

Skupnosti se lahko med seboj razlikujejo glede kulture, vrednot ter vedenj, povezanih z zdravjem in zdravljenjem. Te razlike lahko vplivajo na način, kako posamezniki razumejo zdravje, bolezen in celotno zdravstveno oskrbo. Na zdravje posameznika tako ne vplivajo le biološki dejavniki, temveč tudi družbeni in kulturni kontekst, v katerem ljudje živimo, saj ta oblikuje njihove navade, zdravstvena prepričanja ter odnos do zdravstvenega sistema (Pahor & Kavčič, 2019).

Kultura pomembno vpliva na pojmovanje zdravja in bolezni ter na zdravstveno obravnavo tudi iz vidika, kako kulturne razlike med pacienti in zdravstvenimi delavci vplivajo na komunikacijo, kakovost zdravstvene oskrbe ter končne izide zdravljenja. Izraz kulturna raznolikost zajema razlike v etnični pripadnosti, jeziku, veri, starosti, spolni usmerjenosti in drugih osebnih značilnostih. Večja kulturna raznolikost lahko spodbuja razvoj inovativnih rešitev ter izboljšuje rezultate zdravljenja, zato je v zdravstveni obravnavi pomembno razvijati kulturno občutljivost in kulturno kompetentnost (Bobel, et al., 2022).

Kulturna raznolikost zajema tudi spolno usmerjenost in spolno identiteto, pri čemer imajo pripadniki skupnosti, kot so na primer skupnost lezbijk, gejev, biseksualnih in transspolnih oseb (LGBT), lahko specifične zdravstvene potrebe. Raziskave kažejo, da je pri tej populaciji lahko prisotno slabše duševno zdravje, vključno z večjo pojavnostjo depresije, anksioznosti ter samopoškodovalnega vedenja, kar je pogosto povezano z doživljanjem stigme in diskriminacije v družbi in zdravstvenem sistemu (Medina-Martínez, et al., 2021). Zaradi tega je za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe ključen pristop, ki je osredotočen na pacienta. Tak pristop vključuje kulturno kompetentno komunikacijo, zavedanje lastnih

predsodkov pri zdravstvenem osebju ter aktivno preverjanje medsebojnega razumevanja med pacientom in zdravstvenim delavcem (Jager, et al., 2021).

Kulturne razlike pomembno oblikujejo posameznikov odnos do zdravja in bolezni, vključno z načinom iskanja pomoči, sprejemanjem diagnoze ter upoštevanjem terapevtskih priporočil. Razumevanje kulturnega ozadja pacientov je zato pomembno za zmanjševanje zdravstvenih neenakosti, izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev in razvoj bolj vključujočih ter učinkovitejših zdravstvenih sistemov (Dror, et al., 2016). Shahin, et al. (2019) ugotavljajo, da na upoštevanje terapevtskih priporočil pri kroničnih boleznih pomembno vplivajo tudi osebna in kulturna prepričanja pacientov o bolezni in zdravljenju, vključno z religioznostjo, duhovnostjo ter procesi akulturacije.

Kulturni dejavniki vplivajo tudi na odnos pacientov do zdravljenja, saj lahko zgodovinske izkušnje, družinske vrednote in kulturna prepričanja oblikujejo zaupanje v zdravstveni sistem ter pripravljenost posameznika za sodelovanje pri terapiji. V nekaterih kulturnih okoljih je prisotna tudi uporaba komplementarne in alternativne medicine, kot so zeliščni pripravki, masaža ali duhovne prakse, ki lahko predstavljajo dopolnilni ali alternativni pristop k zdravljenju, zato je pomembno, da zdravstveni delavci o teh praksah paciente tudi povprašajo (McQuaid & Landier, 2018).

Komunikacija med pacientom in zdravstvenim osebjem je eno ključnih področij vpliva kulture. Jezikovne in kulturne razlike lahko zmanjšujejo dostop do zdravstvene oskrbe, vplivajo na varnost in zadovoljstvo pacientov ter predstavljajo pomemben dejavnik tveganja. Pri premagovanju teh ovir so ključni uporaba tolmačev, kulturna občutljivost zdravstvenega osebja in ustrezna organizacijska podpora (Gerchow, et al., 2021). Kulturni vpliv zajema tudi zdravstvena prepričanja, vrednote ter vedenje pacientov glede bolezni in zdravljenja (Grandpierre, et al., 2018). To vpliva na uporabo zdravstvenih storitev v različnih skupinah, vključno z nosečnostjo, kroničnimi boleznimi in duševnim zdravjem (Downe, et al. 2018; Giandinoto, et al., 2018). Sodobni pristopi poudarjajo tudi krepitev kulturnih močnih točk skupnosti (Tan & Cho, 2019).

Pomembno je upoštevati kulturno identiteto in stopnjo akulturacije posameznika, saj kultura ni statična, temveč dinamična in fluidna. Poznavanje kulturne identitete pacientov lahko vpliva na izbiro jezikovnih izrazov, oblikovanje sporočil ter percepcijske vidike komunikacije, hkrati pa omogoča prilagajanje intervencij na skupinski in na individualni ravni. Proces akulturacije lahko vpliva na zdravstveno vedenje, sprejemanje terapije in sodelovanje pri zdravljenju, zato je njegovo prepoznavanje ključno za zagotavljanje učinkovite in kulturno občutljive zdravstvene obravnave (Tan & Cho, 2019).

Kulturna občutljivost pomeni sposobnost prepoznavanja in ustreznega odzivanja na vrednote, norme in vedenje ljudi iz različnih kulturnih okolij. Kulturna kompetentnost zahteva ustrezno znanje, veščine in profesionalen odnos pri delu z ljudmi iz različnih kultur. Cilj zdravstvene obravnave je zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe (Bobel, et al., 2022).

