

KULTURNE

KOMPETENCE

IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Priročnik za razvijanje
kulturnih kompetenc
zdravstvenih delavcev

KULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev

Avtorice in avtor: Martina Bofulin, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik, Juš Škraban, Darja Zaviršek

Urednica: Uršula Lipovec Čebren

Tehnična urednica: Ajda Jelenc

Recenzentke: Helena Kristina Halbwachs, Ksenija Jelenc, Jana Šimenc

Jezikovni pregled: Ivanka Huber

Ilustracije in oblikovanje: Igor Godnjov, Ingrid Pozvek

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2016, nova izdaja.

Elektronski vir: <http://www.nijz.si/>

Brezplačen izvod.

Za vsebino so odgovorni avtorji.

Dokument je nastal v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma. Več o projektu skupajzazdravje.si in o programu www.norwaygrants.si in www.svrk.si.

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

614.253:316.7(035)(0.034.2)

KULTURNE kompetence in zdravstvena oskrba [Elektronski vir] : priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev / [avtorice in avtor Martina Bofulin ... [et al.] ; urednica Uršula Lipovec Čebren ; ilustracije Igor Godnjov, Ingrid Pozvek]. - Nova izd. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016

Način dostopa (URL): <http://www.nijz.si/>

ISBN 978-961-6911-97-9 (pdf)

1. Bofulin, Martina 2. Lipovec Čebren, Uršula
285275392

KULTURNE

KOMPETENCE

IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Priročnik za razvijanje
kulturnih kompetenc
zdravstvenih delavcev

KAZALO

PREDGOVOR	7
-----------	---

KULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebren	11
ZAKAJ SO KULTURNE KOMPETENCE POTREBNE?	14
PREDNOSTI KULTURNO KOMPETENTNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE	18
KULTURNO KOMPETENTNA IN NA OSEBO OSREDOTOČENA ZDRAVSTVENA OSKRBA	20
KULTURNA KOMPETENTNOST V DELOVNIH ORGANIZACIJAH IN MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI	24

KULTURA

Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebren	31
KAJ JE KULTURA?	31
KAKO SE KULTURA KAŽE NA PODROČJU ZDRAVJA IN BOLEZNI?	37
KAJ OTEŽUJE SPOŠTOVANJE KULTURNIH RAZLIK?	40

TELO

Karmen Gosenca, Uršula Lipovec Čebren, Darja Zaviršek	51
NEKAJ PREPRIČANJ O TELESU	51
SPOL IN ZDRAVSTVENA OSKRBA	55
HENDIKEP IN ZDRAVSTVENA OSKRBA	59
NOTRANJA STRUKTURA TELESA IN PREPRIČANJA O DELOVANJU ORGANIZMA	63
MEJE TELESA	70
DOTIK	73

KULTURA, ZDRAVJE IN BOLEZEN

Uršula Lipovec Čebtron, Juš Škraban	83
ZDRAVJE IN BOLEZEN	83
BOLEZEN IN IZKUŠNJA BOLEZNI	85

NEKATERI DRUGI KULTURNI VIDIKI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron	97
BOLEČINA	97
ODLOČANJE O ZDRAVLJENJU IN AVTONOMIJA POSAMEZNIKA	109
VERA IN DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI	130
PREHRANA, KULTURA IN ZDRAVSTVENA OSKRBA	143

DRUŽBENO-EKONOMSKI DEJAVNIKI, KULTURA IN ZDRAVJE

Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik	157
REVŠČINA IN SOCIALNA IZKLJUČENOST	157
MIGRACIJE IN ZDRAVSTVO	180

KOMUNICIRANJE

Martina Bofulin, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc,

Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron, Juš Škraban	197
VLOGA KULTURNIH KOMPETENC PRI KOMUNIKACIJI MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI IN UPORABNIKI	197
TOLMAČENJE ZA POTREBE SKUPNOSTI V ZDRAVSTVU	218
MEDKULTURNO MEDIATORSTVO	233
ZAGOVORNIŠTVO	242
STANDARD ZA ZAGOTAVLJANJE ENAKOSTI V ZDRAVSTVENI OSKRBI RANLJIVIH SKUPIN	247

PRILOGA	254
----------------	------------

ZAHVALA

Ustvarjanje tega priročnika je bilo kot potovanje, ki ga je bilo treba na vsakem koraku skrbno načrtovati in iskati najboljše poti do skupnega cilja. Lahko bi izbrali druge, a upamo, da smo, za trenutni čas in prostor, poiskali prave. Pri tem smo prehodili mnoga križišča, se kdaj tudi izgubili in se zopet vrnili. Brez stalnega kritičnega razmišljanja, zavedanja lastnih in skupnih omejitev ter poguma, da zapišemo tudi tisto, o čemer se do zdaj v zdravstvu morda ni na glas govorilo, nam ne bi uspelo priti na cilj. In pomembno je, da smo na cilj prispeli z več izkušnjami in znanjem, se drug od drugega naučili, kako sodelovati, čeprav smo si zelo različni, kar je osnova kulturne kompetence.

Zahvaljujemo se tudi vsem našim kolegicam in kolegom, sodelavkam in sodelavcem ter zdravstvenim delavkam in delavcem za vzpodbudo in mnoge konstruktivne pripombe, ki so pomagale izboljšati vsebino tega priročnika v času njegovega nastajanja in nam nudile možnost učenja kulturne kompetence.

Veseli smo, da se je v okviru projekta Skupaj za zdravje pokazala potreba in priložnost, da spregovorimo in aktivno delujemo na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju s tako temeljno temo, naravnostjo in načinom dela, kot je kulturno kompetentna, na osebo osredotočena zdravstvena oskrba. Vnaprej pa se zahvaljujemo vsem vam, ki delujete v zdravstvu in boste ta priročnik z zanimanjem prebrali ter uporabili pri svojem vsakdanjem delu.

Avtorice in avtor priročnika

PREDGOVOR



PREDGOVOR

Priročniku na pot

»Bodimo sprememba, ki jo želimo videti v svetu«.

Gandhi

Ko sem pred nedavnim med zdravstveni delavci izvajala intervjuje za raziskavo o kulturni kompetenci, se je izkazalo, da večina intervjuvancev tega pojma ne pozna in ne razume. Ni presenetljivo – kulturna kompetenca je v slovenskem zdravstvu novejši pojem, ki predstavlja povsem novo dimenzijo profesionalne kompetentnosti. Kljub temu, da v našem življenjskem prostoru že od nekdaj obstaja raznolikost kultur, religij, vrednot, življenjskih prepričanj, nagnjenj in stilov, do sedaj izobraževalni programi za zdravstvene delavce te raznolikosti niso upoštevali, prav tako kot jo komajda upošteva celotni sistem in organiziranost zdravstvene oskrbe.

Vendar si danes ne moremo več zatiskati oči. Naša družba postaja čedalje bolj raznolika in vse napovedi kažejo, da bo ta raznolikost v prihodnosti še bolj izrazita. Množične migracije zaradi vojn, neustreznih življenjskih pogojev, klimatskih sprememb in drugih razlogov se bodo nadaljevale in spremenile sestavo našega prebivalstva. Obenem se ljudje čedalje bolj zavedamo svoje individualnosti ter svojih pravic, življenje želimo živeti v skladu z lastnimi prepričanji in vrednotami. Tudi v zdravstvu se moramo pričeti zavedati vseh teh sprememb in potreb.

Morda nekdo na to poreče, da se v zdravstvu vse ljudi obravnava enakopravno, kakovostno in varno, saj smo k temu zavezani z zakonodajo. Tudi kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi navaja, da moramo obravnavati vse ljudi enako, ne glede na njihovo narodnost, spol, izobrazbo, socialni položaj, vero in drugo, da moramo upoštevati tudi kulturo in osebna prepričanja ter da moramo upoštevati fizične, psihične, duhovne in socialne potrebe posameznika. Vendar je danes kompleksnost družbe in s tem kompleksnost kultur in prepričanj tako zahtevna, da sama zavezanost zakonodaji in etiki ni dovolj – za kompetence na tem področju je potrebno tudi veliko znanja. Ne le znanja, saj kompetence vključujejo tudi obvladovanje pojmov, spretnosti, veščin, socialnih odnosov, stališč, ravnanj, odnosa do samega sebe. Zato ni dovolj le, da smo dobri ljudje in empatični zdravstveni delavci, potrebno je veliko več. Ob prebiranju priročnika in predstavitvi konkretnih primerov, ki so navedeni v njem, postane to zelo hitro jasno.

Priročnik, ki ga imate pred seboj, predstavlja izjemno pomembno gradivo za zdravstvene delavce. Je prvo v Sloveniji, ki kompleksno obravnava področje kulturne kompetence v zdravstvu. Prihaja v zelo aktualnem času, ki zaznamuje razcepljenost slovenskega prebivalstva zaradi strahu pred drugačnostjo. Družbeno-ekonomska kriza, v kateri se nahajamo, predstavlja plodna tla za še dodatno razpihovanje tega strahu in nestrpnosti. Pričujoče gradivo lahko služi tudi razblinjanju strahu in predsodkov preko posredovanja znanja, zato ga odlikuje ne le izobraževalni, temveč tudi močan socialni naboj.

Ob izdaji tega priročnika iskreno čestitam vsem avtorjem in avtoricam za revolucionarno delo na področju kulturne kompetence v zdravstvu. Želim si, da bi priročnik našel pot do vsakega zdravstvenega delavca, pa tudi do vsakega učitelja, študenta in dijaka v izobraževalnih sistemih različnih poklicev v zdravstvu. Predvsem pa si želim, da bi vsi pacienti, ne glede na to, od kod so prišli, koga ljubijo, h komu molijo, kako so oblečeni, kaj jedo, začutili, da jih obravnavamo kompetentno, spoštljivo, brez predsodkov in z veliko mero empatije. Le tako bomo lahko vzpostavili zaupen odnos, ki je osnova za uspeh zdravstvene oskrbe ter se ob koncu dneva brez slabe vesti pogledali v ogledalo.

Helena Kristina Halbwachs, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Mednarodna specialistka za oskrbo ran (IIWCC)

KULTURNE
KOMPETENCE
IN
ZDRAVSTVENA
OSKRBA



KULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron

Uvod

O nujnosti objave tega priročnika smo razmišljali več kot desetletje. Ta publikacija se ni zdela potrebna le zaradi vse večjega števila oseb iz drugih krajev sveta (delavcev migrantov, beguncev, turistov in drugih), ki prihajajo v Slovenijo, temveč tudi zaradi vse večje kompleksnosti in raznolikosti sveta, v katerem živimo. Zdravstveni delavci¹ in tudi vsi drugi, ki opravljamo delo v javni sferi, smo postavljeni pred odločitev: bomo to raznolikost poskušali odmisлити ali pa jo bomo videli kot izziv, ki zahteva temeljit premislek o nas samih in kot priložnost, da svoje delo opravljamo bolj kakovostno in s tem bolj strokovno. Pričujoč priročnik smo zato oblikovali kot vzpodbudo vsem, ki se zavedajo, da potrebujejo več znanja in veščin za kompetentno soočenje z vse bolj raznolikimi potrebami svojih uporabnikov in uporabnic.

Dodatno motivacijo za oblikovanje tega priročnika sta nam dali ocena potreb² in rezultati kvalitativne raziskave o ovirah ranljivih skupin v sistemu zdravstvenega varstva³. Raziskava je namreč pokazala, da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo kulturnega ozadja uporabnikov in uporabnic ter ne znajo ustrezno ravnati v primeru kulturnih in jezikovnih nesporazumov, razlog za to pa vidijo v pomanjkanju usposabljanj, na katerih bi lahko razvijali kulturne kompetence (Farkaš Lainščak 2016).

Delo nam je olajšalo dejstvo, da se v mnogih državah (Kanada, ZDA, Španija, Francija, Italija, Velika Britanija, Nizozemska, Nemčija in druge) že desetletja ukvarjajo z razvijanjem kulturnih kompetenc na področju zdravstvene oskrbe. Na osnovi izkušenj iz tujine smo v priročnik poskušali vključiti številne dobre prakse ter se izogniti pastem, na katere opozarjajo kolegi in kolegice iz drugih držav:

¹ V priročniku uporabljamo izraz zdravstveni delavci in pišemo o posameznikih. Oba izraza, tako zdravstveni delavci kot posamezniki, sta uporabljena v množinski obliki, ki zajema oba spola, zato ne uporabljamo posebej še izraza zdravstvene delavke in posameznice. Čeprav bi bila uporaba obeh spolnih oblik bolj ustrezna, je med avtorjem in avtoricami prevladalo mnenje, da bi pisanje v obeh spolih z vsebinskega in oblikovnega vidika preobremenilo besedilo.

² Ocena potreb po preventivnih programih z vidika ranljivih skupin prebivalstva je potekala v letu 2014 v okviru projekta Skupaj za zdravje in bila objavljena v publikaciji Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin, 2016.

³ Raziskava, del ocene potreb v okviru projekta Skupaj za zdravje, je potekala od junija do septembra 2014 v 8 krajih (Koper, Izola, Ljubljana, Kranj z okolico, Sevnica, Novo mesto z okolico, Celje z okolico, Murska Sobota z okolico) in obsegala 68 intervjujev, v katere je bilo vključenih 121 oseb (zdravstveni delavci, zaposleni v javnih institucijah, zaposleni v nevladnem sektorju, uporabniki zdravstvenih storitev).

-
1. Ena ključnih zmot nekaterih publikacij in usposabljanj na področju kulturnih kompetenc je, da je lahko pojem kulture reduciran na tehnično veščino, ki naj bi jo zdravstveni delavci hitro in enostavno osvojili. V tem okviru kultura pogosto postane sinonim za etničnost, kulturne kompetence pa so zožene na serijo receptov (»kaj početi« in »česa ne početi« z osebo iz določene etnične skupnosti) oziroma nevarnih stereotipov (»Bošnjaki težko prenašajo bolečino«, »Albanci jedo le halal hrano« in podobno), ki celotne etnične skupnosti opisuje s poenostavljenimi slogani (Kleinman in Benson 2006: 1673). Na ta način se lahko le okrepijo (in ne zmanjšajo!) stereotipi in predsodki ter vzpodbudi predstava o statičnih kulturnih normah ali iluzija o predvidljivem kulturnem obnašanju (Gregg in Saha 2006: 542). V izogib tako problematičnemu dojetju pomena kulture in kulturnih kompetenc smo se v priročniku poskušali čimbolj odreči posplošitvam – tako tistim na etnični osnovi kot tudi drugim.
 2. Kultura je bila v medicinskih in zdravstvenih vedah vrsto let dojeta kot nekaj, kar zadeva le uporabnika in njegove bližnje. Nasprotno pa danes vemo, da lahko tudi na uradno medicino in njene institucije gledamo kot na specifično kulturo, saj nobena klinična praksa ni kulturno nevtralna – vedno je vpeta v okolje, v katerem obstaja (Kleinman in Benson 2006). Glede na to, da kulturno ozadje zdravstvenih delavcev pomembno vpliva na potek zdravstvene obravnave, smo v priročniku namenili precej prostora samorefleksivnim aktivnostim, preko katerih lahko spoznavamo, kako kultura pogojuje naše predstave in ravnanja.
 3. Pojem kulture se pogosto uporablja za prikrivanje socialnih in ekonomskih neenakosti. Na primer, revna oseba bo sicer lahko doživela kulturne nesporazume v zdravstveni ustanovi, a odpravljanje le-teh ne bo rešilo njene ključne težave – pomanjkljivega dostopa do zdravstvenih storitev zaradi neplačevanja zdravstvenega zavarovanja. Prav tako usposabljanje na področju kulturnih kompetenc ne more rešiti ključnih težav mnogih ranljivih skupin kot so neenak dostop do družbenih virov, strukturno nasilje in različne oblike diskriminacije (Gregg in Saha 2006: 543). Vseeno pa mislimo, da se je potrebno o teh vidikih izobraziti ter biti nanje v zdravstveni obravnavi čimbolj pozoren, zato smo v priročnik vključili poglavje Družbeno-ekonomski dejavniki, kultura in zdravje, kjer se ukvarjamo z revščino in socialno izključenostjo, brezposelnostjo in migracijami.
 4. Mnogi priročniki v drugih državah so posamezne etnične ali družbene skupine obravnavali ločeno. Na primer, priročnik z napotki, kako naj poteka kulturno kompetentna zdravstvena oskrba lezbijk, gejev, biseksualcev in transseksualcev – LGBT. Čeprav je taka ločena obravnava posamezne skupine morda v določenih primerih utemeljena, lahko pri zdravstvenih delavcih okrepi stereotipe, kot je bilo

pokazano v prvi točki. V priročniku smo sicer obravnavali posamezne skupine, ki so bile v že omenjeni kvalitativni raziskavi s strani zdravstvenih delavcev izpostavljene kot najbolj ranljive v sistemu zdravstvenega varstva (etnične manjšine, migranti, hendikepirani, brezposelni in prekarni delavci, starejši prebivalci, osebe s težavami v duševnem zdravju in drugi). Vendar pa o teh skupinah večinoma nismo pisali v ločenih poglavjih, temveč smo konkretne primere oseb, ki pripadajo določeni skupini, vključili v obstoječe tematske sklope.

Za konec naj poudarimo, da je bil priročnik zasnovan kot del usposabljanja z naslovom »Razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev«. Usposabljanje je bilo do sedaj izvedeno v treh Zdravstvenih domovih (Vrhnika, Sevnica in Celje) ter je obsegalo 20 ur interaktivnih predstavitev in delavnic, ki jih je izvajala interdisciplinarna skupina (Farkaš Lainščak in drugi 2015). V okviru uposabljanja je bil pričujoč priročnik tudi pilotiran – vsem zdravstvenim delavcem, ki so se do sedaj udeležili usposabljanja se zahvaljujemo za sugestije, komentarje in izboljšave njegove vsebine.

ZAKAJ SO KULTURNE KOMPETENCE POTREBNE?

