



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

17.

Šola

za klinične
mentorje

**Medprofesionalno
sodelovanje** na področju
zdravstva z integracijo
multikulturalizma

13. oktober 2023

Kolpern na Stari Savi, Jesenice



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

17. šola za klinične mentorje

**MEDPROFESIONALNO SODELOVANJE NA PODROČJU
ZDRAVSTVA Z INTEGRACIJO MULTIKULTURALIZMA**

13. oktober 2023

ZBORNİK PREDAVANJ

Jesenice, 2023

17. šola za klinične mentorje: MEDPROFESIONALNO SODELOVANJE NA PODROČJU ZDRAVSTVA Z INTEGRACIJO MULTIKULTURALIZMA

13. 10. 2023, Kolpern na Stari Savi, na Jesenicah

Urednice:

Marta Smodiš, viš. pred.
dr. Monika Zadnikar, viš. pred.
doc. dr. Sanela Pivač
doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Tehnična urednica:

Marjetka Kocijančič

Izdajatelj:

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Kraj izdaje:

Jesenice

Leto izdaje:

2023

Oblikovanje naslovnice:

MA marketing

Prispevki niso lektorirani.

Avtorji sami odgovarjajo, da so v prispevkih uporabili literaturo, ki jo navajajo.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:37(082)(0.034.2)

ŠOLA za klinične mentorje (17 ; 2023 ; Jesenice)

Medprofesionalno sodelovanje na področju zdravstva z integracijo multikulturalizma [Elektronski vir] :
17. šola za klinične mentorje : zbornik predavanj / [urednice Marta Smodiš ... et al.]. - E-zbornik. - Jesenice :
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2023

Način dostopa (URL): <https://www.fzab.si/si/mainmenu/center/publikacije/>

ISBN 978-961-6888-63-9 (pdf)

1. Gl. stv. nasl. 2. Smodiš, Marta

COBISS.SI-ID 165924099

Kazalo

Slepe pege pri mentoriranju kulturno raznolikih študentov.....	1
dr. Helena Kristina Halbwachs	
Izzivi medpoklicnega sodelovanja in izobraževanja.....	10
mag. Jožica Ramšak Pajk	
Izzivi medprofesionalnega sodelovanja v kliničnem okolju.....	17
Anja Novak Alenka Bijol	
Kulturne kompetence – pogled študentk zdravstvene nege.....	25
Miladinka Matković	
Izzivi zdravstvenih delavcev pri obravnavi migrantov.....	34
Sladana Božić	
Izzivi multikulturalnosti pri fizioterapevtskemu delu.....	39
Barbara Ban	

SLEPE PEGE PRI MENTORIRANJU KULTURNO RAZNOLIKIH ŠTUDENTOV

dr. Helena Kristina Halbwachs¹

Izvleček

Slepe pege so implicitne pristranskosti, zasidrane globoko v naši podzavesti, ki se jih pogosto ne zavedamo. Močno vplivajo na naše presojanje in odločitve, tudi v mentorstvu. Mentorji se pri svojem delu vse bolj srečujejo s kulturno raznolikimi mentoriranci, pri čemer raziskave kažejo, da se slednji v kliničnem okolju pogosto srečujejo s stereotipi, diskriminacijo in rasizmom. Pri premagovanju teh izzivov in zagotavljanju varnega učnega okolja kulturno raznolikim študentom imajo prav mentorji osrednjo vlogo. Implicitne pristranskosti mentorjev pa lahko pomenijo veliko oviro, saj nezavedno vplivajo na kakovost in učinkovitost mentorstva. Pri mentorirancih lahko slepe pege mentorja spodkopavajo samospoštovanje in ovirajo njihovo klinično uspešnost, lahko pa celo zapustijo šolanje. Pri mentorju pa lahko vplivajo na izbor mentorirancev, na ocenjevanje sposobnosti in napredka mentorirancev, na dodeljevanje priložnosti, na kritike in povratne informacije ter na razvoj veščin. Zato so nujne strategije za izboljšanje kulturnih kompetenc mentorjev, ki vključujejo ozaveščanje in premagovanje slepih peg. Samozavedanje s kritično refleksijo zavzema osrednje mesto med temi strategijami. V pomoč pri identifikaciji slepih peg so testi implicitnih asociacij, ki pa mentorjem v Sloveniji večinoma niso na voljo. Obstajajo še številne dodatne strategije za naslavljanje implicitnih asociacij, tako na osebнем kot organizacijskem nivoju. Prvi korak pa predstavlja vključevanje tovrstnih vsebin v usposabljanja mentorjev.

Ključne besede: implicitna pristranskost, kulturne kompetence, mentor, mentoriranec

1 Uvod

Običajno je zdravstvenim delavcem izraz »slepa pega« dokaj poznan. Gre za mesto na mrežnici očesa, kjer ni fotoreptorskih celic za zaznavanje svetlobe, saj tam skozi optični disk prehaja vidni živec. Kljub temu, da v našem vidnem polju zatorej ne moremo videti celotne slike, pa te slepe pege ne zaznamo, saj naši možgani »preračunajo«, kar oko ne vidi, in to mesto na podlagi vseh prejetih informacij zapolnijo. Slepe pege se torej sploh ne zavedamo, prav tako ne dejstva, da ne vidimo celotne slike.

Izraz slepa pega pa se uporablja v psihologiji. Tudi tu gre za nekaj, česar načeloma ne zaznamo, čeprav vpliva na našo sliko sveta. Gre za implicitne pristranskosti, ki so zasidrane globoko v naši podzavesti, zato se jih pogosto ne zavedamo, čeprav močno vplivajo na naše presojanje in odločitve (Banaji & Greenwald, 2016). Ta izraz se nanaša tudi na našo težnjo, da prepoznamo pristranskost pri drugih, ne vidimo pa te pristranskosti pri sebi. Pogosto opazimo pristranskost in predsodke v razmišljanju drugih ljudi, vendar smo prav tako

¹ dr. Helena Kristina Halbwachs, viš. pred., SeneCura Group, Quality Management, hk.halbwachs@gmail.com

pogosto slepi za podobne pristranskosti v svojem razmišljanju in dejanjih. Gre za psihološki pojav, da težko prepoznamo lastne pristranskosti, saj smo pogosto bolj pozorni na svoje pozitivne lastnosti in dobre namene (Sezer, et al., 2015). Prepričanje, da smo manj pristranski od ostalih, pravzaprav odraža pristransko dojemanje samega sebe. To ima lahko škodljive posledice za presojo, vključno z manjšo dovzetnostjo za koristne nasvete (Scopelliti, et al., 2015). Pomanjkanje prepoznavanja lastne pristranskosti pa ima lahko težke posledice, kot so nezaupanje, stopnjevanje konfliktov ter nezmožnost najti skupni jezik s tistimi, s katerimi se ne strinjamo (Pronin, et al., 2015).

Seveda tudi zdravstveni delavci nismo imuni na pojav slepe pege, pravzaprav je pojav zastopan povsem enako kot pri splošnem prebivalstvu (FitzGerald & Hurst, 2017). Raziskave kažejo, da te pristranskosti vplivajo na nas kljub najboljšim namenom (Shapiro, et al., 2006; Teal, et al., 2010). Nezavedna stališča nas lahko vodijo k dejanjem, ki so v nasprotju z našimi etičnimi vrednotami – k temu spada tudi diskriminatorno vedenje (Sezer, et al., 2015). Vplivajo na to, kako zdravstveni delavci sprejemamo odločitve in komuniciramo v svoji klinični praksi, pri čemer lahko pride do diskriminacije in drugih posledic. Te občutijo predvsem pripadniki marginaliziranih skupin, kar ima za posledico neenakopravno obravnavo in razlike v zdravju (Zestcott, et al., 2016). Sistematični pregled literature o vplivu nezavedne pristranskosti na zagotavljanje zdravstvene oskrbe je povzel veliko dokazov o razširjenosti nezavedne pristranskosti (do etnične pripadnosti, spola, socialno-ekonomskega statusa, starosti, teže, HIV okužbe, invalidnosti in odvisnosti), ki vplivajo na klinično presojo in vedenje zdravstvenih delavcev do bolnikov (FitzGerald & Hurst, 2017). Nezavedna pristranskost pa vpliva tudi na druge načine na zdravstvene delavce – vpliv ima lahko na zaposlovanje, napredovanje ter na medsebojne odnose (Marcelin, et al., 2019).

1.1 Slepe pege in mentorstvo

V zdravstveni negi se, tako kot na vseh nivojih družbe, vse bolj srečujemo s kulturno raznolikostjo. Sem praviloma štejemo vse vrste raznolikosti, ne le v smislu etničnih, jezikovnih, geografskih in verskih razlik. Danes štejemo za kulturno raznolikost tudi ostale vrste raznolikosti, kot so raznolikost v duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnostih, v načinih sobivanja, v življenjskih slogih ter v sistemih vrednot, tradicij in prepričanj (Unesco, 2009). Tudi mentorji se pri svojem delu vsakodnevno srečujejo z mentoriranci s kulturno raznolikim ozadjem, pri čemer raziskave kažejo, da se le-ti v kliničnem okolju pogosto srečujejo s stereotipi, diskriminacijo in rasizmom (Oikarainen, et al., 2017; Korhonen, et al., 2019). Pri premagovanju teh izzivov in zagotavljanju varnega učnega okolja kulturno raznolikim študentom imajo prav mentorji osrednjo vlogo (Mikkonen, et al., 2016). Implicitna pristranskost pa ob tem lahko pomeni veliko oviro, saj nezavedno vpliva na naše razmišljanje, presojo in odločitve in s tem na kakovost in učinkovitost mentorstva. Pri mentorirancih lahko slepe pege mentorja spodbujajo samospoštovanje in ovirajo njihovo klinično uspešnost (Wyatt, et al., 2019), v skrajnem primeru pa lahko povzročijo celo, da mentoriranci zapustijo šolanje oziroma željen poklic

(Gibbs & Culleiton, 2016). Mentorji, ki nimajo podobnega ozadja kot njihovi varovanci, se pogosto ne zavedajo implicitnih prepričanj niti tega, kako lahko ovirajo mentorski odnos (Rasic, et al., 2022). Vplivajo lahko na izbor mentorirancev, na ocenjevanje sposobnosti in napredka mentorirancev (Malouff & Thorsteinsson, 2016), na dodeljevanje priložnosti, na kritike in povratne informacije ter na razvoj veščin. Vsekakor raziskave kažejo, da je treba zmanjšati stereotipe in izboljšati znanje mentorjev o kulturni raznolikosti mentorirancev (Oikarainen, et al., 2017).

Osnovne mentorske vrednote, ki jih je potrebno vzpostaviti ob začetku mentoriranja, so seveda koristne ob vsakem mentoriranju, še toliko bolj pa pri mentoriranju kulturno raznolikih mentorirancev. Šest osnovnih strategij zajema:

1. Medsebojno spoštovanje. Pomembno je, da mentor in mentoriranec medsebojno spoštujeta kulturo, jezik, vrednote, življenjske izkušnje in mnenja drug drugega. To ne pomeni, da se morata strinjati o vsem, vendar mora biti mentoriranje priložnost, da se oba naučita več o drug drugem in pridobita vpogled v razloge za prepričanja in mnenja na obeh straneh.
2. Iskrenost. Eden od načinov za vzpostavitev varnega prostora, ki spodbuja iskrenost, je, da se zagotovi zaupnost. To ne pomeni, da je treba mentorirancu naravnost in brez občutka povedati, kje so njegove omejitve. Potrebno je iskati možnosti, pri katerih tudi sam mentoriranec uvidi svoje omejitve, kot je na primer igranje vlog, pri katerih vadimo učenje stilov in strategij, ki so primernejše za naše kulturno okolje.
3. Obvladovanje konfliktov. Pravila sodelovanja je treba vzpostaviti že na začetku, da se mentorji in mentoriranci dogovorijo, kako bodo obvladovali medsebojne konflikte.
4. Preglednost. Podobno kot spodbujanje iskrenosti pomeni tudi zagotavljanje preglednosti, da je treba jasno opredeliti vedenje ali dejanja, ki niso sprejemljiva.
5. Zaupnost - razpravljajte o tem, kako pomembno je, da lahko razkrijete informacije med vama in o tem, o čem je treba poročati.
6. Priznavanje. Sprejemanje dejstva, da je mentoriranec strokovnjak za svoje izkušnje. Obstaja veliko razlogov, zakaj ima mentoriranec določena stališča, prepričanja ali se obnaša na določen način. Nesprejemanje ozadja mentoriranca lahko vodi v njegovo obrambno naravnost in občutek zavračanja in nepripadnosti. Povratne informacije mentorja v tem primeru ne bodo dobro sprejete ali dobrodošle (Wyatt, et al., 2019).

Raziskave kažejo, da je uspeh odnosa med mentorjem in mentorirancem močno odvisen predvsem od kulturne občutljivosti mentorja (Edwards, 2021). Kulturna občutljivost je del kulturnih kompetenc in obsega zaznavanje kulturne raznolikosti in uporabo lastnega znanja, razmisleka, razumevanja, spoštovanja in prilagajanja. Kulturne kompetence in posebno kulturno občutljivost pridobivamo s pomočjo samozavedanja in kulturne imerzije – srečanj s kulturno raznolikimi posamezniki in skupnostmi (Foronda, 2008). Samozavedanje preko proaktivne samorefleksije je ključno za prepoznavanje pristranskosti (Halbwachs, 2019). Pri tem je za odkrivanje implicitnih pristranskosti priporočljiva uporaba testov, kot je na primer

test implicitnih asociacij. Ta test primerja, kako hitro in natančno povezujemo različne pojme, kot so besede in slike - na osnovi tega test prikaže nezavedne pristranskosti. Obstaja več različic tega testa, namenjene pa so identifikaciji pristranskosti v različnih kategorijah, kot so etnično ozadje, spol, starost, versko ozadje, barva kože in podobno (Banaji & Greenwald, 2016).