Kulturno kompetentnost so Smith, et al. (2022) opredelili kot skupek vedenj, stališč in politik, ki omogočajo učinkovito medkulturno delovanje ter spodbujajo odgovornost posameznikov in zdravstvenih sistemov pri zmanjševanju neenakosti in izboljševanju timskega dela v zdravstvu. Curtis, et al. (2019) poudarjajo, da temelji na sposobnosti delovanja v medkulturnih situacijah in prispeva k zmanjševanju zdravstvenih neenakosti.

Koncept kulturne kompetentnosti v zdravstveni obravnavi ni enoznačno opredeljen, saj obstaja več teoretičnih modelov razumevanja. Med najpogosteje omenjenimi so model veščin, model prilagoditve zdravljenja in procesni modeli terapevtskega odnosa. Model veščin poudarja razvoj kulturnega znanja zdravstvenih delavcev, model prilagoditve vključuje prilagajanje intervencij kulturnim prepričanjem pacientov, procesni modeli pa se osredotočajo na odnos med zdravstvenimi delavci in pacientom ter na kulturne pomene bolezni in vedenja. Eden izmed razširjenih pristopov je okvir ADDRESSING, ki ga je razvila Pamela Hays in vključuje različne vidike kulturne identitete, kot so starost, religija, etnična pripadnost, socialno ekonomski status in spolna usmerjenost. Namen pristopa je boljše

razumevanje pacientovih pogledov na zdravje ter upoštevanje kulturnih razlik pri zdravljenju (Huey, et al., 2023).

Kulturna kompetentnost vključuje kulturno ozaveščenost zdravstvenih delavcev, prilagajanje storitev ter učinkovito komunikacijo med pacientom in osebjem. Razumevanje kulturnega ozadja pacientov, njihovih prepričanj o bolezni ter odnosa do zdravljenja omogoča razvoj partnerskega odnosa in zmanjšuje možnost nesporazumov (Grandpierre, et al., 2018). Smith, et al. (2022) opozarjajo še na pomembnost kulturne ponižnosti kot pristopa, ki spodbuja vseživljenjsko refleksijo lastnih prepričanj, zavedanje razmerij moči v zdravstveni obravnavi ter razvoj odprtega in spoštljivega partnerskega odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti. Avtorji pa poudarjajo tudi koncepta kulturne spretnosti in kulturne ozaveščenosti, ki skupaj s kulturno kompetentnostjo, kulturno varnostjo in kulturno ponižnostjo prispevata k bolj prilagodljivi, refleksivni in pacientu usmerjeni zdravstveni obravnavi v medkulturnem okolju.

Poleg kulturne kompetentnosti se v sodobni zdravstveni obravnavi vse bolj uveljavlja tudi koncept kulturne varnosti, ki je tesno povezan z vprašanjem moči v odnosu med zdravstvenim delavcem in pacientom. Kulturna varnost zahteva zavedanje o družbenih in institucionalnih neenakostih ter refleksijo odnosov moči, saj lahko neravnovesje moči negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Cilj tega pristopa je spoštljiva, pravična in partnersko usmerjena obravnava, pri kateri so upoštrevane pravice pacientov ter njihove kulturne in socialne značilnosti (Curtis, et al., 2019). Kulturno varnost so Smith, et al. (2022) opredelili kot pristop, ki zagotavlja, da se pacienti v zdravstveni obravnavi počutijo spoštovane, varne in zaščitene pred diskriminacijo ter da se pri tem upoštevajo njihova kulturna identiteta, vrednote in potrebe.

Kulturna kompetentnost in kulturna varnost sta pomembni tudi z vidika zmanjševanja zdravstvenih neenakosti. Kulturna varnost namreč ne pomeni zgolj poznavanja kulturnih značilnosti, temveč zahteva kritično refleksijo lastnih stališč in vpliva moči v odnosu med zdravstvenim delavcem in pacientom (Downe, et al. 2018). Pomen kulturne kompetentnosti

v zdravstveni obravnavi je bil prepoznan že v osemdesetih letih prejšnjega stoletja, danes pa predstavlja pomembno strategijo za zmanjševanje zdravstvenih neenakosti in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov iz različnih kulturnih okolij (Osmancevic, et al., 2025).

Kulturna prepričanja lahko vplivajo na stigmo, povezano z določenimi boleznimi. Pri nekaterih boleznih, na primer pri epilepsiji, se posamezniki pogosto soočajo z družbeno stigmo, zaradi katere lahko svojo diagnozo skrivajo oziroma je ne želijo razkriti drugim. Stigma lahko vodi v socialno izolacijo, poslabšano kakovost življenja in otežen dostop do zdravljenja (Clifford, et al., 2023).

Stigma deluje tudi na strukturni ravni. Link in Phelan sta razvila koncept strukturne stigme, ki poudarja, da stigma povzroča socialno prikrajšanost tudi zunaj medosebnih odnosov. Strukturna stigma deluje na širši družbeni ravni in lahko omejuje možnosti ter dostop do virov stigmatiziranih skupin. Kasneje je Corrigan s sodelavci opredelil strukturno stigmo kot pojav, ki vključuje institucionalne politike in družbene prakse, ki lahko krepijo diskriminacijo določenih skupin. Strukturno stigmo se običajno proučuje z analizo politik in odnosov prebivalstva do stigmatiziranih skupin (Hatzenbuehler, 2016).

Stigma je še posebej pomembna v obdobju mladostništva, ko imajo socialni odnosi in občutek sprejetosti med vrstniki ključno vlogo pri oblikovanju identitete. Mladi se lahko znajdejo pred odločitvijo, ali svojo diagnozo razkriti ali jo prikriti, saj se bojijo morebitnega negativnega odziva okolice. Ta odločitev je pogosto odvisna od družinskih prepričanj, družbenih norm in tudi splošnega odnosa okolja do bolezni (Clifford, et al., 2023).

Socialni dejavniki, kot je socialna izolacija, pomembno vplivajo na zdravje posameznika. Almeida s sodelavci (2021) navaja, da so otroci z visoko stopnjo socialne izolacije bolj izpostavljeni tveganju za razvoj depresije in nekaterih kroničnih bolezni v odrasli dobi. Socialna izolacija je lahko celo pomembnejši dejavnik tveganja za razvoj določenih bolezni kot nekateri vedenjski dejavniki, kot so prehrana, telesna dejavnost ali kajenje.