Živimo v družbi, ki jo sestavljamo posamezniki z različnimi pogledi, navadami, tradicijami in izkušnjami. Smo del večkulture družbe, ki bo v prihodnje zagotovo še bolj raznolika. V takem okolju je potrebno vzeti v obzir dejstvo, da obstajajo različne skupine prebivalcev in da so razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo skupino. Razlike med prebivalci so zato večplastne – ne le zaradi vse večjega števila pripadnikov različnih etničnih skupin, temveč tudi zaradi številnih drugih dejavnikov, zaradi katerih so skupine prebivalcev vse manj homogene, enotne (Vertovec 2008; Chiarenza 2014).

Raznolikost današnje družbe se kaže tudi v širokem razponu različnih razumevanj zdravja, bolezni, bolečine ter v različnih dojemanjih zdravstvene oskrbe in zdravljenja. Vse to za zdravstvene delavce in zdravstvene ustanove predstavlja velik izziv, saj se na področju zdravja in zdravstva občutljivost za kulturne razlike in z njimi povezano ustrezno ravnanje kaže kot nujna.

Poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet omogoča nudenje boljše oskrbe in pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci.



Kaj so kulturne kompetence?

Kulturne kompetence 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 (Berkeley Diversity 2015).

Na eni strani splošne kulturne kompetence zajemajo širok nabor znanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogočajo, da zagotovijo primerno oskrbo vsem ljudem. Na drugi strani pa se specifične kulturne kompetence nanašajo na primerno oskrbo v določenih situacijah, v katerih pride uporabnikova kultura še posebej do izraza.

Začetnica kulturno kompetentne ali transkulturne zdravstvene oskrbe Madeleine Leininger, medicinska sestra in antropologinja, jo opredeli kot »... znanost in prakso, ki se v povezavi z zdravstveno nego osredotoča na kulturne vrednote, prepričanja in navade posameznikov ali skupin iz različnih kultur« (Murphy 2006 v Halbwachs 2014).

Kulturne kompetence zajemajo:

- zavedanje vpetosti v lastno kulturo, refleksijo lastnih predsodkov, stereotipov in pogledov na svet;
- 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.

Kulturno kompetentni zdravstveni delavci so usposobljeni, da s svojim odnosom in ravnanjem spoštljivo sodelujejo z uporabniki iz različnih okolij – izvajajo tako imenovano transkulturno zdravstveno nego oziroma oskrbo (Halbwachs 2014). Zdravstvena oskrba je tako enakopravna, kakovostna, varna, pravočasna, pravična in osredotočena na uporabnika (Lehman in drugi 2012: 2–3, Berkeley Diversity 2015). O takšni oskrbi govori tudi Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP).

ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

3. člen

Pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu se upoštevajo zlasti naslednja načela:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj;
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti;
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka;
- spoštovanje zasebnosti;
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju;
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen (ZPacP, 3. člen).



Če se ne zavedamo potreb posameznikov, jim lahko tudi nehote kratimo njihove pravice.

Nekaj zmot o kulturni kompetenci

- **»Kulturne kompetence se lahko naučim v nekaj urah!«**

Kulturne kompetence se ne moremo naučiti v kratkem času – gre za dolgotrajen proces učenja in usposabljanja, skozi katerega jo razvijamo in nadgrajujemo.

- **»Če poznam kitajsko kulturo, bom razumel vedenje svojih kitajskih pacientov!«**

Z dobrim poznavanjem določene kulture zagotovo veliko bolje razumemo posameznike, ki iz nje izhajajo. Vseeno pa se moramo zavedati, da v državi, kot je Ljudska republika Kitajska, obstaja več kot 50 etničnih skupin, ki so zelo različne, prav tako se med sabo razlikujejo province, pa tudi mestni ali vaški predeli. Poleg tega se navade v teh različnih delih Kitajske vseskozi zelo spreminjajo. Zato se moramo izogibati posploševanju in vedno preveriti, ali si z lastnim znanjem o določeni kulturi res lahko pomagamo pri obravnavi določenega posameznika.

- **»Če je posameznik iz določene skupnosti, se bo vedel tako kot njeni člani!«**

Četudi je nek posameznik pripadnik določene kulturne ali religijske skupine, še ne pomeni, da se bo hotel držati tradicionalnih ali prevladujočih praks. Vedno moramo upoštevati posameznika in njegove individualne izbire, ki so morda povsem drugačne od skupnosti, v kateri živi. Čeprav poznamo prevladujoče obnašanje določene skupine, moramo vendarle preveriti, ali to velja tudi za posameznika, s katerim imamo opravka (Mazanec in Kay Tyler 2003: 53–54).

Razvijanje kulturnih kompetenc je torej dolgotrajen proces, kjer svoje znanje in veščine stalno nadgrajujemo. Razumljivo je, da ne moremo poznati vseh kulturnih praks in se poglobljati v značilnosti vseh kulturnih skupin. Vseeno pa je pomembno, da si kot zdravstveni delavci in kot posamezniki prizadevamo, da o svojih uporabnikih vemo čim več ter pri tem svojega znanja o eni skupnosti ne posplošujemo na vse njegove pripadnike.

PREDNOSTI KULTURNO KOMPETENTNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Kulturno kompetentna ali transkulturna zdravstvena oskrba se je v izrazito večkulturnih državah (na primer ZDA, Kanada, Avstralija, Velika Britanija) razvila že konec petdesetih let 20. stoletja kot specialistično in kot splošno področje zdravstvene nege.

Raziskave kažejo, da ima kulturno kompetentna zdravstvena oskrba veliko prednosti in pomemben vpliv na zdravstvene izide ter dobro počutje vseh udeležениh. Na eni strani je pri uporabnikih opaziti povečanje zaupanja in lažje vzpostavljanje stikov z zdravstvenimi delavci, večje upoštevanje njihovih zdravstvenih nasvetov, manj pogoste posledice napačne uporabe zdravil ter boljšo zdravstveno pismenost prebivalcev. Na drugi strani pa zdravstveni delavci naredijo manj napak pri določanju diagnoz, nudijo bolj kakovostno zdravstveno oskrbo ter uspešneje opravljajo zdravstvenovzgojno delo (Lehman in drugi 2012).

Zdravstveni delavci, ki na usposabljanjih razvijajo kulturne kompetence:

- 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 (Lehman in drugi 2012: 2–3).

Primer: 35-letni moški, ki je bil priseljenc iz Indije, je začel z zdravljenjem z dializo. Zaradi svojih verskih prepričanj se je kot džainist prehranjeval strogo vegetarijansko in ni želel uživati mesa in jajc. Ker je bilo uživanje zadostne količine beljakovin nujen del njegovega zdravljenja, so se zdravstveni delavci z njim pogovorili o njegovih prehranskih navadah in njihovem vplivu na zdravljenje. Razložili so mu, kako pomemben je vnos beljakovin v njegovo telo in mu povedali, kakšne so možnosti zdravljenja glede na njegove prehranske navade.

Diskusija: Zdravstveni delavci v navedenem primeru niso želeli spremeniti uporabnikovega prehranjevanja proti njegovi volji. Spoštovali so njegova verska prepričanja, hkrati pa mu ponudili informacije o pomenu vnosa beljakovin za njegovo zdravstveno stanje in mu pokazali možne rešitve (College of Nurses of Ontario, 2009: 11).

Slovesna prisega Angele Boškin, s katero diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki simbolno obeležujejo zaključek svojega študija zdravstvene nege, v uvodnih členih jasno izraža zavezo, da bodo enakovredno skrbeli za osebe ne glede na njihov socialni položaj ali etično poreklo ter brez izjeme spoštovali njihove vrednote, prepričanja in navade. To prisego je potrdila tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Uvodni del prisega se glasi:

» Svobodno in svečano prisegam,

(1. načelo)

da bom kot strokovnjak/-inja zdravstvene nege skrbel/-a za človeka v vseh njegovih življenjskih obdobjih in si prizadeval/-a za krepitev in ohranitev njegovega zdravja. Človek kot enkratni in neponovljiv bo moja najvišja vrednota.

(2. načelo)

Da bom avtonomno in v sodelovanju z drugimi strokovnjaki skrbel/-a za ljudi vseh starosti, za

družine, skupine in skupnosti, za zdrave, bolne in umirajoče. Zagovarjal/-a bom njihove pravice ter

upošteval/-a in spoštoval/-a njihove vrednote, prepričanja, navade, potrebe in odločitve. [...]

(4. načelo)

Da bom ne glede na posameznikovo starost, socialni položaj, narodnost, vero, spol, zdravstveno stanje in druga prepričanja, enakovredno in po svojih najboljših močeh v danih situacijah nudil/-a celostno fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo.

(5. načelo)

Da bom odklonil/-a vsakršno delovanje, ki ne prispeva h krepitvi zdravja posameznika oziroma je škodljivo, neetično in nestrokovno.«

(Prisega Angele Boškin za diplomante programa prve stopnje zdravstvene nege 2011).

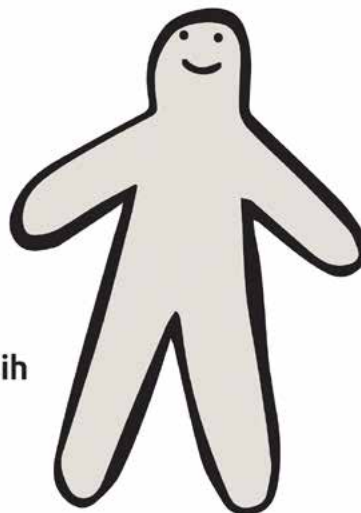
KULTURNO KOMPETENTNA IN NA OSEBO OSREDOTOČENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

VSAK ČLOVEK JE OSEBNOST, IN KOT OSEBNOST JE:

EDINSTVEN IN POSEBEN, drugačen od vseh ljudi

PODOBEN drugim članom svoje skupnosti, s katerimi si deli podobne skupne lastnosti, prepričanja, vrednote

ENAK vsem drugim ljudem po skupnih univerzalnih značilnostih, ki opredeljujejo človeško vrsto.



Slika: Pip Wilson, Blob people



Vsak posameznik je vpet v vse razsežnosti življenja. Kulturni in družbeni dejavniki močno vplivajo na dejanja in ravnanja posameznika pri ohranjanju zdravja in zdravljenju. Na vsakega posameznika tako vplivajo različne skupine, ki jim pripada – družina, krog prijateljev, delovni kolektiv in širša skupnost. Vendar pa kulturni dejavniki niso edini, ki vplivajo nanj. Vsak človek je edinstven in tako ga je treba tudi obravnavati. Na eni strani ravna na samosvoj način, na drugi pa kot pripadnik skupin, ki jim pripada. Prepoznavanje te dvojnosti je zelo pomembno, kajti ne obstaja le en pravilen pristop do vseh pripadnikov neke skupnosti. Pri zdravstveni obravnavi zato nikakor ne bi smeli dopustiti, da nas vodijo stereotipi ali preveč toga splošna priporočila. Obravnava vsakega posameznika zato zahteva poznavanje kulturnih in družbenih dejavnikov, ki nanj vplivajo, obenem pa ukrepanje v skladu z individualnimi potrebami določenega uporabnika.

Kot pravi zdravnik, ki dela s skupino ameriških staroselcev: »Vedno se pozanimajte o posamezniku. V okviru ene skupnosti je velik razpon oseb, ki imajo različna prepričanja, govorijo različne jezike, imajo različne stopnje izobrazbe in so bolj ali manj opolnomočene. Ne sklepajte kar tako – z ljudmi se ukvarjajte kot s posamezniki« (Nielsen 2007 v Ward 2008).

Primer: 56-letni moški z osnovnošolsko izobrazbo iz majhnega podeželskega kraja v Sloveniji je v presejalnem programu za zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesu dobil izvid, da so v njegovem blatu odkrili kri. Dobil je priporočilo, naj obišče svojo izbrano osebno zdravnico in se z njo dogovori za presejalno kolonoskopijo. Moški je svoji zdravnici razložil, da nikakor ne bo šel na kolonoskopijo. Zdravnica si je vzela čas za poglobljen pogovor in pacient je povedal, da je v zgodnji mladosti doživel zlorabo in si nikakor ne more predstavljati, da bi se podvrgel taki preiskavi. Z zdravnico sta se dogovorila za napotnico za bolnišnično kolonoskopijo s popolno sedacijo. Moški je preiskavo opravil, izkazalo se je, da je imel na debelem črevesu raka v začetnem stadiju.

Diskusija: Uporabnikovi zadržki, da bi opravil nujno preiskavo, so bili posledica osebnih travmatičnih doživetij iz preteklosti. Četudi bi zdravnica upoštevala vse družbeno-kulturne značilnosti kraja, iz katerega je moški izhajal, ji to ne bi pomagalo pri odkrivanju razlogov, ki so bili v tem primeru individualni. Razumevajoč pristop zdravnice, ki se je poglobila v njegove razloge za zavračanje preiskave in je razumela uporabnikov ranljivi položaj, je moškemu rešil življenje.



Povzeto po Beach et al. 2008.

Na osebo osredotočena zdravstvena oskrba in kulturno kompetentna zdravstvena oskrba obravnavata dve razsežnosti vsakega človeka – na eni strani edinstvenost posameznika kot neponovljive osebnosti ter na drugi strani posameznika kot del širše skupine, ki ji pripada in si z njo deli predstave, prepričanja, način življenja – skratka kulturo. Ta dva pristopa izhajata iz ugotovitve, da je vsak posameznik edinstven, saj ni zgolj »rezultat« svoje kulture, obenem pa ga ne moremo razumeti izven njegovega družbenega konteksta, saj nihče ni »Robinzon na samotnem otoku«. Oba pristopa se deloma prekrivata in prvine kakovostne zdravstvene oskrbe, ki so obema pristopoma skupne, predstavljajo nujno jedro vsakega kakovostnega odnosa med zdravstvenim delavcem in osebo, ki vstopi v zdravstveno obravnavo. Vsak od obeh pristopov prinaša poleg tega nujnega jedra še dodatne prvine, ki prav tako bistveno pripomorejo k boljši zdravstveni oskrbi.



Preberite naslednji primer in o njem razmislite s pomočjo vprašanj:

Moški si je kot del svojega zdravljenja v bolnišnici želel kratek obred, ki bi vključeval prižiganje kadila, zaradi katerega bi nastala določena količina dima (podobno kot pri dišavni paličici). Svojo željo je sporočil medicinski sestri. Njena prva reakcija je bila odklonilna, saj kaj takega še niso počeli in da bi bilo prižiganje kadila v nasprotju s politiko bolnišnice. Medicinska sestra se je pogovorila z vodstvom oddelka. Ko so skupaj pregledali protipožarna pravila in se posvetovali z ustreznimi sodelavci na drugih oddelkih, so se skupaj odločili, da se lahko vsem tveganjem za druge uporabnike izognejo s premestitvijo moškega v drugo, zasebno sobo. To so naredili in obred je bil izveden.

Razmislite:

a) Kako se v zgornjem primeru kaže kulturno kompetentna in na uporabnika osredotočena obravnava?

b) Ste bili sami soočeni s situacijo, kjer je bila uporabnikova želja v navzkrižju s pravili vaše zdravstvene ustanove? Kako ste ravnali?

Kulturno kompetentna obravnava in na uporabnika osredotočena oskrba si delita pomembno vodilo: zdravstveni delavci se ne smejo slepo držati protokolov in smernic, ampak se morajo razumno odzivati na konkretno situacijo. Namesto slepemu sledenju uveljavljenim pravilom zdravstvene ustanove je medicinska sestra iz zgornjega primera prepoznala pomen obreda kot pomembno kulturno prakso uporabnika. Željo uporabnika je razumela kot potrebo, ki je relevantna za potek zdravljenja in jo je zato smiselno vzeti v obzir, seveda znotraj okvirov bolnišničnega okolja (College of Nurses of Ontario 2009: 6).

Pomanjkanje izkušenj in strah sta najbolj pogosti oviri pri nujenju kulturno senzibilne oskrbe in zdravljenja (College of Nurses of Ontario 2009: 6).

KULTURNA KOMPETENTNOST V DELOVNIH ORGANIZACIJAH IN MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

Poleg posameznega zdravstvenega delavca mora biti kulturno kompetentno tudi delovno okolje, kar pomeni, da naj bi skrbelo za:

- 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 (Cross in drugi v Halbwachs 2014: 50–51).

Vse to naj bi bilo prisotno na vseh ravneh delovne organizacije. Več o udejanjanju in preverjanju kulturne kompetentnosti lahko preberete v zadnjem poglavju priročnika, ki predstavlja *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*.

Pomembno se je zavedati, da so medsebojno raznoliki tudi zdravstveni delavci. Pri tem ne gre le za etnično, spolno, jezikovno, versko pripadnost, pač pa tudi različne osebne značilnosti, družbeni status, mesto v hierarhiji in podobno. Kulturna kompetenca se tako ne nanaša samo na naš odnos do uporabnikov, pač pa je pomembna tudi v odnosu do sodelavcev in kolegov. V zdravstvu pogosto pride do situacije, ko pripadnost določeni skupini velja za nadrejeno, to pa na dinamiko dela deluje negativno, konfliktno in zmanjšuje medsebojno sodelovanje, vpliva pa tudi na slabše izide zdravstvene obravnave. Zato je potrebno tudi v svojem delovnem okolju dejavno skrbeti za spoštovanje različnosti, razvijati komunikacijske veščine in ustvarjati zaupanje med zdravstvenimi delavci (Halbwachs 2014: 51).



Sami pri sebi lahko svojo kulturno kompetenco ter odnos svoje delovne organizacije do večkulturnosti ovrednotimo s pomočjo naslednjih vprašanj (Halbwachs 2014: 48–49):

Ali bi se označil/a za odprto osebo?

Kakšno je moje stališče do različnih kultur?

Kakšno je moje stališče do različnih ver?

Kakšno je moje stališče do naseljevanja tujcev v Sloveniji?

Kako bi reagiral/-a, če bi moj otrok za partnerja izbral pripadnika povsem druge kulture ali religije?

Ali poznam osnovna prepričanja drugih ver?

Katerih stereotipov o drugih etnijah se zavedam? Katere stereotipe o drugih veroizpovedih in svetovnonazorskih prepričanjih gojim?

Ali pri oceni stanja in potreb po zdravstveni negi upoštevam kulturne značilnosti posameznika?

Če uporabnik ne govori mojega jezika, ali se trudim sporazumevati z njim v njegovem oziroma tujem jeziku?

Ali se mi zdi potrebno, da bi bila uporabnikom različnih ver v zdravstvenih ustanovah omogočena duhovna oskrba?