Samorefleksija je navedena tudi kot prva strategija za premagovanje pristranskosti v zdravstvu s strani avtorjev Edgoose s sodelavci (2019). Poleg tega so navedli še 7 drugih strategij. Priporočljive strategije po teh avtorjih so torej:

- Samorefleksija: Redno se vprašajmo, ali obstaja možnost, da smo v določeni situaciji pristranski. Razmislimo o svojih mnenjih, odločitvah in stališčih ter se vprašajmo, ali nanje morda vplivajo naša osebna prepričanja ali občutki. Naredimo teste implicitne pristranskosti in zavedajmo se, da ne vidimo stvari takšnih, kot so, ampak takšne, kot smo. Prisluhujemo tudi mnenjem in povratnim informacijam drugih ljudi. Včasih morda drugi vidijo pri nas predsodke, ki se jih mi sami ne zavedamo. Bodimo odprti za kritiko in poskušajmo razumeti, od kod prihajajo druga stališča.
- Čuječnost: Pod pritiskom smo bolj nagnjeni k neustrezni uporabi kognitivnih bližnjic. Čuječnost izboljša našo sposobnost obvladovanja in spremeni biološke reakcije, ki vplivajo na pozornost, uravnavanje čustev in oblikovanje navad. Metode, ki pripomorejo k čuječnosti, so številne, na primer meditacija, joga...
- Kulturna imerzija: Postavimo se v čevlje stereotipnega posameznika ali skupine, kar lahko poveča psihološko bližino s to skupino. Branje ustrezne literature, gledanje dokumentarcev in poslušanje podcastov so načini, ki nam lahko približajo perspektive marginaliziranih skupin. Za pristno zaznavanje njihovih perspektiv pa je najpomembnejše sodelovanje z njimi v resničnem življenju.
- Vzemimo si čas: Za prepoznavo implicitnih predsodkov, se moramo ustaviti in razmisliti oziroma opraviti samorefleksijo. To ne pomeni le v kliničnem okolju – ko zaznamo družbene stereotipe, na primer v medijih, poskusimo razmisliti, zakaj je prišlo do teh odzivov in kako bi lahko v prihodnosti tak odziv nadomestili z nepristranskim odzivom.
- Individualizacija: Vsako osebo, pa tudi skupnost, obravnavajmo individualno. Zbirajmo podatke in ne prepustimo se neosnovanim domnevam, ki jih imamo o kulturnem ozadju te osebe ali skupnosti.
- Izbirajmo primerne besede: Za bolj vključujoče okolje in ublažitev pristranskosti je resnično pomembno, kakšna so naša sporočila. Kulturno slepe floskule, kot so »obravnavam vse enako«, lahko pripomorejo k implicitnim pristranskostim, saj s tem

ne priznavamo specifičnih potreb marginaliziranih skupin. Za zmanjševanje pristranskosti je pomembneje, da uporabljamo besede, s katerimi pozdravljamo in sprejemamo kulturno raznolikost.

- Institucionalizirajmo pravičnost: Za odpravo sistemskih neenakosti ni dovolj le delovanje posameznika. Organizacije so odgovorne za podpiranje kulture raznolikosti in zagotavljanje vključujočega in dostopnega okolja. Sprožimo pobude, ko opazimo sistemske anomalije v dostopnosti in se vključujemo v reševanje in raziskovanje težav, ki so posledice pristranskosti.
- Ponavljajmo strategije: Odkrivanje in reševanje implicitnih pristranskosti je vseživljenjsko delo. Tukaj predstavljene strategije zahtevajo nenehno preverjanje in razmislek. Preučevanje lastnih predpostavk je le začetno izhodišče, prizadevati si moramo za boljši sistem.

Skupina drugih strokovnjakov pa je razdelila strategije prepoznavanja in razreševanja implicitnih pristranskosti na osebne, organizacijske ter osebno - organizacijske. Med osebne umeščajo kot prvo strategijo zopet namerno samorefleksijo. Opozarjajo, da je potrebno pred aktivnostmi, pri katerih obstaja verjetnost, da bo na njih vplivala pristranskost (npr. ocenjevanje mentorirancev, povratne informacije, razgovori), z namerno samorefleksijo prepoznati lastno možnost pristranskosti in jo odpraviti. Prav tako je takrat primeren čas za razmislek o perspektivi posameznika, ki bo ocenjevan, in o morebitnem vplivu naše pristranskosti na tega posameznika. Ta strategija dokazano zmanjšuje aktivacijo in uporabo stereotipov. Naslednja osebna strategija pa zajema aktivno spraševanje o stereotipih in njihovo zoperstavljanje. Med osebno - organizacijskimi strategijami pa omenjajo kulturno kompetentnost in kulturno skromnost, omogočanje izkušenj, ki razbijajo stereotipe (kulturno imerzijo), ter mentorstvo. K organizacijskim strategijam pa spadajo zavezanost k nediskriminatornemu in vključujočemu okolju ter omogočanje izobraževanja (Marcelin, et al., 2019).

2 Razprava

Slovenski zdravstveni sistem, v katerem delujejo tudi mentorji, se nahaja v fazi kulturne predkompetentnosti, pri čemer je zaznati tudi posamezne elemente kulturne nezmožnosti in kulturne slepote (Halbwachs, 2021). To pomeni, da so se v sistemu pojavila prva zavedanja o kulturni raznolikosti in z njo povezanih pomanjkljivosti, pojavili so se poskusi prvih izboljšav za določene skupine, improvizirane rešitve, povezovanje s pripadniki manjšin ter prva izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti. V sistemu želimo zagotavljati človekove pravice ter stremimo h kakovosti, pojavljajo se številna vprašanja, kako približati storitve vsem skupinam prebivalstva in prične se pomik proti kulturni kompetentnosti (Cross, et al., 1989). Prisotnost posameznih elementov kulturne nezmožnosti in kulturne slepote pa pomeni, da se v sistemu še vedno soočamo s predsodki, stereotipi, strahu pred

drugačnostjo, minimiziranjem težav in prepričanjem, da je krivda za težave posameznikov predvsem na strani teh posameznikov oz. ranljivih skupin (Halbwachs, 2021). Podobna opažanja je bilo zaznati med mentorji, kjer pa so raziskave na to temo zelo redke. Ena izmed raziskav je pokazala, da je med mentorji še vedno pogost pojav kulturne slepote (prepričanja, da je raznolikost nepomembna, zanemarljiva ter da je za vse poskrbljeno enako) ter prepričanja, da je za težave, ki izhajajo iz kulturnega ozadja mentoriranja, odgovoren predvsem on sam (Halbwachs, et al., 2022). Prav tako se je izkazalo, da med slovenskimi mentorji samorefleksija oziroma raziskovanje lastnega ozadja žal ni pogosto uporabljena metoda za premagovanje izzivov pri mentoriranju kulturno raznolikih študentov (Hvalič Touzery, et al., 2016) - ta, dokazano najbolj priporočljiva metoda, je pravzaprav najmanj zastopana (Halbwachs, et al., 2022).

Skladno s temi ugotovitvami je potrebno tudi v mentorstvu implementirati omenjene strategije prejšnjega poglavja, da lahko uspešno razrešujemo implicitne pristranskosti ter njihove negativne vplive. Izobraževalne in zdravstvene organizacije bi si morale prizadevati za reševanje številnih izzivov, s katerimi se kulturno raznoliki mentoriranci in njihovi mentorji srečujejo v kliničnem okolju. Vzpostaviti je treba učinkovite podporne strukture tako za mentorje kot za mentorirance, da bi spodbudili varno in kulturno kompetentno klinično učno okolje. Prvi korak k temu so z dokazi podprti izobraževalni programi za izboljšanje kulturnih kompetenc mentorjev (Oikarainen, et al., 2017).

3 Zaključek

Implicitne pristranskosti ali tako imenovane slepe pege lahko močno vplivajo na naše celotno delovanje, vključno z mentoriranjem. V kolikor teh globokih pristranskosti ne ozavestimo, ne moremo prepoznati in razumeti diskriminacije in drugih negativnih pojavov, s katerimi se soočajo mentoriranci s kulturno raznolikim ozadjem. Samozavedanje in kritična refleksija spadata med ključne strategije, s katerimi naj mentorji vseživljenjsko delujejo v smeri prepoznavne in razreševanja implicitnih pristranskosti. V slovenskem prostoru se teh ključnih strategij redko poslužujemo, primanjkuje pa tudi možnosti strukturiranega testiranja s pomočjo testov implicitnih asociacij. Priporočljivo je, da programi usposabljanja mentorjev vedno vsebujejo tudi vsebine za izboljšanje kulturnih kompetenc, med katerimi je potrebno posebno pozornost nameniti edukaciji na področju odkrivanja in razreševanja implicitnih pristranskosti. Prav tako bi morale učne in klinične organizacije redno opravljati aktivnosti v smeri odkrivanja slepih peg, nenazadnje pa je tudi odgovornost vsakega posameznika, ki deluje v zdravstvu, da raziskuje in spoznava svoja podzavestna prepričanja, vključno s pristranskostmi. Le na ta način se bomo uspešno spopadali z naraščajočo kulturno raznolikostjo, ne le med mentoriranci, temveč tudi v delovnih timih in med pacienti.

Literatura

Banaji, M.R. & Greenwald, A.G., 2016. *Blindspot: Hidden biases of good people*. Bantam: New York.

Cross, T.L., Bazron, B.J., Dennis K.W. & Isaacs, M.R., 1989. *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for Minority Children who are severely emotionally disturbed*. Washington DC: CASSP Technical Assistance Center.

Edgoose, J., Quiogue, M. & Sidhar, K., 2019. How to identify, understand, and unlearn implicit bias in patient care. *Family practice management*, 26(4), pp. 29-33.

Edwards, J.A., 2021. Mentorship of underrepresented minorities and women in surgery. *The American Journal of Surgery*, 221(4), pp. 768-769.

FitzGerald, C. & Hurst S., 2017. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(1), pp. 1-18.

Foronda, C.L., 2008. A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal of transcultural nursing*, 19(3), pp. 207-212.

Gibbs, D.K. & Culleiton, A.L., 2016. A project to increase educator cultural competence in mentoring at-risk nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 11(3), pp. 118-125.

Halbwachs, H.K., 2019. Samozavedanje in kritična refleksija v modelih kulturne kompetentnosti v zdravstvu. In: B. Filej & B.M. Kaučič, eds. *Medkulturna oskrba v zdravstvu: znanstvena monografija*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 51-63.

Halbwachs, H.K., 2021. *Kulturna kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema - stanje in model razvoja: doktorska disertacija*. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.

Halbwachs, H.K., Poredoš, M. & Plazar, N., 2023. Medkulturne kompetence mentorjev v slovenskem kliničnem okolju. In: B. Filej & B.M. Kaučič, eds. *Napredna znanja za kakovostno mentorstvo v zdravstveni negi: znanstvena monografija*. Celje: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 50-66.

Korhonen, H., Tuomikoski, A.M., Oikarainen, A., Kääriäinen, M., Elo, S., Kyngäs, H., Liikanen, E. & Mikkonen, K., 2019. Culturally and linguistically diverse healthcare students' experiences of the clinical learning environment and mentoring: A qualitative study. *Nurse education in practice*, 41, p. 102637.

Malouff, J.M. & Thorsteinsson, E.B., 2016. Bias in grading: A meta-analysis of experimental research findings. *Australian Journal of Education*, 60(3), pp. 245-256.

Marcelin, J.R., Siraj, D.S., Victor, R., Kotadia, S. & Maldonado, Y.A., 2019. The impact of unconscious bias in healthcare: how to recognize and mitigate it. *The Journal of infectious diseases*, 220(Supplement 2), pp. S62-S73.

Mikkonen, K., Elo, S., Tuomikoski, A.M. & Kääriäinen, M., 2016. Mentor experiences of international healthcare students' learning in a clinical environment: A systematic review. *Nurse education today*, 40, pp. 87-94.

Oikarainen, A., Mikkonen, K., Tuomikoski, A.M., Elo, S., Pitkänen, S., Ruotsalainen, H. & Kääriäinen, M., 2018. Mentors' competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students during clinical placement. *Journal of advanced nursing*, 74(1), pp. 148-159.

Rasic, G., Dickinson, K.J., Reyna, C., Nahmias, J., Diego, E.J., Crandall, M. & AWS# HeForShe Committee, 2022. Navigating the challenges of diversity in a mentoring relationship: reflections from a webinar series. *Global Surgical Education-Journal of the Association for Surgical Education*, 1(32), pp. 1-5.

Scopelliti, I., Morewedge, C.K., McCormick, E., Min, H.L., Lebrecht, S. & Kassam, K.S., 2015. Bias blind spot: Structure, measurement, and consequences. *Management Science*, 61(10), pp. 2468-2486.

Sezer, O., Gino, F. & Bazerman, M. H., 2015. Ethical blind spots: Explaining unintentional unethical behavior. *Current Opinion in Psychology*, 6, pp. 77-81.

Shapiro, J., Lie, D., Gutierrez, D. & Zhuang, G., 2006. "That never would have occurred to me": a qualitative study of medical students' views of a cultural competence curriculum. *BMC medical education*, 6(1), pp. 1-7.

Teal, C.R., Shada, R.E., Gill, A.C., Thompson, B.M., Frugé, E., Villarreal, G.B. & Haidet, P., 2010. When best intentions aren't enough: helping medical students develop strategies for managing bias about patients. *Journal of general internal medicine*, 25, pp. 115-118.

UNESCO 2009. Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue: UNESCO World Report. Paris: UNESCO Publishing. [online] Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001852/185202e.pdf> [Accessed 20 August 2023].

Wyatt, G.E., Chin, D., Milburn, N., Hamilton, A., Lopez, S., Kim, A. & Belcher, H.M., 2019. Mentoring the mentors of students from diverse backgrounds for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(3), p. 321.

Zestcott, C.A., Blair, I.V. & Stone, J., 2016. Examining the presence, consequences, and reduction of implicit bias in health care: a narrative review. *Group Processes & Intergroup Relations*, 19(4), pp. 528-542.

IZZIVI MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA IN IZOBRAŽEVANJA

mag. Jožica Ramšak Pajk²

Izvleček

Medpoklicno sodelovanje je bistvenega pomena v tem nenehno spreminjajočem se okolju, saj zdravstvenim timom omogoča, da združijo svoje strokovno znanje in vire ter tako zagotovijo pacientom, da prejmejo najsodobnejšo in najučinkovitejšo zdravstveno oskrbo, ki je na voljo. Medpoklicno sodelovanje, presega zgolj komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev. Zajema kulturo medsebojnega spoštovanja, skupnih ciljev in skupnega odločanja.

Prispevek ponuja pregled medpoklicnega sodelovanja v kontekstu zdravstvene obravnave pacienta, pri čemer raziskuje njegov pomen in koristi za uspešno izvajanje. Podaja nekatere strategije uspešnega medpoklicnega sodelovanja, izpostavi izzive s katerimi se soočajo zdravstveni delavci kot člani zdravstvenega tima izpostavi pomen izobraževanja ter mentorske vloge.

Ključne besede: sodelovalna praksa, timsko delo, klinično usposabljanje

1 Uvod

Medpoklicno sodelovanje je jedro sodobnega zdravstvenega varstva, saj spodbuja timsko delo in izboljšuje rezultate pri pacientih. Zdravstveni delavci, medicinske sestre, fizioterapevti igrajo ključno vlogo v tem sodelovalnem okolju. Izobraževanje na temo medpoklicnega sodelovanja je pomembno za vse člane zdravstvenega tima. Medpoklicno sodelovanje je v zdravstvenem varstvu bistven pristop za obravnavo kompleksnih in razvijajočih se zdravstvenih potreb prebivalstva. Vključuje strokovnjake iz različnih zdravstvenih disciplin, ki sodelujejo pri reševanju zapletenih pacientovih težav in optimizaciji rezultatov. Zdravstveno varstvo ni statično temveč je dinamično in se dokaj hitro spreminja. Napredek v medicini, uvedba novih tehnologij in spreminjanje demografije prebivalcev prispevajo k temu razvoju. Posledično morajo ponudniki zdravstvenih storitev prilagoditi svoje prakse in sprejeti bolj sodelovalen pristop.