Subjektivna ocena zdravja odraža posameznikovo doživljanje lastnega zdravstvenega stanja in se običajno meri z enim vprašanjem na ocenjevalni lestvici. Predstavlja pomemben kazalnik psihosocialnega zaznavanja zdravja ter je povezana z obolevnostjo, funkcionalnim upadom in umrljivostjo. Na subjektivno oceno zdravja vplivajo socialno ekonomske okoliščine, saj nižja izobrazba, brezposelnost in materialna prikrajšanost povečujejo verjetnost slabšega doživljanja zdravja. Subjektivno zaznavanje socialnega položaja lahko v nekaterih primerih vpliva na zdravje celo močneje kot objektivni socialno - ekonomski kazalniki (Farkas & Zaletel Kragelj, 2022). Podobno poudarjata tudi Ferbežar in Gavriloski Tretjak (2023), da subjektivna ocena zdravja predstavlja pomemben vidik doživljanja zdravja, saj odraža posameznikovo osebno zaznavo zdravstvenega stanja. Povezana je z obolevnostjo, funkcionalnimi omejitvami ter umrljivostjo, pri čemer socialno ekonomske okoliščine pomembno vplivajo na subjektivno doživljanje zdravja.

Celostno gledano ima kultura pomembno vlogo pri oblikovanju razumevanja zdravja in bolezni, saj vpliva na zdravstveno vedenje posameznika, izbiro terapije ter odnos do bolezni. Učinkovita zdravstvena obravnava zato zahteva razumevanje kulturnih, socialnih in psiholoških dejavnikov, ki oblikujejo zdravstvena prepričanja in vedenje ljudi. Pri tem sta ključna razvoj kulturne kompetentnosti in kulturne varnosti v zdravstvenem sistemu, saj prispevata k zmanjševanju zdravstvenih neenakosti ter k zagotavljanju bolj pravične in kakovostne zdravstvene oskrbe (Curtis, et al., 2019). Negativni odnosi, implicitni predsodki in vzorci komunikacije zdravstvenih delavcev lahko vplivajo na kakovost zdravstvene obravnave ter prispevajo k neenakostim v zdravju. Nezavedne pristranskosti zdravstvenega osebja lahko vplivajo na način podajanja informacij, odnos do pacientov in terapevtska priporočila, še posebej v situacijah, kjer je komunikacija časovno omejena ali kulturno manj poznana. Doživljanje diskriminacije v zdravstvenem okolju lahko zmanjša zaupanje pacientov ter njihovo pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju, zato je pomembno spodbujati pacientu usmerjeno komunikacijo in ozaveščanje zdravstvenih delavcev o vplivu implicitnih predsodkov (McQuaid & Landier, 2018).

Naša raziskava je podala kompleksen odgovor tudi na postavljeno drugo raziskovalno vprašanja — Katere so razlike v pojmovanju zdravja in bolezni med različnimi kulturami ter na kakšen način sooblikujejo zdravstveno obravnavo?

Razlike v pojmovanju zdravja in bolezni med različnimi kulturnimi skupinami izhajajo iz različnih načinov življenja, vrednot, običajev in družbenih norm. Kultura predstavlja način življenja določene skupnosti ter vključuje ideje, običaje in družbene vzorce vedenja, ki se prenašajo iz generacije v generacijo. Zaradi razlik v etnični pripadnosti, jeziku, geografskem okolju in drugih dejavnikih so se skozi čas razvile različne kulture, ki zdravje in bolezen razumejo na različne načine (Choudhry, et al., 2016).

Raziskave poudarjajo, da imajo prepričanja posameznikov pomembno vlogo pri oblikovanju njihovega vedenja in sposobnosti samoregulacije. Prepričanja o samokontroli se razlikujejo glede na kulturno okolje, v katerem posamezniki bivajo oziroma odraščajo. Primer tega so ugotovitve, ki kažejo razlike med japonskimi in ameriškimi otroki pri odlaganju nagrade. Japonski otroci pogosteje odložijo nagrado, kadar gre za hrano, medtem ko ameriški otroci pogosteje odložijo nagrado, kadar gre za darila. Takšni rezultati dodatno nakazujejo, da kultura pomembno vpliva na oblikovanje prepričanj, vedenjskih vzorcev in načinov odločanja posameznikov (Li, et al., 2024).

Poleg tega se raziskovalci vse bolj osredotočajo na to, kako lahko posamezniki in skupnosti prispevajo k splošnemu dobremu človeštva. Tako imenovan koncept “well - doing” oziroma “delovanje za dobrobit” opisuje razmišljanje in delovanje, katerih posledice povečujejo blagostanje ljudi in živali tako v sedanjosti, kot tudi v prihodnosti. Ta pristop poudarja pomen vrednot in prepričanj, ki so pogosto kulturno oblikovana ter lahko usmerjajo odločitve, ki ne koristijo le posamezniku, temveč tudi širši skupnosti in prihodnjim generacijam. Well - doing se od prosocialnega vedenja razlikuje predvsem po tem, da ni nujno usmerjen le v pomoč posameznikom v sedanjem času, temveč poudarja dolgoročne učinke dejanj na družbeno dobro. Prosocialno vedenje na drugi strani pa temelji predvsem na namenu pomagati drugim (Lieder, et al., 2021).

