

Samoocena kulturne kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v11i1.145>

Izvirni znanstveni članek

UDK 614.253.5:316.7:37.011.2

KLJUČNE BESEDE: kultura, kulturne kompetence, izvajalci zdravstvene nege, medkulturna zdravstvena nega

POVZETEK – Kulturna raznolikost in multikulturalizem je nova sedanost globalnega sveta, kar prinaša tudi nove izzive v zdravstveni oskrbi. Za soočenje z izzivi obravnave kulturno raznolikih pacientov v zdravstveni negi potrebujemo kulturno kompetentne izvajalce zdravstvene nege, ki bodo prepoznali pacientove potrebe, zmanjšali neenakosti in nudili kakovostno in varno oskrbo. Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu ter na deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi dela. Podatke smo pridobili s spletnim anketiranjem, in sicer smo v raziskavo zajeli 150 izvajalcev zdravstvene nege, ki so v celoti izpolnili anketni vprašalnik. Ugotavljamo, da se izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomena kulture ter njenega vpliva na dožemanje zdravja in skrbi za zdravje, duhovnost in verska prepričanja pa so prepoznana za najpomembnejša dejavnika kulture. Ugotavljamo, da se 46 % anketirancev ocenjuje za zvedno nekompetentne, kar pomeni, da imajo pomanjkljivo znanje o kulturah.

Original scientific article

UDC 614.253.5:316.7:37.011.2

KEYWORDS: culture, cultural competence, nursing care providers, intercultural nursing care

ABSTRACT – Cultural diversity and multiculturalism is the new fact of the global world, which also brings new challenges in health care. To meet the challenges of treating culturally diverse patients, we need culturally competent nursing care providers that will recognize patient's needs, reduce inequalities, and offer safe and high-quality care. The study uses the quantitative research approach and the descriptive and causal-non-experimental work method. We obtained the data through an online survey, which included 150 nursing care providers. We have discovered that the nursing care providers are aware of the importance of culture and its role in the perception of health and care thereof, and that they recognize spirituality and religious beliefs as the most important cultural factor. We have found that 46% of the respondents perceive themselves as consciously incompetent, which means that they are aware of their insufficient knowledge about cultures.

1 Uvod

Kultura predstavlja primarno okolje posameznika, v katerem se uči in ponotranji številne pomena v družbi in si tako osmišlja svet, ki ga obkroža (Goriup, 2019). Po avtorjih Goody in Drago (2009) je kultura povezava naučenega in skupnega vedenja določene skupine. Car in Rifel (2004) dodajata, da kultura oblikuje doživljanja posameznika ter njegove poglede tako na zdravje kot bolezen ter načine premagovanja le-te. Pravzaprav gre za sistem skupnih vrednot, prepričanj, navad in vedenja, ki so skupni članom neke družbe oziroma skupnosti v svetu ter v odnosu drug do drugega. V zdravstveni negi kulturo prva opredeli avtorica Leininger (2006), in sicer kot na-

učene, skupne in prenesene vrednote, prepričanja, norme in način življenja določene skupine, ki usmerja njihov način razmišljanja, delovanja in daje vzorce ravnanja v določenih okoliščinah ter s tem postavi temelje medkulturne zdravstvene nege.

Medkulturna zdravstvena nega je ključna predvsem, kadar se zavedamo, da vedno več pacientov izhaja iz različnih kulturnih okolij, kar izvajalcem zdravstvene nege predstavlja izziv pri zagotavljanju individualne in celostne oskrbe, ki temelji na kulturnih potrebah vsakega pacienta (Kanchana in Sangamesh, 2016). Avtorici Hidayat in Uliyah (2019) dodajata, da ima medkulturna zdravstvena nega, ki temelji na modelu kulture, pomembno vlogo pri premagovanju zdravstvenih težav v skupnostih, kjer so kulturni dejavniki v nasprotju z načeli zdravega življenja. Po navedbah Karakus, Babadag, Abay, Akyar in Celik (2013) je cilj medkulturne zdravstvene nege nuditi učinkovito zdravstveno nego, ki je občutljiva na potrebe tako posameznikov kot njihovih družin skozi kulturni koncept. Medkulturna zdravstvena nega povečuje kakovost, omogoča lažje prilagajanje zdravstvene oskrbe, preprečuje nastanek kulturnega šoka ter hkrati štiti pacienta ne glede na njegovo kulturno ozadje, izboljšuje kulturno ozaveščenost izvajalcev zdravstvene nege ter preprečuje kulturna nesoglasja. Leininger (2006) jo poimenuje kot disciplino, ki vključuje znanje in prakse za doseganje in vzdrževanje cilja, in sicer nuditi kulturno kompetentno oskrbo, ki bo prispevala k zdravju in dobremu počutju.

Literatura navaja številne opredelitve kulturnih kompetenc – te so se stopnjevale od kulturnih kompetenc kot skupka, nato preko sposobnosti ter nazadnje do procesa (Lipovec Čebren idr., 2019). Prvič so bile opredeljene kot niz skladnih vedenj, odnosov in načel, ki so del sistema, organizacije ali pa izvajalcev v organizaciji in omogočajo, da sistem, organizacija in izvajalci učinkovito delujejo v medkulturnih situacijah (Cross, Bazron, Dennis in Isaacs, 1989). Papadopoulos (2003) dodaja, da gre za sposobnost zagotavljanja učinkovite zdravstvene oskrbe ob upoštevanju kulturnih prepričanj, vedenj in potreb ljudi, gre za sintezo znanj in veščin, ki jih pridobivamo tako skozi osebno kot poklicno življenje. Po navedbah avtorjev McGree in Johnson (2014) gre za razvijajoč proces, ki temelji na samozavedanju, znanju in veščinah ter velja tako za posameznika kot organizacijo v celoti.