2 Teoretična izhodišča

Medpoklicno sodelovanje – razumevanje področja

Od leta 1970 je poudarek na medpoklicnem strokovnem sodelovanju in izobraževanju za izboljšanje rezultatov zdravstvene obravnave (Reeves, et al., 2008). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija SZO (2010) navaja, da se "Medpoklicno sodelovanje zgodi, ko več zdravstvenih delavcev iz različnih poklicnih okolij sodeluje s pacienti, družinami, negovalci, da bi zagotovili najvišjo kakovost zdravstvene oskrbe v vseh okoljih." Kanadski model

² mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, jramsakpajk@fzab.si

medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu CIHC (2010) je eden pomembnejših začetnikov razvoja v svetu in izpostavlja, da so za dobro sodelovanje potrebni spoštovanje, zaupanje, skupno odločanje in partnerstvo. V tem obdobju so prišli prvi dokazi iz metaanalize Cochranove knjižnice (Zwarenstein, et al., 2009) ki ugotavljajo, da medpoklicno sodelovanje izboljšuje kakovost oskrbe in vpliva na rezultate izzidov pri pacientih. Prišlo je do velikega gibanja za izboljšanje medpoklicnega sodelovanja z vključevanjem medprofesionalnega izobraževanja.

Zagotavljanje zdravstvenega varstva se sooča s številnimi izzivi, vključno z vse večjo kompleksnostjo bolezni, hitro starajočim se prebivalstvom, omejenimi sredstvi in primanjkljajem kadra v zdravstveni negi. Medpoklicno sodelovanje je izpostavljeno kot strategija učinkovite organizacije zdravstvenih storitev, saj kompleksnost zdravstvenega varstva zahteva povezovanje znanj in praks iz različnih strokovnih skupin (Sangaleti, et al., 2017). Ti izzivi zahtevajo inovativne rešitve, od katerih jih je veliko mogoče doseči le s skupnimi prizadevanji. Medpoklicno sodelovanje je bistvenega pomena za učinkovito reševanje teh vprašanj in zagotavljanje najboljše možne oskrbe pacientov.

Obsežne raziskave kažejo, da medpoklicno sodelovanje vodi do boljših rezultatov pri pacientih. Na primer, v bolnišnicah, kjer zdravstveni timi tesno sodelujejo, se pojavlja manj napak povezanih z zdravstvom, krajšajo se ležalne dobe in višje so stopnje zadovoljstva pacientov. Pacienti imajo po navadi več pozitivnih izkušenj, ko zaznajo, da njihov zdravstveni tim brezhibno sodeluje (Oosterveld-Vlug, et al., 2019). To pa povečuje rezultate zadovoljstva pacientov, ki so ključni za zdravstvene ustanove.

Kritični vidik zdravstvene oskrbe je varnost pacientov in kakovost zdravstvene oskrbe. Medpoklicno sodelovanje igra ključno vlogo pri krepitvi obeh vidikov. Zdravstveni delavci morajo razumeti, da je večja verjetnost, ko delajo skupaj kot povezan tim, prepoznali morebitne napake, učinkovito komunicirali in zagotovili, da bo oskrba pacientov najvišje kakovosti (Rosen, et al., 2018).

Doprinos medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu

V celotnem sistemu zdravstvenega varstva ima zdravstvena nega in s tem medicinska sestra ali druga strokovna področja pomembno vlogo v zdravstvenem timu. Avtorji (Schot, et al., 2020) ugotavljajo, da zdravstveno osebje k medpoklicnemu sodelovanju prispeva na vsaj tri načine: s premostitvijo med poklicno, družbeno in komunikacijsko vrzeljo, s prilagajanjem vlogam in nalogam ter z medsebojno interakcijo. Medicinske sestre so hrbtenica zdravstvenih sistemov po vsem svetu. Zagotavljajo neposredno oskrbo pacientov, izvajajo zdravstveno nego in sodelujejo v zdravstvenem timu ter služijo kot zagovorniki pacientov. Poleg teh kritičnih odgovornosti so medicinske sestre pogosto osrednji del interdisciplinarnih zdravstvenih timov. Njihov tesen in stalen stik s pacienti jim omogoča,

da zberejo bistvene informacije in jih posredujejo drugim članom ekipe, kar pomaga pri učinkoviti koordinaciji oskrbe.

Medpoklicno sodelovanje se vrti okoli temeljnega načela postaviti pacienta v središče zdravstvene oskrbe. Zdravstvena oskrba ni le zdravljenje simptomov, ampak tudi razumevanje pacienta kot celote. To pomeni obravnavo ne le fizičnih vidikov zdravja, temveč tudi čustvene, duhovne in socialne razsežnosti. Da bi dosegli najboljše rezultate zdravljenja, je ta cilj mogoče doseči le, če pristop medpoklicnega sodelovanja vključuje vse zdravstvene delavce in izvajalce zdravstvenih storitev, ki se ukvarjajo z oskrbo pacientov (Ciemens, et al., 2016). Ko medicinske sestre sodelujejo z drugimi zdravstvenimi delavci, lahko združijo svoje strokovno znanje, da zagotovijo celovitejšo oskrbo, osredotočeno na pacienta. Pomembno je razumevanje vsega zdravstvenega osebja, da s sodelovanjem prispevajo k procesu, kjer je večja verjetnost, da bodo pacienti prejeli zdravstveno oskrbo, ki resnično ustreza njihovim potrebam.

Ko medicinske sestre delajo skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci, lahko poenostavijo postopke zdravstvene nege in se izognejo podvajanju. To ne koristi le pacientom, ampak tudi zagotavlja, da lahko medicinske sestre učinkoviteje razporedijo svoj čas in sredstva. Izobraževanje medicinskih sester o povečanju učinkovitosti sodelovanja jim pomaga razumeti, da ne gre samo za dodajanje nalog, ampak za to, da je njihovo delo bolj obvladljivo in osredotočeno na pacienta.

Medpoklicno sodelovanje se razume kot izboljšanje učinkovitosti in kakovosti oskrbe, vendar je povezano z nekaterimi izzivi, kot so enoten pogled vseh vpletenih, njihova aktivna vloga in vključeno znanje. Popolnost v sodelovanju je koncept, ki ga je skoraj nemogoče doseči, saj imajo zdravstveni delavci pogosto različne poglede na to, kako zagotoviti najboljšo oskrbo pacientov (Schot, et al., 2019). Medpoklicno sodelovanje medicinskim sestram izpostavlja širok spekter perspektiv in pristopov k zdravstveni negi pacientov. Vsaka disciplina zdravstvene oskrbe prinese svoj edinstven pogled na zdravstveno oskrbo, in ko se ti vidiki združijo, to povzroči celovitejši pristop k oskrbi.

Izzivi v medpoklicnem sodelovanju in tovrstno izobraževanje

V sistematičnem pregledu (Matthys, et al., 2017) poudarjajo nekatere ovire za dobro medpoklicno sodelovanje, kot so časovni pritisk, pomanjkanje izrecnih opisov vlog in nalog drug drugega, slaba organizacijska podpora, odsotnost jasnega vodenja, različni standardi in poklicne vrednote, različni cilji in prednostne naloge. SZO (2013) navaja pomanjkanje ozaveščenosti o pomenu medpoklicnega sodelovanja in pomanjkanju podpornih politik, ki usklajujejo delo univerzitetnih inštitucij, vladnih organizacij. V tem kontekstu je izobraževanje v zdravstvu več kot le posredovanje teoretičnih in kliničnih veščin, gre za oblikovanje zdravstvenih delavcev, ki lahko uspevajo v medsebojno povezanem zdravstvenem okolju. Študenti ne smejo samo postati strokovnjaki na svojih področjih,

ampak tudi razumeti, kako se njihova vloga ujema s širšim zdravstvenim ekosistemom. Naučiti se morajo ceniti vrednost skupinskega/timskega dela in učinkovite komunikacije kot bistvenih sestavin njihovega izobraževanja.

Učinkovita komunikacija je temelj uspešnega medpoklicnega sodelovanja. Avtorji (Reeves, et al., 2017) ugotavljajo, da pomanjkanje poznavanja strokovnih področij in vlog ter strah pred izgubo avtonomije lahko privede do nastanka obrambnih mehanizmov, ki ovirajo učinkovito medpoklicno sodelovanje. Ravno zato je pomembno medpoklicno izobraževanje, ki se osredotoča na učenje študentov ne le o tem, kako jasno komunicirati, ampak tudi kako aktivno poslušati, sprejemati drugačna mnenja, se učiti od drugih strokovnjakov, kako učinkovito podajati informacije. Poleg tega se morajo študentje naučiti prilagoditi svoj komunikacijski stil različnim zdravstvenim kontekstom, zdravstvenim osebjem in različnim populacijam pacientov. Tudi avtorji (Pype, et al., 2018) predlagajo na področju medprofesionalnega sodelovanja upeljati sistematično izobraževanje, komunikacijske treninge, možnost skupnih razprav s poudarkom na veščinah komunikacije, kritičnega mišljenja in kliničnih spretnostih.

Etični in pravni vidik medpoklicno sodelovanje pogosto vključuje reševanje kompleksnih pravnih in etičnih vprašanj, kot sta zaupnost pacientov in informirana privolitev. Izobraževanje v zdravstvu mora študentom zagotoviti trdne temelje za etično odločanje in razumevanje pravnega okvira, ki ureja zdravstveno prakso. To znanje jim zagotavlja, da lahko delujejo v mejah zakona in sprejemajo etično dobre odločitve pri sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci.

Izobraževanje mora študentom zagotoviti trdne temelje na izbranem področju, vključno z anatomijo, fiziologijo in načeli zdravstvene nege. To znanje je osnova, na kateri se gradi medpoklicno sodelovanje. Priporoča se, da študenti pridobijo celovito razumevanje širšega sistema zdravstvenega varstva, vključno z različnimi zdravstvenimi poklici, vlogami in hierarhijami. To znanje jim pomaga razumeti pomen timskega dela. Poleg tehničnih veščin se mora izobraževanje osredotočiti na razvijanje sodelovalne miselnosti. Študenti se morajo naučiti ceniti in aktivno iskati priložnosti za delo s kolegi iz različnih strok (Hager, et al., 2016).

Manjša slovenska raziskava na vseh ravneh zdravstvenega varstva ugotavlja, da so z medpoklicnim sodelovanjem v povprečju najbolj zadovoljni zdravniki, najmanj pa medicinske sestre (Šanc & Prosen, 2022). Hierarhičen odnos v zdravstvenem timu je v Sloveniji kot v svetu, še vedno prisoten. Hierarhični odnosi zaznamujejo sodelovanje med zdravstveno nego in medicino, pogosto povzročajo slabo komunikacijo in nerešene konflikte znotraj strokovnih timov (Foth, et al., 2015). Za uspešno sodelovanje v timu je potrebno zgraditi profesionalno identiteto vseh članov tima, zato je treba večji poudarek nameniti strategijam, ki bi zmanjšale to razliko v sodelovanju in strategijam za spodbujanje enakosti obeh profesionalnih skupin (Huq, et al., 2017).

V katerem koli okolju sodelovanja lahko pride do konfliktov zaradi različnih mnenj, prednostnih nalog ali komunikacijskih stilov. Medicinske sestre morajo biti opremljene z učinkovitimi veščinami reševanja konfliktov, da lahko uspešno obvladujejo takšne situacije. Izobraževanje bi moralo vključevati usposabljanje o tem, kako konstruktivno obravnavati konflikte, s poudarkom na tem, da reševanje konfliktov ni znak neuspeha, temveč ključni del skupnega timskega dela. Ko lahko medicinske sestre obvladujejo konflikte, to zagotavlja dobro sodelovanje in zadovoljstvo v timu.

Pomen mentorske vloge v razvijanju veščin medpoklicnega sodelovanja pri študentih

V procesu izobraževanja teoretičnega kot praktičnega, je pomembno razvijanje pri študentu jasne in učinkovite komunikacijske veščine. To vključuje pisne in verbalne komunikacijske veščine, ki so ključne za sodelovanje z različnimi zdravstvenimi delavci.

Aktivno poslušanje je pomemben vidik učinkovite komunikacije. Študenti se morajo naučiti pozorno poslušati, postavljati pojasnjevalna vprašanja in potrditi informacije, ki jih prejmejo od drugih članov tima. V tem pogledu je ključno razumevanje nalog vlog in odgovornosti vsakega člana zdravstvenega tima. Mentor v kliničnem okolju lahko predstavi, demonstrira primere dobrih praks ali nastale konflikte, ki pridejo ravno zaradi nerazumevanja nalog ali odgovornosti (Hager, et al., 2016).

Pri učenju komunikacije je potrebno izpostaviti vidik prilagajanja različnim kontekstom. Komunikacijski slogi se lahko med zdravstvenimi ustanovami in disciplinami močno razlikujejo. Izobraževanje bi moralo pripraviti študente, da svojo komunikacijo prilagodijo različnim okoliščinam ali področjem, kot so nujna medicinska pomoč, ambulantna obravnava ali primer doma starejših občanov, zdravstvena obravnava v domačem okolju.

Vloga mentorjev je izrazito ključna v procesu izobraževanja, kajti študentu predstavlja vzornika tako na nivoju komunikacije v timu, povezovalca med strokovnjaki, posredovalca znanja, mediatorja v konfliktnih situacijah, zaupnika, vodja in organizatorja dela. Klinično usposabljanje daje študentom priložnosti in jih spodbuja k sodelovanju pri reševanju kompleksnih zdravstvenih problemov. To spodbuja kritično razmišljanje, ustvarjalnost in prilagodljivost ter pripravlja študente na soočanje z resničnimi zdravstvenimi izzivi (Kasper, et al., 2020). V tem pogledu je vloga mentorja zelo pomembna, da študentom daje priložnosti vključevanja v kompleksne situacije kliničnih obravnav.

3 Razprava z zaključkom

V prihodnost zdravstvenega varstva in z nadaljnjim napredkom le tega bo interdisciplinarno sodelovanje igralo še pomembnejšo vlogo pri izboljšanju oskrbe pacientov. Medicinske sestre bodo kot zagovornice pacientov in sestavni člani zdravstvenih timov še naprej v

ospredju tega gibanja. Izobraževanje bi moralo študente pripraviti ne le na prilagajanje tem spremembam, ampak jih tudi spodbuditi k aktivni vlogi, s čimer bi zagotovili, da zdravstveni sistem ostane osredotočen na učinkovito zdravstveno obravnavo pacienta. V omenjenem procesu imajo mentorji v kliničnih okoljih ključno vlogo v posredovanju znanj in veščin študentom tako glede timskega dela, jasne komunikacije, spoznavanja pomena jasnih vlog in kompetenc, sprotnega reševanja konfliktov in tudi zglednega sodelovanja v zdravstveni obravnavi.

Skratka, medpoklicno sodelovanje ni le modna beseda, to je temeljni premik v načinu zagotavljanja zdravstvene oskrbe. Izobraževanje ima ključno vlogo pri oblikovanju zdravstvenih delavcev, ki lahko uspevajo v tem sodelovalnem okolju, kar na koncu vodi do boljših rezultatov pri pacientih in učinkovitejšega sistema zdravstvenega varstva.