Ali je v zdravstveni ustanovi, kjer sem zaposlen/-a, omogočena duhovna oskrba uporabnikov različnih religij?

Ali je v v zdravstveni ustanovi, kjer sem zaposlen/-a, prehrana prilagojena kulturnim, moralnim in verskim prepričanjem?

Ali bi morali v v zdravstveni ustanovi, kjer sem zaposlen/-a, narediti več za kulturno senzibilno zdravstveno nego in oskrbo?

Priporočila:

- Pri nudenju zdravstvene oskrbe se vedno vračajmo k osnovam: zavestna skrb in ohranjanje dostojanstva človeka kot psihofizične celote.
- Stiska s časom je pri našem delu velika, toda čas, ki ga vložimo v razumevanje drugih, ni nikoli izgubljen in bistveno prispeva k učinkovitosti dela.
- Osnovni vprašanji, ki ju lahko postavimo vsakemu človeku, sta:
»Povejte mi, prosim, kaj potrebujete? Kako vam lahko pomagam?«
- Vsakega posameznika poskušajmo razumeti kot edinstveno osebnost in poskušajmo čimbolj upoštevati njegova prepričanja, predstave, razumevanja, potrebe in želje in jim prilagoditi oskrbo.
- Zavedajmo se svoje osebnosti, svojih prepričanj, predstav, razumevanj; tako osebnih kot poklicnih. Vedno upoštevajmo tudi vpliv širšega okolja na vsakega izmed nas.
- Uporabniku pokažimo naklonjenost, da nam je mar in z njim gradimo zaupljiv odnos.
- Upoštevajmo uporabnikove želje in njegove potrebe glede vključevanja svojcev.
- Prizadevajmo si za spoštljive odnose in komuniciranje s sodelavci in ustvarjajmo vzdušje zaupanja, ne glede na razlike med nami.
- Svoje delo, pomoč drugim in skrb zanje dojemajmo kot tisto, kar nas bogati in nam nudi tudi osebno zadovoljstvo ter osebno in poklicno rast.

Uporabljena literatura in viri

Beach, Mary Catherine, Lisa A. Cooper in Saha Somnath. 2008. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of National Medical Association* 100 (11): 1275–1285.

Berkeley Diversity. 2015. *Glossary of Terms*. Dostopno na: <http://diversity.berkeley.edu/glossary-terms> (20. 8. 2015).

Cara, Chantal. 2003. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal of Human Caring* 7 (3): 51–61.

Chiarenza, Antonio et al. for HPH Task Force MFCCHC. 2014. *Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation*. Copenhagen: The Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services.

College of Nurses of Ontario. 2009. *Practice Guideline: Culturally Sensitive Care*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Dostopno na: http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf (19. 8. 2015).

Farkaš Lainščak Jerneja, Karmen Gosenca, Ivanka Huber, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron, Jožica Maučec Zakotnik, Sara Pistotnik in Juš Škraban. 2015. *Učni načrt: Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/ucni.nacrt_kult_kompetence.pdf (14. 1. 2016).

Farkaš Lainščak, Jerneja, ur. 2016. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Farkaš Lainščak, Jerneja in Uršula Lipovec Čebtron, ur. 2016. Uvod. V *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Gregg, Jessica in Somnath Saha. 2006. Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine* 81 (6): 542–547.

Halbwachs, Helena Kristina. 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. V *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi: zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*, ur. Kvas, Andreja et al., 45–54. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana.

Kleinman, Arthur in Peter Benson. 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine* 3 (10): 1673–1676.

Lehman, Dawn, Paula Fenza in Linda Hollinger-Smith. 2012. *Diversity & Cultural Competency in Health Care*

Settings. Mather LifeWays Orange Paper. Dostopno na: <http://www.matherlifewaysinstituteonaging.com/wp-content/uploads/2012/03/diversity-and-cultural-competency-in-health-care-settings.pdf> (25. 8. 2015).

Romih, Karmen, Andreja Prebil, Katja Skinder Savić, Marija Mežik Veber in Brigita Skela Savič. 2011. *Prisega Angele Boškin za diplomante programa prve stopnje zdravstvene nege*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Vertovec, Stephen. 2008. Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies* 30 (6): 1024–1054.

Ward, Earlise. 2008. The Journey To Cultural Competence. Board of Regents of the University of Wisconsin System. Dostopno na: <http://tlcprojects.org/NEAT/CulturalCompetence.swf> (20. 7. 2015).

Wilson, Pip. Dostopno na: <http://www.pipwilson.com/> (10. 1. 2016).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455/> (5. 6. 2015).

KULTURA

KULTURA

Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron



KAJ JE KULTURA?

V vsakdanjem življenju kulturo pogosto opredelimo s splošnimi reki, mislimi, celo s stereotipi in predsodki, ki so lahko napačni. Pogledjmo si nekaj bolj pogostih:

»Kultura pomeni obiskovati opero.« – Kultura je omejena zgolj na umetniško udejstvovanje, kulturno dejavnost.

Kultura se ne konča v operi. Na eni strani obstaja ožja opredelitev kulture, ki pojmuje kulturo kot vidik človeške ustvarjalnosti, med katero lahko uvrščamo različne oblike umetnosti. Na drugi strani pa širša definicija kulturo opredeljuje kot »kompleksno celoto, ki obsega znanje, vero, umetnost, moralo, zakone, običaje in katerekoli druge sposobnosti in navade, ki jih pridobi človek kot član družbe« (Tylor 1958 [1871]). Ta definicija v svoji širini zajema tudi družbene in ekonomske dejavnike, ki vplivajo na življenje posameznika ali skupine, zato je lahko »način življenja« sopomenka za kulturo.

»Romi se ne umivajo – takšna je njihova kultura.« – Ravnanja, ki jih ne razumemo, si razlagamo kot kulturno posebnost.

V Sloveniji je razširjeno zelo problematično prepričanje, da Romi manj skrbijo za osebno higieno. Pogosto se to prepričanje razlaga kot kulturna posebnost romske populacije. Tej razlagi pravimo kulturalistična razlaga, saj vedenje skupnosti razlaga zgolj kot posledico kulture. Ne vzame v obzir dejstva, da številni Romi živijo v nedostojnih razmerah brez tekoče vode – razlogi za njihovo drugačno skrb za higieno torej ne izhajajo iz kulturnih značilnosti, temveč so posledica depriviligranega položaja romskih skupnosti v Sloveniji.

»Afričani dobro igrajo bobne – ritem imajo v krvi.« - Kultura je podedovana.

Razširjeno je prepričanje, da se kultura deduje - kot geni. V resnici pa se kulture naučimo – od najzgodnejše socializacije v domačem okolju preko poklicnega izobraževanja in nadaljnega življenja v družbi. Učenje poteka preko stalnega izmenjevanja simbolov pri opazovanju, ustvarjanju, učenju in deljenju kulturnih pomenov, ki jih človek pripisuje svetu okoli sebe. Prav zato, ker je kultura priučena, je nesmiselno posploševati in Afričane opisovati kot dobre bobnarje – tako kot Evropejci nekateri dejansko dobro bobnajo, drugi pa ne.

»V Sloveniji obstaja le slovenska kultura.« – Kultura se pokriva z nacionalnimi mejami.

Tudi to je napačna trditev. Na vsakem nacionalnem ozemlju obstajajo različne etnične skupine. V Sloveniji obstaja večinska slovenska etnična skupina, poleg nje pa več etničnih manjšin (madžarska, italijanska, bošnjaška, albanska, kitajska in druge) ter množica različnih družbenih skupin, ki se ne pokrivajo z etničnimi skupinami. Zavedati se moramo tudi, da »čista« ali »avtentična« kultura določene skupnosti ne obstaja - skozi zgodovino je na evropskih tleh namreč ves čas prihajalo do prepletanja različnih jezikov ter sovplivanja mnogih kulturnih predstav in praks.

»Slovenci smo pridni.« – Vsaka etnična skupina ima svojo kulturo.

Realnost je veliko bolj zapletena. Ni potrebno vzeti v obzir le dejstva, da obstajajo različne skupine prebivalcev, temveč tudi, da so razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo skupino. Težko je torej govoriti o »slovenski kulturi«, saj se tudi Slovenci med seboj močno razlikujejo. Skoraj vse družbe imajo več kot eno kulturo, saj so notranje razdeljene na subkulture oziroma razrede, kaste, položaje, kjer ima vsako mesto posameznika v družbi svoje kulturne značilnosti, zato se razlikujejo po jeziku, vedenju, načinu oblačenja, prehranjevanju in drugem (Leach 1976).

»Ko spoznam določeno kulturo, jo poznam za vedno.« - Kultura je statična in se ne spreminja.

Dejansko je ravno obratno: kulturni elementi se med sabo ves čas prepletajo in spreminjajo - nič ne more biti statično. Eden od primerov za to je spreminjanje odnosa do homoseksualnosti. Skozi zgodovino se je razumevanje spolnih praks, danes označenih za istospolne, močno spremenilo. V antični Grčiji so bile sprejemljive in povsem neproblematične – ljubezen med moškimi je bila razumljena kot zagotovilo vojaške uspešnosti (Crompton 2003: 536). Menjava homo- in heteroseksualnih nagnjenj v isti osebi ni predstavljala družbenega problema (Dover 1995: 13). V srednjem veku se je začela homoseksualnost preganjati kot greh, kar se je nadaljevalo še preko renesanse vse do francoske revolucije, ko je postala družben in ne verski problem (Crompton 2003: 503). V 20. stoletju je bila homoseksualnost dojeta kot motnja ali bolezen, ki se jo zdravi s pomočjo medicine (med motnje so jo zapisali tudi v prvem Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj - DSM). Po mnogih spremembah se je psihiatrija danes oddaljila od razumevanja drugačnih spolnih nagnjenj in praks kot bolezenskih.

»Vsi Italijani imajo radi špagete.« – Kultura posameznika povsem določa.

Ni res, da kultura v celoti opredeli posameznikovo dožemanje in delovanje v svetu. Pogosto radi posplošujemo in mislimo, da se vsi člani določene kulture vedejo na enak ali zelo podoben način: kot vsi Italijani nimajo radi špagetov, tudi vsi Slovenci ne jejo zelja in klobas. Kulture ne smemo videti kot zavezujoč sistem pravil, temveč kot serijo smernic, ki jih posameznik ponotranji kot član določene družbe. Slednje le usmerjajo - ne pa tudi povsem določajo - njegov pogled na svet, kako se nanj čustveno odziva in kako se vede v odnosu do ljudi, narave in nadnaravnega (Helman 2007: 2).

Kultura ni omejena na umetniško dejavnost – umetnost je zgolj eden od mnogih elementov kulture.

Ne moremo vsega vedenja pripisovati kulturnim značilnostim posamezne skupine – pozorni moramo biti tudi na dostop do ekonomskih in družbenih virov, ki jih imajo pripadniki neke skupine.

Kulture se ne deduje – pridobi se jo s socializacijo in sobivanjem v določeni skupnosti.

Ena etnija ni enako ena kultura – etnične in kulturne meje se ne prekrivajo.

Ena nacija ni enako ena kultura – znotraj državnih meja soobstaja veliko kultur.

Kultura ni statična – je dinamična.

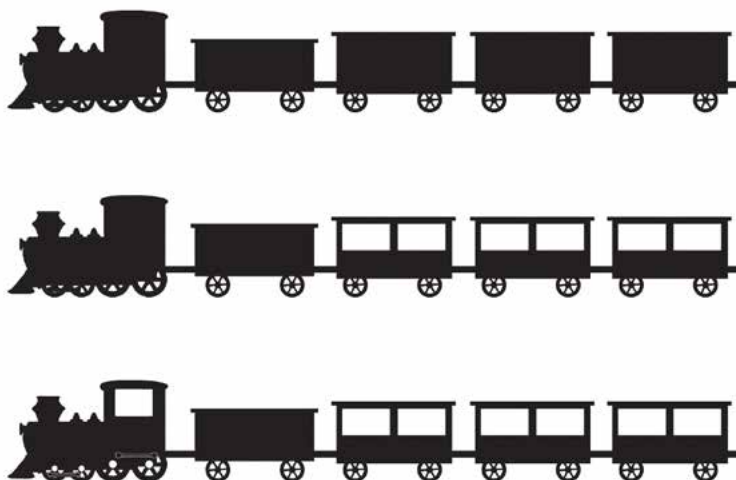
Kultura posameznika ne določa v celoti – ponuja mu smernice za življenje v svetu.

Kultura je množica »raznolikih duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti družbe ali družbene skupine ter poleg umetnosti in literature obsega tudi življenjske sloge, načine sobivanja, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja« (Unesco, Univerzalna deklaracija o kulturni raznolikosti 2001).

Kultura je dinamična, se stalno spreminja in oblikuje, nalaga, prenaša, pri čemer se različne kulture med seboj prepletajo. Oblikujejo jo različni elementi, na primer jezik, etnična pripadnost, veroizpoved, pa tudi družbeno-ekonomski status, fizične in mentalne sposobnosti, spolna usmerjenost in poklic ter številni drugi dejavniki. Zajamemo jih lahko z izrazom »družbeno-kulturni dejavniki«, ki oblikujejo naše vrednote, vzpostavljajo naš sistem prepričanj in verovanj ter usmerjajo naše vedenje (Betancourt in drugi 2002).

METAFORE KULTURE

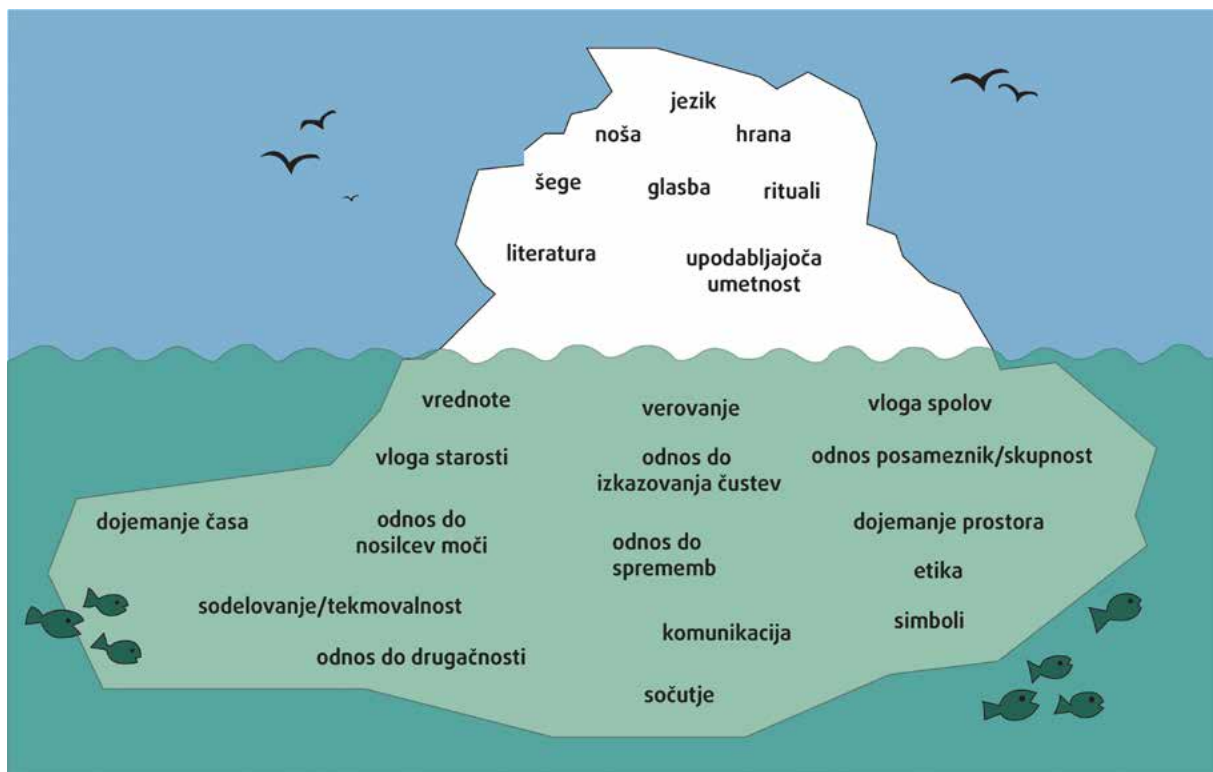
Kultura kot vožnja z vlakom



Čeprav o kulturi pogosto govorimo kot o stvari, bi jo bilo veliko bolje razumeti kot proces. Glede na to potem ne bi več rekli, da neka oseba »kulturo ima ali nima« ali pa »da ima takšno in takšno kulturo«, temveč da se kulture udeležuje. Kako se posameznik kulture udeležuje, pa je odvisno od njegovih značilnosti (spol, starost, družbeni razred in drugo) kot tudi od »sopotnikov« v tem procesu. Udeleževanje v tem procesu tako ni vedno rezultat zavestne odločitve ali svobodne volje. Ker se udeleževanja v tem procesu naučimo skozi socializacijo, vedno vrednotimo svoje udeleževanje v drugih življenjskih procesih skozi to prvotno, najzgodnejše, udeleževanje.

To bi lahko ponazorili z vožnjo z vlakom. Ko sedimo na vlaku, ima ta določeno progo in cilj. Iz vlaka ne moremo kar tako izstopiti, smer potovanja lahko zamenjamo šele na postaji. Ker smo se na tem vlaku vozili že od malih nog, dodobra poznamo, kako se moramo na vlaku obnašati, kdo in kdaj bo prišel pregledat karte in kdo so naši »redni« sopotniki. Kljub temu je naše potovanje odvisno od naše starosti, kakšnega spola smo, ali radi poslušamo glasbo, ali smo družabni in drugo. Na vlaku se nam lahko pridruži kdorkoli, ki hoče z nami potovati na isto destinacijo oziroma se znajde v situaciji, ko je primoran stopiti na vlak. Kako se bo razumel z ostalimi potniki, ne moremo predvideti. Tudi če se kasneje odločimo, da se bomo vozili na kateri drugi progi z drugačnim ciljem, se bomo vsaj do neke mere tudi na tej »novi« progi obnašali, kot smo se naučili skozi leta vožnje z vlakom na prvotni.