Razlike med kulturami se kažejo tudi v razumevanju duševnega zdravja in načinov zdravljenja. V nekaterih kulturah ljudje raje uporabljajo strokovno psihološko ali psihiatrično pomoč, kot so psihoterapija, zdravila ali hospitalizacija. V drugih kulturah pa obstaja odpor do strokovne pomoči zaradi stigme in družbenih prepričanj o duševnih boleznih, zato posamezniki pogosto iščejo pomoč šele, ko so težave že zelo izrazite (Choudhry, et al., 2016). Kulturni vpliv se kaže tudi v razumevanju duševnega zdravja, saj lahko različne kulturne skupine duševne motnje interpretirajo različno. V nekaterih okoljih se duševne bolezni povezujejo s psihosocialnimi dejavniki, kot so stres, družinski konflikti ali socialna obremenitev, v določenih kulturah pa duševne motnje pripisujejo tudi nadnaravnim ali spiritualnim vzrokom, kot so božja volja, prekletstva ali vpliv zlih sil. Takšna prepričanja lahko vplivajo na izbiro zdravljenja in iskanje pomoči, saj se posamezniki včasih najprej obrnejo na tradicionalne ali verske zdravilce (Clifford, et al., 2023). Tradicionalni in verski zdravilci imajo v nekaterih kulturnih okoljih pomembno vlogo v sistemu pomoči, saj so zaradi dostopnosti, finančne sprejemljivosti in kulturnega zaupanja pogosto prvi vir obravnave duševnih težav (Javed, et al., 2021).

Raziskave so pokazale, da pri nekaterih pacientih iz Azije, ki terapije ne upoštevajo dosledno, pogosteje verjamejo, da so tradicionalna zeliščna zdravila varnejša od zahodnih zdravil, kot so inhalatorji za zdravljenje astme. Podobno so pri kitajskih migrantih prepričanja o večjih koristih tradicionalnih zelišč povezana s slabšim upoštevanjem terapije pri zdravljenju hipertenzije. V Savdski Arabiji so pacienti, ki verjamejo, da »Bog« nadzoruje zdravje in bolezen, pogosteje dosledno sledili predpisani terapiji. Nasprotno pa so v Gani nekateri pacienti opuščali zdravila, saj so pričakovali božansko ozdravitev (Shahin, et al., 2019).

Kulturne in jezikovne ovire lahko vplivajo tudi na dostop do zdravstvenih storitev. Manjšinske kulturne skupine so lahko bolj izpostavljene neenakostim v zdravstveni obravnavi, saj so zdravstvene intervencije pogosto oblikovane glede na vrednote dominantne populacije, zaradi česar niso vedno enako učinkovite za vse skupine (Grandpierre, et al., 2018). Jezikovne ovire in z njimi povezani izzivi pri zdravstveni oskrbi so globalno prisotni,

izkušnje zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov s komunikacijskimi ovirami pa so pogosto podobne ne glede na geografsko območje (Gerchow, et al., 2021).

Dostopnost zdravstvenih storitev je pomemben dejavnik zdravstvenih izidov, zlasti v državah v razvoju, kjer velik del stroškov zdravstvene oskrbe pogosto krijejo posamezniki sami. Prevlada zasebnega financiranja lahko vodi v neenak dostop do storitev, zato mednarodne organizacije poudarjajo pomen univerzalne zdravstvene pokritosti za zmanjšanje finančnih ovir. Ena od možnosti za izboljšanje dostopa so skupnostne oblike zdravstvenega zavarovanja, ki omogočajo delitev finančnega tveganja ter združevanje sredstev prebivalstva, s čimer se zmanjšajo neposredni izdatki za zdravstveno oskrbo in izboljša dostop do storitev. Na vključitev in ohranitev članstva v zavarovalnih shemah vplivajo socialno ekonomski status posameznika, značilnosti gospodinjstva, socialni kapital v skupnosti ter institucionalni dejavniki, kot so upravljanje sistema, trženje in organizacija zdravstvenih storitev. Kljub raziskavam o različnih modelih financiranja zdravstvenih storitev ostajajo dokazi o njihovem dolgoročnem vplivu na uporabo storitev in trajnost članstva omejeni, zato je na tem področju potrebno nadaljnje raziskovanje (Dror, et al., 2016).

Na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah ima pomembno vlogo pri vključevanju v zavarovalne sheme socialno ekonomskega statusa posameznika oziroma gospodinjstva. Višji socialno ekonomski status je običajno povezan z večjo verjetnostjo vključitve v zavarovalne sisteme, saj finančna zmožnost vpliva na odločitev za zdravstveno zavarovanje. Finančna dostopnost je ena izmed ključnih ovir, pri čemer problem ni vedno le nizka raven dohodka, temveč tudi časovna neusklajenost plačevanja premij z razpoložljivimi finančnimi sredstvi, na primer nezmožnost vnaprejšnjega plačila ali pomanjkanje denarja v obdobjih zbiranja premij (Dror, et al., 2016).

Poleg tega ima v mnogih kulturah pomembno vlogo tudi socialna podpora. Pogovor s člani družine, prijatelji ali drugimi bližnjimi osebami se pogosto razume kot pomemben način soočanja z duševnimi težavami. Čustvena podpora, empatija in pomoč bližnjih lahko delujejo

kot zaščitni dejavnik in pomagajo posamezniku pri premagovanju psihičnih stisk (Choudhry, et al., 2016).

Na primer, Rominje, ki živijo v etnično opredeljenih skupnostih v Sloveniji, se soočajo s posebnimi izzivi pri ohranjanju reproduktivnega zdravja. Njihova lastna osveščenost in zdravstvena pismenost sta izredno pomembni za postopno spreminjanje vedenja in sprejemanje pozitivnih zdravstvenih praks, kar pa je pogosto odvisno od kulturnih, socialno ekonomskih in komunikacijskih dejavnikov. Zato so pri načrtovanju programov za spodbujanje zdravja pomembni kulturno prilagojeni pristopi, upoštevanje jezikovnih ovir ter aktivno vključevanje skupnosti v razprave o reproduktivnem zdravju (Logar Čuček, 2020).