Naloge izobraževalnih inštitucij, širše politike kot tudi organizacij zdravstvenega varstva, so posredovati, vcepljati miselnost, ki ceni timsko delo, spoštovanje, avtonomnost sleherne stroke, komunikacijo, sodelovalno prakso, k pacientu usmerjeno obravnavo in nenehno učenje kot sestavni del prakse zdravstvene obravnave.

Literatura

Canadian interprofessional health collaborative (CIHC), 2010. *A national interprofessional competency framework*. University of British Columbia, Vancouver Canada. [online] Available at: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf> [Accessed 20 April 2023].

Ciemins, E.L., Brant, J., Kersten, D., Mullette, E. & Dickerson, D., 2016. Why the interdisciplinary team approach works: Insights from complexity science. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7). 10.1089/jpm.2015.0398.

Foth, T., Block, K., Stamer, M. & Schmacke, N., 2015. The long way toward cooperation: Nurses and family physicians in Northern Germany. *Global Qualitative Nursing Research*, 2.

Hager, K., St Hill, C., Prunuske, J., Swanoski, M., Anderson, G. & Lutfiyya, M.N., 2016. Development of an interprofessional and interdisciplinary collaborative research practice for clinical faculty. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), pp. 265-267. 10.3109/13561820.2015.1092951.

Huq, J.L., Reay, T. & Chreim, S., 2017. Protecting the paradox of interprofessional collaboration. *Organization Studies*, 38(3/4), pp. 513-538.

Kasper, J., Mulye, A., Doobay-Persaud, A., Seymour, B. & Nelson, B.D., 2020. Perspectives and Solutions from Clinical Trainees and Mentors Regarding Ethical Challenges During Global Health Experiences. *Annals Global Health*, 86(1), p. 34. 10.5334/aogh.2721.

Oosterveld-Vlug, M.G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevaar, J.C. & Francke, A.L., 2019. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative care*, 18(96). 10.11186/s12904-019-0485-7.

Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F. & Krystallidou, D., 2018. Health care teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members perception of interpersonal interaction. *BMC Health Service Research*, 18. 10.1186/s12913-018-3392-3.

Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., 2008. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3).

Rosen, M.A., DiazGranados, D., Dietz, A.S., Benishek, L.E., Thompson, D., Pronovost, P.J. & Weaver, S.J., 2018. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), pp. 433-450. 10.1037/amp0000298.

Sangaletti, C., Schweitzer, M.C., Peduzzi, M., Zoboli, E.L.C.P. & Soares, C.B., 2017. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIM Database System Reviews Implementation Reports*, 15(11), pp. 2723-2788.

Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. 2019. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), pp. 332-342. 10.1080/13561820.2019.

Šanc, P. & Prosen, M., 2022. Interprofessional collaboration in interdisciplinary healthcare teams: A quantitative descriptive study. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), pp. 9-21.

World Health Organization, 2010. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S., 2009. Interprofessional collaboration: Effects of practice based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrain library*, 4, pp. 1-29.

IZZIVI MEDPROFESIONALNEGA SODELOVANJA V KLINIČNEM OKOLJU

Anja Novak³

Alenka Bijol⁴

Izvleček

Sodelovanje različnih profilov zdravstvenih sodelavcev s skupnim prizadevanjem na vseh ravneh zdravstvenega varstva, tvori celostno zdravstveno obravnavo pacienta. V omenjeni skrbi oz. osredotočenosti na pacienta, lahko naletimo na izzive, ki nam le to otežujejo. Najpogosteje so to izzivi, ki se nanašajo na nivo znanja zdravstvene nege in/ali medicine, na izkušnje in znanje povezane z medprofesionalnim sodelovanjem, velik del je tudi na profesionalni hierarhiji, medkulturnih kompetencah, komunikaciji med različnimi nivoji zdravstvene oskrbe in/ali ustanove ter izobrazbo nosilca zdravstvene oskrbe. Pri soočanju z izzivi pa nam lahko pomagajo naslednje strategije: timsko delo, organizacijska klima, različni stili vodenja, usklajevanje naloge v timu in dnevni medprofesionalni sestanki.

Ključne besede: *interdisciplinarni tim, sodelovanje, zdravstveni delavci*

1 Uvod

Strokovnjaki različnih profesij si med seboj delijo različna opravila in odgovornosti glede na pristojnosti, da bi dosegli najboljše učinke pri zagotavljanju kakovosti zdravstvene oskrbe. Sodelovanje med različnimi profili zaposlenih v zdravstvu je opredeljeno kot medprofesionalno sodelovanje, znotraj katerega naj bi imeli posamezniki enakovredne vloge (Strauss, et al., 2018). V kliničnem okolju zaznavamo več dejavnikov medprofesionalnega sodelovanja, ki prispevajo k manj kvalitetni obravnavi pacienta, pomanjkanje učinkovite komunikacije med zdravniki in zdravstvenimi delavci lahko privede do višje umrljivosti pacientov tako v bolnišnici kot v domačem okolju (Tang, et al., 2018), dobro sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami pa omogoča višjo kakovost zdravstvene obravnave pacientov (Strauss, et al., 2018). Pokazala se je tudi pomembna razlika v nižjem številu zdravih, ki so jih imeli pacienti, če jih je poleg zdravnika obravnaval tudi farmacevt (Ismail, et al., 2018). Glede na trenutno povečevanje vključevanja študentov in dijakov (ali v sklopu rednega kliničnega usposabljanja ali preko študentskega dela) v zdravstvene time v kliničnem okolju je pomembno, da tudi oni postanejo del medprofesionalnega sodelovanja in jih zaposleni k temu spodbujamo in podpiramo.

³ Anja Novak, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Jesenice, anja.novak@sb-je.si

⁴ Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc., Splošna bolnišnica Jesenice, alenka.bijol@sb-je.si

2 Kritične točke in izzivi v medprofesionalnem sodelovanju

Prehod sodobne medicine iz avtonomne stroke v interdisciplinarni model prakse je mogoče opisati kot heterogeno interaktivnost različnih zdravstvenih sodelavcev (Bleakley, 2013). V kliničnem okolju so zaznani spodaj opisani dejavniki medprofesionalnega sodelovanja, ki prispevajo k slabši obravnavi pacientov.

2.1 Nivo znanja zdravstvene nege in medicine

Poročanje informacij zdravniku je pomembno za ohranjanje varnosti pacientov, zdravstveno osebje mora poročati o spremembah zdravstvenega stanja. Kar je pa pri zaposlenih s pomanjkanjem znanja oteženo (Ohta, et al., 2019), saj pomanjkanje znanja in strah pred izgubo avtonomije posameznika lahko povzroči nastajanje obrambnih mehanizmov za dobro medprofesionalno sodelovanje; obširno strokovno znanje o lastni stroki in upoštevanje inovativnosti drugih strok pa vsekakor izboljša možnost enakovrednega sodelovanja (Reeves, et al., 2017). Nekateri nimajo dovolj zaupanja v svoje medicinsko znanje in se bojijo, da bi jih zdravniki obtožili nepotrebnega poročanja o blagih znakih in simptomih (Ohta, et al., 2018). Tudi razlika v znanju med medicinskimi sestrami in zdravniki lahko pripelje do slabše komunikacije (Ohta, et al., 2020).

2.2 Izkušnje in znanje o medprofesionalnem sodelovanju

Pomanjkanje znanja in izkušenj s področja medprofesionalnega sodelovanja lahko pripelje do pomanjkljivega prenašanja informacij o pacientu, kar vodi tudi do slabše komunikacije med zdravstvenimi delavci (Ohta, et al., 2020). Starejši zdravniki v času izobraževanja niso prejeli potrebnih znanj in veščin medprofesionalnega sodelovanja, kar lahko vpliva na način, kako sodelujejo v timu (Brown, et al., 2011).

2.3 Vpliv profesionalne hierarhije

V medprofesionalnem sodelovanju se pričakuje, da vsak zdravstveni strokovnjak enakovredno sodeluje pri zdravstveni obravnavi pacienta, kar vodi do boljše komunikacije in boljše oskrbe pacienta. Zdravstveno osebje lahko čuti določeno psihološko distanco do zdravnikov (profesionalna hierarhija), kar privede do slabše komunikacije (Gregory & Austin, 2016). Na drugi strani, pa v ruralnih okoljih, kjer je zaradi še vedno prisotne močne profesionalne hierarhije, zdravniško mnenje bolj spoštovano, povzroči, da pacienti ne upoštevajo navodil drugih zdravstvenih delavcev (Ohta, et al., 2020).

2.4 Medkulturne kompetence

Ker tudi v zdravstvu čutimo vedno več kulturnih mešanj in izzivov na tem področju, so medkulturne kompetence pogoj za medprofesionalno sodelovanje, ki nam pomaga

premostiti etnične, religiozne, jezikovne in kulturne razlike. Kulturne spretnosti strokovnjakov zdravstvene nege vključujejo sposobnost pridobivanja pomembnih informacij o pacientovih zdravstvenih težavah iz različnih kultur in sposobnost pregleda pacienta na način v skladu s kulturo pacienta. Pri mentoriranju ali medprofesionalnem sodelovanju z zaposlenimi pa se kulturne spretnosti nanašajo na sposobnost zbiranja pomembnih informacij povezanih s kulturo in s trenutno potrebo zaposlenega po usmerjanju. Za nadgrajevanje znanja je potrebno upoštevati kulturno ozadje zaposlenega, izobrazbo ter predhodno izkušnjo z delom v kliničnih okoljih (Oikarainen, et al., 2020).

2.5 Komunikacija med različnimi nivoji zdravstvene oskrbe in ustanovami

Bolnišnice igrajo pomembno vlogo pri zdravljenju akutnih obolenj pacientov, kjer pa zaposleni iz primarnega nivoja niso prisotni, zato je komunikacija in sodelovanje med zaposlenimi v bolnišnicah in primarnem zdravstvenem varstvu pomembna za obravnavo pacientov (Ohta, et al., 2020).

V socialno varstvenih ustanovah in primarnem zdravstvu pa je pomembna tudi izobrazba vodje oskrbe. Različna izobrazba vodi do razlik v prepoznavanju zdravstvenih stanj pacientov. Zdravniki poročajo o boljšem sodelovanju z medicinskimi sestrami, saj se le te hitreje posvetujejo z njimi o zdravstvenem stanju in ne pride do zamud pri zdravljenju (Ohta, et al., 2020).

3 Razprava

Na podlagi izzivov je potrebno izboljšati sodelovanje med vsemi nivoji zdravstvene oskrbe, k čimer pripomore razumevanje delovnega področja drugih zaposlenih (Ohta, et al., 2020). V spodaj opisanih vrstah strategij medprofesionalnega sodelovanja najdemo veliko priložnosti, ki nam nudijo izboljšave v medosebnih odnosih različnih profilov na delovnem mestu. Najpomembnejša strategija soočanja z izzivi v medprofesionalnem sodelovanju je zagotovo timsko delo, saj delovno okolje predstavlja za vsako medicinsko sestro, babico in zdravstvenega tehnika, kot tudi za študenta zdravstvene nege v času kliničnih vaj pomemben socialni splet, kjer lahko z medosebno komunikacijo gradi bolj ali manj konstruktivne odnose (Lahe & Kaučič, 2006). Neposredno na timsko delo v prvi vrsti vpliva organizacijska klima. Povše (2018) je v svoji raziskavi ugotavljal, na kakšen način organizacijska klima vpliva na medsebojne odnose zaposlenih. V najbolj splošnem smislu organizacijska klima predstavlja tako imenovano organizacijsko razpoloženje, ki pa se odraža v načinu delovanja organizacije, v splošnem vzdušju ter v načinu vedenja posameznikov v organizaciji. Agreli, et al. (2017) navajajo štiri ključne naloge, ki so temelj za doseg ciljev koncepta dobre organizacijske klime: interakcija in komunikacija med člani tima, cilji skupinskega dela, odgovornost vsakega posameznika za opravljeno delo, spodbujanje novosti v delovnih praksah.

Na vseh področjih velja, da so odnosi pri delu, zadovoljstvo zaposlenih, njihov položaj in počutje odvisni od vodje. Dober vodja se zaveda pomena vodenja in tega, da mora večšine dobrega vodenja ves čas razvijati kot odgovor na hitro spreminjajoči se sodobni svet. Prav zato je nujno zbiranje povratnih informacij, pohval, graj in pričakovanj zaposlenih, da bi se ustvarilo takšno vzdušje, ki bi ustrezalo večini, posledično je potrebno, da vodja izbere najprimernejši stil vodenja, ki jih od vodje delavci v zdravstveni negi pričakujejo (Laznik, 2018).

Korošec (2014) navaja, da je tim skupina ljudi, za katero je značilno, da njeni člani sodelujejo pri odločanju, povezujejo svoje znanje in izkušnje ter si medsebojno pomagajo pri doseganju zastavljenih ciljev. S povezovanjem ljudi v tim se izkoristijo znanje in spretnosti posameznikov. Pri tem je pomembno, da ima vsak posameznik možnost izražanja svojih stališč, kar učinkovito pripomore k reševanju problemov. Muller-Juge, et al. (2014) ugotavljajo, da sodelovanje v zdravstvenem sistemu ne temelji na individualnih potezah, ampak je timsko delo, uravnoteženo med odgovornostjo, pričakovanji in dobrim sodelovanjem med zaposlenimi. Tudi Tsz-Sum Lee & Doran (2017) navajata, da je zdravstvena nega stroka, kjer je delovanje v timu nujno, zato morajo medicinske sestre vedno sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci. Pomembno je zavedanje, da lahko medsebojni odnosi vplivajo na varno obravnavo pacientov. Dobri odnosi so ključni, kadar govorimo o izboljševanju kakovosti oskrbe pacientov. Veliko vlogo pri ogrožanju varnosti pacienta imajo napake v zdravstvu in neželeni dogodki, ki so povezani z napačno ali slabo komunikacijo med zdravstvenimi delavci. Raziskava, ki jo je izvedla Šanc (2021) je dokazala statistično značilne razlike pri medsebojni stopnji zadovoljstva med zdravniki in medicinskim osebjem. Rezultati so pokazali, da so z medpoklicnim sodelovanjem v povprečju najbolj zadovoljni zdravniki, najmlajši in najstarejši sodelavci in tisti, ki delajo največ ur na teden. S sodelovanjem so bolj zadovoljni tudi tisti zdravstveni sodelavci, ki so zaposleni v primarnem sektorju zdravstvene dejavnosti. Raziskava kaže vpogled v oceno stopnje sodelovanja v interdisciplinarnem timu, kjer so zdravniki optimistični v oceni sodelovanja, nasprotno pa so medicinske sestre v svoji oceni bolj kritične.