Kultura kot ledena gora



Kultura kot ledena gora - koncept ameriškega antropologa Edwarda T. Halla (1976)

Drugi opisujejo kulturo kot ledeno goro. Nekateri deli kulture so eksplicitni – bolj očitni, drugi pa implicitni – manj očitni. V vsaki skupnosti obstajajo različni nivoji kulture. V najbolj očitni nivo, ki je opazen tudi zunanjemu opazovalcu in deluje kot zunanja fasada skupnosti, uvrščajo družbene rituale, prehrano, način oblačenja in podobno. V manj očitnih nivojih pa najdemo sistem vrednot ter prepričanj, ki jih pripadniki skupnosti lahko bodisi zavestno spoštujejo bodisi jim sledijo popolnoma avtomatično oziroma nezavedno. Lažje je spremeniti bolj očitne dele kulture, saj se jih posamezniki zavedajo, veliko težje pa dele, ki so potopljeni na sredo ali dno ledene gore (Hall 1976, Helman 2007: 2).

Kultura kot leče, skozi katere vidimo svet



Kulturo lahko razumemo tudi kot leče, ki jih dobimo skozi socializacijo in skozi katere vidimo, dojemamo svet okoli nas. Pripadniki drugih skupin nosijo drugačne leče in zato vidijo svet na drugačen način kot mi. Pogosto pa je problem, da se svojih leč ne zavedamo ali pa mislimo, da imajo vsi okoli nas enako »dioptrijo« – temu lahko rečemo kulturna kratkovidnost.



Katera metafora vam je najbližja? Poskusite si zamisliti lastno metaforo za kulturo.

KAKO SE KULTURA KAŽE NA PODROČJU ZDRAVJA IN BOLEZNI?

Izkušnje, kot so bolezen, slabo počutje, oviranost in bolečina, so na eni strani lahko biološko dejstvo, a hkrati nosijo tudi druge pomene. Zato jih vedno razumemo in doživljamo skozi kulturne in družbene dimenzije ter osebne psihološke okoliščine.

Vsaka družbena skupina ima svoj način razumevanja zdravja in bolezni. Prav tako vsaka družba razvija kopico specifičnih načinov in praks ohranjanja zdravja in zdravljenja bolezni. Četudi so za zunanjega opazovalca nerazumne, so te prakse z vidika pripadnikov določene skupine logične.

Vse to pa ne velja zgolj za uporabnike zdravstvenih storitev – tudi zdravstveni delavci imajo svoja kulturna prepričanja, ki vplivajo na zdravstveno obravnavo. Ta prepričanja so na eni strani posledica poklicnega izobraževanja in dela v zdravstveni ustanovi, pri čemer lahko o medicini govorimo kot o posebni kulturi. Na drugi strani pa na prepričanja zdravstvenih delavcev vplivajo različni vidiki njihovih vsakodnevnih izkušenj in življenj (Lupton 2012). Klinična praksa zdravstvenih delavcev zato ne more biti »kulturno nevtralna«, ločena od družbe, v kateri živijo. Zato lahko govorimo o klinični praksi kot o polju, na katerega – prav tako kot na vse druge vidike življenja – vpliva mnogo kulturnih, družbeno-ekonomskih in organizacijskih dejavnikov.

MEDICINA KOT KULTURA

Uradna medicina je svojstven »kulturni sistem«. Ima sebi lastne značilnosti: poseben jezik (medicinski žargon), besedila, obnašanje, oblačila (zdravniške halje), pravila, hierarhijo, vrednote, nauke, predsodke in stereotipe, šale, tehnologijo, postopke, prostore, izobraževanje in znanstveni sistem. Zanj veljajo vse značilnosti kulture.

Medicinska kultura se zelo spreminja: od kraja do kraja je lahko zelo drugačna, poleg tega se spreminja skozi čas.



Samorefleksija (zavedanje in razmislek o lastnih predstavah, mislih, vedenju) nam pomaga prepoznati lastne predsodke, ki negativno vplivajo na zdravstveno obravnavo.

Ko se zavedamo lastnih predsodkov, stereotipov, domnev, lahko svoje misli in dejanja raziskujemo še naprej ter poiščemo načine, da jih izzivamo in spreminjamo. To pa nas bogati in omogoča konstruktivne ter uspešne pristope do lastnega dela.



V mislih si izberite zdravstvenega delavca, ki ga dobro poznate. Do katere mere na njegovo zdravstveno obravnavo uporabnikov vplivajo (od 1 do 5 ovrednotite vpliv – 5 = zelo vpliva, 1 = nima vpliva):

Njegove individualne značilnosti

starost	1	2	3	4	5
spol	1	2	3	4	5
osebnost	1	2	3	4	5
izobrazba in strokovne izkušnje	1	2	3	4	5
osebne izkušnje	1	2	3	4	5
Okolje, iz katerega izhaja	1	2	3	4	5
Družbeno-ekonomski status	1	2	3	4	5

Kateri vplivi prevladujejo? Kateri so po vašem mnenju razlogi za to?

Pomislite nase in ponovno poskusite ovrednotiti vpliv, ki ga imajo na vašo klinično prakso zgornji dejavniki. Kateri vplivi prevladujejo? Kateri so razlogi za to?

Razumevanje, kako lahko kultura raznoliko vpliva na način življenja in specifično na dojemanje zdravja in bolezni, nam pomaga, da se znamo povezati z različnimi posamezniki ter ne spremeniti njihovih prepričanj, pač pa v skladu z njimi najti rešitev, ki bo zadovoljila tako njihove kulturne potrebe kot individualno potrebo po zdravljenju in negi. V okviru zdravstvene oskrbe lahko posameznikova kultura oziroma kulturne razlike vplivajo na prepričanja, vrednote in prakse na naslednjih področjih:

- predstave o telesu (anatomiji, telesnih funkcijah in drugo);
- dojemanje zdravja in bolezni (nekdo se lahko dobro počuti kljub bolezni in obratno);
- dojemanje bolečine in bolečinskega vedenja (kdaj je bolečina sprejeta in kdaj bi se ji raje izognili);
- pomen in vloga trpljenja (v katerih situacijah je trpljenje sprejemljivo, nujno ali se ga je potrebno izogniti);
- dojemanje zdravstvenih ustanov, zdravstvenih delavcev in drugih terapevtov (zaupanje ali nezaupanje v nasvete zdravstvenega delavca);
- pomen ritualov in običajev (umivanje pred molitvijo);
- meje zasebnosti, starosti, spola in odnosov (kdaj je uporabniku sprejemljiv naš dotik);
- učinkovitost in vrednotenje posamezne terapije (ali posameznik meni, da mu bo predlagani način zdravljenja pomagal);
- prepričanja glede dnevnega ritma in prakse, ki lahko usmerjajo njegove dnevne aktivnosti (kdaj je primerno uporabniku, ki se posti prinese obrok);
- pomen družine in odnosov z bližnjimi (kdo sestavlja družino in kakšna je vloga družinskih članov pri odločanju o zdravljenju in nudenju skrbi);
- odločanje glede konsenza pri zdravljenju (v katerih primerih se družinski člani želijo odločati o zdravljenju v imenu posameznika);
- samostojnost in skrb zase (ali lahko posameznik pri okrevanju samostojno skrbi zase in do katere mere je odvisen od drugih);
- način komuniciranja (ali se posameznik očesnemu stiku izogiba) (College of Nurses of Ontario 2009: 5).

Terapevtski proces je proces, v katerega tako posameznik kot zdravstveni delavec vstopata s svojim kulturnim ozadjem (osebnim in poklicnim). Kultura ima zelo močan vpliv, vendar ne določa vseh vidikov zdravstvene obravnave.

KAJ OTEŽUJE SPOŠTOVANJE KULTURNIH RAZLIK?

Etnocentrizem

Etnocentrizem je nagnjenost, da lastne kulturne vrednote uporabljamo pri razumevanju in vrednotenju prepričanj in vedenj ljudi, ki pripadajo drugim kulturam. Zaradi etnocentrizma svoja prepričanja in prakse dojemamo kot pravilne, etične in edine razumne, ravnanje pripadnikov drugih kultur pa kot čudno, nerazumno ali barbarsko. Iz tega lahko izhajajo predsodki in stereotipi o drugih kulturah in njenih pripadnikih (Kottak 1994: 45).

Rasizem

Rasa v biološkem smislu ne obstaja. Človeštvo ima zgolj eno vrsto, *Homo Sapiens Sapiens*. Kljub temu so nekateri ljudje prepričani v obstoj ras. Seveda obstajajo določene genetske razlike med posameznimi populacijami, ki niso nepomembne za razumevanje razlik v zdravju. Te razlike, ki zajemajo okoli 0,5 % genetskega materiala naše vrste, so značilne za posamezne dele prebivalstva. Tako na primer imajo Azijci izjemno redko težave z barvno slepoto vseh stopenj, ljudje (predvsem moški) evropskega porekla pa imajo motnje barvnega vida kar v 6–9 %.

O neustreznosti koncepta ras so se že leta 1950 izrekli najuglednejši genetiki in fizični antropologi, ki so na pobudo Unesca oblikovali znanstveno stališče o rasah in rasizmu, pri čemer so poudarili »skrajno omejeno operabilnost koncepta rase za človeško vrsto, saj so genetske razlike med posamezniki, ki sestavljajo raso, precej večje od razlik med povprečni različnih ras« (Baskar 2004: 138). Temu mnenju so se pridružili tudi najbolj uveljavljeni biologi in genetiki: »Genetiki imajo dokončen odgovor na vprašanje o vsebini pojma 'rasa'. Glasi se, da v primeru človeške vrste ta izraz ne ustreza nobeni objektivno določljivi bitnosti« (Jacquard v Montagu po Baskar 2004: 139).

Problem nastopi, ko se te genetske razlike razlaga preko vrednostnih sodb. Rasizem hierarhizira družbene skupine po genetskih kriterijih, pri čemer se kot rasistični argument pojavlja prepričanje v večvrednost ene izmed danih skupin in to zaradi genetske strukture. Pravimo, da naturalizira družbene pojave, kar pomeni, da družbene pojave razlaga kot

biološke. Rasizma ne moremo pripisati zgolj eni družbeni skupini, saj tak argument lahko uporabi kdorkoli.

»Rasizem je tako iracionalen, kot soditi o vsebini knjige po njenih platnicah!« (Casado Sanjuán in Grau 2010).

Neorasizem/kulturni rasizem

Če prepričanje v manjvrednost določene družbene skupine izvira iz kulturnih in ne »bioloških« razlik, to imenujemo neorasizem ali kulturni rasizem, ki je danes vse bolj opazen: »Mesto rase je /.../ zasedla kultura. Priseljenci niso več nesprejemljivi zato, ker pripadajo drugim rasam, temveč zato, ker pripadajo drugim (in povsem drugačnim) kulturam« (Baskar 2004: 128).

Ksenofobija

Ksenofobija je strah pred tujim, »tujci«. Zaradi občutka ogroženosti pred tistim, kar vidimo kot tuje oziroma tistimi, ki jih vidimo kot »tujce«, se do njih vedemo sovražno.

*Tvoj avto je iz Japonske,
pizza, ki jo ješ, italijanska,
plin, ki ga uporabljaš pri kuhanju, alžirski,
kava, ki jo piješ, brazilska,
sanjaš, da bi šel na počitnice v Maroko,
črke, v katerih pišeš, so latinske,
številke, s katerimi šteješ, so arabske,
izvorno pa prihajajo iz Indije
... in po vsem tem si upaš svojemu sosеду reči TUJEC? (Prirejeno po Casado Sanjuán in Grau 2010).*

Poleg odkritega rasizma, neorasizma in ksenofobije, lahko v odnosu do pripadnikov drugih kultur opazimo več pogledov oziroma pristopov, ki so problematični, saj ne vodijo v spoštovanje drugačnosti, temveč v stopnjevanje nestrpnosti.

Zanikanje: drugih kultur sploh ne jemljemo v obzir (»Živim v skladu s svojo kulturo, druge kulture me ne zanimajo, saj niso del mojega sveta.«)

Obramba: prepoznamo, da obstajajo različne kulture, a jih sprejmemo le, če se podredijo naši (»Begunce bomo sprejeli, le če se bodo naučili slovenščine.«)

Minimalizacija: razlike med kulturami obstajajo, a so nepomembne (»Vsi smo človeška bitja«).

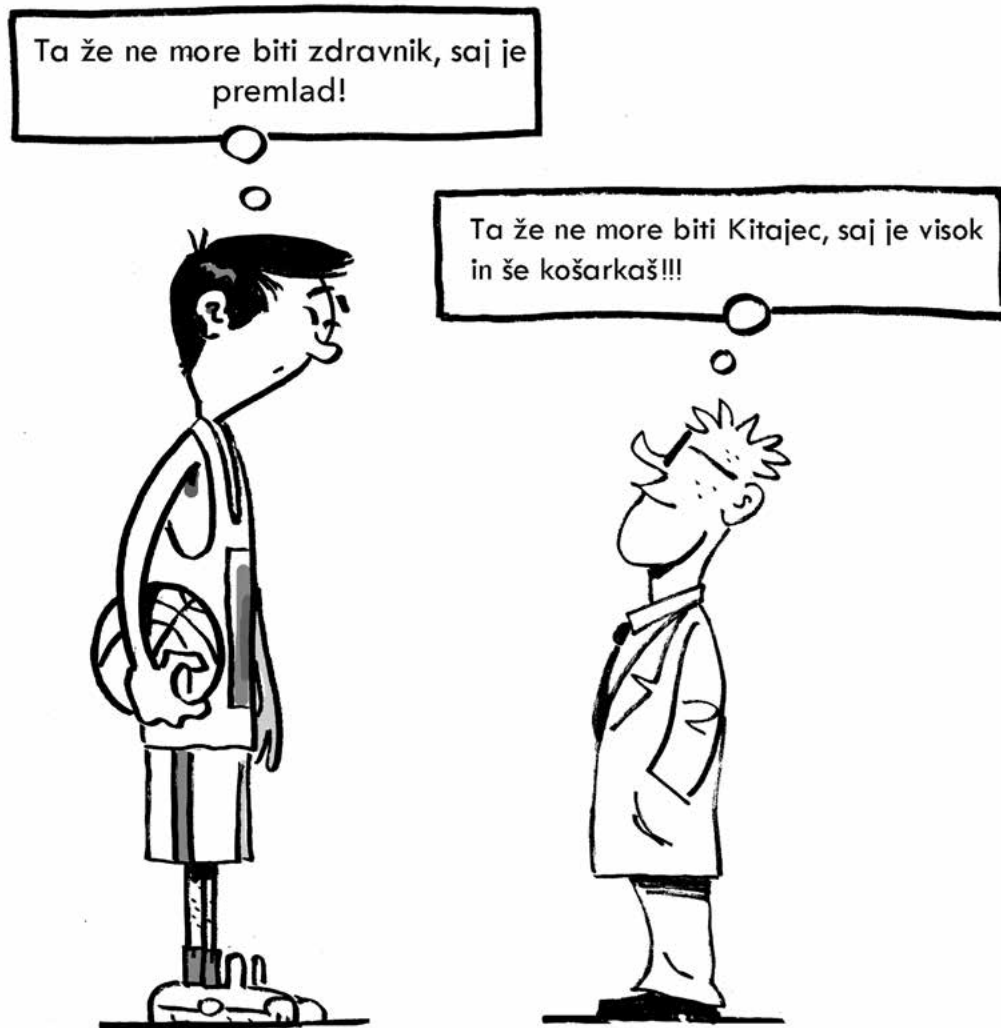


Preberite naslednja citata in razmislite, kako takšna stališča vplivajo na odnos zdravstvenih delavcev do uporabnikov, ki so begunci, migranti.

»Vemo, da so to ljudje iz krajev, kjer razsajajo hepatitis, aids, ebola in druge nalezljive bolezni ... Mi še psa ne smemo peljati na sprehod brez značke, ki potrjuje, da je bil cepljen, oni pa se širijo po mestu brez nadzora, kaj šele, da bi jih cepili.« (Nedeljski dnevnik, 7. 1. 2001).

»Zato mora Slovenija izbrati takšne begunce, ki se bodo čimbolj prilagodili slovenskemu kulturnemu okolju. /.../ Predvsem begunkam islamske veroizpovedi bi bilo dobro svetovati tudi to, da se odvadijo nošenja burk in nikabov in se navadijo na oblačila, ki jih uporablja večinsko prebivalstvo oziroma na oblačila, ki so čimboljši približek temu. Zelo pomembno je, da begunci ne zavračajo svinjine in svinjskega mesa. /.../ Beguncem bi se moralo dati vedeti, da Slovenija ni navdušena nad dejstvom, da se problematizira uživanje svinjine. /.../ Slovenija bi morala težiti k temu, da sploh ne sprejema muslimanov, tisti muslimani, ki jih bo sprejela, pa bi morali biti čimbolj »nemuslimanski«, torej čimbolj sekularni in oddaljeni od lastne vere. Begunce, ki ne ustrezajo tem kriterijem, bi Slovenija morala preusmeriti na Švedsko.« (Dossier korupcija 2015).

Stereotipi in predsodki



Pri stereotipih in predsodkih gre za poenostavljena in posplošena pojmovanja o posameznikih in družbenih skupinah, ki lahko vodijo v diskriminatorno vedenje. Predsodki so zelo odporni na spremembe, ker se jih večinoma naučimo skozi proces zgodnje socializacije.

Primer predsodka v kliničnem okolju: »To vem, da Bošnjaki vedno kričijo, za vsako injekcijo, veliko je te folklore. Bolj ko greš proti severu, bolj stisne zobe, bolj ko greš proti jugu, pa ne, predvsem moški. Dejansko je tako, sindrom na -ic – morbus misteriosus australiesis – bolezen južne zemlje« (zdravnik, zaposlen v urgentnem bloku slovenske bolnišnice).



Predstavljajte si naslednjo situacijo: 25-letna Albanka v visoki nosečnosti pride na prvi pregled. Ženska je zakrita in zelo slabo razume slovensko. Spremljata jo 2-letni sin in mož, ki je prišel v vlogi neformalnega tolmača, saj mu slovenščina ne dela večjih težav pri vsakdanji komunikaciji. Kakšne občutke bi imeli, če bi bila to vaša uporabnica? Kako bi potekala kulturno kompetentna oskrba te uporabnice?