Improving Cultural Competence (2014) opredeli kulturne kompetence kot sposobnost prepoznavanja pomena etnične pripadnosti, barve kože in kulture pri zagotavljanju zdravstvenih storitev ter dodaja, da gre predvsem za zavedanje, da ljudje iz različnih kulturnih skupin nimajo nujno istih prepričanj ter enake prakse ali pa ne dojemajo oziroma se ne srečujejo s podobnimi izkušnjami na enak način. Cross idr. (1989) navajajo, da je razvojni proces kulturnih kompetenc sestavljen iz naslednjih šestih faz: kulturne destruktivnosti, kulturne nezmožnosti, kulturne slepote, kulturne predkompetentnosti, kulturne kompetentnosti in napredne kulturne kompetentnosti. Cai (2016) opozarja na pet področij, ki vodijo h kulturno kompetentni oskrbi, in sicer so to kulturna zavest, kulturna občutljivost, kulturno znanje, kulturne veščine ter dinamičnost v procesu pridobivanja kulturnih kompetenc. Dodaja, da je kulturne kompetence mogoče razvijati postopoma, in sicer s prizadevanjem za zagotavljanje zdravstvene oskrbe, ki upošteva kulturni kontekst.

Z namenom premagovanja izzivov pri zdravstveni oskrbi kulturno raznolikih pacientov so bili zasnovani številni modeli za učinkovito delo s to skupino populacije. Med najbolj ključne modele razvoja kulturne kompetentnosti literatura uvršča Leningerjin model razvoja kulturne kompetentnosti, Purnellov model kulturne kompetentnosti, Model razvoja kulturne kompetentnosti po Camphina Bacotejev in Giger-Davidhzarjev model (Albougami, Pounds in Alotaibi, 2016).

Žal le zavezanost etiki ter zakonodaji po navedbah avtorjev Filej in Kaučič (2019) ni dovolj za zdravstvene delavce, saj potrebujejo znanja za obravnavo kulturno raznolikih pacientov, zato morajo izvajalci zdravstvene nege poskrbeti za krepitev kulturnih kompetenc. Ključ do doseganja enakopravne in kakovostne oskrbe je razumevanje in odzivanje na kulturne dejavnike, ki vplivajo na koncept zdravja in bolezni ter iskanja zdravstvene pomoči. Kulturne kompetence tako po navedbah avtorjev Karma-li, Grobovsky, Levy in Keatings (2011) predstavljajo sestavni del kakovostne oskrbe pacientov in njihovih družin v večkulturnem okolju. Tudi Komidar (2019) opozarja na sposobnost prepoznavanja medkulturnih značilnosti oziroma razlik kot ključa do kulturno kompetentne in hkrati kakovostne zdravstvene oskrbe. Pacienti, ki so deležni take obravnave, pridobijo občutek zaupanja in kažejo večjo pripravljenost za medsebojno sodelovanje, kar posledično izboljša njeno kakovost.

Z raziskavo, izvedeno v okviru magistrskega dela z naslovom *Kulturna kompetentnost izvajalcev zdravstvene nege* (2023), smo želeli ugotoviti stopnjo samoocene kulturne kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege po Purnellovem modelu kulturne kompetentnosti. Zanimalo nas je tudi, (1) kakšen je pogled izvajalcev zdravstvene nege na kulturo in (2) kateri dejavniki kulture so najpomembnejši za izvajalce zdravstvene nege.

2 Metoda

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu ter na deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi. Primarne podatke smo pridobili s tehniko anketiranja, sekundarne podatke pa z analizo domače in tuje znanstvene in strokovne literature. Za izvedbo raziskave smo uporabili prvi del vprašalnika, ki je bil razvit za potrebe projekta MICE (Multicultural Care in European Intensive Care Units). Za njegovo uporabo smo dobili soglasje vodje projekta. Vprašalnik smo prilagodili potrebam naše raziskave. V prispevku predstavimo podatke prvega sklopa anketnega vprašalnika, ki se nanaša na preučevanje pogleda anketirancev na kulturo (11 trditev), ter vprašanje, kjer gre za oceno stopnje kulturne kompetentnosti po Purnellovem modelu kulturne kompetentnosti (Purnell, 2005).

Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje. Vprašalnik smo objavili na spletni strani lka.si in ga nato delili na osebni profilu družbenega omrežja Facebook ter pozvali izvajalce zdravstvene nege, ki so uporabniki družbenega omrežja Facebook, da izpolnijo anketni vprašalnik in ga delijo naprej svojim sodelavcem iste poklicne skupine. Povezavo do ankete smo preko e-pošte posredovali tudi znanim iz-

vajalcem zdravstvene nege. Proces anketiranja se je tako nadaljeval in večal, saj nam je vsak anketiranec zagotovil nekaj novih anketirancev (metoda snežne kepe). Raziskava je potekala v obdobju enega meseca, in sicer od 24. 10. 2022 do 24. 11. 2022. Podatke smo statistično obdelali v programu SPSS 20 ter s programom MS Excel. Za vse spremenljivke smo izračunali opisno statistiko, in sicer smo uporabili osnovne statistične izračune in za primerjavo med spremenljivkami uporabili neparametrične teste. Pred izvedbo raziskave smo pridobili pozitivno mnenje o etični ustreznosti raziskave s strani Komisije za etična vprašanja na Univerzi v Novem mestu. Vsem sodelujočim v raziskavi smo zagotovili anonimnost. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov smo upoštevali tudi etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

V raziskavi smo zajeli 150 izvajalcev zdravstvene nege različnih smeri, ki so v celoti izpolnili anketni vprašalnik. Prevladovali so anketiranci ženskega spola (85,3 %), v povprečju stari 34,6 leta, z 12,9 leta delovne dobe. Ostali podatki so razvidni v tabeli 1.