Za lažjo komunikacijo med vsemi deležniki je pomembno, da se v dnevno rutino uvedejo skupna poročanja. V kliničnih okoljih takim pogovorom rečejo posvet po viziti. Dufrene in Young (2013) posvete poimenujeta po angleško debriefing ali proces vodene refleksije. Ugotovitve Urismana, Garcia in Harris (2018) podpirajo pozitiven vpliv dnevnih interdisciplinarnih vizit (krogov) na kakovost oskrbe pacientov, kot tudi posledično izboljšanje komunikacije znotraj tima. Medicinske sestre in zdravniki so po vzpostavitvi dnevnih vizit poročali o izboljšanju medpoklicnega sodelovanja, vključenosti v postopek kliničnega odločanja o zdravstveni obravnavi pacienta ter evidentno zabeleženih manj padcev pacientov.

Tako kot ugotavlja v svoji raziskavi Paradinovič (2022) tudi mi ugotavljamo, da je precej manj informacij na voljo glede izobraževanja študentov o medprofesionalnem sodelovanju

v zdravstvenih timih. Obstajajo samo rezultati povezani s tem, kako študenti ocenjujejo medpoklicno sodelovanje in kakšne so njihove izkušnje. Spodbudno je, da študijski programi vsebujejo vsebine iz te tematike, vendar v večini primerov bolj kot izbirni predmet, za katere pa nimamo podatka, koliko študentov ga izbere (npr. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (2023a, 2023b) ponuja tako za program Zdravstvena nega kot Fizioterapija izbirni predmet Medprofesionalno sodelovanje, podobno tudi Medicinska Fakulteta v Ljubljani (2023) ponuja izbirni predmet Medpoklicno sodelovanje).

Še ena strategija, v povezavi s študenti pa je tudi vpeljava študentskih oddelkov. Passmore je s sodelavci leta 2016 intervjuvala študente, ki so prostovoljno delovali v tako imenovani Student-run clinics (SRC). Spraševali so jih o izkušnjah s timskim delom. Sodelovanje na kliniki so označili kot zelo pomembno za kasnejše profesionalno sodelovanje v delovnem okolju. SRC so eno pomembnejših izobraževalnih orodij za pripravo študentov na medprofesionalno sodelovanje. Študenta pripravijo na interakcijo z drugimi zdravstvenimi profili v kliničnem okolju, dajo pa mu tudi delovne izkušnje na področju, ki ga običajno ne izkusijo (Passmore, et al., 2016).

4 Zaključek

Za boljše medprofesionalno sodelovanje, katerega namen je skupen vsem profesijam v zdravstvu - varna in predvsem učinkovita zdravstvena oskrba pacienta - je pomembno, da se v prvi vrsti vsi zaposleni zavedamo izzivov, ki nam jih medprofesionalno sodelovanje lahko prinese. V literaturi najbolj pogosto zasledimo izzive, ki se nanašajo na nivo znanja zdravstvene nege in/ali medicine, na izkušnje in znanje povezane z medprofesionalnim sodelovanjem, velik del je tudi na profesionalni hierarhiji, medkulturnih kompetencah, komunikacijo med različnimi nivoji zdravstvene oskrbe in/ali ustanove ter izobrazbo nosilca zdravstvene oskrbe. Hkrati, ko se zavemo vseh izzivov medprofesionalnega sodelovanja pa se s tem lahko na ustrezen način soočamo z njimi in kot posameznik določene profesije pripomoremo k učinkovitejši komunikaciji. Predvsem je pomembno poudariti timsko delo, vpliv organizacijske klime, izbrati ustrezen stil vodenja, usklajevati naloge v timu, veliko vlogo pri izboljšanju medprofesionalnega sodelovanja pa so odigrali dnevni sestanki udeležencev vseh profesionalnih skupin, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta. Ne smemo pa pri svojem delu pozabiti tudi na dijake in študente, ki takrat, ko so prisotni, predstavljajo del tima. S takim načinom vključevanja v delo, pridobijo potrebne izkušnje za kasnejše samostojno delo in pridobijo kompetence za varnejšo in kakovostno obravnavo pacientov.

Literatura

Agreli, H.F., Peduzzi, M. & Bailey, C., 2017. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *Journal of interprofessional care*, 31(2), pp. 184-186.

Bleakley, A., 2013. The dislocation of medical dominance: making space for interprofessional care. *Journal of interprofessional care*, 27(2), pp. 24-30.

Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T.R. & Kasperski, M.J., 2011. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of interprofessional care*, 25(1), pp. 4-10.

Dufrene, C. & Young, A., 2014. Successful debriefing – best methods to achieve positive learning outcomes. a literature review. *Nurse education today*, 34(3), pp. 372-376.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2023a. *Medprofesionalno sodelovanje v zdravstvu* [online] Available at: <https://www.fzab.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-prve-stopnje/zdravstvena-nega-vs-prenova-2016/izbirni-predmeti-2/medprofesionalno-sodelovanje-v-zdravstvu/> [Accessed 18 September 2023].

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2023b. *Medprofesionalno sodelovanje v zdravstvu* [online] Available at: <https://www.fzab.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-prve-stopnje/fizioterapija-vs/izbirni-splosni-predmeti/medpofesionalno-sodelovanje-v-zdravstvu/> [Accessed 18 September 2023].

Gregory, P.A. & Austin, Z., 2016. Trust in interprofessional collaboration: perspectives of pharmacists and physicians. *Canadian pharmacists association*, 149(4), pp. 236-245.

Ismail, S., Osman, M., Abulezz, R., Alhamdan, H. & Quadri, K.H.M., 2018. Pharmacists as interprofessional collaborators and leaders through clinical pathways. *Pharmacy (Basel)*, 6(1), p. 24.

Korošec, N., 2014. *Dejavniki učinkovitega timskega dela: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Laznik, G., 2018. Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5(1), pp. 78-99.

Lahe, M. & Kaučič, B.M., 2006. Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege: kateri dejavniki vplivajo na njegovo uspešnost. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(3), pp. 149-155.

Medicinska fakulteta, 2023. *Medpoklicno sodelovanje* [online] Available at: <https://www.mf.uni-lj.si/o-studiju/ems-program-medicina/predmetnik/izbirni-predmeti/medpoklicno-sodelovanje> [Accessed 18 September 2023].

Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K.S., Hudelson, P., Maître, F., Nu V.V., Savoldelli G.L. & Nendaz M.R., 2014. Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. *Public library of science one*, 9(4), p. e96160.

Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kenny, A., Tomietto, M., Tuomikoski, A.M., Merilainen, M., Miettunen, J. & Kaariainen, M., 2019. Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 98(2019), pp. 75-86.

Ohta, R., Ryu, Y. & Katsube, T., 2018. Challenges for Japanese rural home care workers in interprofessional collaboration: a qualitative study. *Home health care services quarterly*, 37(4), pp. 313-324.

Ohta, R., Ryu, Y. & Katsube, T., 2019. Care managers in rural Japan: challenges to interprofessional collaboration. *Home health care services quarterly*, 38(4), pp. 270-285.

Ohta, R., Ryu, Y. & Otani, J., 2020. Rural physicians' perceptions about the challenges of participating in interprofessional collaboration: instinghts from a focus group study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 20(2020), p. 100345.

Paradinovič, J., 2022. *Pogled študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na timsko delo in medpoklicno sodelovanje: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Passmore, A., Persic, C., Countryman, D., Rankine, L., Henderson, M., Hu, T., Nyhofyoung, J. & Cott, C., 2016. Student and preceptor experiences at an inter-professional student-run clinic: A physical therapy perspective. *Physiotherapy Canada*, 68(4), pp. 391-397.

Povše, S., 2018. Vpliv organizacijske klime na medsebojne odnose, zadovoljstvo in zavzetost zaposlenih. *Revija za univerzalno odličnost*, 7(3), pp. 297-320.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M., 2017. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database systematic reviews*, 6(6), p. CD000072.

Strauss, M., Goriup, J., Križmarić, M. & Koželj, A., 2018. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 225-232.

Šanc, P., 2021. *Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu: magistrska naloga*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Tang, C.J., Zhou, W.T., Chan, S.W. & Liaw, S.Y., 2018. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: a qualitative exploratory study. *Journal of nursing management*, 26(1), pp. 11-18.

Tsz-Sum Lee, C. & Doran, D.M., 2017. The role of interpersonal relations in healthcare team communication and patient safety: a proposed model of interpersonal process in teamwork. *Canadian journal of nursing research*, 49(2), pp. 75-93.

Urisman, T., Garcia, A. & Harris, H.W., 2018. Impact of surgical intensive care unit interdisciplinary rounds on interprofessional collaboration and quality of care: Mixed qualitative-quantitative study. *Intensive and critical care nursing*, 44(2018), pp. 18-23.

KULTURNE KOMPETENCE – POGLED ŠTUDENTK ZDRAVSTVENE NEGE

Miladinka Matković⁵

Izvleček

Izhodišča: *Kulturne kompetence zajemajo širok nabor znanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogočajo, da zagotovijo primerno in kakovostno oskrbo vsem ljudem. Raziskave kažejo, da so v študijskih programih zdravstvene nege prve stopnje vsebine za pridobitev kulturnih kompetenc niso zadostno vključene. Namen raziskave je bil proučiti pogled študentov zdravstvene nege na kulturne kompetence.*

Metode: *S kvalitativnim pristopom so bili raziskani pogledi študentov zdravstvene nege na kulturne kompetence. Podatki so bili zbrani aprila 2021, s tehniko intervjuja, uporabljen je bil nestrukturiran vprašalnik. Izhodiščno vprašanje je bilo: Kako razumete izraz kulturne kompetence? V vzorec so bile vključene tri študentke drugega letnika zdravstvene nege. Pogovori so bili prepisani in besedilo analizirano.*

Rezultati: *Glavna kategorija je poimenovana Kulturne kompetence. Odgovori so bili zbrani v štiri podkategorije: Razumevanje izraza kulturne kompetence, Prepoznavanje ranljivih skupin, Izobraževanje in Odnosi. Ugotavljamo, da so študentke kulturne kompetence prepoznale kot spretnosti medicinskih sester delati z različnimi ljudmi, iz različnih držav, druge kulture, druge starosti, druge vere ter kot strategijo za premagovanje neenakosti v zdravstvu.*

Razprava: *Študentke so navajale, da je pomembno spoštovanje različnih kultur in pridobivanje kulturnih kompetenc. Izpostavljale so predvsem jezikovne ovire. Raziskava prispeva k spoznavanju pogleda študentov zdravstvene nege na področje kulturnih kompetenc.*

Ključne besede: *multikulturalnost, znanja, študij zdravstvene nege*

1 Uvod

Temeljno dejavnost zdravstvene nege predstavlja ugotavljanje in zadovoljevanje posameznikovih osnovnih človeških potreb. Del tega pa je tudi spoštovanje posameznikovih prepričanj, običajev in navad. Da bi zaposleni v zdravstveni negi lahko zagotavljali kulturno kompetentno zdravstveno nego, morajo poznati vsaj bistvene lastnosti neke kulture (Loredan & Prosen, 2013). Po drugi strani pa je vedno potrebno upoštevati posameznika in njegove osebne izbire, ki so lahko povsem drugačne od navad skupnosti v kateri biva (Lipovec Čebren, 2016). Na kulturo vpliva mnogo dejavnikov: spol, etnična pripadnost, družbeno-ekonomski status, spolna usmerjenost, dosedanje življenjske izkušnje, veroizpoved, družina in drugo (Lipovec Čebren, 2016). Zaposleni v zdravstveni negi se dnevno srečujejo z uporabniki z različnimi kulturnimi ozadji. Preprečevanje neenakosti v obravnavi in kakovostna, v posameznika usmerjena zdravstvena nega, ki naslavlja tudi posameznikove kulturne značilnosti je pravica vseh uporabnikov. Te pravice jim zagotavlja tako zakonodaja

⁵ Miladinka Matković, viš. med. ses., univ. dipl. kult., Onkološki inštitut Ljubljana, mmatkovic@onko-i.si

kot pravila etičnega delovanja. Prav zaradi tega imajo tudi zaposleni v zdravstveni negi pravno in moralno dolžnost zagotavljati kulturno dovzetno zdravstveno oskrbo (Repo, et al., 2017).

Domači in tuji avtorji ugotavljajo, da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo kulturnega ozadja uporabnikov in uporabnic ter ne znajo primerno ravnati v primeru kulturnih nesporazumov (Lipovec Čebren, 2016; Repo, et al., 2017; Štante, et al., 2018). Da pogosto pridobijo znanja, ki predstavljajo splošna dejstva in posplošene značilnosti neke določene kulturne skupine, kar pogosto vodi v ignoriranje individualnih razlik in v stereotipe (Kaihlanen, et al., 2019). Lahko pa zdravstveni delavci nezadostne kulturne kompetence sicer zaznavajo, vendar so pri reševanju le-teh, skupaj s pomanjkljivimi resursi in politikami, ki kršijo pravice manjšinskih skupin, več ali manj prepuščeni sami sebi (Lipovec Čebren & Pistotnik, 2015; Lipovec Čebren, 2019; Garrido, et al., 2019).

Zdravstveni delavci, ki so opolnomočeni na področju kulturnih kompetenc:

- »kažejo boljše razumevanje središčne vloge kulture v zdravstveni oskrbi;
- prepoznajo običajne kulturne ovire v razumevanju med uporabniki, zdravstvenimi delavci in zdravstveno ustanovo;
- prepoznajo značilnosti kulturnih kompetenc v okoljih, kjer poteka zdravstvena oskrba;
- znajo interpretirati in se primerno odzvati na verbalna in neverbalna sporočila uporabnikov;
- znajo sprejeti in se ustrezno odzvati na razlike v vrednotah, prepričanjih, verovanjih in praksah med različnimi uporabniki;
- so zavezani kulturno in jezikovno primerni obravnavi;
- delujejo kot vodje, mentorji in vzorniki ostalim zdravstvenim delavcem« (Lehman, et al., 2012, p. 3).

Kulturne kompetence zajemajo širok nabor znanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogočajo, da zagotovijo primerno in kakovostno oskrbo vsem ljudem (Lipovec Čebren, 2016). Kulturne kompetence predstavljajo tudi strategijo za zmanjševanje kulturne neenakosti v zdravju in zdravstveni oskrbi (Bernhard, et al., 2015).

Razvijanje kulturnih kompetenc je proces, ki zahteva vseživljenjsko učenje (Prosen, 2018). Filej (2019) z analizo študijskih programov zdravstvene nege na slovenskih fakultetah in visokih strokovnih šolah ugotavlja, da je v le-teh malo vsebin o multikulturalnosti in še te so običajno podajane razpršeno in nepovezano v sklopu drugih predmetov kot so Sociologija zdravja in bolezni; Etika in filozofija zdravstvene nege z zakonodajo; Sociologija. Samostojne predmete s področja multikulturalnosti zasledimo le dvakrat kot izbirni predmet - Multikulturne kompetence v zdravstvu in Medkulturna zdravstvena nega. V študijskih programih zdravstvene nege prve stopnje so vsebine za pridobitev medkulturnih kompetenc slabo vključene, kar pomeni, da doseganje kulturne kompetentnosti diplomiranih

medicinskih sester ni v skladu z Evropsko direktivo in smernicami Evropske federacije združenj medicinskih sester (European Federation of Nurses Associations – EFN) (Filej, 2019).