Če se predsodkov ne zavedamo, imajo lahko v zdravstveni obravnavi negativen učinek na zdravje uporabnikov. Pomembno si je priznati, da imamo določene predsodke. Čeprav se jih morda ne bomo takoj znebili, je že zavedanje lastnih predsodkov pomemben korak k bolj kulturno kompetentni zdravstveni oskrbi.



Na osnovi svojih izkušenj si zamislite uporabnika, ob katerem se počutite dobro in uporabnika, ki vam vzbuja nelagodje. Napišite tri njegove značilnosti v spodnjo tabelo:

Uporabnik, ob katerem se počutim dobro	Uporabnik, ki mi vzbuja nelagodje

Transfer (prenos) in kontratransfer (protiprenos)

Oba zgornja izraza izhajata iz psihoanalitične teorije. Zdravstveni delavec – zdravnik, zdravnica, medicinska sestra ali kdo drug – ima (vsaj začasno) zelo pomembno vlogo v uporabnikovem življenju, zato ta pogosto poskuša razumeti zdravstvenega delavca kot osebo. Ker pa o tej osebi pravzaprav zelo malo ve, lahko uporabnik zapolni pomanjkanje dejanskega poznavanja s čustvenimi spomini na pomembne osebe v svoji preteklosti. V procesu prenosa tako uporabnik zdravstvenemu delavcu nezavedno pripisuje elemente pomembnega preteklega odnosa, posebej tistega s starši, lahko pa tudi z drugimi osebami, s katerimi je imel v življenju močne, čustveno nabite izkušnje.

V procesu nasprotnega prenosa (kontratransferja) lahko tudi zdravstveni delavec doživlja uporabnika nerealno, saj tudi nanj vplivajo njegove pretekle izkušnje z drugimi ljudmi. Oboje je pravzaprav popolnoma običajno, toda če se tega ne zavedamo in ne znamo premostiti teh vplivov, lahko uničujoče vplivajo na medsebojni odnos in zdravstveno oskrbo (Makovec Rus 2013).



Poskusite se spomniti uporabnika, do katerega ste nehote gojili negativna čustva. Ali vas je na koga spominjal? Ali lahko povežete spomin na tega uporabnika s spominom na nekoga iz vaše preteklosti, s katerim ste imeli negativne izkušnje?

Da lahko za nekoga skrbim, moram vedeti, kdo sem.

Da lahko za nekoga skrbim, moram vedeti, kdo je drugi.

Da lahko za nekoga skrbim, moram biti sposoben/-a premostiti vrzel med menoj in drugim.

(Dr. Jean Watson, utemeljiteljica teorije skrbi za človeka in ena od utemeljiteljic zdravstvene nege; citirano v Anderson 1987).

Priporočila:

- Pri delu z uporabnikom in njegovimi bližnjimi se moramo zavedati očitnih in manj očitnih vidikov njihove kulture ter njihovega vpliva na zdravje in bolezen.
- Poskušajmo čimbolj spoznati uporabnikovo kulturo in ugotoviti, kaj je zanj posebej pomembno. To najlažje storimo s pozornim komuniciranjem z njim.
- V okviru ene kulture ali skupnosti je širok razpon različnih prepričanj, praks, znanj in drugega, zato ne smemo sklepati na splošno, temveč se moramo vedno osredotočiti na konkretnega posameznika.
- Na kulturo vpliva mnogo dejavnikov (spol, etnična pripadnost, družbeno-ekonomski status, spolna usmerjenost, dosedanje življenjske izkušnje, veroizpoved, družina in drugo), pri čemer se vpliv teh dejavnikov razlikuje od posameznika do posameznika. Pomembno je, da se čimbolj zavedamo, kako ti dejavniki vplivajo na našo presojo in ravnanje.
- Kultura je dinamična in se skozi čas spreminja, tako kot se spreminjamo ljudje. Vprašajmo se, do katere mere svoje odločitve prilagajamo spremembam in kakšne so te prilagoditve.
- Odzivi na kulturne razlike so pogosto avtomatski, nezavedni in vplivajo na dinamiko odnosa z uporabnikom. Zato je koristno, da se s sodelavci, ki jim zaupamo, pogovarjamo o tem, kako vidijo naše delo z uporabniki – na ta način se bomo bolj zavedali svojega ravnanja in odnosa do uporabnikov.
- Zavedajmo se lastnih osebnih in poklicnih prepričanj in praks, ki so tudi kulturno pogojene. Ob obravnavi uporabnika, ki ne deli naših prepričanj o zdravstveni oskrbi, ne poskušajmo spremeniti njegovih prepričanj, temveč skupaj z njim iščimo rešitev, ki bo zadovoljila tako njegove potrebe kot potrebo po zdravljenju in negi.

Uporabljena literatura in viri

- Anderson, J. M. 1987. The cultural context of caring. *Canadian Critical Care Nursing Journal*, 4 (4): 7–13.
- Baskar, Bojan. 2004. Rasizem, neorasizem, protirasizem: esej o tranzitivnosti navidezno protislovnih pojmov. *Časopis za kritiko znanosti* 32 (217/218): 126–149.
- Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green in J. Emilio Carrillo. 2002. *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. New York, Washington: The Commonwealth Fund. Dostopno na: <http://www.commonwealthfund.org/> (september 2015).
- Cara, Chantal. 2003. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal of Human Caring*, 7 (3): 51–61.
- Casado, Aijón I., Núñez L. Sanjuán in Rebollo J. Grau, ur. 2010. *Assistència Sanitària en Contextos Interculturals: Materials Formatius per a professionals Sanitaris*. Objavljeno v CD formatu.
- College of Nurses of Ontario. 2009. *Practice Guideline: Culturally Sensitive Care*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Dostopno na: http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf (september 2015).
- Crompton, Louis. 2003. *Homosexuality & Civilization*. Cambridge, Massachusetts in London: The Belknap Press, Harvard University Press.
- Dossier korupcija. 2015. Dostopno na: <http://www.dossierkorupcija.com> (20. 8. 2015).
- Dover, Kenneth James. 1995. *Grška homoseksualnost*. Ljubljana: Krtina.
- Giger, Joyce Newman. 2013. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis. Elsevier – Mosby.
- Hall, Edward T. 1976. *Beyond Culture*. New York: Anchor Books.
- Helman, Cecil G. 2007. *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press.
- Introduction To Clinical Cultural Competence*. Clinical Cultural Competence Series. Centre for Innovation & Excellence in Child and Family-Centred Care. Toronto: The Hospital for Sick Children. Dostopno na: <http://www.sickkids.ca/tclhinculturalcompetence/introduction-to-cultural-competence/index.html> (20. 11. 2015).
- Kottak, Conrad Phillip. 1994. *Cultural Anthropology*. New York: McGraw-Hill, 6. izdaja.
- Leach, Edmund. 1976. *Culture and Communication: The Logic by which Symbols Are Connected. An Introduction to the Use of Structuralist Analysis in Social Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lupton, Deborah. 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. London: Sage.
- Makovec Rus, Maja. 2013. Terapevtska komunikacija z bolnikom. V *Psihijatrija*, ur. Peter Pregelj, 31–41. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Srivastava, Rani H. 2007. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier.

Svetovna zdravstvena organizacija. 2015. *Beyond bias: exploring the cultural contexts of health and well-being measurement*. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/284903/Cultural-contexts-health.pdf (25. 11. 2015).

Tylor, Edward Burnett. 1958 [1871]. *The Origins of Culture*. New York: Harper Touchbooks.

UNESCO. 2001. *Univerzalna deklaracija o kulturni raznolikosti*. Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo.

Ward, Earlise. 2008. *The Journey To Cultural Competence*. Board of Regents of the University of Winsconsin System. Dostopno na: <http://tlcprojects.org/NEAT/CulturalCompetence.swf> (25. 11. 2015).

TELO



TELO

Karmen Gosenca, Uršula Lipovec Čebren, Darja Zaviršek

NEKAJ PREPRIČANJ O TELESU

Ljudje imamo o telesu pogosto veliko različnih predpostavk in prepričanj, vendar se ne zavedamo, od kod izvirajo. Navajamo nekaj bolj pogostih prepričanj.

- **»Telo je biološka kategorija in je zato univerzalno!«**

Običajno se zdi, da pri govoru o telesu ne bomo naleteli na nejasnosti. Biološke zakonitosti, po katerih deluje človeško telo, na prvi pogled ne puščajo prostora za različne razlage. Vseeno na svetu poznamo mnogo družb, ki delovanje telesa, anatomijo ter meje in podobo telesa razumejo zelo različno. Te raznolike poglede na telo kaže vzeti resno, saj vplivajo na dojemanje zdravja in bolezni ter na odločanje o zdravljenju (Helman 2007: 19). Mnogi namreč telesa tako ne dojemajo le kot biološko kategorijo, pač pa k telesu prištevajo še psihično, duhovno, umsko razsežnost. Deli telesa pa lahko zrcalijo tudi ves notranji ustroj telesa.

- **Individualno telo - »Zdrav duh v zdravem telesu«.**

V našem kulturnem okolju je zelo razširjena ideja, da sta um in telo med seboj ločena. Temu razumevanju in ločitvi na dva dela pravimo dualizem, v zahodnih družbah pa je prisotno že od antične Grčije in prevladuje do danes. Dvojnost smo preslikali na različna področja življenja, zato razlikujemo med fizičnim in psihičnim, vidnim in nevidnim, naravnim in ne-/nad-naravnim, racionalnim/neracionalnim, resničnim/neresničnim, moškim/ženskim, desnim/levim (Scheper-Hughes in Lock 1987: 6–7; Telban 2001: 35).



Slika: umetniško delo Marca Quinna o razdvojenosti telesa in duha. Marc Quinn studio 1995.

Emotional Detox: The Seven Deadly Sins IV. Vliti svinec in vosek. Dimenzije: 90 x 80 x 30 cm. Uporabljeno z dovoljenjem Marc Quinn studio.

Ne glede na izjemen vpliv, ki ga ima dualistična miselnost v zahodnem svetu, je ideja dualizma vse prej kot univerzalna. Številne nezahodne kulture ne razlikujejo med umom in telesom.

Če za primer vzamemo skupnost Ambonwarijev z Nove Gvineje, ugotovimo, da nimajo nobenega izraza za poimenovanje telesa, kakor ga razumemo na Zahodu. Fizično telo ni ločeno od posameznikovega uma, družine ali ostalih socialnih odnosov. Prav tako je povezano s preteklostjo, ki se izraža v navadah posameznika, s sedanostjo in s prihodnostjo (Telban 2001: 36). Odnosi, ki jih ima posameznik s skupnostjo, so lahko razlog za njegovo dobro ali slabo počutje. Bolezen in moralno ravnanje razumejo kot tesno povezane: zdravje se povrne, ko oseba okrepi ali popravi odnose s svojimi bližnjimi. Po njihovem mnenju uradna medicina ne more odstraniti resničnega vzroka bolezni in je v mnogih primerih ne uporabljajo (ibid. 32).

Podobno tudi Mapuči, staroselci na območju današnjega Čila in Argentine, svet vidijo kot nedeljivo celoto snovnih in nesnovnih elementov, ki ji pripadajo tudi ljudje. Telo posameznika je le del te celote, del, ki je neločljivo povezan z vsemi ostalimi deli. Telo torej v predstavah Mapučev sploh ni entiteta, ločena od ostalega sveta. Svetu vladajo dobre in slabe sile, oboje pa so potrebne, da svet ostane v ravnovesju. Naloga človeka je, da si prizadeva za ravnovesje in da ne stori ničesar, kar bi temu ravnovesju škodovalo. Bolezen je posledica neravnovesja med človekom in svetom, ki ga lahko povzročijo različni vzroki. Mapuči ločijo tri vrste bolezni, in sicer bolezni, ki jih povzročajo naravni vzroki (*re kutran*); bolezni, ki jih povzročajo nadnaravne, magične sile (*weda kutran*) in bolezni, ki jih povzročajo duhovi (*wenu kutran*). Njihovi tradicionalni zdravilci (*machi*) glede na vzroke zdravijo bolezni tako z zelišči in različnimi zdravilnimi pripravki, kakor tudi z magičnimi ukrepi in duhovnimi rituali. Mapuči sprejemajo dejstvo, da je za marsikatero zdravstveno težavo zahodnjaška biomedicina zelo učinkovita, toda za bolezni, ki jih povzročajo magične sile ali duhovi, je nujno tudi šamansko tradicionalno zdravljenje, ki obvladuje neravnotežja povzročena z magijo ali vplivi hudobnih duhov. Njihovo zdravljenje ne zajema samo obolelega in njegovega fizičnega telesa, ampak širšo skupnost z okoljem vred – samo tako je namreč po njihovem prepričanju mogoče povrniti ravnovesje in zares ozdraviti bolezen.



Šamanski boben (*kultrün*) ljudstva Mapuče, Čile, okoli 1920. *Kultrün*, sveti boben, ki ga pri zdravljenju uporabljajo mapuče zdravilci *machi*. Simboli na kultrünü predstavljajo štiri kardinalne točke – štiri strani neba z letnimi časi in štiri vrhovne bogove. National Museum of the American Indian, Smithsonian Institution (17/7322). Foto: NMAI Photo Services.

- **Družbeno telo - »Kje imaš pa danes svojo boljšo polovico?«**

Dualizem, preko katerega v zahodnih družbah vidimo telo, je vedno povezan z vrednotenjem: »Danes sem vstal z levo nogo.« (leva – negativna) nasproti »Ona je moja desna roka.« (desna – pozitivna).

Čeprav telo v zahodnem svetu dojemamo predvsem kot biološko kategorijo, je dojetje telesa vedno tudi družbeno in kulturno pogojeno. Posamezna družba določa, kaj predstavlja ustrezno skrb za telo, kako se je primerno oblačiti, kateri telesni gibi so v določeni situaciji sprejemljivi, kdaj in do kam postaviti telesne meje in drugo. Nadzorovanje telesa in telesnih funkcij pozna vsaka kulturna skupina. Družbeno telo potrebujemo, če želimo živeti v določeni družbi ali določeni kulturni skupini, vendar so pravila med sprejemljivim in nesprejemljivim obnašanjem lahko zelo različna. Tisto, kar je nekemu posamezniku del vsakdana v eni kulturi, je lahko žaljivo v drugi. Merila sprejemljivega se ne spreminjajo samo krajevno, temveč tudi skozi čas (Helman 2007: 23).



Spomnite se primera iz lastne klinične prakse (ali od kod drugod), ko je posameznik iz drugega okolja skrbel za svoje telo na način, ki je bil drugačen od vašega. Kako ste se počutili? Kaj ste o tej drugačni praksi mislili? Kako ste ravnali?

- **Politike telesa: »Jaz sam odločam o svojem telesu!«**

Posameznik nikoli ne more povsem svobodno odločati o svojem telesu, saj mu je kot članu družbe naloženo spoštovanje določenih pravil in zakonov, s katerimi državne ustanove nadzorujejo telesa svojih prebivalcev. Primere takega nadzora lahko srečamo v vseh obdobjih življenja: zakonodaja predpisuje, do katerega tedna lahko ženske splavijo; za katerimi boleznimi morajo biti otroci cepljeni pred vstopom v šolo; kako ravnati z osebami, ki imajo nalezljive bolezni; kakšne zdravstvene preglede morajo opraviti delavci pred pričetkom delovnega razmerja; kako s pokojnikovim telesom ravnati ob njegovi smrti.



Darovanje krvi predstavlja izraz solidarnosti zdravih oseb do bolnih. V Sloveniji se darovanje krvi med prebivalstvom spodbuja. Čeprav se kri krvodajalcev predhodno testira, pa v Sloveniji darovalci ne morejo biti moški, ki so imeli kadarkoli spolni odnos z moškim (MSM). Na Zavodu za transfuzijo to pojasnjujejo s tem, da MSM odklonijo zaradi njihovega spolnega vedenja, ki naj bi jih izpostavljalo večjemu tveganju obolevanja za hudimi nalezljivimi boleznimi. Predstavniki LGBT organizacije pa pravijo, da prepoved darovanja krvi za geje izvira iz priporočil Sveta Evrope iz 80 let, ki je zaradi predsodkov do gejev MSM uvrstila v rizično skupino za darovanje krvi. Danes v večini evropskih držav te določbe ne upoštevajo, saj velja za diskriminatorno.

Kako sami dojemate to prepoved? Ali ste v zdravstveni ustanovi, kjer ste zaposleni, imeli izkušnje s podobnimi oblikami diskriminacije?

Preoblikovanje telesa: presaditve organov, ravnanje z odstranjenimi deli telesa (na primer placenta, splavljeni zarodki), amputacije, lepotne operacije, tetoviranje, prebadanje, obrezovanje (moških in ženskih spolnih organov), hendikep in protetični nadomestki telesnih delov so pomembni pri dojemanju telesa in človekove integritete. Dejansko različna telesa kot tudi različna dojemanja telesa in občutki v zvezi s tem lahko močno vplivajo na to, kaj je za nekoga sprejemljivo in izvedljivo.

SPOL IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Ženske in moški imajo zaradi biološko-fizioloških razlik različne potrebe, na katere mora odgovoriti zdravstveni sistem. Zdravstveni sistem pa mora zadovoljiti potrebe ljudi tudi glede na družbeni spol, to pomeni glede na izkušnje žensk in moških, ki jih imajo zaradi spolno-specifičnih življenjskih izkušenj pridobljenih od rojstva naprej (socializacija v dečke in deklice; ohranjanje feminizacije in maskulinizacije posameznih izobraževalnih programov; neenakost na področju plačanega dela; ne vključevanje moških v neplačano delo in dvojna obremenjenost žensk; ekonomske neenakosti in drugo).

Upoštevanje družbenega spola vsebuje razumevanje, da fiziološke razlike med ženskami in moškimi le do manjše mere pojasnjujejo dejanske razlike med spoloma v vsakdanjem življenju. Na razlike v največji meri vplivajo družbeno-ekonomski dejavniki, izmed katerih je potrebno izpostaviti predvsem razlike v socializaciji in družbene neenakosti na področju spola (Zaviršek 2016).