Tabela 1

Demografski podatki/Demographic Data

	<i>Frekvenca</i>	<i>Odstotek</i>	<i>AS (SO)</i>
Spol			
ženski	128	85,3	
moški	22	14,7	
Starost			34,6 (10,19)
Izobrazba			
srednja zdravstvena šola	66	44,0	
visokošolski študijski	70	46,7	
program zdravstvene nege			
magisterij zdravstvene nege	13	8,7	
doktorat znanosti	1	0,7	
Delovna doba			12,9 (10,37)
Obisk tujih držav			
redno	10	6,7	
zelo pogosto	15	10,0	
pogosto	58	38,7	
redko	67	44,7	
nikoli	0	0,0	
Znanje tujih jezikov			
ne	19	12,7	
da	131	87,3	
Obiskovanje izobraževanja			
o multikulturni zdravstveni			
negi			
ne	140	93,3	
da	10	6,7	

Legenda/Legend: AS – aritmetična sredina, SO – standardni odklon/AS – arithmetic mean, SD – standard deviation

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

3 Rezultati

V raziskavi smo proučevali strinjanje anketirancev s trditvami, ki se nanašajo na poglede anketirancev na kulturo. Odgovori so bili podani s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, na kateri 1 pomeni »se popolnoma ne strinjam« in 5 »se popolnoma strinjam«. Anketiranci se v povprečju strinjajo s trditvami: »Menim, da mi znanje o različnih kulturnih skupinah pomaga pri mojem delu s posamezniki, družinami, skupinami ter organizacijami.« (AS = 3,9; SO = 0,76), »Zavedam se, da pripadniki različnih kultur definirajo koncept skrbi za zdravje na različne načine.« (AS = 3,9; SO = 0,68), »Duhovnost in verska prepričanja predstavljajo pomembne dejavnike mnogih kulturnih skupin.« (AS = 3,9; SO = 0,83). V povprečju pa se anketiranci ne strinjajo s trditvama: »Jezikovne ovire so edine težave nedavno priseljenih v Slovenijo.« (AS = 2,4; SO = 1,05) in »Če poznam posameznikovo kulturo, mi ni treba oceniti njegovih osebnih preferenc (prednosti) glede zdravstvenih storitev.« (AS = 2,2; SO = 0,91). Ostali podatki so vidni v tabeli 2.

Tabela 2

Pogled anketirancev na kulturo/Respondents' Views on Culture

<i>Trditve</i>	<i>Se popolnoma ne strinjam</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>Se niti ne strinjam niti se strinjam</i>	<i>Se strinjam</i>	<i>Se popolnoma strinjam</i>	<i>Skupaj</i>	<i>AS</i>	<i>SO</i>
Barva kože je najpomembnejši dejavnik pri določanju posameznikove kulture.	15	61	33	36	5	150	2,7	1,05
	10,0 %	40,7 %	22,0 %	24,0 %	3,3 %	100,0 %		
Ljudje s skupnim kulturnim ozadjem razmišljajo in delujejo na podoben način.	4	20	29	89	8	150	3,5	0,89
	2,7 %	13,3 %	19,3 %	59,3 %	5,3 %	100,0 %		
Mnogo vidikov kulture vpliva na zdravje in skrb za zdravje.	5	9	21	101	14	150	3,7	0,84
	3,3 %	6,0 %	14,0 %	67,3 %	9,3 %	100,0 %		
Vidike kulturne raznolikosti je treba oceniti za vsakega posameznika, skupino in organizacijo posebej.	3	8	22	105	12	150	3,8	0,75
	2,0 %	5,3 %	14,7 %	70,0 %	8,0 %	100,0 %		

Če poznam posameznikovo kulturo, mi ni treba oceniti njegovih osebnih preferenc (prednosti) glede zdravstvenih storitev.	27	82	25	13	3	150	2,2	0,91
	18,0 %	54,7 %	16,7 %	8,7 %	2,0 %	100,0 %		
Duhovnost in verska prepričanja predstavljajo pomembne dejavnike mnogih kulturnih skupin.	3	6	22	89	30	150	3,9	0,83
	2,0 %	4,0 %	14,7 %	59,3 %	20,0 %	100,0 %		
Posameznik se lahko identificira z več kot le eno kulturno skupino.	4	27	30	78	11	150	3,4	0,96
	2,7 %	18,0 %	20,0 %	52,0 %	7,3 %	100,0 %		
Jezikovne ovire so edine težave nedavno priseljenih v Slovenijo.	26	74	29	12	9	150	2,4	1,05
	17,3 %	49,3 %	19,3 %	8,0 %	6,0 %	100,0 %		
Zavedam se, da pripadniki različnih kultur definirajo koncept skrbi za zdravje na različne načine.	0	8	16	105	21	150	3,9	0,68
	0,0 %	5,3 %	10,7 %	70,0 %	14,0 %	100,0 %		
Menim, da mi znanje o različnih kulturnih skupinah pomaga pri mojem delu s posamezniki, družinami, skupinami ter organizacijami.	3	7	9	108	23	150	3,9	0,76
	2,0 %	4,7 %	6,0 %	72,0 %	15,3 %	100,0 %		
Uživam pri delu z ljudmi, ki se v kulturnem smislu razlikujejo od mene.	2	12	41	75	20	150	3,7	0,86
	1,3 %	8,0 %	27,3 %	50,0 %	13,3 %	100,0 %		

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Testa normalne porazdelitve, tj. Kolmogorov-Smirnov test in Shapiro-Wilkov test, sta statistično značilna (sig. < 0,05), kar pomeni, da se trditve, ki se navezujejo na pogled izvajalcev zdravstvene nege na kulturo, ne porazdelijo normalno, zato smo

prvo raziskovalno vprašanje »Kakšen je pogled izvajalcev zdravstvene nege na kulturo?« in drugo raziskovalno vprašanje »Kateri dejavniki kulture so najpomembnejši za izvajalce zdravstvene nege?« preverili z Wilcoxonovim neparametričnim testom (tabela 3).