Omejene vsebine s področja kulturnih kompetenc, pridobljene v okviru formalnega izobraževanja, ne predstavljajo zadostno osnovo na kateri bi se zaposleni v zdravstveni negi lahko vseživljenjsko razvijali in izpopolnjevali (Prosen, 2018). V kliničnem okolju se zaposleni srečujemo z vedno novimi izzivi, kako zagotavljati kulturno kompetentno zdravstveno nego, ki je usmerjena k posamezniku in ki uspešno nagovarja njegove individualne potrebe.

Avtorji izpostavljajo potrebo po izobraževanju na področju kulturnih kompetenc, tako na nivoju formalnega izobraževanja z vključevanjem vsebin o medkulturnosti v kurikulum izobraževanja za poklice v zdravstveni negi (Prosen, 2018; Gillson, et al., 2019; James & Al-Kofahy, 2020), kot na nivoju vseživljenjskega izobraževanja (Loredan, et al., 2013; Hvalič Touzery, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2019; Shepherd, et al., 2019).

2 Metode

Namen raziskave je bil ugotoviti kakšna so znanja študentk zdravstvene nege o kulturnih kompetencah.

Z raziskavo smo dobili odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kaj študentke zdravstvene nege razumejo pod izrazom kulturne kompetence?
2. Kakšne vsebine so študentke zdravstvene nege spoznale v okviru študija o multikulturnosti in kulturnih kompetencah?
3. S kakšnimi izzivi s področja multikulturnosti so se študentke zdravstvene nege srečevale v kliničnih okoljih?

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop – študijo primera, metodo utemeljene teorije ter tehniko intervjuvanja. Podatki so bili zbrani aprila 2021.

Za intervjuje smo uporabili nestrukturiran vprašalnik. Izhodiščno vprašanje za intervju je bilo: Kako razumete izraz kulturne kompetence?

2.1 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni priložnostni vzorec. V vzorec so bile vključene tri študentke drugega letnika zdravstvene nege enega od visokošolskih zavodov, ki so v mesecu aprilu 2021 opravljale klinično usposabljanje. Starost študentk je bilo 20 let, 21 in 22 let. Po predhodnem pregledu predmetnika visokošolskega zavoda smo ugotovili, da so teme o

multikulturalnosti poslušale v okviru predmeta Sociologija zdravja in bolezni ter multikulturalnost (2. letnik).

2.2 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Intervjuji so potekali v mirnem prostoru v klinični bazi, brez motenj. Vsak je trajal približno 15 minut. Udeleženke so bile pred intervjujem seznanjene, da bo le ta posnet za namen raziskave in pozneje prepisan. Vsaki udeleženci je bilo omogočeno, da v katerem koli trenutku odstopi od udeležbe.

Etični vidiki raziskovanja: Študentke so se s sodelovanjem v raziskavi naučile več o kulturnih kompetencah. Od študentk smo pridobili ustne pristanke po informaciji o raziskavi. Sodelujočim v raziskavi je bila zagotovljena zasebnost, anonimnost in zaupnost.

Ob transkripciji intervjujev smo udeleženke šifrirali z oznakami Š1, Š2 in Š3. Po prepisu smo besedilo večkrat prebrali, ga analizirali in razčlenili na sestavne dele ter tako določili kodirne enote – kode, podkategorije in kategorije. Glavno kategorijo smo poimenovali Kulturne kompetence, ki smo jo obravnavali iz vidika štirih podkategorij: Razumevanje izraza kulturne kompetence, Prepoznavanje ranljivih skupin, Izobraževanje in Odnosi.

3 Rezultati

Tabela 1: Prikaz rezultatov

K U L T U R N E	Razumevanje izraza kulturne kompetence	<ul style="list-style-type: none"> • kako znajo »sestre« delati z različnimi ljudmi, iz različnih držav, druge kulture, druge starosti, druge vere (Š1) • neenakosti v zdravstvu (Š1) • sprejemanje pacienta kot celote - vera, osebnost, kultura, prepričanja, obnašanje (Š2) • pacientova vera, kultura, prepričanja, da z vsemi delamo enako, ne delamo razlik (Š3)
	Prepoznavanje ranljivih skupin	<ul style="list-style-type: none"> • starostniki, člani LGBT, tujci (Š1) • Srbi, Bosanci (Š1), Albanci (Š2), muslimani (Š3) • osebe s posebnimi potrebami (Š1) • gluhi, naglušni (Š1) • druga kultura (Š2) • psihiatrični bolniki (Š2) • brezdomci (Š2) • homoseksualci (Š3) • študentka z ruto, zaposlena v DSO z ruto (Š1, Š3) • druge vere (Š1, Š2, Š3)

	Izobraževanje	<ul style="list-style-type: none"> • v okviru sociologije (Š1, Š2) • v okviru etike v zdravstveni negi (Š3) • potrebno več znanj (Š2) • znanje vse bolj pomembno, ker se narodi selijo (Š3) • dovolj predstavljeno (Š2, Š3)
K O M P E T E N C E	Odnosi	<ul style="list-style-type: none"> • ne razumejo, kaj se dogaja (Š1) • drugačen način razlage (Š1) • skrb ali bodo sprejeti (Š1) • jim je težje (Š1) • ne znajo slovensko (Š1, Š2, Š3) • prevajajo sorodniki (žena, otroci) (Š1) • epidemija – problem spremljevalcev za prevajanje (Š2) • prisotnost tolmačke za znakovni jezik (Š1) • različnost se ne izpostavlja (Š2) • posmehovanje študentki, ki ni znala slovensko (Š2) • tolmač albanščine na OŠ v Kranju (Š2) • problem, ko prevajajo sorodniki (Š2) • diskriminacije vsako leto manj (Š2) • v zdravstvu se vsi enako obnašajo do vseh (Š3) • ni konfliktov zaradi kulture (Š3) • študentka z ruto ne more povsod opravljati KU (Š1, Š3) • klinične baze študentke z ruto ne bi smele zavrniti (Š3) • zaposlena v DSO v delovnem času ni nosila rute (Š1) • pomanjkanje znanja tujih jezikov študentov in zaposlenih (Š1)

Legenda: LGBT (lezbijke, geji, biseksualne osebe, transspolne osebe); DSO (Dom starejših občanov)

Vir: lastni vir, 2021

4 Razprava

Na podlagi analize rezultatov smo ugotovili, da so študentke kulturne kompetence prepoznale kot »spretnosti medicinskih sester delati z različnimi ljudmi, iz različnih držav, druge kulture, druge starosti, druge vere ter kot strategijo za premagovanje neenakosti v zdravstvu (Š1); kot sprejemanje pacienta v celoti – njegova vera, osebnost, kultura, prepričanja, obnašanje (Š2).« Izpostavile so tudi, »da ne smemo delati razlik med ljudmi (Š3).«

Podobno smo zasledili pri pregledu literature, kjer avtorji kulturne kompetence opredeljujejo kot širok nabor znanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogočajo, da zagotovijo primerno in kakovostno oskrbo vsem ljudem (Lipovec Čebren, 2016). Prepoznajo strategijo razvijanja kulturnih kompetenc kot dinamičen, dolgotrajen in vseživljenjski proces (Prosen,

2018) ter kot strategijo za zmanjševanje kulturne neenakosti v zdravju in zdravstveni oskrbi (Bernhard, et al., 2015).

Študentke sicer menijo, da je potrebno pridobivati »več znanj (Š2), ker je znanje vse bolj pomembno, ker se narodi selijo (Š3)«, vendar so se v intervjujih manj osredotočile na izobraževanje. To si lahko razlagamo s tem, da menijo, da so na fakulteti v okviru predmetov Sociologija (Š1, Š2) in Etika v zdravstveni negi (Š3) pridobile zadovoljivo znanje.

Nasprotno je v literaturi možno zaslediti, da avtorji izpostavljajo potrebo po večjem vključevanju vsebin o medkulturnosti v formalno izobraževanje (Prosen, 2018; Gillson, et al., 2019; James & Al-Kofahy, 2020), kot tudi zagotavljanje vseživljenjskega izobraževanja za opolnomočenje zaposlenih v zdravstveni negi na področju kulturnih kompetenc (Loredan, et al., 2013; Hvalič Touzery, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2019; Shepherd, et al., 2019).

V intervjujih so študentke kot ranljive skupine prepoznale »starostnike, člane LGBT, tujce, osebe druge vere, druge kulture, osebe s posebnimi potrebami, gluhe, naglušne, psihiatrične bolnike, brezdomce«.

Raziskava Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) pa je pokazala, da so v Sloveniji kot ranljive skupine najpogosteje označeni: migranti, brezdomci, starejši prebivalci, uporabniki nedovoljenih drog, brezposelni, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi, samozaposleni, osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami ter hendikepirani (Lipovec Čebren, 2017).

V sklopu podkategorije, ki smo jo opredelili kot Odnosi, smo v intervjujih odkrili največ kod. V tem delu smo študentke prosili, da izpostavijo primere iz prakse, ki kažejo na odnose med zdravstvenimi delavci in pacienti ter so dobri ali slabi primeri izvajanja kulturno kompetentne zdravstvene nege. Študentke so izpostavile, da nekateri pacienti (starostniki, tujci) ne razumejo kaj se dogaja in potrebujejo njim prilagojen način razlage. Mnogi tujci ne razumejo jezika, pogosto se v prevajanje vključijo sorodniki (tudi otroci). V času epidemije in omejitev vstopa v zdravstvene ustanove so opazile še večje težave pri sporazumevanju. Redko so prisotni tolmači. Š1 izpostavi prisotnost tolmačke za znakovni jezik, Š2 pa pove, da pozna primer OŠ v Kranju, kjer so povabili k sodelovanju tolmača za albanski jezik.

Po drugi strani pa študentke menijo, da se različnost v zdravstvu ne izpostavlja, da se vsi enako obnašajo do vseh ne glede na različno vero, kulturo, jezik, ...

V intervjujih opozorijo tudi na pomanjkanje znanja tujih jezikov študentov in zaposlenih v zdravstveni negi.

Raziskave v tujini in pri nas kažejo, da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo kulturnega ozadja uporabnikov in uporabnic ter ne znajo primerno ravnati v primeru kulturnih

nesporazumov (Lipovec Čebren, 2016; Repo, et al., 2017; Štante, et al., 2018). Da pogosto pridobijo znanja, ki predstavljajo splošna dejstva in posplošene značilnosti neke določene kulturne skupine, kar pogosto vodi v ignoriranje individualnih razlik in v stereotipe (Kaihlainen, et al., 2019). Lahko pa zdravstveni delavci nezadostne kulturne kompetence sicer zaznavajo, vendar so pri reševanju le-teh, skupaj s pomanjkljivimi resursi in politikami, ki kršijo pravice manjšinskih skupin, več ali manj prepuščeni sami sebi (Lipovec Čebren & Pistotnik, 2015; Lipovec Čebren, 2019; Garrido, et al., 2019).

5 Zaključek

Kulturno raznolik in dinamičen svet, v katerem živimo, od zdravstvenih delavcev zahteva vedno več občutljivosti za kulturne razlike in z njimi povezano ustrezno profesionalno ravnanje. Vseživljenjsko izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi bi moralo vključevati tudi znanja in spretnosti za nudenje kulturno dovzetne zdravstvene nege. Samo izobraževanje na področju kulturnih kompetenc seveda ne more rešiti ključnih sistemskih težav mnogih ranljivih skupin kot so neenakost v dostopu do družbenih virov in različne oblike diskriminacije, vseeno pa mislimo, da se je potrebno izobraziti o različnih načinih življenja, kulturnih praksah in prepričanjih, saj nam to omogoča nudenje kakovostne, varne in kulturno dovzetne zdravstvene nege. Ne nazadnje pa nam omogoča tudi uspešno sodelovati v timu, skupaj s sodelavci z različnimi kulturnimi in osebnimi ozadji.

Izvedba raziskave, ki vključuje neslučajnostni priložnostni vzorec študentk zdravstvene nege le enega visokošolskega zavoda, nam ne omogoča posploševanja rezultatov raziskave. Vendar kljub tem omejitvam pričujoča raziskava lahko nakaže razumevanje nekaterih tem s področja kulturnih kompetenc, ki ga študenti zdravstvene nege pridobijo v okviru formalnega izobraževanja. V nadaljevanju raziskovanja bi bilo smiselno raziskavo razširiti na večje število študentk in študentov iz več različnih visokošolskih zavodov v Sloveniji.

Literatura

Bernhard, G., Knibbe, R.A., von Wolff, A., Dingoyan, D., Schulz, H. & Mösko, M., 2015. Development and Psychometric Evaluation of an Instrument to Assess Cross-Cultural Competence of Healthcare Professionals (CCCHP). *PLoS ONE*, 10(12), p. e0144049. 10.1371/journal.pone.0144049.

Filej, B., 2019. Pomen medkulturnosti za holistično obravnavo pacienta. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta (elektronski vir): zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. [online] Available at: https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV%20simpozij%202015/unmfzv_zbornik_povzetkov_2018_www.pdf [Accessed 15 September 2023].

Garrido, R., Garcia-Ramirez, M. & Balcazar E. F., 2019. Moving towards Community Cultural Competence. *International Journal of Intercultural Relations*, 73. 10.1016/j.ijintrel.2019.09.002.

Gillson, S. & Cherian, N., 2019. The importance of teaching cultural diversity in baccalaureate nursing education. *Journal of Cultural Diversity*, 26(3). [online] Available at: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=6e684539-5e5d-4c7d-b7bc-891a47c30329%40pdc-v-sessmgr01> [Accessed 15 September 2023].

Hvalič Touzery, S., Smodiš, M. & Kalender Smajlović, S., 2016. Mentorstvo tujim študentom zdravstvene nege: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1). 10.14528/snr.2016.50.1.71.

James, L. & Al-Kofahy, L., 2020. Cultivating Cultural Competence Through Academic Community Engagement and Clinical Reflection. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5). 10.1177%2F1043659620971699.

Kaihlanen, A.M., Hietapakka, L. & Heponiemi, T., 2019. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(38). 10.1186/s12912-019-0363-x.

Lehman, D., Fenza, P. & Hollinger-Smith, L., 2012. Diversity & Cultural Competency in Health Care Settings. A Mather LifeWays Orange Paper. [online] Available at: <http://www.matherlifewaysinstituteonaging.com/wp> [Accessed 15 September 2023].

Lipovec Čebren, U. & Pistotnik, S., 2015. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja. Nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Etnolog. Nova vrsta*, 25(1).

Lipovec Čebren, U. ed., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/> [Accessed 15 September 2023].

Lipovec Čebren, U., 2017. Ko nujno postane nenujno. Raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Sloveniji. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*, 57(1-2).

Lipovec Čebren, U., 2019. Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu. In: N. Kocijančič-Pokorn & U. Lipovec Čebren, eds. *Večjezično zdravje : komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1). Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2916> [Accessed 15 September 2023].

Prosen, M., 2018. Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2). 10.14528/snr.2018.52.2.262.

Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I. & Leino-Kilpi, H., 2017. *The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. Journal of Transcultural Nursing*, 28(1). 10.1177/1043659616632046.