Od začetkov uradne medicine naprej in še posebno v 19. stoletju so mnogi zdravstveni delavci razlike med moškimi in ženskami v izražanju zdravstvenih težav pripisovali ženski »naravi«. To je z drugimi besedami pomenilo, da je bila ženska sposobnost rojevanja univerzalna razlaga za vse posebnosti duševnega zdravja žensk in razlik med spoloma. Spomnimo se na histerijo (hystera, lat. maternica), ki je bila zgodovinsko najbolj znana psihiatrična diagnoza pripisana zgolj ženskam (izjemoma otrokom, obubožanim umetnikom okuženim s tuberkulozo in travmatiziranim vojakom, ko so se po prvi svetovni vojni vrnil s front). Ko so jo v 19. stoletju zdravniki začeli množično diagnosticirati, je postala očiten dokaz tega, kako močno družbene norme in spolni stereotipi vplivajo na domnevno »nevtralni« medicinski diskurz (Zaviršek 1994; Pilgrim in Rogers 1996; Busfield 1996; Zaviršek 2000; Ussher 2011 po Zaviršek 2016).

Množice žensk, ki so se znašle v azilih in psihiatričnih bolnišnicah po Evropi, so bile simptom takratne družbe, ki se je po eni strani odražal v pokroviteljskem in dominantnem položaju moških zdravnikov do žensk in po drugi strani v vse glasnejših zahtevah žensk po osebni in telesni avtonomiji in samoodločanju.

Socialna zgodovina medicine dokazuje, da je bila ženska v zahodnem svetu družbeno konstruirana kot šibkejša, labilnejša, odvisna in posledično bolj nagnjena k razvoju duševnih stisk, imenovanih najprej »norost« in kasneje »duševna bolezen« (Stoppard in McMullen 2003; Chesler 2005; Astbury 2010 po Zaviršek 2016). Slavna raziskovalka Christina von Braun (1988) je to prepričanje strnila kar v formulo, ki je veljala za ženske 19. in prve polovice 20. stoletja: ženska = duševna bolezen. Ostanke takšnega razmišljanja je mogoče še danes najti predvsem v odnosu do starejših žensk (Zaviršek 2016). Če se osredotočimo na povezavo med spolom, starostjo in duševno boleznijo, vidimo, da so med dejavniki tveganja za slabo duševno zdravje žensk in zlasti starejših žensk poleg fizioloških predvsem psihološki dejavniki in socialno-ekonomski položaj.

- **Psihološki dejavniki** so povezani s prevladujočo spolno specifično socializacijo. Ženski dojenčki in deklince se naučijo, da smejo biti odvisne in svojo odvisnost izražati – posledično smejo jokati in svoje nelagodje izražati na različne načine. Obenem pa se naučijo tudi, da morajo bolj kot za sebe skrbeti za druge (najprej za punčke, potem za brate in sestre, za druge sorodnike, za obiske). Posledica tega je, da se deklince praviloma izurijo v občutljivosti, odvisnosti in skrbi za druge in obenem v izražanju svojih stisk. V zdravstvenem sistemu se takšna socializacija manifestira tako, da ženske pogosteje kot moški iščejo pomoč (za sebe in za družinske člane), pogosteje kot moški tožijo o stiskah in težavah in pogosteje jočejo. Takšno obnašanje, v katerega so bile ženske najprej socializirane, kasneje v življenju dobi etiketo »ženske nagnjenosti k depresivnim razpoloženjem«. To je izrazito predvsem v okoljih, kjer velja za trdno, uravnovešeno osebo tisti, ki ne izraža svojih občutij pa tudi ne čustvenih stisk, kar je obnašanje, ki so si ga tekom socializacije pridobili mnogi moški. Tisto, kar po eni strani velja za simbol ženskosti, postane v sistemu duševnega zdravja človekova šibkost, neuravnovešenost in pokazatelj slabega duševnega zdravja (Zaviršek 2016).
- **Socialno-ekonomski dejavniki tveganja:** Ženske zasedajo več slabo plačanih delovnih mest in svoj dohodek pogosteje kot moški delijo z drugimi člani družine. Obenem pa ženske v primerjavi z moškimi opravijo občutno več skrbstvenega in gospodinjanskega dela. Pogosta posledica porabljenega časa za skrbstveno delo v družini je osamljenost, saj socialna mreža žensk le redko sega izven družinskih in sorodstvenih krogov.

Obstaja dokazana korelacija med doživljanjem spolnega in fizičnega nasilja in slabim duševnim zdravjem. Ocenjuje se, da je vsaj polovica odraslih in starejših žensk, ki jih najdemo v zdravstvenem sistemu zaradi slabega duševnega zdravja, bilo v otroštvu žrtve spolnih zlorab ali kasnejšega nasilja. Slovenska nacionalna raziskava o nasilju nad ženskami iz leta 2010 je pokazala, da vsaka druga ženska od dopolnjenega 15. leta doživi eno izmed oblik nasilja: največkrat psihično, sledi fizično, materialno in spolno. Skoraj 20 % izmed njih je omenjalo tudi slabo duševno zdravje kot posledico nasilja. Navajale so: depresivnost, strah, nespečnost, slabo samopodobo, misli na samomor, čustveno napetost, paniko, občutek neobvladanja situacije, občutek ogroženosti in nezaščitenosti, krivdo in podobno (Zaviršek 1994; 1998; 2012; 2014). Posledično so ženske, ki doživljajo nasilje manj uspešne v šoli, pri študiju in na delovnem mestu, kar vpliva na njihov ekonomski položaj. Ni nenavadno, da je v Sloveniji delež depresije pri ženskah skoraj dvakrat večji kot pri moških, da s starostjo narašča in je pri osebah z manj kot srednješolsko izobrazbo skoraj dvakrat višji kot pri tistih, ki imajo vsaj slednjo (Tomšič in Kovše 2010: 83 po Zaviršek 2012).

Čeprav postaja življenje žensk in moških danes vse bolj podobno in je družbenih stereotipov o spolih vse manj, je za boljše razumevanje zdravja žensk in odzivanja zdravstvenih delavcev na njihove zdravstvene težave pomembno razumeti da:

1. Ženske in moški izražajo svoje čustvene stiske na različne načine, kar je posledica družinske in družbene socializacije v določen spol.

Ženske v zahodnem svetu pogosteje jokajo, so ekspresivnejše pri izražanju stisk, so pogosto bolj pesimistične in v zdravstvenem osebju iščejo zaščito, saj se počutijo nemočne in odvisne. Ob nepoznavanju nastanka spolno specifičnega obnašanja se to interpretira kot obče ali celo fiziološko pogojeno slabše duševno zdravje žensk in nagnjenost k depresiji. Slovenski kvantitativni podatki potrjujejo, da so starejše ženske skoraj dvakrat pogosteje kot moški obravnavane zaradi depresije (Šelb-Šemerl 2010: 69 po Zaviršek 2012), kar se kaže tudi v predpisovanju zdravil - ženskam se predpiše bistveno več zdravil kot moškim v skupini zdravil z delovanjem na živčevje (v letu 2007 so tako dobile skoraj enkrat toliko receptov za psihofarmakološka sredstva kot moški (anksiolitike, benzodiazepine, zdravila proti migreni, antipsihotike, sedative in drugo) (Pečar Čas 2010: 128 po Zaviršek 2012)). Podobno tudi podatki SZO sicer dokazujejo, da je tveganje za razvoj depresije pri ženskah dvakrat pogostejše kot pri moških, vendar enega od vzrokov za pogosto diagnosticiranje žensk kot depresivnih predstavlja sam zdravstveni sistem. Zaradi naučenih družbenih pričakovanj zdravstvenega osebjia v zvezi z depresijo starejših žensk, bo več žensk tudi dejansko dobilo diagnozo depresije (Zaviršek 2012).

2. Ženske in moški na spolno specifičen način uporabljajo psihosocialne službe v skupnosti.

Ženske pogosteje kot moški uporabljajo pisarne za informiranje in svetovanje glede duševnega zdravja, kar se kaže tudi v slovenskih nevladnih organizacijah, kamor po pomoč prihaja več žensk kot moških (Ozara, Altra). Obenem pa za razliko od moških redkeje uporabljajo prostore za druženje, kot so dnevni centri in klubi, kjer je bistveno manj starejših žensk. Prostori neformalnega druženja (trg, gostilna) so bili tradicionalno moški prostori, ki so jih ženske prečkale na poti k usmerjenim ciljem (nakup, obisk). Prostor žensk je bil dom, javni prostor pa je bil moški prostor. Ženske se še danes počutijo manj gotove, če vstopajo v nestrukturiran prostor za druženje in se pogosteje udeležujejo vnaprej določenih dejavnosti (izleti, delavnice in drugo). Ženske v dopoldanskih urah, ko so takšni prostori odprti, poskušajo postoriti gospodinjstva in skrbstvena opravila, ki krepijo občutek družbeno spoštovane ženske identitete, pri čemer je obisk javnega prostora brez usmerjene naloge dokaz njene nekoristnosti. Nepoznavanje teh zgodovinsko konstruiranih razlik privede do tega, da nekateri strokovnjaki trdijo, da ženske skupnostnih služb duševnega zdravja ne potrebujejo (Zaviršek 2012).

3. Strokovni odzivi zdravstvenih delavcev do žensk in moških so različni in odvisni od vnaprejšnjih osebnih predstav, družbeno ustvarjenih pričakovanj in stereotipov, ki jih imajo strokovnjaki v zvezi z ženskami in moškimi.

Raziskava v ZDA je pokazala, da so predstave o zdravi in bolni osebi med zdravstvenimi delavci stereotipne in spolno specifične (Broverman in drugi 1970 v Zaviršek 1994). Zdravstvene delavce so vprašali o njihovih predstavah, ki jih imajo o tem, kakšna sta moški in ženska s težavami v duševnem zdravju; kakšna sta zdrav odrasli moški in ženska ter kakšna je spolno nevtralna oseba - »zdrav odrasli človek«. Predstava o zdravem odraslem moškem je bila v raziskavi enaka kot predstava o zdravi spolno nevtralni osebi, ki je racionalna, ve, kaj hoče, ni labilna, ima svoja čustva pod nadzorom in sledi svojim ciljem. Predstava o zdravi ženski se je približala predstavi o moškem s težavami v duševnem zdravju: pretirano izraža svoja čustva, je labilen, neuravnotežen, spreminja odločitve in drugo. Iz tega so raziskovalci zaključili, da so zaželene oblike obnašanja zdrave odrasle osebe tiste, ki jih tekom socializacije pridobijo moški. Bolj ko so ženske socializirane v stereotipno žensko, večja je verjetnost, da bo njeno obnašanje v kasnejših letih označeno kot patologija in kot »tipična ženska depresija«. Zdravstveno osebje pa je do žensk posledično tudi bolj pokroviteljsko, v primeru starejših žensk pa se družbeni stereotipi le še utrdijo (Zaviršek 2012).

HENDIKEP IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Koncept hendikepa poudarja, da telesne, senzorne in intelektualne ovire ljudi sicer omejujejo pri vsakdanjih opravilih, vendar pa resnične ovire nastanejo šele po stiku posameznice in posameznika z izključujočim okoljem. Takšno okolje temelji na predstavi o »normalnem« telesu in »normalnem« funkcioniranju, pri tem pa vse, česar ne zaznava kot »normalno«, doživlja bodisi kot »nenormalnost« bodisi kot »drugačnost« (Zaviršek 2014: 134).

Pomembno se je zavedati, da hendikep ni nikoli zgolj naraven ali prirojen, temveč je vedno družbeno proizveden. Pri tem študije hendikepa kažejo, da družbeni odzivi lahko oviranost povečajo ali zmanjšajo (ibid. 135–136).

Hendikep je vselej kategorija, v kateri se prepletajo materialno, čustveno in socialno ter odslikava družbeno zaznamovane odzive na telesne posebnosti, kot so:

- gibalna oviranost (mišična distrofija, paraplegija, tetraplegija in drugo),
- senzorna oviranost (težave s sluhom in vidom ter druge senzorne motnje),
- kognitivna oviranost (lahko je prirojena ali pridobljena, na primer motnje v duševnem razvoju (imenujemo jih tudi intelektualne ovire), težave pri učenju določenih vsebin ali večine vsebin, nevrološke motnje po poškodbah ali boleznih, na primer po kapi in drugo),
- težave z duševnim zdravjem (psihiatrične diagnoze, psihiatrične hospitalizacije).

Med omenjenimi ovirami so nekatere vidne, druge pa manj vidne ali nevidne (multipla skleroza, disleksija, duševne stiske), vendar pa običajno povzročijo družbeno prikrajšanost na izobraževalni, ekonomski, socialni in simbolni ravni (ibid. 135).

Pazimo na izraz! V Sloveniji se v zakonodaji, pa tudi v medijih in mnogih organizacijah, vključno z zdravstvenimi, še vedno uporablja izraz »invalidi«, kar implicira, da so ti ljudje šibki, slabotni, nebogljeni oziroma nezmožni dela. Za uporabo je veliko ustrežnejši izraz hendikepirani posamezniki ali osebe z različnimi vrstami oviranosti.

Osebe s posebnimi potrebami in različnimi oblikami hendikepa imajo pogosto večje potrebe po zdravstvenem varstvu, vendar pa se v zdravstvenih ustanovah pogosto srečujejo s predsodki in pomanjkanjem znanja s področja hendikepa in veščin, kako odstranjevati ovire, da bi bili deležni ustrezne podpore pri uveljavljanju svojih pravic do zdravstva.

Primer: 40-letni moški z mišično distrofijo, ki je živel samostojno življenje, je zaradi zdravstvenih težav pogosto obiskoval zdravstvene ustanove. Kadarkoli je prišel sam, so zdravstveni delavci njegove različne zdravstvene težave videli le kot posledico mišične distrofije in se vanje niso poglobljali. Če je prišel v spremstvu svojih sorodnikov ali prijateljev, pa so se bili zdravstveni delavci pripravljani bolj posvetiti konkretni težavi in je ne (v celoti) povezovati z mišično distrofijo. V slednjem primeru so nudili ustrezno zdravstveno obravnavo in zdravljenje je bilo uspešnejše.

Primer: 51-letna ženska s cerebralno paralizo je prišla na redni ginekološki pregled v eno od slovenskih zdravstvenih ustanov. Namesto ginekologinje, s katero sta se osebno poznali, jo je sprejela nova ginekologinja. Ko je ginekologinja videla, da je ženska na vozičku, jo je že pri vratih ustavila in rekla, da je ne more ginekološko pregledati, saj je na vozičku. Ženska je bila ogorčena in zahtevala, da jo vseeno pregleda, a ginekologinja je vztrajala pri svojem. Ženska se je odpeljala v večje mesto, kjer so jo brez težav pregledali.

Primer: Mlajša oseba, ki ima amputirano nogo, za hojo uporablja hodilni pripomoček. V bolnišnici so jo medicinske sestre položile na posteljo in sezule hodilni pripomoček ter jo pustile samo v sobi, brez pripomočka. Uporabnico je začelo tiščati na stranišče, a ni mogla tja brez hodilnega pripomočka. Ker ni mogla pravočasno poklicati sester, ji je ušlo v posteljo. Bolnišnice se spominja po tem, da ji je bilo takrat nerodno in se je počutila zelo nelagodno.

Primer: Starejši moški si za orientacijo po bolnišnični sobi pomaga z belo palico. Čistilka pride v sobo, medtem ko spi, in mu med pospravljanjem premakne palico. Ko se moški zbudi, ne najde palice. Poskuša jo najti in medtem ko jo išče, se zaleti v stol, ki ga je čistilka postavila na drugo mesto, in si poškoduje nogo (Valič 2016).



Katere probleme in ovire prepoznate v prej navedenih primerih? Kako bi morali zaposleni v zdravstvenih ustanovah ravnati, da bi nudili kakovostno oskrbo tem štirim osebam?

Tabela 1: Nekatere ovire hendikepiranih oseb v zdravstvenih ustanovah

Težave z dostopnostjo do zdravstvene ustanove	Težave z viri informacij
Pomanjkanje prilagojenega javnega prevoza (še posebno v odročnih, podeželskih krajih).	Praviloma viri informacij o zdravstvenih programih, zdravlilih in zdravljenju niso prilagojeni osebam s hendikepom - za slepe in slabovidne so sploh neuporabni, za mnoge pa daleč prezapleteni.
Pomanjkanje parkirnih prostorov za hendikepirane.	Prostori ambulate so pogosto premalo osvetljeni, kar otežuje branje z ustnic za gluhe in naglušne.
Neurejen dostop do vseh prostorov in storitev za gibalno ovirane ljudi (preozki hodniki, ki so hkrati čakalnice; neustrezni sanitarni prostori; neprimerna dvigala, ki ne omogočajo rabe osebam na vozičku) in slepe (pogosto ni oznak v brajici ali zvočnih informacij o nadstropjih zgradbe) - informacije v zdravstvenih domovih bi morale biti multisenzorične (na primer številke ambulant, napisi, oznake v dvigalih in na stopniščih, smerniki ...).	
Ljudje, ki imajo spremljevalca, bi morali imeti pri sprejemu v ambulanto prednost (imajo omejen čas plačanega spremljevalca, zato se lahko zgodi, da v času, ko imajo na voljo spremljevalca, sploh ne pridejo na vrsto za pregled).	
Ob klicanju uporabnikov, ki so na vrsti za pregled, bi morale biti zdravstveno osebje pozorno, da oseb, ki slabo slišijo ali so gluhi, ne kličejo, ampak jih pridejo iskat (Svetel, 2015).	

Katere od teh ovir so prisotne tudi v vaši zdravstveni ustanovi? Kako bi jih reševali?