Logar Čuček (2020) je na podlagi svoje raziskave zaključila, da ima družina ključno vlogo pri prenosu informacij o reproduktivnem zdravju, pri čemer so tradicionalne vrednote, kulturno okolje in medgeneracijski prenos znanja pomembni dejavniki pri oblikovanju odnosa Rominj do nosečnosti, poroda in zdravstvene oskrbe. Ob tem je poudarila še, da večja zdravstvena osveščenost, izobraževanje in dostop do zdravstvenih storitev prispevajo k večji uporabi formalne zdravstvene obravnave. Raziskava kaže tudi, da so ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev še vedno prisotne, predvsem zaradi sramu, nezaupanja, preteklih negativnih izkušenj in nelagodja.

Podobno se kulturni vpliv kaže tudi pri zdravju transspolnih oseb, ki se soočajo z visoko stopnjo diskriminacije in stigme v zdravstvenih sistemih, kar omejuje njihov dostop do ustrezne zdravstvene oskrbe (Safer, et al., 2016).

Poleg finančnih dejavnikov na odločitve o vključitvi in ohranjanju zavarovanja vplivata tudi izobrazba ter razumevanje delovanja zdravstvenega zavarovanja, saj višja zdravstvena pismenost spodbuja vključevanje v zavarovalne sheme. V okoljih z nižjo zdravstveno pismenostjo lahko pomanjkanje informacij in slabše razumevanje zavarovalnih sistemov prispevata k nižji stopnji vključenosti v zavarovalne programe (Dror, et al., 2016).

V zdravstveni praksi se te razlike lahko kažejo v odnosu med zdravstvenim osebjem in pacientom, v načinu komunikacije ter v pričakovanjih glede zdravljenja. Zdravstveni delavci, ki delujejo v mednarodnem ali kulturno raznolikem okolju, se pogosto srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih okolij, kar lahko predstavlja dodatne izzive pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci razumejo kulturno ozadje skupnosti, ki ji nudijo pomoč, ter zagotavljajo kulturno občutljivo in kompetentno obravnavo. Kulturne razlike lahko vplivajo tudi na sodelovanje med zdravstvenimi delavci, lokalnimi zdravstvenimi sistemi in pacienti, zato je poznavanje kulture pomemben dejavnik za učinkovito, kakovostno in etično izvajanje zdravstvene oskrbe (Choudhry, et al., 2016).

Raziskave kažejo, da lahko stališča zdravstvenih strokovnjakov predstavljajo pomembno oviro pri izvajanju zdravstvene obravnave. Del zdravstvenega osebja ima na primer negativna ali preveč permisivna stališča do kajenja pri pacientih z duševnimi motnjami ter napačna prepričanja o motivaciji pacientov za opuščanje kajenja, kar lahko zmanjša dostopnost in učinkovitost programov opuščanja kajenja na področju duševnega zdravja (Sheals, et al., 2016).

Družbeno kulturni, politični in ekonomski dejavniki vplivajo na to, kako prebivalstvo reagira na bolezni, okužbe in širjenje epidemij, kar pa neposredno vpliva tudi na to, kako posamezniki sprejemajo različne zdravstvene ukrepe. Če vzamemo za primer epidemijo covid19, lahko opazimo, da negotovost in tudi nekakšna kognitivna disonanca pogosto privedeta do različnih razlag znanstvenih informacij. Zato se zdi skoraj nujno, da razumemo, kako so zdravje, znanje, navade in učenje tesno prepleteni, hkrati pa ne smemo pozabiti na pomen skupnosti in izobraževanja, ko govorimo o soočanju z zdravstvenimi izzivi. Morda je prav v tej medsebojni povezanosti ključ do učinkovitejšega obvladovanja težav (Lipovec Čebren & Licen, 2021).

Kulturni dejavniki pomembno vplivajo na izražanje in doživljanje bolečine, saj so načini opisovanja stiske pogosto povezani s kulturnimi vzorci izražanja. V nekaterih kulturah se duševna stiska lahko kaže skozi telesne simptome, kot so glavobol, bolečina v prsnem košu

ali utrujenost, kar lahko vodi do napačne interpretacije psihosocialnih težav kot zgolj telesne bolečine. Zato je pri ocenjevanju bolečine pomembno upoštevati jezikovne in kulturne razlike ter zagotoviti kulturno prilagojene intervencije (Kohrt, et al., 2018).

Globalno duševne motnje predstavljajo pomembno javnozdravstveno breme, saj po ocenah Javed in drugih približno tretjina ljudi v življenju razvije duševno motnjo. Med najpogostejše sodijo depresija, anksiozne motnje, shizofrenija ter druge psihiatrične in nevrološke motnje, ki pomembno prispevajo k izgubljenim letom zdravega življenja. Na pojav in potek duševnih motenj vplivajo socialno ekonomski dejavniki, kot so revščina, brezposelnost, nižja izobrazba, urbanizacija in migracije. Duševne motnje so pogosto povezane tudi s kroničnimi telesnimi boleznimi, pri čemer stigma v zdravstvenih sistemih lahko predstavlja oviro pri pravočasnem zdravljenju in obravnavi (Javed, et al., 2021).

V številnih kulturah imajo pomembno vlogo tudi duhovne oziroma religiozne oblike zdravljenja. Ljudje se lahko obračajo na verske ali duhovne zdravilce, uporabljajo molitev, svete tekste ali druge verske obrede, saj verjamejo, da so duševne težave povezane z nadnaravnimi silami, zlimi duhovi ali božjo voljo. Takšna prepričanja so prisotna v različnih religijah in kulturah ter vplivajo na način razumevanja bolezni in izbiro zdravljenja (Choudhry, et al., 2016).

V nekaterih kulturah zdravje ni razumljeno zgolj z biomedicinskega vidika, temveč tudi skozi prizmo tradicionalnih oblik zdravljenja. Na primer terapija cupping se uporablja za promocijo zdravja, preventivo in zdravljenje različnih bolezni. Razlage njenega delovanja vključujejo teorije o imunomodulaciji ali vplivu na gensko izražanje, kar odraža holističen pogled na zdravje. Kulturne tradicije zato pomembno vplivajo na izbiro metod zdravljenja ter na razumevanje bolezni (Aboushanab & AlSanad, 2018).