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

Štante, A., Mlinar Reljić, N. & Donik, B., 2018. Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujegovorečih pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4). 10.14528/snr.2018.52.2.207.

IZZIVI ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI OBRAVNAVI IMIGRANTOV

Sladana Božič⁶

Izvleček

Multikulturizem se opredeljuje, kot doktrina, ki omogoča, da ljudje različnih kultur, veroizpovedi, moralnih in drugih prepričanj, živijo v miru in sožitju z drugimi. Gre za relativno nov pojem, za katerega ni enotnih definicij. Pomembno pa je biti seznanjen z dejstvi in novostmi, ki jih multikulturizem opredeljuje, saj Slovenija postaja vse bolj pomembna ciljna država za mnoge tuje državljane (Halbwachs, 2014). Število imigrantov se statistično povečuje, zato so napovedi migracij v porastu. Zdravstveni delavci se pri obravnavi imigrantov srečujemo z različnimi izzivi, kar vpliva na kvaliteto našega dela. Namen prispevka je raziskati izzive, s katerimi se zdravstveni delavci najpogosteje srečujemo pri obravnavi imigrantov. Pri obravnavi imigrantov pa so vpleteni tudi študentje zdravstvenih strok, ki so v času opravljanja kliničnega usposabljanja prisotni. Študentje zdravstveni strok so pod vodstvom kliničnih mentorjev priča obravnavi imigrantov, ki so deležni zdravstvene oskrbe. Razumevanje kulturnih kompetenc in komunikacijskih veščin, spoštovanje raznolikosti ter ustvarjanje zaupanja med pacientom in člani zdravstvenega tima omogoča uspešno zdravstveno oskrbo.

Ključne besede: multikulturizem, zdravstvena oskrba imigrantov, izzivi v zdravstvu

1 Uvod

Namen strokovnega prispevka je predstaviti najpogostejše izzive s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci pri obravnavi imigrantov. Poseben poudarek je na komunikaciji in kulturni raznolikosti pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem. Poudarek ni samo na etičnih manjšinah in imigrantih, temveč tudi na drugih kulturnih skupinah s katerimi se srečujemo v klinični praksi.

Zdravstvena stroka se v kliničnem okolju danes ne srečuje samo z multikulturalizmom pri obravnavi uporabnikov zdravstvenih storitev, temveč tudi izvajalcev zdravstvene stroke. Kadrovski primanjkljaj zdravstvenih delavcev je potisnil zdravstveni sistem v iskanje zdravstvenega kadra izven države. Družbene spremembe so zaradi močnih gospodarskih sprememb in različnih vplivov: nove tehnologije, dostopnosti do informacij, raznolikosti pogleda posameznika in družbe na življenje in vrednote potisnile zdravstveni sistem v izzive današnjega sveta. Na osnovi le teh družbenih sprememb se je razvil multikulturalizem, ki je potiskal današnje zdravstvo v prilagoditev kulturnim potrebam in novostim, ki jih prinaša obravnava pacientov. V Sloveniji imamo ustavno in zakonsko kot narodne manjšine priznane narodne skupnosti Italijanov, Madžarov in Romov. Dejstvo pa je, da Slovenija

⁶ Sladana Božič, dipl. fiziot., mag. organ., Zdravstveni dom Ljubljana Center, sladana.bozic@zd-lj.si

postaja vse bolj zanimiva tudi za mnoge druge državljane, saj imamo več različnih narodnostnih manjšin (Albance, Bošnjake, Črnogorce, Hrvate, Srbe in Makedonce). V azilnih domovih v Sloveniji so kapacitete trenutno prezasedene. V prvotnih namestitvah pa živijo številni imigranti iz Ukrajine in Rusije. V Sloveniji prebiva več kot 200 000 ljudi, ki nimajo slovenskega državljanstva. Večina teh ljudi je delovnih imigrantov, ki imajo urejen bivalni status in zdravstveno zavarovanje. V skupino ostalih spadajo osebe s statusom priznane mednarodne zaščite in osebe s statusom azilanta. Azilanti so prosilci za priznanje statusa mednarodne zaščite. Na dan 13. 6. 2023 je bilo število oseb s priznanim statusom mednarodne zaščite 1017. Število oseb, ki čakajo na priznanje za mednarodno zaščito na dan 13. 6. 2023 je bilo 437. Največ oseb je iz Bližnjega vzhoda in severne Afrike, večina je mlajših moških (Urad vlade Republike Slovenije za oskrbo in integracijo migrantov, n.d.).

2 Izzivi zdravstvenih delavcev pri obravnavi imigrantov

2.1 Kulturna kompetentnost

Zdravstveni delavci se pri obravnavi imigrantov z začasnim bivanjem v naši državi srečujemo s kulturno kompetentnostjo. Kulturno kompetentnost je zmožnost posameznika, da razume in spoštuje vrednote, odnose, prepričanja in običaje različnih rasnih, etičnih, verskih in socialnih skupin. Poleg tega da jih razume, pa jih tudi upošteva pri svojem delu in se zna primerno odzvati pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvenih programov in intervencij (Komidar, 2019).

Zdravstveni delavec je postavljen pred dejstvo, da mora najprej razumeti lastne poglede na svet, lastne vrednote ter lastna prepričanja. Kulturna kompetentnost zdravstvenega delavca pomeni, da ima znanje o različnih kulturah. Zdravstveni delavec je dolžan prisluhni pacientu, se od njega učiti in pridobiti informacije o njegovem zdravstvenem stanju. Kulturna kompetentnost zahteva, da se zna zdravstveni delavec prilagoditi in spoštovati drugačnost (Razlag Kolar, 2019).

Fučak (2021) navaja, da je kulturna kompetentnost študentov zdravstvenih smeri, predvsem diplomiranih sester in tehnikov zelo pomembna pri obravnavi imigrantov. Posebno vlogo pri zdravstveni obravnavi imigrantov imajo mentorji študentov. Mentorji z lastnim zgledom in znanjem pojasnijo študentki, kako ravnati pri zdravstveni obravnavi pacienta imigranta. Običajno imajo mentorji že izkušnjo s posameznimi primeri, kako pravilno reagirati v primeru študentovega ne poznavanja kulture pacienta imigranta.

2.2 Komunikacija

Nerazumevanje jezika, nepismenost, prisotnost fizičnih, slušnih in govornih primanjkljajev se opredeljuje, kot komunikacijska ovira (Halbwachs, 2021). V kliničnem okolju se pri delu s imigranti srečujemo s komunikacijsko oviro, ki jo največkrat premagujemo s pomočjo

sorodnikov, ki govorijo angleško in je po raziskavah ta način komunikacije povsem sprejemljiv. V pomoč so nam tudi kulturni mediatorji in posebno usposobljeni tolmači znakovnega jezika. Včasih pa si pomagamo s pomočjo spletnega prevajalnika, kar se izkaže da smo tudi sami tolmači. V nekaterih primerih, pa se imigranti zadržujejo v naši državi dolgo časa in se naučijo osnovnih izrazov, ki so jim v pomoč pri komunikaciji (Babnik & Šavle, 2014). Komunikacija študentov zdravstvenih smeri pri obravnavi imigrantov je prepuščena iznajdljivosti mentorja študentov, ki je že obravnaval imigranta in lahko pojasni študentu kako bo komuniciral z imigrantom. Običajno gre za podobne načine komunikacije, kot jih uporablja sam mentor pri svojem delu (Fućak, 2021).

2.3 Plačilo zdravstvenih storitev

V Sloveniji imajo ekonomski migranti, ki so zaposleni urejeno zdravstveno zavarovanje tako kot državljani republike Slovenije. Prosilci za mednarodno zaščito in osebe s statusom mednarodne zaščite pa imajo po Zakonu o začasni zaščiti razseljenih oseb (2005), (27.člen) pravico do zdravstvene oskrbe. Plačilo zdravstvenih storitev osebam s statusom mednarodne zaščite je Urad vlade republike Slovenije za oskrbo in integracijo migrantov. Plačnik zdravstvenih storitev osebam brez statusa mednarodne zaščite je Ministrstvo za zdravje. Pri obračunu zdravstvenih storitev je potrebno upoštevati navodila Urada vlade Republike Slovenije za oskrbo in integracijo migrantov. Pri oskrbi migrantov smo zdravstveni delavci dolžni preverjati identiteto in odločbo iz katere je razvidno, da je oseba migrant (Urad vlade Republike Slovenije za oskrbo in integracijo migrantov, n.d.).

2.4 Izobraževanje zdravstvenih delavcev

Potreba po izobraževanju zdravstvenega osebja s področja komunikacije in kulturne kompetentnosti pri oskrbi imigrantov je nujna že pred vstopom na diplomski in podiplomski študij (Halbwachs, 2021). Izobraževanje s področja kulturne kompetentnosti zdravstvenega osebja in komunikacije z imigranti se povečuje. V Sloveniji imamo Mednarodno organizacijo za migracije, ki je leta 2019 izvedla prvo izobraževanje za zdravstvene delavce. Izobraževanje je potekalo v obliki predavanj in delavnic s področja dela zdravstvenih delavcev pri delu z imigranti. Leta 2022 pa je ista organizacija izvedla usposabljanje za zdravstvene delavce z naslovom Zdravstvena oskrba v kontekstu migracij.

3 Razprava

V Sloveniji je raznolikost kultur, religij in vrednot prisotna že od nekdaj. V preteklosti zdravstveni delavci niso namenjali pozornosti migracijam. Zadnja leta pa so se imigranti uspešno vključili v naš življenjski prostor in posledično stopili v stik tudi z zdravstvenim osebjem. Številni avtorji, ki namenjajo pozornost migracijam narodov tudi na naših prostorih ugotavljajo, da se zdravstveni delavci pri svojem delu srečujejo z štirimi najpogostejšimi

izzivi pri delu z migranti. Babnik & Šavle (2014) ugotavljata, da je največ težav pri komunikaciji, saj nepoznavanje jezika in načinov neverbalnega komuniciranja povzroča obojestransko nezadovoljstvo. Prav tako je na področju zdravstvene oskrbe imigrantov zdravstvenim delavcem ponujeno premalo informacij in literature s področja kulturne kompetentnosti. Število izobraževanj zdravstvenih delavcev se povečuje. Organizacijo izobraževanj prevzemajo tudi Mednarodne organizacija, ki srbijo za aktivno vključevanje imigrantov. Obstajajo tudi spletne izobraževalne platforme, ki so namenjene zdravstvenemu osebju v enotah intenzivne terapije za pridobivanje znanj in spretnosti s področja medkulturne oskrbe pacientov v zdravstvu. Ponekod na univerzitetnih programih zdravstvene nege že obstaja predmet transkulturna zdravstvena nega, zaenkrat le kot izbirni predmet (Halbwachs, 2021). Boljše poznavanje pacientove kulture in jezikovnih kompetenc olajša zdravstvenim delavcem komunikacijo z imigranti, posledično pa je zdravstvena oskrba boljša (Razlag Kolar, 2019).

4 Zaključek

Dandanes se zdravstveni delavci srečujemo z različnimi kulturami, jeziki, narodnostmi, verami, moralnimi, političnimi in socialnimi prepričanji, kar od nas zahteva da moramo upoštevati spremembe današnjega sveta. Na Fakulteti za zdravstvene vede v Oslu so že pred desetimi leti prepoznali potrebo po usposabljanju kulturnih kompetenc med študenti fizioterapije na dodiplomskem študiju. Študentje fizioterapije so bili vključeni v vodenje telesne aktivnosti za muslimanke v njihovem okolju. Študente so intervjuvali z namenom raziskave kako doživljajo raznolikost v interakcijah z muslimanskimi pacienti. Raziskava je pokazala, da se konstrukcija »drugáčnosti« in »enakosti« med študenti in muslimankami odvijala na nezavedni ravni. Posledično je fakulteta omogočila študentom kasnejših generacij pridobivanje izkušenj skozi interakcijo s pacienti z različnim etično, verskim in kulturnim ozadjem (Fougner & Horntvedt, 2011).

Raznolikost pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem je potrebno prepoznati in jim nuditi učinkovito in kulturno odzivno zdravstveno storitev. Pri obravnavi pacientov imigrantov je potrebno spoštovati in sprejemati njihovo kulturno raznolikost, kar posledično prispeva k zmanjševanju ali izkoreninjenju neenakosti v zdravju. S prispevkom smo ugotovili, da je zdravstvenim delavcem še vedno premalo ponujenih izobraževanj, tako so sami prepuščeni iznajdljivosti pri komunikaciji in prilagajanju in razvijanju medkulturnih kompetenc.

Literatura

Babnik, K. & Šavle, M., 2014. Kulturna raznolikost: komunikacija s pacienti iz različnih etničnih, kulturnih in jezikovnih okolij. In: T. Štemberge Kotnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič. *Zdravstvena nega v javnem zdravju: druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, januar 2014. Zbornik prispevkov z recenzijo*. Koper: Univerze na Primorskem, pp. 153-158.

Fougner, M. & Horntvedt, T., 2011. Perceptions of Norwegian physiotherapy students: Cultural diversity in practice. Oslo University College, Faculty of Education and International Studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(1), pp. 1-8.

Fučak, K., 2021. *Mišljenje i stavovi studenata sestrinstva o multikulturalnosti u radu medicinskih sestara/tehničara: diplomsko delo*. Rijeka: Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci, pp. 10-37.

Halbwachs, H.K., 2014. Multikulturizem v zdravstveni negi. In: A. Kvas, R. Kobentar, G. Lokajner, P. Požun & Đ. Sima, eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi: zdravstveni zbornik: zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*, Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45-54.

Halbwachs, H.K., 2021. Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema- stanje in model razvoja: doktorska disertacija. Maribor: Alma Mater Europaea, pp. 74-90.

Komidar, K., 2019. Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 6(2), pp. 3-21.

Medica, K., 2007. Integracijski multikulturizem ali medkulturnost integracije. *Monitor*, IX(2), pp. 77-99.

Prosen, M., 2018. Razvijanje medkulturnih kompetenc. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 76-80.

Razlag Kolar, T., Filej, B. & Kučič, B.M., 2019. Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in pa pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo. In: B. Filej & B.M. Kaučič, eds. *Medkulturna oskrba v zdravstvu. Znanstvena monografija*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 75-95.

Šanc, P. & Prosen, M., 2022. Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), pp. 9-21.

Urad vlade Republike Slovenije za oskrbo in integracijo migrantov, n.d. Uvodna stran. [online] Available at: <https://www.gov.si/drzavni-organi/vladne-sluzbe/urad-vlade-za-oskrbo-in-integracijo-migrantov/> [Accessed 15 September 2023].

Zakon o začasni zaščiti razseljenih oseb, 2005. Uradni list RS, št. 16/17. [online] Available at: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4176> [Accessed 15 September 2023].