Priporočila

- Pri obravnavi osebe s hendikepom ne nagovarjamo spremljevalca ali osebnega asistenta, temveč govorimo neposredno z osebo.
- Vedno obstajajo možnosti za težave v komunikaciji (težave z govorom ali s sluhom), če nismo razumeli, kaj je oseba povedala, ponovno vprašajmo in tudi preverimo, ali smo pravilno razumeli (na primer »Rad/-a bi preveril/-a, da sem vas prav razumel/-a: pravite mi, da vas boli noga?«).
- Pri komuniciranju je dobro, da imamo pri roki pisalo in papir ali pa razmislimo o alternativnih načinih komunikacije, ki bi ustrezali sogovorniku.
- Zavedajmo se, da je slovenski znakovni jezik pogosto prvi jezik povsem gluhih, ki imajo zakonsko pravico do sporazumevanja v tem jeziku – prisotnost tolmača je njihova pravica, stroške za tolmačenje krije zdravstvena zavarovalnica. Osnov slovenskega znakovnega jezika pa se lahko naučimo tudi sami (tečaj poteka v okviru različnih organizacij gluhih oseb).
- Če oseba uporablja za gibanje in komunikacijo pripomočke (voziček, hodulje, slušni aparat, belo palico in podobno), je potrebno zagotoviti, da ima te pripomočke na voljo. To osebo navdaja s samostojnostjo in neodvisnostjo od drugih.
 - Nikoli ne počnimo ničesar s temi pripomočki brez dovoljenja in vednosti osebe. V kolikor jih je potrebno premakniti, jih premaknimo z vednostjo osebe in jih potem postavimo na isto mesto.
- Osebe s hendikepom pogosto potrebujejo več pojasnil (zelo veliko pomeni dodatna pozornost pri razlagah o stanju in potrebnih korakih pri zdravljenju) in več časa za posvet z zdravstvenim osebjem, zato jim poskusimo to omogočiti.
- Poskušajmo se čimbolj informirati in strokovno usposobiti za nudenje kakovostne oskrbe oseb z različnimi oblikami hendikepa.

NOTRANJA STRUKTURA TELESA IN PREPRIČANJA O DELOVANJU ORGANIZMA

Razvoj anatomije in sodobne tehnike slikanje telesa (rentgen, ultrazvok) so doprinesli k večjemu poznavanju človeškega telesa. Brez tega znanja je posameznik prepuščen lastnim prepričanjem in izkušnjam (Helman 2007: 25). Večina se z delovanjem telesa in telesnimi funkcijami ukvarja šele ob nastopu težav ali slabega počutja.

Predstave o telesu, notranji in zunanji strukturi se skozi čas stalno spreminjajo.



»Ranjeni mož« je lik, ki se pojavlja v mnogih rokopisih in natisnjenih knjigah iz 15. in 16. stoletja. Wellcome Library, London.

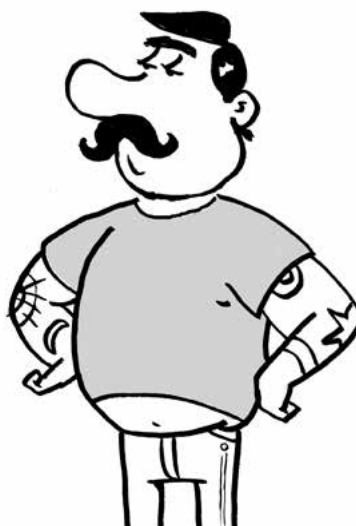


Anatomska skica ženske z zavijki za odlistavanje, 1573.: Wellcome Library, London.

1892



2016



Anatomija

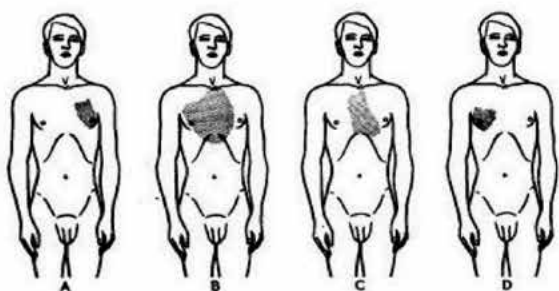
Anatomijo človeka dojemamo kot univerzalno. Razen v redkih primerih, kot je na primer »situs inversus« - obrnjenega položaja organa ali organskega sistema. Prav tako lahko na položaj organov v telesu vpliva ukrivljenost hrbtenice – skolioza, ko zaradi asimetrične lege hrbtenice organi zasedajo mesta prilagojena položaju skeleta trupa, kar pomeni, da se organi v daljšem časovnem obdobju premikajo s položajem hrbtenice. Hrbtenica je lahko tako ukrivljena, da ovira delo notranjih organov. Osebam, ki jim z operativnim posegom korigirajo krivino hrbtenice, se organi pomaknejo s korigirano hrbtenico v drugotno lego.

Nekomu, ki je študiral anatomijo, so pozicije kosti, mišic, organov in njihovo delovanje samoumevne. Ne glede na dejstvo, da se nek organ nahaja na točno določenem mestu v telesu, pa se prepričanja posameznikov o notranji strukturi telesa lahko zelo razlikujejo.

V raziskavi med uporabniki britanskih bolnišnic so raziskovali njihove predstave o notranji strukturi telesa in njegovih funkcijah. Rezultate 243 uporabnikov so primerjali z odgovori 35 zdravnikov ter ugotovili, da se med odgovori medicinskega osebja in uporabniki pojavljajo velike razlike v razumevanju človeškega telesa. Poleg tega se je izkazalo, da so predstave uporabnikov precej drugačne od slik v anatomskem atlasu: 14,9 % uporabnikov je odgovorilo, da srce zavzema skoraj celotno prsno votlino; 48,7 % vprašanih je ledvice postavilo nizko v predel dimelj, 45,5 % pa je ledvice umestilo v spodnji del trebušne votline (Boyle 1970).

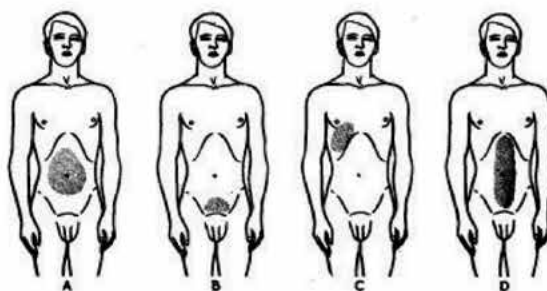
Zanimivo je, kako so uporabniki umestili želodec: 67 uporabnikov ga je postavilo v trebušno votlino, v predelu od pasu do dimelj – po njihovem mnenju naj bi torej želodec zavzemal skoraj celotno področje spodnjega dela trupa. Nasprotno pa ga je 22 uporabnikov lociralo v osrednji del prsne votline. Skladno s sprejeto anatomijo je želodec umestilo le 23 sodelujočih (ibid).

Prikaz razhajanj med razumevanjem uporabnikov in zdravstvenih delavcev:



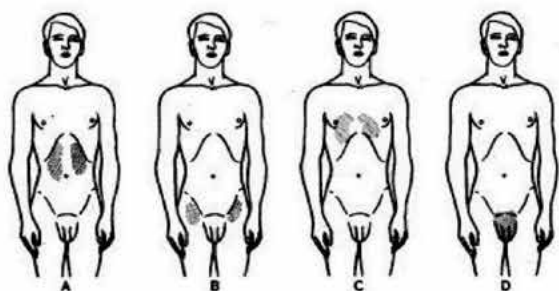
1. Razporeditev pozicij srca

A: 47 pacientov (41,2 %), 2 zdravnikov (5,7 %); B: 17 pacientov (14,9 %), 0 zdravnikov; C: 48 pacientov (42,1 %), 33 zdravnikov (94,3 %); D: 2 pacienta (1,8 %), 0 zdravnikov.



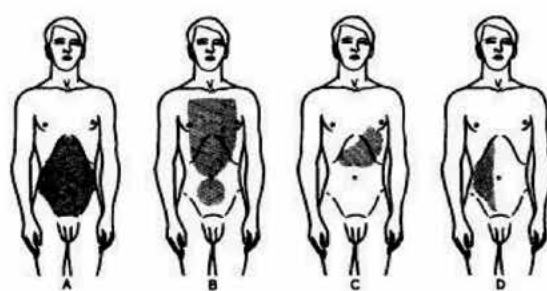
2. Razporeditev pozicij mehurja

A: 27 pacientov (24,1 %), 0 zdravnikov; B: 67 pacientov (59,8 %), 35 zdravnikov (100 %); C: 9 pacientov (8,0 %), 0 zdravnikov; D: 9 pacientov (8,0 %), 0 zdravnikov.



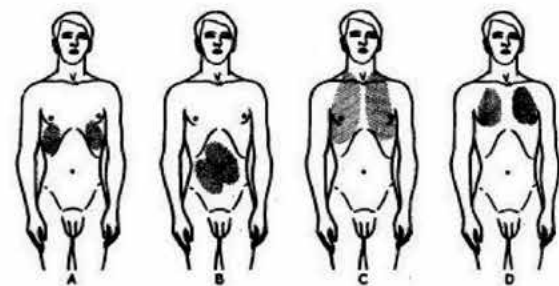
3. Razporeditev pozicij ledvic

A: 52 pacientov (46 %), 35 zdravnikov (100 %); B: 55 pacientov (48,7 %), 0 zdravnikov; C: 2 pacienta (1,8 %), 0 zdravnikov; D: 4 pacienta (3,5 %), 0 zdravnikov.



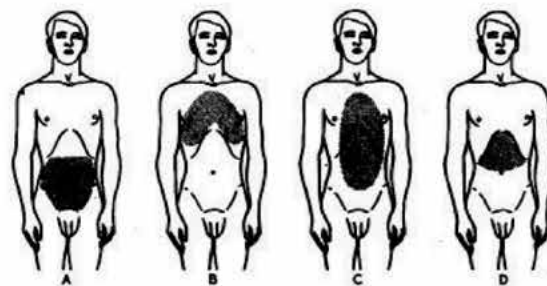
4. Razporeditev pozicij želodca

A: 67 pacientov (58,8 %), 0 zdravnikov; B: 22 pacientov (19,3 %), 0 zdravnikov; C: 23 pacientov (20,2 %), 35 zdravnikov (100 %); D: 2 pacienta (1,8 %), 0 zdravnikov.



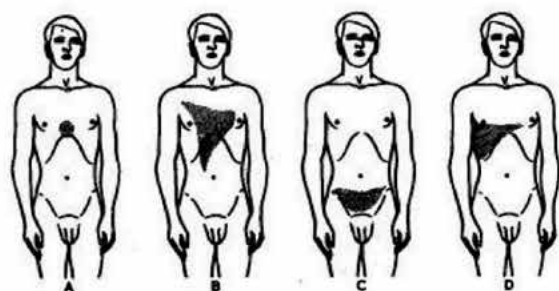
5. Razporeditev pozicij pljuč

A: 36 pacientov (33,3 %), 0 zdravnikov; B: 2 pacienta (1,9 %), 0 zdravnikov; C: 55 pacientov (50,9 %), 35 zdravnikov (100 %); D: 15 pacientov (13,9 %), 0 zdravnikov.



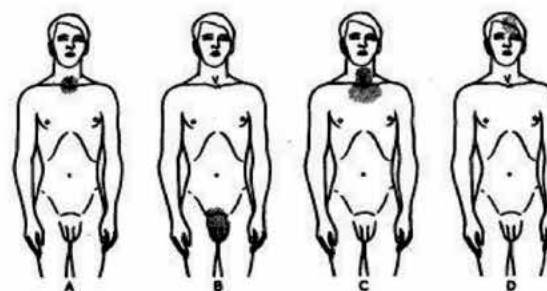
6. Razporeditev pozicij črevesja

A: 83 pacientov (76,9 %), 35 zdravnikov (100 %); B: 1 pacient (0,9 %), 0 zdravnikov; C: 13 pacientov (12 %), 0 zdravnikov; D: 11 pacientov (10,2 %), 0 zdravnikov.



7. Razporeditev pozicij jeter

A: 0 pacientov, 0 zdravnikov; B: 6 pacientov (6,1 %), 0 zdravnikov; C: 45 pacientov (45,5 %), 0 zdravnikov; D: 48 pacientov (48,5 %), 35 zdravnikov (100 %).



8. Razporeditev pozicij ščitnice

A: 72 pacientov (69,9 %), 35 zdravnikov (100 %); B: 3 pacienta (2,9 %), 0 zdravnikov; C: 25 pacientov (24,3 %), 0 zdravnikov; D: 3 pacienta (2,9 %), 0 zdravnikov.

Slika: Boyle, 1970: 288.

Ta in druge raziskave kažejo, da so predstave, predvsem o lokaciji organov, lahko popolnoma drugačne od dejanskega ustroja človeškega telesa. Ne samo to, navadno se jih locira na širše področje spodnjega, zgornjega ali stranskega dela trupa. Razlogov za to ne gre iskati zgolj v njihovi (ne-)izobraženosti, temveč v dejstvu, da za večino prebivalstva anatomija ni del vsakdana in da obstajajo različni razlagalni modeli, ki se ob podrobni analizi pokažejo za logične. Spraševanje o telesu navadno pride na dan takrat, ko človek zboli, takrat pa ima že lastne predstave o izvoru in lokaciji bolečine (Helman 2007: 25–26).

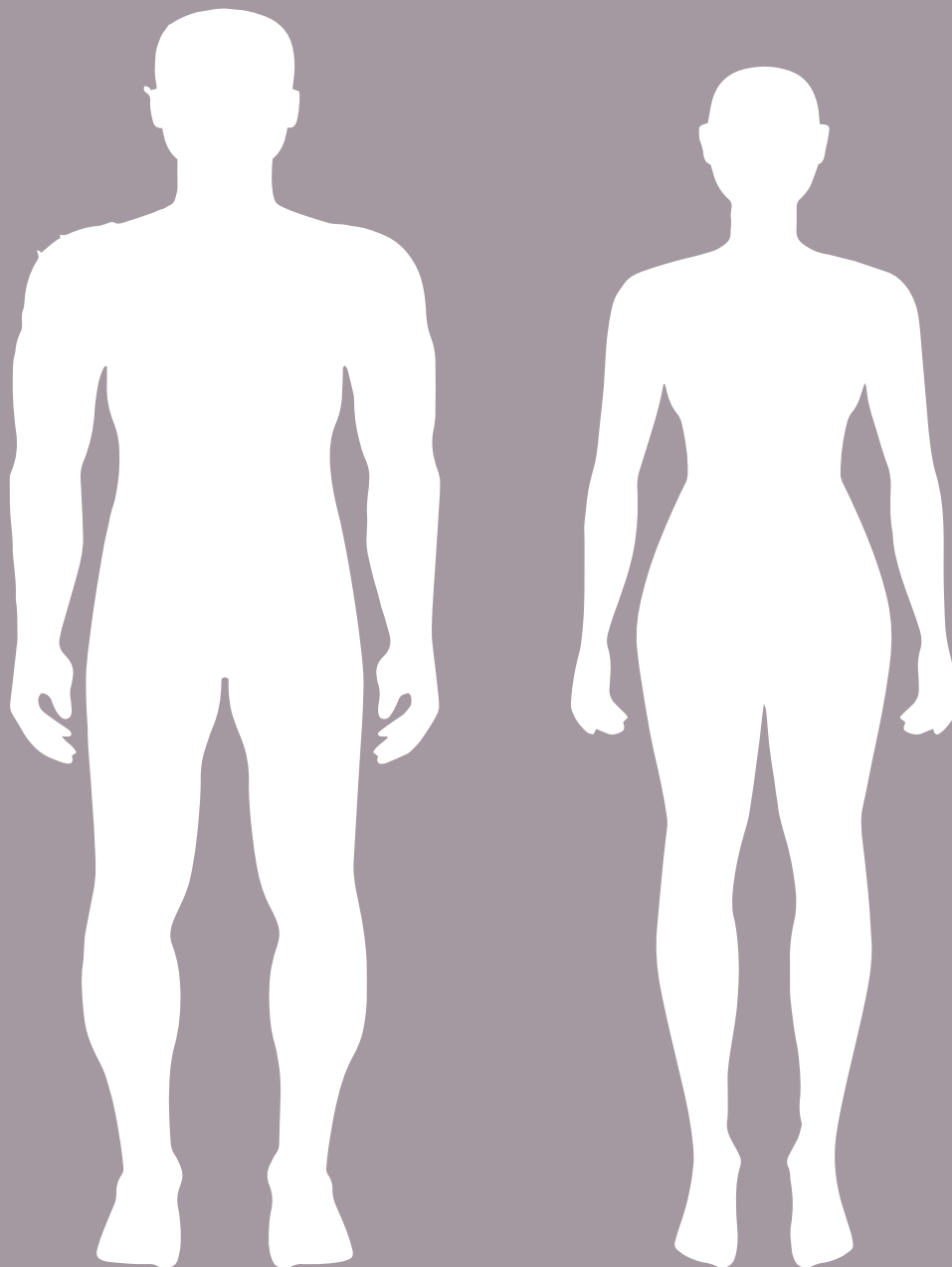
Posledica so lahko mnogi nesporazumi med uporabnikom in zdravstvenimi delavci. Ti nesporazumi ne izhajajo le iz drugačnih predstav o lokaciji notranjih organov, temveč tudi iz nedoločnih informacij, ki jih bo uporabnik posredoval o delu telesa, ki ga boli. V nekaterih situacijah namreč uporabniki ne želijo povedati točne lokacije bolečine - to velja predvsem za genitalni predel. Informacije lahko prikrivajo zaradi kulturnih norm ali verskih zapovedi, ki tabuizirajo genitalno področje oziroma iz drugih osebnih razlogov (EndLink 2015).

Primer: *Uporabnik zdravniku pove, da ima bolečine v hrbtu ali križu. V resnici ima rektalne težave. Drugi uporabnik pa toži zaradi bolečin v trebušni votlini, dejansko pa ima težave z genitalijami.*

Diskusija: Do uporabnikovih drugačnih predstav o telesu in netočnega opisovanja mesta bolečine je potrebno pristopati občutljivo in spoštljivo, saj lahko vzvišena ali posmehljiva reakcija vodi v neuspešno zdravljenje in poslabšanje zdravja. Vsekakor je potrebna pozornost in razmislek, saj zapleti pri obravnavi morda niso posledica namernega nesodelovanja uporabnika. Pogosto gre za drugačne predstave o telesu oziroma nelagodja, da bi odkrito govorili o določenem delu telesa oziroma težavah z njim.



Izberite si osebo, ki nima medicinske izobrazbe (lahko je družinski član, prijatelj ali znanec) in jo prosite, naj na svojem telesu locira: želodec, ledvice in jetra. Na spodnji sliki označite, kam je te organe umestila.



Delovanje telesa

Različna prepričanja o strukturi telesa in lokaciji notranjih organov so pri zdravstveni obravnavi zelo pomembna. Še bolj pa na vedenje posameznikov vplivajo prepričanja o delovanju telesa (krvožilni sistem, delovanje organov in drugo) (Helman 2007: 27). Te predstave v zdravstveni obravnavi težje prepoznamo, saj so bolj prikrite, obenem pa so v posameznih kulturnih okoljih lahko globoko zasidrane.