Tabela 3

Wilcoxonov test za trditve, ki se navezujejo na pogled izvajalcev zdravstvene nege na kulturo/Wilcoxon Test for Statements Related to Healthcare Providers' Views on Culture

	<i>AS ± SO</i>	<i>Dejanska mediana</i>	<i>Hipotetična mediana</i>	<i>Wilcoxonov test (sig.)</i>
Ljudje s skupnim kulturnim ozadjem razmišljajo in delujejo na podoben način.	3,5 ± 0,89	4	4	152,00 (<0,001)
Mnogo vidikov kulture vpliva na zdravje in skrb za zdravje.	3,7 ± 0,84	4	4	252,00 (<0,001)
Vidike kulturne raznolikosti je treba oceniti za vsakega posameznika, skupino in organizacijo posebej.	3,8 ± 0,75	4	4	210,00 (<0,001)
Če poznam posameznikovo kulturo, mi ni treba oceniti njegovih osebnih preferenc (prednosti) glede zdravstvenih storitev.	2,2 ± 0,91	2	4	43,50 (<0,001)
Posameznik se lahko identificira z več kot le eno kulturno skupino.	3,4 ± 0,96	4	4	231,00 (<0,001)
Zavedam se, da pripadniki različnih kultur definirajo koncept skrbi za zdravje na različne načine.	3,9 ± 0,68	4	4	399,00 (0,150)
Menim, da mi znanje o različnih kulturnih skupinah pomaga pri mojem delu s posamezniki, družinami, skupinami ter organizacijami.	3,9 ± 0,76	4	4	379,50 (0,341)
Uživam pri delu z ljudmi, ki se v kulturnem smislu razlikujejo od mene.	3,7 ± 0,86	4	4	620,00 (<0,001)
Rasna pripadnost je najpomembnejši dejavnik pri določanju posameznikove kulture.	2,7 ± 1,05	2	4	97,50 (<0,001)
Duhovnost in verska prepričanja predstavljajo pomembne dejavnike mnogih kulturnih skupin.	3,9 ± 0,83	4	4	795,00 (0,241)
Jezikovne ovire so edine težave nedavno priseljenih v Slovenijo.	2,4 ± 1,05	2	4	175,50 (<0,001)

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Vse trditve, ki se navezujejo na pogled izvajalcev zdravstvene nege na kulturo, smo primerjali s hipotetično mediano (4 – strinjam se). Vidimo lahko, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvama »Zavedam se, da pripadniki različnih kultur definirajo koncept skrbi za zdravje na različne načine.« in »Menim, da mi znanje o različnih kulturnih skupinah pomaga pri mojem delu s posamezniki, družinami, skupinami ter

organizacijami.« (sig. > 0,05), kar pomeni, da se dejanska mediana (4) ne razlikuje od hipotetične (4), anketiranci se torej v povprečju s trditvama strinjajo. Najmanjše strinjanje je razvidno pri trditvi »Če poznam posameznikovo kulturo, mi ni potrebno oceniti njegovih osebnih preferenc (prednosti) glede zdravstvenih storitev.« (dejanska mediana (2) je statistično značilno (sig. < 0,05) nižja od hipotetične mediane (4)). Anketiranci se torej s trditvijo ne strinjajo. Za vse ostale trditve pa je dejanska mediana (4) enaka hipotetični mediani (4) in je statistično značilna (sig. < 0,05), kar pomeni, da se anketiranci v povprečju z ostalimi trditvami strinjajo.

Vse trditve, ki se navezujejo na pomembnost dejavnikov kulture, smo primerjali s hipotetično mediano (4 – strinjam se). Vidimo lahko, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo »Duhovnost in verska prepričanja predstavljajo pomembne dejavnike mnogih kulturnih skupin.« (sig. > 0,05) (dejanska mediana (4) se ne razlikuje od hipotetične (4)). Anketiranci se torej s trditvijo strinjajo. Najmanjše strinjanje je razvidno pri trditvah: »Rasna pripadnost je najpomembnejši dejavnik pri določanju posameznikove kulture.« in »Jezikovne ovire so edine težave nedavno priseljenih v Slovenijo.« (dejanska mediana (2) je statistično značilno (sig. < 0,05) nižja od hipotetične mediane (4)). Anketiranci se s trditvama ne strinjajo.

Samoooceno ravni kulturne kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege smo ocenjevali po Purnellovem modelu. Skoraj polovica anketirancev (46 %) je svojo stopnjo kulturne kompetence ocenila kot zavedno nekompetenten, 33,3 % kot zavedno kompetenten, 18,7 % pa kot nezavedno kompetenten. Najmanjši delež anketirancev (2 %) se je ocenil kot nezavedno nekompetenten (tabela 4).

Tabela 4

Ocena stopnje kulturne kompetentnosti po Purnellovem modelu/Assessment of the Level of Cultural Competence According to Purnell's Model

	<i>Frekvenca</i>	<i>Odstotek</i>
Nezavedno nekompetenten: odsotnost zavedanja pomanjkanja znanja o drugih kulturah.	3	2,0
Zavedno nekompetenten: prisotno zavedanje o pomanjkljivem znanju o kulturah.	69	46,0
Nezavedno kompetenten: prirojeno zagotavljanje kulturno skladne oskrbe za večkulturne paciente.	28	18,7
Zavedno kompetenten: prisotno učenje o pacientovi kulturi in izvajanju kulturno ustreznih intervencij.	50	33,3
Skupaj	150	100,0

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

4 Razprava

Zavedanje pomena kulture, v kateri pacient živi, osebnih izbir posameznika, okolja ter samega družbenoekonomskega položaja vsakega posameznika je ključnega pomena pri vključevanju pacienta v našo zdravstveno oskrbo (Gosenca idr., 2016).