IZZIVI MULTIKULTURNOSTI PRI FIZIOTERAPEVTSKEMU DELU

Barbara Ban⁷

Izvleček

Zaradi vse večje kompleksnosti in raznolikosti uporabnikov zdravstvenih storitev, se kaže potreba za pridobivanje ustreznih kulturnih kompetenc, ki so skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. Kulturna kompetenca nam omogoča nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur. Tako kot pri drugih zdravstvenih profilih se tudi pri fizioterapevtskemu delu zavzemamo za kulturno kompetentnost in iskanje skupnega jezika za čim večjo uspešnost pri doseganju postavljenih ciljev fizioterapije, zagotavljanja razumevanja in udobja pacientov. Pri multikulturnih fizioterapevtskih obravnavah na Kliniki Golnik se spopadamo z izzivi komunikacije na različne načine. Zelo dobro orodje je mobilni telefon, ki nam omogoča boljše sodelovanje s multikulturnimi pacienti in posledično doseganje ciljev fizioterapije. Vključevanje študentov v multikulturno fizioterapevtsko obravnavo je lahko še dodaten izziv za kliničnega mentorja, vendar lahko le-ti pripomorejo k kvalitetnejši fizioterapevtski obravnavi.

Ključne besede: multikulturnost, fizioterapija, kulturne kompetence, olajševalci komunikacije

1 Uvod

Multikulturnost Slovenski slovar knjižnega jezika (2000) navaja kot lastnost, značilnost multikulturnega, večkulturnost, kar je vedno bolj prisotno tudi v Sloveniji s prihodom večjega števila oseb iz drugih krajev sveta (turistov, delavcev migrantov, beguncev in drugih). Zaradi večje kompleksnosti in raznolikosti uporabnikov zdravstvenih storitev, se kaže potreba za poznavanje kulturnega ozadja le-teh ter ustreznega ravnanja v primeru kulturnih in jezikovnih nesporazumov, za kar je potrebno razviti kulturne kompetence. Jelenc, et al. (2016) navajajo kulturne kompetence kot »skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. Kulturna kompetenca nam omogoča nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur.«

Kulturne kompetence tako zajemajo (Jelenc, et al., 2016):

- zavedanje lastne kulture (predsodkov, stereotipov in pogledov na svet);

⁷ **Barbara Ban**, dipl. fiziot., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, barbara.ban@klinika-golnik.si

- dojemanje razlik med kulturami;
- poznavanje različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov;
- medkulturne veščine: sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu do uporabnika zdravstvenih storitev;
- medkulturne izkušnje: osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij;
- motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje.

Zdravstveni delavci, ki razvijajo ustrezne kulturne kompetence (Jelenc, et al., 2016):

- kažejo boljše razumevanje pomena kulture v zdravstveni oskrbi;
- prepoznavajo kulturne in druge ovire med uporabniki na eni strani ter zdravstvenimi delavci in zdravstveno ustanovo na drugi;
- prepoznajo pomen kulturne kompetence v okoljih, kjer poteka zdravstvena oskrba;
- pri komunikaciji z uporabnikom znajo razumeti in se primerno odzvati na verbalna in neverbalna sporočila, iztočnice in namige;
- znajo ustrezno ovrednotiti razlike v vrednotah, prepričanjih, verovanjih in praksah med uporabniki, ki so povezane z zdravjem in zdravljenjem ter se primerno odzivati na te razlike;
- so zavezani kulturno in jezikovno primerni obravnavi;
- bolj učinkovito sodelujejo z različnimi zdravstvenimi delavci.

Poleg posameznega zdravstvenega delavca mora biti kulturno kompetentno tudi delovno okolje, kar pomeni, da naj bi skrbelo za (Jelenc, et al., 2016):

- pozitivno naravnost do različnosti in spodbujanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe;
- izvajanje samoocene kulturne kompetentnosti;
- razumevanje dinamike kulturnih interakcij;
- odgovornost za izobraževanje in ozaveščanje na področju večkulturnosti;
- prilagoditev zdravstvene oskrbe na kulturno raznolikost.

Tako kot pri drugih zdravstvenih profilih se tudi pri fizioterapevtskem delu zavzemamo za kulturno kompetentnost in iskanje skupnega jezika za čim večjo uspešnost pri doseganju postavljenih ciljev fizioterapije, zagotavljanja razumevanja in udobja pacientov.

2 Multikulturalnost na Kliniki Golnik

Na Kliniki Golnik obravnavamo vedno večje število pacientov iz drugih kulturnih ozadij z različnimi jezikovnim poznavanjem. Klinika Golnik je slovenska baza za zdravljenje tuberkuloze, kjer delež pacientov rojenih v Sloveniji upada, delež pacientov rojenih v tujini in zdravljenih na naši kliniki pa z leti narašča (Klinika Golnik, 2021). Tudi na ostalih akutnih oddelkih se opazi porast pacientov iz drugih kulturnih in jezikovnih ozadij, ki potrebujejo pomoč pri zdravljenju pljučnih in alergoloških stanj. Oseba, ki išče zdravstveno pomoč,

vstopa v do neke mere hierarhični, pogosto neprosto voljen in čustveno obremenjen odnos do ponudnika zdravstvene storitve (Bofulin, et al., 2016). Pacienti z drugim kulturnim in jezikovnim ozadjem se lahko znajdejo v hudi stiski, saj potrebujejo zdravstveno pomoč v tuji državi, velikokrat ne poznajo jezika in je tako sporazumevanje z delavci oteženo. Vendar se lahko s poznavanjem kulturnih kompetenc in uporabo različnih načinov olajševalcev komunikacije približamo pacientom in zagotovimo kvalitetnejšo in učinkovitejšo fizioterapijo.

2.1 Primeri medkulturne fizioterapevtske obravnave

Odlično bi bilo, da bi vsaka zdravstvena ustanova imela na voljo tolmača različnih jezikov, saj bi na ta način preprečili morebitne stiske in nesoglasja zaradi težje komunikacije, prav tako pa pacientom iz drugih kulturnih ozadij omogočalo kvalitetnejšo zdravstveno in na koncu tudi fizioterapevtsko storitev. Klinika Golnik ne ponuja možnosti vsakodnevnega tolmačenja dela s pacientom iz drugih kulturnih ozadij.

Naslednji olajševalec komunikacije so lahko svojci pacienta, vendar se moramo zavedati da so čustveno vključeni v proces in neuradni prevajalci. Kot primer mojega dela lahko navedem situacijo na izolacijskem oddelku za Tuberkulozo, kjer pridem h gospe, da jo naučim dihalnih vaj za boljšo predihanost pljuč. Gospa je bila prestrašena, v stiski, poznala je samo svoj materni jezik (albanščino). Zaradi dela na izolacijskem oddelku nisem imela sabo mobilnega telefona, ki bi lahko služil kot olajševalec komunikacije. Med poskusom razlage gospo pokliče sin na mobilni telefon in ko se oglasi ugotovimo, da sin dobro govori slovensko in je že pri drugih zdravstvenih obravnavah sodeloval kot prevajalec. Prosila sem ga če ima 10 minut časa, da bi prevedel navodila dihalnih vaj svoji mami, saj je cilj, da te dihalne vaje izvaja še sama večkrat na dan. Prošnji je z veseljem ugodil, saj je želel pomagati, da bo mama čim prej odšla v domače okolje. Gospa je nato dobro razumela dihalne vaje in jih zelo lepo osvojila. Njen zaskrbljen obraz na začetku se je spremenil v veselega. Menim, da smo na ta način zagotovili primerno multikulturno fizioterapevtsko obravnavo (Jang, et al., 2023).

Odličen olajševalec komunikacije je lahko mobilni telefon. Uporaba programov kot so Google Prevajalnik, iTranslate, TripLingo, Papago in drugi, lahko služi kot enostavno in zelo močno orodje za premagovanje jezikovnih ovir med zdravstvenimi delavci in pacienti iz drugih kultur. Na tem mestu lahko dodam primer iz prakse, kjer smo pri gospe iz Albanije, ki je poznala samo svoj materinski jezik, želeli izvesti lokomotorno fizioterapijo skupaj s študentom. Pri začetni oceni naju je zanimalo kako pogosto se je posedala in hodila doma in če je pri tem potrebovala kakšen pripomoček. Uporabila sva Google Prevajalnik na študentovem mobilnem telefonu z možnostjo govorjenja prevoda. Obravnava je trajala nekoliko dlje, da smo se ustrezno z gospo sporazumeli in da je razumela namen in cilj fizioterapevtske obravnave. Po tem smo zelo dobro sodelovali, gospa je bila zelo motivirana za obravnavo, saj je bila vsakič ko je želela kaj vprašati tudi slišana. Začeli smo z izvajanjem

aktivnih vaj za spodnje ude, gospa je potrebovala pomoč pri posedanju, pri hoji na krajše razdalje pa smo uporabile hoduljo, ki jo je uporabljala tudi doma. Tekom hospitalizacije je napredovala in je ob odhodu hodila s hoduljo že na daljše razdalje po hodniku. Tudi študent je bil zelo zadovoljen z načinom dela in je samostojno opravil hojo pri pacientki.

V nekaterih primerih pa pri multikulturni obravnavi nimamo jezikovnih preprek, vendar še vseeno obravnavamo paciente iz drugih kulturnih in verskih ozadij. Kot primer lahko navedem gospoda, ki je bil sprejet na intenzivni Covid oddelek Klinike Golnik, zaradi hude Covid pljučnice. Gospod je pripadnik Jehovih prič in je zaradi verskih stališč zavračal posege v krvni sistem, kar pa je pomenilo, da je bilo zdravstveno osebje zelo omejeno pri oblikah zdravljenja in nadziranja njegovega stanja. Potrebovali smo veliko pogovora in razlage o načinih zdravljenja in izvajanja terapij. Tudi pri fizioterapevtski obravnavi smo tako izbrali neinvazivne postopke za respiratorno in lokomotorno fizioterapijo (Te, et al., 2019). Za boljšo predihanost smo gospoda naučili uporabe incentivnega spirometra in izvajanje dihalnih vaj, za olajšanje izkašljevanja pa pripomoček Acapella in tehniko kašlja Huffing. Aktivne vaje za celotno telo smo izvajali v leže in sede, gospod se je posedal ob asistenci ene fizioterapevtke, trening vstajanja pa je bil možen s hidravlično hoduljo in asistenco dveh fizioterapevtk, od tega ena študentka. Predstavili smo mu plan fizioterapije ob morebitnemu poslabšanju stanja (uporaba Izkašljevalnika če bi bilo potrebno). Gospod je dobro sodeloval in bil motiviran pri izvajanju fizioterapije, saj smo zagotovili stopnjo zaupanja.

3 Sodelovanje študentov pri multikulturni fizioterapevtski obravnavi

Sodelovanje študentov pri fizioterapevtskem delu na izolacijskih oddelkih Klinike Golnik ni možno, zaradi zaščite in preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni (Tuberkulozni oddelek ter rdeča cona Covid oddelkov med pandemijo). Študenti so pri multikulturni fizioterapevtski obravnavi prisotni na neizolacijskih akutnih oddelkih ob mentorjevi presoji ustreznosti. Cilj je, da študenti dobijo ustrezna znanja v praksi tudi pri multikulturni fizioterapevtski obravnavi, vendar je to velikokrat zelo velik zalogaj za kliničnega mentorja. Le-ta potrebuje ustrezno predhodno seznaniti študenta s pacientovo problematiko in opozoriti na vedenjske in komunikacijske razlike pri obravnavi, pridobiti privolitev pacienta o vključenosti študenta v obravnavo ter še vedno zagotoviti sodelovanje in motivacijo pacienta pri fizioterapevtski obravnavi (Fougner & Horntvedt, 2012).

Po drugi strani pa ima lahko sodelovanje študentov v multikulturni fizioterapevtski obravnavi pozitiven vpliv. Študenti lahko prihajajo iz različnih kulturnih ozadij oziroma na drugačen način poznajo le-ta kulturna ozadja in doprinesejo k kvaliteti multikulturne fizioterapevtske obravnave. Nadalje lahko poznajo različne jezike in načine olajševalcev komunikacije, kar je lahko za mentorja odlično orodje. Študenti so v večji meri zelo večji uporabe različnih tehnologij in lahko pozitivno pripomorejo k iskanju olajševalcev komunikacije na katerega sami ne bi pomislili (Te, et al., 2019). Prenosni telefon je s svojimi

aplikacijami lahko odlično orodje za premagovanje jezikovnih ovir in tako mogoča večje razumevanje pacientov iz drugih kulturnih ozadij, prav tako pa lahko zagotovimo boljšo kvaliteto obravnave z upoštevanjem na novo pridobljenih kulturnih kompetenc, ki jih izražajo pacienti.

4 Zaključek

Multikulturalnost je vse večji del našega vsakdana, kar se zrcali tudi v zdravstvenem sistemu. Osvojiti bi morali nove veščine oziroma postati kulturno kompetentni, da bi zagotovili kakovostno fizioterapevtsko obravnavo. Faza učenja pa bo trajala skozi vsa leta našega dela, saj se bomo preko fizioterapevtskih obravnav srečevali z novimi kulturami in jezikovnimi izzivi. Z uporabo različnih olajševalcev komunikacije in posluževanja znanja o vedenjskih, kulturnih in verskih razlikah lahko zagotovimo doseganje ciljev fizioterapevtske obravnave ob motivaciji pacienta. Tehnologija je vedno bolj prisotna v našem življenju in nam lahko tudi pri izzivih multikulturalnosti pomaga, da prebrodimo jezikovne ovire in se približamo pacientu.

Vključevanje študentov v multikulturalno fizioterapevtsko obravnavo je lahko zelo zahtevno za mentorja, vendar so lahko študenti zelo dobro orodje za pomoč, saj lahko prihajajo iz različnih kulturnih ozadij oz. so z njimi boljše spoznani, so pogosto zelo veščiji tehnologije in znajo predlagati olajševalec za boljšo komunikacijo s pacientom. Na ta način lahko zagotovimo kvalitetnejšo fizioterapevtsko obravnavo.

Literatura

Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, A., Lipovec Čebren, U. & Škraban, J., 2016. Komuniciranje. In: M.K., Svetel, U.L. Čebren, S. Pistotnik, Škraban, J. & D. Zaviršek, eds. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Fougner, M. & Horntvedt, T., 2012. Perceptions of Norwegian physiotherapy students: cultural diversity in practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(1), pp. 18-25. 10.3109/09593985.2011.560238.

Jang, S., Costa, N., Rusinga, A. & Setchell, J., 2023. Exploring physiotherapy education in Australia from the perspective of Muslim women physiotherapy students. *Physiother Theory Pract*, pp. 1-10. 10.1080/09593985.2023.2230597.

Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: M.K., Svetel, U.L. Čebren, S. Pistotnik, Škraban, J. & D. Zaviršek.,

eds. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Klinika Golnik, 2021. *Infografika, Registra tuberkuloze Republike Slovenije*. Golnik: Klinika Golnik. [online] Available at: www.klinika-golnik.si [Accessed 21 August 2023].

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), 2020. [online] Available at: www.fran.si [Accessed 20 August 2023].

Te, M., Blackstock, F. & Chipchase, L., 2019. Fostering cultural responsiveness in physiotherapy: curricula survey of Australian and Aotearoa New Zealand physiotherapy programs. *BMC Medical Education*, 19(1), pp. 1-12. 10.1186/s12909-019-1766-9.