V izvedenih indijskih raziskavah so ugotovili, da obstajajo večje razlike med spoloma, saj imajo dekleta v tej kulturi večje družinske odgovornosti, omejitve gibanja in strah pred nasiljem, kar pa posledično močno vpliva na njihovo psihološko dobrobit. Za indijsko kulturo

so značilni tudi strogi starši ter visoka pričakovanja glede šolanja in vedenja, kar povzroča stres in spremenjeno dojetje mentalnega zdravja. Hkrati so v takšnem sociokulturnem okolju družinske strukture in odnosi ključni vir socialne podpore, saj lahko ustrezna komunikacija, čustvena bližina in razumevanje znotraj družine delujejo kot zaščitni dejavniki za psihološko dobrobit (Renwick, et al., 2022).

Izobraževanje na področju zdravja je interdisciplinarno področje, ki povezuje andragogiko, družboslovje, humanistiko in medicino ter temelji na razvoju sposobnosti posameznikov za ohranjanje zdravja in informirano odločanje ob zdravstvenih težavah. Ključen del tega procesa je zdravstvena pismenost, torej sposobnost pridobivanja, razumevanja in uporabe zdravstvenih informacij. Izobraževanje za zdravje je holističen in kontekstualen proces, ki vključuje posameznika in njegovo okolje, zato je pri oblikovanju izobraževalnih programov pomembno upoštevati družbenokulturni kontekst, tradicijo, navade ter značilnosti skupin in posameznikov (Lipovec Čebren & Licen, 2021).

Kulturno prilagojeni pristopi so pomembni tudi pri izvajanju programov duševnega zdravja (Knežević Hočevar & Cukut Krilić, 2021). Pri tem ne gre zgolj za jezikovno prilagajanje vsebin, temveč tudi za upoštevanje konceptualnih, socialnih in kulturnih razlik med populacijami ter zagotavljanje razumevanja zdravstvenih informacij v lokalnem kulturnem kontekstu (Lei, et al., 2022).

Raziskave kažejo, da izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev lahko prispevata k izboljšanju kulturne kompetentnosti, vendar je zanesljivost dokazov zaradi metodoloških omejitev precej nizka. Intervencije, ki vključujejo predavanja, študije primerov, razprave ter tehnološko podprte oblike učenja, lahko rahlo izboljšajo kulturno kompetentnost s strani medicinskih sester, pri čemer ostaja pomanjkanje raziskav o vplivu teh intervencij na izide, povezane s pacienti (Osmancevic, et al., 2025).

Primer so izobraževalni programi za duševno zdravje v Avstraliji, kjer so bili programi prilagojeni kulturnim značilnostim staroselskih skupnosti, zgodovinski izkušnji ter lokalnim

konceptom duševnega zdravja. Vključitev kulturnih vsebin, umetniških izrazov in upoštevanje zgodovinskih travm je povečala zanimanje za program ter udeležbo ciljnih skupin. Takšni primeri kažejo, da morajo kulturno občutljivi programi duševnega zdravja nujno upoštevati lokalni kulturni kontekst, saj lahko obravnava, ki kulturo dojema kot homogeno, spregleda socialno ekonomske in znotraj skupinske razlike (Knežević Hočevnar & Cukut Krilić, 2021).

2.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava ima nekatere omejitve, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. Področje kulturnih vplivov na pojmovanje zdravja je kompleksno in multidimenzionalno, zato je možno, da posamezni vidiki kulturnih dejavnikov niso bili v celoti zajeti. Omejitve predstavlja tudi heterogenost obravnavanih populacij, saj kulturne značilnosti znotraj posameznih skupin niso nujno enotne. Poleg tega so nekateri koncepti, kot so kulturna kompetentnost, kulturna varnost in akulturacija, v literaturi različno teoretično opredeljeni, kar lahko otežuje njihovo neposredno primerljivost med posameznimi raziskavami.

2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na pojmovanje zdravja, bolezni in kakovost zdravstvene obravnave. Poudarja pomen kulturno kompetentnega pristopa, kulturne varnosti ter spoštovanja kulturne identitete pacientov znotraj zdravstvenega sistema. Delo lahko pripomore k večji ozaveščenosti zdravstvenih delavcev o vplivu kulturnih, socialnih in psiholoških dejavnikov na zdravstvene izide ter spodbuja razvoj k pacientu usmerjene in vključujoče obravnave.

Za nadaljnje raziskovalno delo se priporoča izvedba empiričnih raziskav, ki bi preučevale vpliv kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev na izide zdravljenja in zadovoljstvo pacientov. Smiselno bi bilo raziskati tudi učinkovitost različnih kulturno prilagojenih

intervencij ter vlogo akulturacije, kulturne identitete in kulturne varnosti v klinični praksi. Nadaljnje raziskave bi morale vključevati večje in heterogene vzorce populacij.

3 ZAKLJUČEK

Kultura pomembno oblikuje razumevanje zdravja in bolezni, saj zdravje ni zgolj odsotnost bolezni, temveč vključuje fizične, psihične in socialne razsežnosti človekovega delovanja. Na zdravstveno stanje posameznika vplivajo socialni, psihološki, duhovni in kulturni dejavniki, ki sooblikujejo zdravstvena prepričanja, vedenjske vzorce ter subjektivno izkušnjo bolezni in zdravljenja. Kulturna raznolikost med pacienti pomembno vpliva na komunikacijo v zdravstvenem sistemu, dostop do zdravstvenih storitev in kakovost obravnave, zato je v sodobni zdravstveni praksi ključno razvijati kulturno občutljivost, kulturne kompetentnosti, kulturno varnost in kulturno ponižnost zdravstvenih delavcev.