V raziskavi ugotavljamo, da se anketiranci zavedajo pomena kulture v zdravstveni negi in njenega vpliva pri opredelitvi samega koncepta zdravja. Jelenc, Keršič Svetel in Lipovec Čebren (2016) prav tako poudarjajo, da družba kot taka ima z razvojem različnih načinov ohranjanja zdravja in soočenja z boleznijo pomemben vpliv na razumevanje zdravja in bolezni. Posledično imajo bolezen, oviranost ter bolečina kljub biološkemu dejstvu tudi druge pomene, prav zato jih obravnavamo in doživljamo skozi kulturne in družbene dimenzije. Avtorica Ule (2009) zdravje in bolezen celo poimenuje kot »kulturni konstrukt«, ki je po njenem mnenju povezan s političnim, ideološkim in pa predvsem družbenim sistemom, ki puščajo posledice tako v življenju posameznika kot tudi na njegovem počutju in razporejanju odgovornosti za bolezen.

Čeprav v raziskavi ugotavljamo, da se anketiranci strinjajo s trditvijo, da ljudje s podobnim kulturnim ozadjem delujejo in razmišljajo na enak način, je treba za vsakega posameznika, družino, skupino ali organizacijo oceniti vidike kulturne raznolikosti. Jasno je, da nekaterih kulturnih konceptov ne moremo razumeti v celoti, saj je, kot navajata Burnard in Gill (2013), skoraj nemogoče spremeniti svojo prvotno kulturo toliko, da postanemo del druge kulture, če nismo postali del nje v zgodnjih letih, sploh pa, če gre za dve popolnoma različni kulturi. Spodbudna je tudi ugotovitev, da anketirani izvajalci zdravstvene nege uživajo pri delu z ljudmi, ki se v kulturnem smislu razlikujejo od njih, saj prav poznavanje, samozavedanje ter odprt odnos do drugačnosti predstavljajo (Hvalič Touzery, 2014) temelj za pridobitev medkulturnih kompetenc.

Zanimalo nas je, kakšen je pogled izvajalcev zdravstvene nege na kulturo. Na podlagi rezultatov (tabela 2 in 3) lahko odgovorimo, da anketiranci prepoznavajo pomen kulture in kulturne raznolikosti v razumevanju zdravja in konceptov, ki se z njim povezujejo, se zavedajo pomena znanja o različnih kulturah, kar ne sme voditi v posploševanje, saj mora zdravstvena nega temeljiti na individualni oceni pacientovih potreb. V podobni raziskavi, izvedeni med vodilnimi medicinskimi sestrami, sta avtorici Halbwachs in Zurc (2017) ugotovili, da sta pojma kulturne kompetentnosti in kulture nasploh različno interpretirana, saj so kulturo povezovali z varnostjo, kulturo obnašanja, organizacijsko kulturo ter jo opredeljevali kot prepoznavanje potreb različnih pacientov.

V raziskavi smo ugotavljali, kateri so najpomembnejši dejavniki kulture za izvajalce zdravstvene nege, in sicer smo izpostavili barvo kože, duhovnost in verska prepričanja ter jezik kot najpogostejše dejavnike. Na podlagi rezultatov (tabela 2 in 3) lahko jasno odgovorimo, da prav duhovnost in verska prepričanja predstavljajo najpomembnejši dejavnik pri določanju kulture pacienta v primerjavi z rasno pripadnostjo in jezikom. Zanimiv je tudi podatek, da se anketiranci ne strinjajo, da jezik ne predstavlja edine ovire nedavno priseljenih, iz česar lahko zaključimo, da so prisotne še dodatne ovire, s katerimi se srečujejo tako priseljeni pacienti kot zdravstveni delavci. Jakubowska idr. (2021) poudarjajo, da je v zdravstveni oskrbi in razvoju zdravstvene politike treba upoštevati vero oziroma religijo kot dokazano pomemben dejavnik pri oblikovanju odnosa do številnih področij v življenju posameznika, ki so prav tako povezana z zdravjem in zdravstvenim vedenjem.

Duhovnost in verska pripadnost imata prav tako pomemben prostor v zdravstveni negi ne le v luči kulture in kulturnih kompetenc, ampak sta vključeni v osnovne življenjske aktivnosti ter sta pomemben element celostne oskrbe. Žal pa, kakor opozarjata Štrancar in Mihelič Zajec (2019), je življenjska aktivnost, ki opozarja na duhovnost v primerjavi z ostalimi aktivnostmi, v praksi deležna neenakopravnosti.

Poznamo kar nekaj modelov kulturne kompetentnosti, ki opisujejo ravni oziroma stopnje kulturne kompetentnosti in so uporabni v zdravstveni negi. V raziskavi smo ugotavljali, kakšna je samoocena ravni kulturne kompetentnosti po Purnellovem modelu med izvajalci zdravstvene nege. Na podlagi analize podatkov ugotavljamo, da se skoraj polovica anketirancev ocenjuje za zavedno nekompetentne, kar pomeni, da je prisotno zavedanje, da imajo pomanjkljivo znanje o kulturah. Podobno v svoji raziskavi ugotavljajo Karakus idr. (2013), in sicer da kar 62,5 % izvajalcev zdravstvene nege navaja, da niso kulturno kompetentni, se pa zavedajo pomena kulturnih razlik in menijo, da je potrebno to področje vključiti v izobraževalni program zdravstvene nege in s tem prispevati k večji kakovosti zdravstvene nege. Halbwachs in Zurc (2017) na majhnem vzorcu kvalitativne raziskave ugotavljata, da je zdravstvena nega pri nas po razvojnem procesu Crossa idr. (1989) nekje med kulturno slepoto in kulturno prekompetentnostjo z elementi kulturne nezmožnosti.

Hvalič Touzery, Kalender Smajlovič in Smodiš (2014) so prav tako opozorili na pomanjkljivost v znanju med kliničnimi mentorji, samimi študenti zdravstvene nege in prav tako njihovimi visokošolskimi učitelji, saj ni izpopolnjevanja na tem področju kljub velikim potrebam. Izobraževanje na področju multikulturalizma in uvrstitev tega področja v študijski program je ključna rešitev za razvoj usposobljenega kadra, ki bo zadovoljeval kulturne potrebe v zdravstveni negi. Posameznik, ki je povsem kulturno kompetenten, ne obstaja, saj kot opozarjata Keršič Svetel in Jelenc (2018), razvijanje kulturnih kompetenc zahteva stalno učenje, utrjevanje ter hkrati spoznavanje različnih kultur ter njihovih načinov življenja, mišljenja, prepričanja in vrednot. Pri tem moramo upoštevati tudi družbenoekonomske razmere, je pa treba na vse te dejavnike biti pozoren pri obravnavi vsakega posameznika v zdravstveni oskrbi, saj je razumevanje kulturnih razlik ne le ključ do dobrih medsebojnih odnosov, ampak pripomore tudi k uspešnosti zdravljenja, kakovosti in varnosti obravnave ter zadovoljstvu zdravstvenega delavca.

Naša raziskava ima tudi nekaj omejitev, kot so majhen vzorec, ki onemogoča posploševanje ugotovitev na vse izvajalce zdravstvene nege. Zato tudi ne moremo ugotoviti dejanskega stanja kulturne kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege. Potrebno bi bilo izvesti širšo raziskavo, ki bi pokazala dejansko stopnjo kulturne kompetentnosti ter hkrati kazalnike vseh pomanjkljivosti, med katere sodi tudi pomanjkljivo znanje izvajalcev zdravstvene nege o različnih kulturah.

5 Zaključek

Kulturno okolje, v katerem odraščamo in živimo, posledično zaznamuje tudi naš koncept zdravja in bolezni, pojmovanja bolečine, trpljenja ter ne nazadnje tudi odnos do zdravljenja ter zdravstvenih delavcev. Vsak izvajalec zdravstvene nege se zagotovo pri svojem delu vsakodnevno srečuje s pacienti, ki izhajajo iz okolja z drugačnimi kulturnimi značilnostmi. Pri tem se lahko vprašamo, ali izvajalci zdravstvene nege te kulturne razlike prepoznajo in ali so sposobni prilagoditi zdravstveno obravnavo pacientovim potrebam v okviru njihovih zmožnosti. Zavedati se je treba, da lahko spregledanje le-teh onemogoča kakovostno in celostno zdravstveno nego ter hkrati zmanjša kakovost zdravljenja. Literatura pravi, da smo zmožni zaznavati kulturne razlike le s samorefleksijo oziroma jih zaznavamo, ko se začnemo zavedati lastne kulture in njenih značilnosti. Zelo pomembno pa je zavedanje, da so kulture med seboj enakovredne in si vse zaslužijo spoštovanje. Kulturnim kompetencam je potrebno dati večji poudarek v postopku formalnega izobraževanja z začetkom že v srednješolskih programih ter z nadgradnjo na dodiplomskih in podiplomskih programih izobraževanja v zdravstveni negi ter kasneje na poklicni poti. Pojmi, kot so kultura v zdravstveni obravnavi, kulturne potrebe, medkulturna zdravstvena nega in kulturne kompetence, ne bi smeli biti novost v naših javnih razpravah tako med izvajalci zdravstvene nege kot med ostalimi zdravstvenimi delavci, sploh v obdobju, ko se število kulturno raznolikih pacientov povečuje, kar lahko predstavlja vse večji izziv tudi zdravstvenim delavcem. Od kulturno kompetentnih izvajalcev zdravstvene nege se ne pričakuje, da v popolnosti poznajo vse kulture, ampak da so sposobni predvideti, kako kultura vpliva na zdravstveno obravnavo, da prepoznavajo kulturne potrebe pacienta in jih skušajo uresničiti v skladu z znanjem in zmožnostmi, ki jih imajo. Zavedati se moramo dejstva, da je multikulturnost vse bolj del našega vsakdana tudi v zdravstvu, zato potrebujemo v zdravstveni negi kulturno kompetenten kader.

Arijeta Murseli, Bojana Filej, PhD

Self-Assessment of Cultural Competence of Nursing Care Providers

Culture in nursing was first defined by Leininger (2006) as the learned, common, and transmitted values, beliefs, norms, and way of life of a particular group, which directs their way of thinking and acting, and provides patterns of behaviour in certain circumstances, thereby laying the foundations of intercultural nursing. According to Karakus et al. (2013) the goal of intercultural nursing is to provide effective nursing that is sensitive to the needs of both individuals and their families through a cultural concept. Intercultural nursing increases quality; facilitates the adaptation of medical care; prevents the occurrence of culture shock and at the same time protects the patient regardless of their cultural background; improves the cultural awareness of nursing providers; and prevents cultural disagreements. Leininger (2006) refers to it

as a discipline that includes knowledge and practices to achieve and maintain the goal of providing culturally competent care that will contribute to health and well-being.