Kulturni dejavniki pomembno oblikujejo posameznikov odnos do zdravja in bolezni, vključno z iskanjem strokovne pomoči, sprejemanjem diagnoze, sodelovanjem v procesu zdravljenja in upoštevanjem terapevtskih priporočil. Osebna prepričanja, religioznost, duhovnost in družbene norme lahko pomembno oblikujejo odnos do zdravja in bolezni ter vplivajo na izbiro med različnimi oblikami zdravljenja, vključno z uporabo tradicionalnih, komplementarnih ali alternativnih medicinskih pristopov. Jezikovne ovire, implicitni predsodki, komunikacijske težave ter socialno ekonomske razlike lahko dodatno zmanjšujejo kakovost zdravstvene obravnave, povečujejo nezaupanje pacientov in prispevajo k vzdrževanju zdravstvenih neenakosti v družbi.

Kultura ima pomembno vlogo tudi pri stigmatizaciji posameznih bolezni, saj lahko družbena prepričanja vplivajo na oblikovanje negativnih stereotipov, diskriminacijo, socialno izolacijo ter prikrivanje diagnoze. Stigma je še posebej izrazita pri duševnih motnjah in nekaterih kroničnih boleznih, kjer lahko strah pred socialno izključenostjo vodi v odlašanje z iskanjem strokovne pomoči ali celo v opuščanje zdravljenja. Strukturna stigma na institucionalni ravni lahko dodatno omejuje dostop do zdravstvenih virov, zmanjšuje enakost obravnave ter vpliva na kakovost zdravstvenih storitev za stigmatizirane skupine.

V sodobni zdravstveni obravnavi ima ključno vlogo k pacientu usmerjen pristop, ki poleg kliničnih vidikov upošteva tudi individualne kulturne, socialne in psihološke potrebe pacienta. Razvoj kulturno kompetentne zdravstvene obravnave lahko prispeva k zmanjševanju zdravstvenih neenakosti, izboljšanju zdravstvenih izidov, večjemu zadovoljstvu pacientov ter krejitvi partnerskega odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti. Celostna in vključujoča zdravstvena obravnava zahteva stalno strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, sistematično refleksijo lastnih predsodkov ter organizacijsko in institucionalno podporo kulturno občutljivim pristopom v zdravstvenem sistemu.

Na podlagi pregleda literature se kaže potreba po nadaljnjih raziskavah na področju vpliva kulturnih dejavnikov na zdravstveno obravnavo. Smiselno bi bilo izvajati empirične raziskave, ki bi preučevale vpliv kulturne kompetentnosti zdravstvenega osebja na zdravstvene izide in zadovoljstvo pacientov.

4 LITERATURA

Aboushanab, T.S. & AlSanad, S., 2018. Cupping therapy: an overview from a modern medicine perspective. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 11(3), pp. 83-87. 10.1016/j.jams.2018.02.001.

Alizadeh, S. & Chavan, M., 2016. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), pp. 117-130. 10.1111/hsc.12293.

Almeida, I.L.L., Rego, J.F., Teixeira, A.C.G. & Moreira, M.R., 2021. Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020385. 10.1590/1984-0462/2022/40/2020385.

Baričič, A., Vodovnik, Z. & Temeljotov Salaj, A., 2019. Pregled zakonodajnega okvira varstva pri delu s stališča varstva duševnega zdravja zaposlenih. *Revija za človekove pravice*, 67/68(2015), pp. 185-206. <https://revije.nova-uni.si/index.php/dignitas/article/view/224>.

Bobel, M.C., Al Hinai, A. & Roslani, A.C., 2022. Cultural sensitivity and ethical considerations. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 35(5), pp. 371-375. 10.1055/s-0042-1746186.

Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U., Pistotnik, S., Škraban, J. & Zaviršek, D., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf [Accessed 21 April 2026].

Choudhry, F.R., Mani, V., Ming, L.C. & Khan, T.M., 2016. Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, pp. 2807-2818. 10.2147/NDT.S111543.

Clifford, L.M., Brothers, S.L. & Lang, A., 2023. Self-disclosure patterns among children and youth with epilepsy: impact of perceived stigma. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 14, pp. 27-43. 10.2147/AHMT.S336124.

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.J. & Reid, P., 2019. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), p. 174. 10.1186/s12939-019-1082-3.

Dimogerontaki, A., Iacovidou, N., Paliatsiou, S., Volaki, P., Xanthos, T., Panagiotopoulos, I., Iliodromiti, Z., Boutsikou, T. & Sokou, R., 2025. Perinatal Health Disparities Between Roma and Non-Roma Populations: A Systematic Review. *Epidemiologia (Basel, Switzerland)*, 6(4), p. 82. 10.3390/epidemiologia6040082.

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O.T., Bonet, M. & Gülmezoglu, A.M., 2018. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLOS One*, 13(4), e0194906. 10.1371/journal.pone.0194906.

Dror, D.M., Hossain, S.A., Majumdar, A., Pérez Koehlmoos, T.L., John, D. & Panda, P.K., 2016. What factors affect voluntary uptake of community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries? a systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 11(8), e0160479. 10.1371/journal.pone.0160479.

Farkas, J. & Zaletel Kragelj, L., 2022. Zaznavanje zdravja in družbeni razredi v Sloveniji: ali obstaja povezava? *Anali PAZU*, 1(1), pp. 67-74. 10.18690/analipazu.1.1.67-74.2011.

Ferbežar, N. & Gavriloski Tretjak, M., 2023. Manjšinski stres LGBT+ mladih v okviru vzgoje in izobraževanja: integrativni pregled literature. *Psihološka obzorja*, 32(1), pp. 94-107. 10.20419/2023.32.577.

Gerchow, L., Burka, L.R., Miner, S. & Squires, A., 2021. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), pp. 534-553. 10.1016/j.pec.2020.09.017.

Giandinoto, J.A., Stephenson, J. & Edward, K.L., 2018. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), pp. 942-955. 10.1111/inm.12433.

Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick, E., Thomas, R. & Potter, B., 2018. Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), p. 23. 10.1186/s12913-017-2811-1.

Hatzenbuehler, M.L., 2016. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American Psychologist*, 71(8), pp. 742-751. 10.1037/amp0000068.

Huey, S. J., Jr, Park, A.L., Galán, C.A. & Wang, C.X., 2023. Culturally responsive cognitive behavioral therapy for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, pp. 51-78. 10.1146/annurev-clinpsy-080921-072750.