Cultural competences were first defined as a set of coherent behaviours, attitudes, and principles that are part of a system, organisation, or practitioners within an organisation and enable the system, organisation, and practitioners to function effectively in intercultural situations (Cross et al., 1989). Improving Cultural Competence (2014) defines cultural competences as the ability to recognise the importance of ethnicity, race, and culture in the provision of health services, adding that it is primarily an awareness that people from different cultural groups do not necessarily share the same beliefs and practices or do not perceive or experience similar situations in the same way. According to Karmali et al. (2011), cultural competences are thus an integral part of quality care for patients and their families in a multicultural environment.

According to Cross et al. (1989) the developmental process of cultural competence consists of the following six phases: cultural destructiveness, cultural incapacity, cultural blindness, cultural pre-competence, cultural competence, cultural proficiency. Cai (2016) highlights five areas that lead to culturally competent care, namely cultural awareness, cultural sensitivity, cultural knowledge, cultural skill, and dynamic process of acquiring cultural competence. He adds that cultural competence can be developed gradually, namely by striving to provide health care while considering the cultural context.

By carrying out research as part of the master's thesis entitled "Cultural Competence of Nursing Care Providers" (2023), we wanted to determine the level of self-assessment of cultural competence among nursing care providers according to the Purnell model of cultural competence. We were also interested in (1) the views of nursing care providers on culture and (2) the most important factors of culture for nursing care providers.

The research is based on a quantitative research approach and a descriptive and causal non-experimental method of work. To carry out the research, we used the first part of the questionnaire, which had been developed for the needs of the MICE-ICU (Multicultural Care in European Intensive Care Units) project and for which we had obtained consent from the project manager. We adapted the questionnaire to our research needs. In the paper, we used the data from the first set of the survey questionnaire, which refers to the study of the respondents' views on culture (11 statements) and the question concerning the level of cultural competence according to the Purnell model of cultural competence (Purnell, 2005).

An online survey was used to collect the data. We included 150 nursing providers of different profiles – 46.7% of nursing providers with a higher education in nursing and 44% with a completed secondary school of nursing. Female respondents predominated with 85.3%; the remaining 14.7% were male. On average, the respondents are 34.6 years old and have 12.9 years of work experience. Results relating to the nursing practitioners' views on culture show that respondents agree most with the statements "I am aware that people from different cultures define the concept of nursing in different ways" and "I feel that knowledge of different cultural groups helps me in my

work with individuals, families, groups, and organisations" ($p > 0.05$). This means that the actual median (4) does not differ from the hypothetical one (4) – on average, respondents agree with the statements. The lowest level of agreement can be seen with the statement "If I know an individual's culture, I don't need to assess their personal preferences (advantages) regarding health services".

From the results relating to the importance of cultural factors, it is evident that the respondents agree most with the statement "Spirituality and religious beliefs represent important factors of many cultural groups". The lowest agreement can be seen with the statement "Race is the most important factor in determining an individual's culture" and "Language barriers are the only problems of recent immigrants to Slovenia". Spirituality and religious beliefs also have an important place in nursing, not only in the light of culture and cultural competences, but also as part of basic life activities and as an important element of holistic care. However, according to Štrancar and Mihelič Zajec (2019), spirituality in nursing as a life activity is treated unequally in practice, compared to other activities.

Almost half of the respondents (46%) rated their level of cultural competence according to the Purnell model (Purnell, 2005) as consciously incompetent, 33.3% as consciously competent and 18.7% as unconsciously competent. The smallest proportion of respondents (2%) assessed themselves as unconsciously incompetent.

Awareness of the importance of the culture in which the patient lives, the individual's personal choices, the environment, and each individual's socioeconomic position is crucial in integrating the patient into our health care (Gosenca et al., 2016).

We were interested in the views of nursing care providers on culture. Based on the results (Table 2 and 3), we can answer that the surveyed nursing care providers recognize the importance of culture and cultural diversity in understanding health and the concepts associated with it. They are aware of the importance of knowledge about different cultures, which should not lead to generalizations; instead, medical care should be based on an individual assessment of the patient's needs. In a similar survey conducted among head nurses, Halbwachs and Zurc (2017) found that the concepts of cultural competence and culture in general were interpreted differently, as they associated culture with safety, with a culture of behaviour, organizational culture, and as recognition of the needs of different patients.

We find that spirituality and religious beliefs are the most important factors in determining a patient's culture, as opposed to race and language. Jakubowska et al. (2021) emphasize that in health care and the development of health policy, faith or religion must be considered a proven important factor in shaping attitudes towards many areas in an individual's life, which are also related to health and health behaviour. In the research, we determined the self-assessment of the level of cultural competence among nursing care providers according to the Purnell model. Based on the data analysis, we find that 46% of the respondents consider themselves to be consciously incompetent, which means that they are aware of having insufficient knowledge about cultures. At the same time, a good third of the respondents (33.3%) surprisingly

consider themselves to be consciously competent, meaning that they learn about the patient's culture and the implementation of culturally appropriate interventions.

Similarly, Karakus et al. (2013) find in their survey that 62.5% of nursing providers state that they are not culturally competent but are aware of the importance of cultural differences and believe that this area needs to be included in the nursing education programme in order to contribute to a higher quality of nursing care. Based on a small-sample qualitative study, Halbwachs and Zurc (2017) conclude that nursing care in Slovenia is, according to the development process by Cross et al. (1989), somewhere between cultural blindness and cultural pre-competence with elements of cultural disability.

Education in the field of multiculturalism and the inclusion of this field in the study programme is key for the development of qualified staff who will recognize cultural needs in nursing. There is no such thing as a completely culturally competent individual, because as Keršič Svetel and Jelenc (2018) point out, the development of cultural competence requires constant learning, consolidation and, at the same time, getting to know different cultures and their ways of life, thinking, beliefs, and values.