Jager, M., den Boeft, A., Versteeg-Pieterse, A., Leij-Halfwerk, S., Pelgrim, T., van der Sande, R. & van den Muijsenbergh, M., 2021. Observing cultural competence of healthcare professionals: a systematic review of observational assessment instruments. *Patient Education and Counseling*, 104(4), pp. 750-759. 10.1016/j.pec.2020.10.010.

Jakovljević, M., 2025. Cultura animi, human rights and mental health: a humanistic synthesis. *Psychiatria Danubina*, 37(1), pp. 9-17.

Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R.D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., Ng, B., Ramy, H., Saha, G., Arifeen, S., Elorza, P.M., Ratnasingham, P. & Azeem, M.W., 2021. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian Journal of Psychiatry*, 58, p. 102601. 10.1016/j.ajp.2021.102601.

Knežević Hočevar, D. & Cukut Krilić, S., 2021. Duševno zdravje in migracije: Uporabnost programa Prva pomoč na področju duševnega zdravja. *Dve domovini*, 2021(54), pp. 205-219. 10.3986/dd.2021.2.15.

Kohrt, B.A., Griffith, J.L. & Patel, V., 2018. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*, 159(1), pp. 85-90. 10.1097/j.pain.0000000000001296.

Kuckartz, U. & Rädiker, S., 2023. *Qualitative Content Analysis: Methods, Practice and Software*. 2nd ed. London: SAGE Publications.

Lei, F., Chen, W.T., Brecht, M.L., Zhang, Z.F. & Lee, E., 2022. Cross-cultural instrument adaptation and validation of health beliefs about cancer screening: a methodological systematic review. *Cancer Nursing*, 45(5), pp. 387-396. 10.1097/NCC.0000000000001007.

Li, J., Gillebaart, M. & van Timmeren, T., 2024. Beliefs about self-control. *Current Opinion in Psychology*, 60, p. 101898. 10.1016/j.copsyc.2024.101898.

Lieder, F., Prentice, M. & Corwin-Renner, E.R., 2021. An interdisciplinary synthesis of research on understanding and promoting well-doing. *Social and Personality Psychology Compass*, 16(9), pp. 1-24. 10.1111/spc3.12704.

Lipovec Čebren, U. & Licen, N., 2021. Izobraževanje odraslih na področju zdravja: pomen družbenokulturnih dimenzij in interdisciplinarnosti. *Andragoška spoznanja*, 27(2). pp. 3-13. 10.4312/as/10406.

Logar Čuček, M., 2020. Odnos Rominj do reproduktivnega zdravja in do stika z ginekološkimi zdravstvenimi službami. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), pp. 304-314. 10.14528/snr.2020.54.4.3043.

McQuaid, E.L. & Landier, W., 2018. Cultural issues in medication adherence: disparities and directions. *Journal of General Internal Medicine*, 33(2), pp. 200-206. 10.1007/s11606-017-4199-3.

Medina-Martínez, J., Saus-Ortega, C., Sánchez-Lorente, M.M., Sosa-Palanca, E.M., García-Martínez, P. & Mármol-López, M.I., 2021. Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), p. 11801. 10.3390/ijerph182211801.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2022. *Javnozdravstveni pristopi, namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/javnozdravstveni_pristopi_romi.pdf [Accessed 21 April 2026].

Oblak, T. & Skela-Savič, B., 2018. Medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp. 186-200.

Osmancevic, S., Steiner, L. M., Großschädl, F., Lohrmann, C. & Schoberer, D., 2025. The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 167, p. 105079. 10.1016/j.ijnurstu.2025.105079.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), pp. 1-9. 10.1136/bmj.n71.

Pahor, M. & Kavčič, M., 2019. Novi modeli produkcije zdravja na presečišču sistema in skupnosti: lokalne skupine za krepitev zdravja in centri za krepitev zdravja. *Teorija in praksa*, 55(4), pp. 783-805.

Pasere, E., O'Hara, D., Ballard, E., Kilgour, C. & Holland, L., 2025. A narrative review of medical and surgical nurses' attitudes and perceptions when caring for patients with a secondary diagnosis of mental illness. *Nurse Education Today*, 151, p. 106684. 10.1016/j.nedt.2025.106684.

Polit, B. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Renwick, L., Pedley, R., Johnson, I., Bell, V., Lovell, K., Bee, P. & Brooks, H., 2022. Conceptualisations of positive mental health and wellbeing among children and adolescents in low- and middle-income countries: a systematic review and narrative synthesis. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 25(1), pp. 61-79. 10.1111/hex.13407.

Safer, J.D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A. & Sevelius, J., 2016. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), pp. 168-171. 10.1097/MED.0000000000000227.

Shahin, W., Kennedy, G.A. & Stupans, I., 2019. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 13, pp. 1019-1035. 10.2147/PPA.S212046.

Sheals, K., Tombor, I., McNeill, A. & Shahab, L., 2016. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(9), pp. 1536-1553. 10.1111/add.13387.

Smith, C.B., Purcell, L.N. & Charles, A., 2022. Cultural competence, safety, humility, and dexterity in surgery. *Current surgery reports*, 10(1), pp. 1-7. 10.1007/s40137-021-00306-5.

Sumathi, S., Manjubarkavi, S. & Roy, D., 2021. Cultural Construction of Health, Diseases, Illness, and Healing: An Empirical Understanding of "Pain Culture" in India. *Science Research*, 10(3), pp. 52-63. 10.11648/j.sr.20221003.11.

Stubbe, D.E., 2020. Practicing Cultural Competence and Cultural Humility in the Care of Diverse Patients. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(1), pp. 49-51. 10.1176/appi.focus.20190041.

Tan, N.Q.P. & Cho, H., 2019. Cultural appropriateness in health communication: a review and a revised framework. *Journal of Health Communication*, 24(5), pp. 492-502. 10.1080/10810730.2019.1620382.