Concepts such as culture in health care, cultural needs, intercultural nursing, and cultural competence should not be new in our public discussions both among nursing care providers and among other health professionals, especially in an era when the number of culturally diverse patients is increasing, which also presents a big challenge for healthcare professionals. Culturally competent nursing providers are not expected to have an in-depth knowledge of all cultures, but to be able to anticipate how culture affects nursing, to recognise the cultural needs of the patient, and to seek to meet them in accordance with their knowledge and abilities. We need to be aware of the fact that multiculturalism is increasingly becoming a part of our daily lives, including health care, which is why we need culturally competent nursing providers.

LITERATURA

1. Albougami, A. S., Pounds, K. G. in Alotaibi, J. Sh. (2016). Comparison of four cultural competence models in transcultural nursing: A discussion paper. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2(4), 1–5.
2. Burnard, Ph. in Gill, P. (2013). *Culture, communication and nursing*. Routledge.
3. Cai, D. Y. (2016). A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 268–273.
4. Car, J. in Rifel, J. (2004). Načela zdravstvene oskrbe ljudi iz drugih kultur. V J. Kersnik (ur.), *Družinska medicina na stičišču kultur* (str. 1–12). Združenje zdravnikov družinske medicine.
5. Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W. in Isaacs, M. R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. CASSP Technical Assistance center.
6. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2019). Koncept večkulturnosti za zagotavljanje kakovostne obravnave pacientov. https://www.researchgate.net/publication/333775430_koncept_veckulturnosti_za_zagotavljanje_kakovostne_obravnave_pacientov
7. Goody, C. M. in Lorena Drago, L. (2009). Using cultural competence constructs to understand food practices and provide diabetes care and education. *Diabetes Spectr*, 22(1), 43–47.

8. Goriup, J. (2019). Multikulturalnost–vrednota postmoderne evropske družbe? V B. Filej (ur.), *Medkulturna oskrba* (str. 12–22). Visoka zdravstvena šola Celje.
9. Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M. in Lipovec Čebtron, U. (2016). Nekateri drugi kulturni vidiki zdravstvene obravnave. V U. Lipovec Čebtron (ur.), *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (str. 97–156). Nacionalni inštitut za javno zdravje Ljubljana.
10. Halbwachs, H. K in Zurec, J. (2017). Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih v zdravstveni negi. V B. Filej (ur.), *Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka: mednarodna znanstvena konferenca* (str. 60–68). Alma Mater Europea.
11. Hidayat, A. A. A. in Uliyah, M. (2019). The effect of the nursing care model based on culture to improve the care of malnourished madures children in Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(7), 1220–1225.
12. Hvalič Touzery, S. (2014). Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. V S. Pivač (ur.), *Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja: 8. šola za klinične mentorje* (str. 46–55). Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
13. Hvalič Touzery, S., Kalender Smajlović, S. in Smodiš, M. (2014). Medkulturne kompetence kliničnih mentorjev – Rezultati projekta Soulbus. V S. Pivač (ur.), *Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja: 8. šola za klinične mentorje* (str. 56–64). Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
14. *Improving Cultural Competence*. (2014). Rockville: Center for Substance Abuse Treatment.
15. Jakubowska, K., Chrusciel, P., Jurek, K., Machul, M., Kosciółek, A. in Dobrowolska, B. (2021). Religiosity and attitudes towards health, disease, death and the use of stimulants among Jehovah's witnesses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(5049), 1–12.
16. Jelenc, A., Keršič Svetel, M. in Lipovec Čebtron, U. (2016). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. V *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (str. 11–28). Nacionalni inštitut za javno zdravje.
17. Kanchana, M. N. in Sangamesh, N. (2016). Transcultural nursing: importance in nursing practice. *International Journal of Nursing Education*, 8(1), 135–138.
18. Karakus, Z., Babadag, B., Abay, H., Akyar, I. in Celik, S. S. (2013). Nurses' views related to transcultural nursing in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), 201–207.
19. Karmali, K., Grobovsky, L., Levy, J. in Keatings, M. (2011). Enhancing cultural competence for improved access to quality care. *Healthcare Quarterly*, 14(3), 52–57.
20. Keršič Svetel, M. in Jelenc, A. (2018). Kulturne kompetence pri oskrbi ran. V D. Tomc (ur.), *Kakovost življenja pacienta z rano: zbornik strokovnih prispevkov* (str. 16–27). Društvo za oskrbo ran Slovenije.
21. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
22. Komidar, K. (2019). Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 6(2), 3–21.
23. Leininger, M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. V M. Leininger (ur.), *Culture care and universality: A worldwide nursing theory* (str. 1–41). Jones and Bartlett.
24. Lipovec Čebtron, U., Pistotnik, S., Farkaš Lainščak, J. in Huber, I. (2019). Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. V B. Filej (ur.), *Medkulturna oskrba* (str. 35–49). Visoka zdravstvena šola Celje.
25. McGee, P. in Johnson, M. (2014). Developing cultural competence in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 19(2), 91–93.
26. Murseli, A. (2023). *Kulturna kompetentnost izvajalcev zdravstvene nege* [Magistrsko delo, Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede].
27. Papadopoulos, I. (2003). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*, 4, 1–5.

28. Purnell, L. (2005). The Purnell Model for cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(2), 7–15.
29. Štrancar, K. in Mihelič Zajec, A. (2019) Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), 232–242.
30. Ule, M. (2009). Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. *Aristej*.

Arijeta Murseli, zaposlena v Splošni bolnišnici Novo mesto

E-naslov: murseli.arijeta@gmail.com

Dr. Bojana Filej, izredna profesorica na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede

E-naslov: bojana.filej@gmail.com