V zahodnih družbah opisovanje telesne strukture in funkcij pogosto izhaja iz drugih področij znanosti in tehnologije. Za opisovanje telesa se tako uporabljajo metafore vezane na delovanje strojev, elektronike, kibernetike in podobno. Te metafore lahko najdemo v vsakdanjem besednjaku, na primer »črpalka ne dela dobro« - srce ne dela dobro.



Pomislite, kaj pomenijo spodnji stavki:

- »napolniti moram baterije«;
- »izpraznil sem baterije«, »pregorel bom«;
- »danes imam veliko dela – dati moram v višjo prestavo«;
- »iti moram na servis«;
- »resetirati se moram«;
- »moram se reprogramirati«;

(primeri povzeti po Scheper-Hughes in Lock 1987: 23; Šimenc 2005: 105).

Kot izhaja iz navedenih primerov, je bilo delovanje telesa vrsto let opisovano z delovanjem strojev. Pri predstavi o telesu - stroju je ključno, da telo potrebuje obnovljivi vir energije za nadaljnje nemoteno delovanje. Uspeh sodobne kirurgije, transplantacij organov, srčnih spodbujevalnikov in ostalih »dodanih« delov telesa je še podkrepil idejo o telesu, ki ga lahko nenehno popravljamo (Helman 2007: 32).

Poleg prej navedenih metafor je eno od razumevanj delovanja telesa tudi splošno razširjen koncept pretočnosti. Različne snovi, kot so kri, zrak, voda in druge, morajo za dobro delovanje telesa po njem nenehno krožiti. Zastoj ali moten pretok se lahko razume kot blokada in s tem kot možen vzrok bolezni.

Primer: 60-letnica je bila sprejeta v bolnišnico zaradi pljučnega edema in kroničnega popuščanja srca. Zdravniki so ji hoteli na preprost način razložiti, zakaj potrebuje zdravljenje in so stanje opisali kot zastajanje vode v pljučih. Med njenim okrevanjem so zdravniki pri uporabnici opazili vrsto nenavadnih obnašanj, ki niso mogle biti povezane z zdravljenjem ali zdravili. Gospa je pogosto na silo bruhala in urinirala v posteljo. Ker niso vedeli, kako bi rešili njene težave, so poklicali psihiatra. Ta je ugotovil, da je gospa hčerka vodovodarja in je na takšen način razumela tudi delovanje telesa - kot skupek med sabo povezanih cevi. Pljuča so bila po njenem prepričanju povezana z oralno in sečno potjo. Logično je, da je hotela z uriniranjem in bruhanjem odstraniti odvečno vodo. Ko so ji zdravniki razložili, kaj pomeni voda v pljučih in da stanje nima povezave s sečili in prebavili, je prenehala s takim obnašanjem.

Diskusija: Ne glede na to, da je bilo obnašanje gospe nenavadno, je bila za tem določena logika. Kot hči vodovodarja si je telo predstavljala kot skupek cevi, v katerih lahko pride do zastojev, zato mora iz njih izločiti odvečno tekočino. Zdravniki so ravnali pravilno, ko so predvidevali, da mora obstajati razlog za njeno obnašanje. Temeljit pogovor o razumevanju njene bolezni in delovanju telesa je uspešno razrešil neprijetno situacijo (Helman 2007: 32).

MEJE TELESA

Meje telesa segajo preko dejanskih fizičnih mej posameznika in so kulturno pogojene. Vsi smo že bili v situaciji, da smo se želeli odmakniti, ko se nam je nekdo preveč približal. V svoj osebni prostor ne spustimo kogarkoli. Meje se razlikujejo med osebami in med kulturami, obenem pa so odvisne od situacije, v kateri se nahaja posameznik (Helman 2007: 24).

Ločimo lahko štiri najbolj očitne simbolne meje posameznika:

1. intimna distanca (intimni fizični odnosi);
2. osebna distanca (manj intimni stiki in razmerja, še vedno v meji osebnega prostora);
3. družbena distanca (neosebni poslovni odnosi in odnosi s širšo okolico);
4. javna distanca (razdalja javnega nastopanja).

Velikost in oblika teh meja se spreminja od skupine do skupine. Vstop v eno od teh mej, predvsem v prvi dve, lahko posameznik dojame kot nevljudno ali ogrožajoče, tudi v primeru zdravniškega pregleda. V nekaterih kulturnih skupinah, kjer posameznik ni v ospredju, lahko osebna distanca zajema tudi družinske člane, klan, etnično skupino, vas, delovno mesto, celo živino in zemljo prednikov (Helman 2007: 24).



Raziskovalci ugotavljajo, da severnim Evropejcem postane nelagodno, če se sogovornik približa na razdaljo 60 centimetrov, začnejo pa se umikati pri 45 centimetrih.

Preizkusite, pri kateri razdalji se začnete vi počutiti nelagodno. Pozorno spremljajte, kaj ste občutili, ko se vam je nekdo preveč približal in kako ste reagirali nanj.

DOTIK

Dotik je čutna zaznava, ki se pri človeškem zarodku razvije zelo zgodaj in ni le zelo pomembna za zaznavanje sveta, temveč ima ključno vlogo v medčloveških odnosih. Družbena pravila (in celo tabuji) zelo vplivajo na to, kdo se lahko koga dotakne, kje se ga dotakne in kako.

V medčloveških odnosih imajo dotiki vsaj pet različnih vlog:

- obredno izražanje medsebojnih odnosov (z rokovanjem);
- izražanje čustev (objemanje);
- prijateljstvo, sodelovanje, tovarištvo (trepljanje);
- nadzor in obvladovanje (polaganje roke na ramo);
- dotiki, povezani z določenimi postopki, opravki (zdravstveni delavec se dotakne roke, ko meri pulz).

Posebna vrsta dotikanja je nekaj, kar bi lahko imenovali terapevtski dotik – poznajo ga mame in očetje, ko otroka, ki si je potolkel koleno ali opekel prst, potolažijo z nežnim dotikom ali božanjem. Mnoge kulture dotiku pripisujejo tudi magično moč – moč prenesti na osebo, ki se je kdo dotakne, pozitivno ali pa tudi negativno energijo. V tem smislu velja za terapevtski ali zdravilen dotik prenos pozitivne energije z ene osebe na drugo.

»Naše mame in sedaj tudi mi strokovnjaki/posamezniki, so nežno pomagale pri različnih nevšečnostih, ki so se pripetile nam otrokom: slabost, glavobol, bolečine neznanega vzroka v trebuhu in še kje. Svoje roke so položile na vir tegob, nežno masirale, podprle 'težko' glavo in prijazno prigovarjale« (Cibic 2002: 27–29).

V zahodnih družbah z dotikom druge osebe pogosto pokažemo skrb, ljubezen in uteho osebi, ki se sooča s čustveno ali fizično bolečino. Z dotikom (stisk roke, trepljanje po hrbtu, objem, poljub) pokažemo, da nam ni vseeno in nas skrbi. Zdravstveni delavec se lahko uporabnika zaskrbljeno dotakne ali potrepnja po hrbtu, saj mu želi s tem ponuditi uteho. Takšno dejanje lahko pri predstavnikih določenih kulturnih ali verskih skupnostih povzroči nelagodje. To je potrebno imeti v mislih tudi pri različnih pregledih. Čeprav predstavlja vstop v osebni prostor in dotikanje posameznih delov telesa običajen element vsakega zdravstvenega pregleda, se posamezne kulture zelo razlikujejo med seboj glede na to, kaj je pri dotikanju dopustno in kaj ne, zlasti glede na vloge spolov (EndLink 2015).



Primer: Odrasli moški muslimanske veroizpovedi iz ene od severno afriških držav pride na rehabilitacijo v slovensko zdravstveno ustanovo. Glede na njegove zdravstvene težave s črevesjem zdravnik naroči kolonoskopijo. Ko moški pride na pregled, ga sprejme zdravnica, ki mu skuša razložiti, kako bo potekala kolonoskopija. Ves čas pregleda se uporabnik počuti nelagodno, v naslednjih dneh pa vodstvu ustanove pošlje pritožbo, da bi ga moral pregledati moški in ne ženska.

Diskusija: Iz navedenega primera je razvidno, da bi se lahko zdravnik in zdravnica, ki sta sodelovala v zdravstveni obravnavi izognila pritožbi, če bi predvidela, da bi lahko imel moški zadržke do kolonoskopskega pregleda, ki ga izvaja oseba ženskega spola. V nelagodju, ki ga je moški izkazoval med pregledom, zdravnica ni prepoznala te težave, zato ni pravočasno ukrepala.

Kot za moškega ni bilo sprejemljivo, da ga pregleda zdravnica, pa imajo lahko tudi ženske uporabnice težave s tem, da bi se jih ob pregledu dotikal zdravstveni delavec moškega spola. To je lahko še posebej pogosto pri pripadnicah določenih etničnih manjšin in verskih skupnosti, pri čemer je ta zadržek v Sloveniji zaznati med albanskimi ženskami, ki imajo pogosto težave z ginekološkim pregledom, če ga ne izvaja ženska (Lipovec Čebren, Pistotnik, Svetel in drugi 2015).

Kadar niste prepričani ali bo uporabnik dotik sprejel pozitivno, se mu raje izognite. V primeru, da je dotik nujen, uporabniku razložimo, zakaj mu moramo pregledati določeni del telesa in ga vprašajmo za dovoljenje. Če predvidevamo, da je pripadniku druge kulturne ali verske skupine neugodno, lahko priskrbimo zdravstvenega delavca istega spola. Podobno velja za preglede otrok. Otroku vedno povejmo, zakaj se ga želimo dotakniti in kje ter ga prosimo za dovoljenje. Prisotni morajo biti tudi starši oziroma skrbniki.

Ali ste vedeli ?

- Nekatere kulture izrecno zavračajo, da bi se kdorkoli - razen matere - dotikal majhnih otrok, še zlasti pa otrokove glave.
- V določenih kulturnih okoljih stopala dojemajo kot nečista, za »najnižkotnejši del telesa«. Žaljivo je že razkazovanje stopal, kaj šele, če se koga s stopalom dotaknemo – pa čeprav po nesreči. Dotik s stopalom je v nekaterih državah kaznivo dejanje. Pohoditi Koran je neizmerna žalitev in svetoskrunstvo. Enako v večini kulturnih okolij velja za izrazito žaljivo, če pohodimo državne simbole. Posledično je zelo huda žalitev tudi dotik z obutvijo.



Sprehajanje dveh moških z roko v roki je v arabski kulturi nekaj običajnega.

Dotik lahko predstavlja tudi simbolno izražanje hierarhije, premoči, obvladovanja, nadrejenosti. Direktor na primer lahko potreplja delavca po rami – delavec pa ne sme na enak način potrepljati direktorja.

V zdravstvenih ustanovah se zdravstvenim delavcem pogosto zdi samoumevno, da se lahko dotikajo uporabnikov – če bi se uporabniki na enak način dotikali njih, pa bi bili morda presenečeni ali celo šokirani. Ko zdravstveni delavci menijo, da se lahko brez vprašanja in privolitve dotikajo uporabnikov, s tem hote ali nehote izražajo svoj občutek nadmoči nad njimi, kar za izgradnjo partnerskega odnosa prav gotovo ni dobro (Ting-Toomey 1999; Gallace 2010).



Premislite: Kaj se lahko spremeni v odnosu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom, če si zdravstveni delavec pred dotikanjem uporabnika natakne gumijaste rokavice? Zakaj vprašanje uporabe rokavic presega zgolj skrb za higieno?

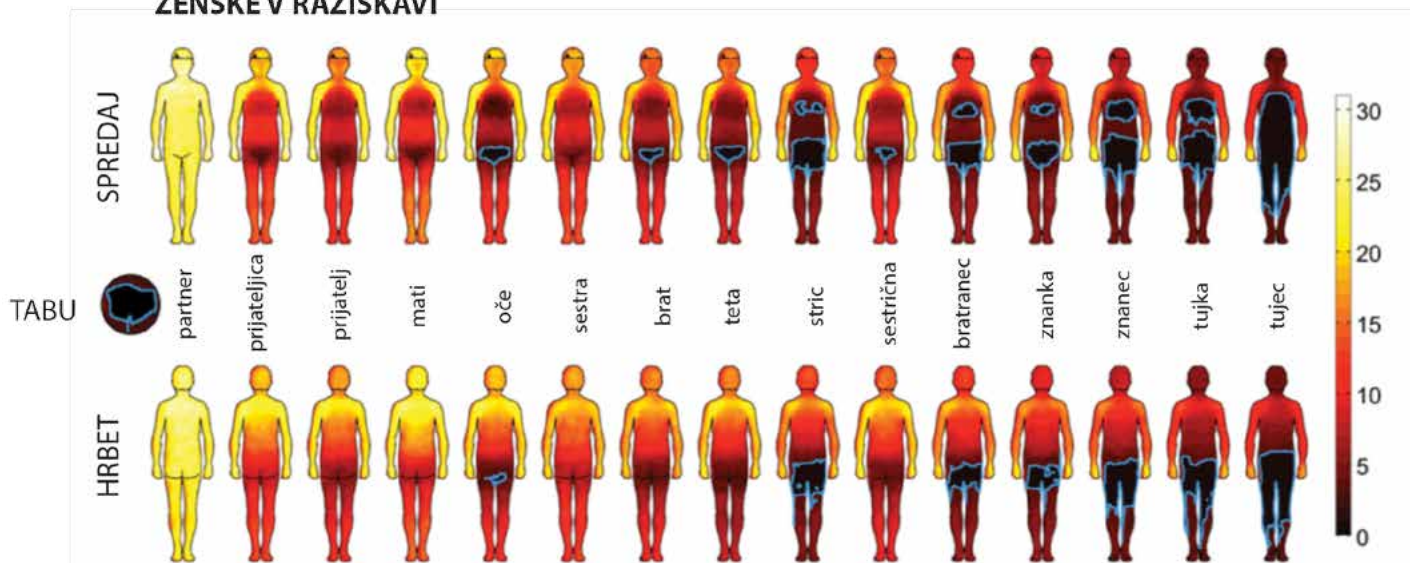
Na splošno velja, da je dopustnost dotikanja močno povezana s stopnjo čustvene povezanosti med dvema človekoma. Obširna mednarodna raziskava, ki so jo izvedli sodelavci finske univerze Aalto in britanskega Oxforda je pokazala, da se predstave o dopustnosti dotikanja med posameznimi kulturnimi okolji sicer močno razlikujejo, vsem pa je skupno, da je dopustno več dotikanja, kadar sta osebi tesneje čustveno in sorodstveno povezani (Suvilehto in drugi 2015). Pri tem je zanimiva ugotovitev neke druge študije, v kateri so na osnovi mnenjske raziskave (vanjo so vključili 1368 moških in žensk iz Finske, Francije, Rusije, Italije in velike Britanije) dokazali, da moški iz proučevanih okolij težje tolerirajo dotikanje kot ženske - celo pri stikih s svojimi intimnimi partnerji (Ting-Toomey 1999; Gallace 2010).



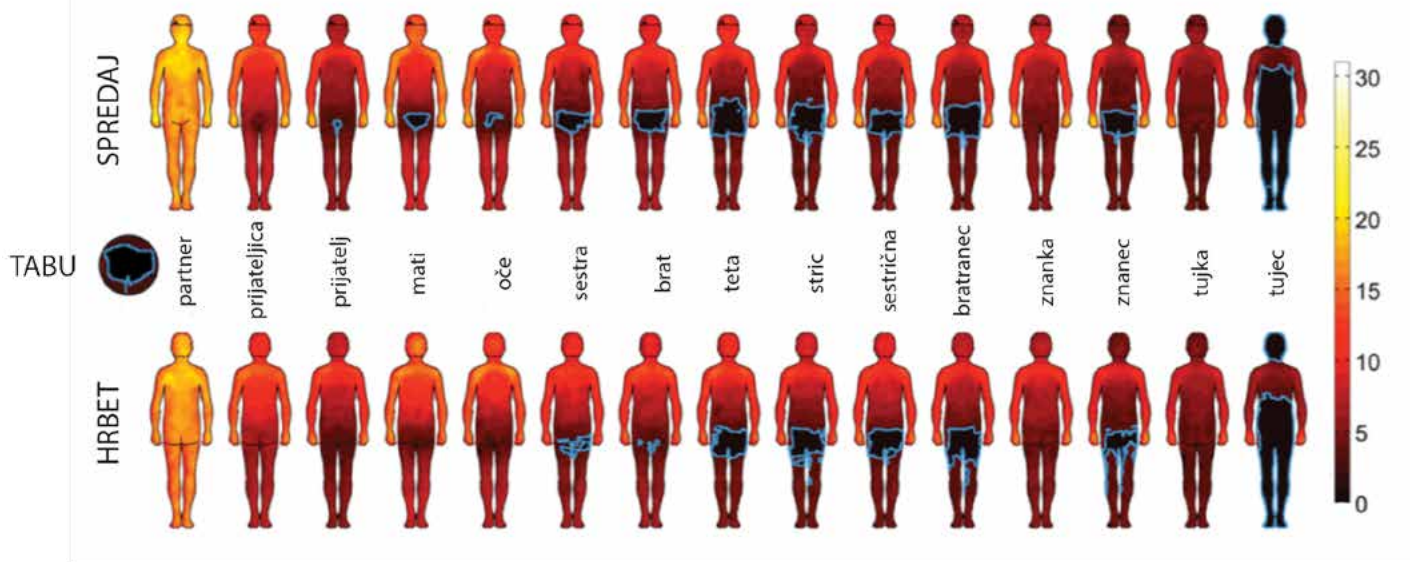
Opazujte spodnji prikaz, ki izhaja iz omenjene raziskave. Kaj se vam zdi najbolj zanimivo? Kaj vas je presenetilo?

DOPUSTNOST DOTIKANJA V EVROPI (Finska, Velika Britanija, Francija, Italija, Rusija)

ŽENSKE V RAZISKAVI



MOŠKI V RAZISKAVI



Vir: Suvilehto in drugi 2015

Priporočila:

Naše dožemanje telesa se lahko zelo razlikuje od uporabnikovega dožemanja telesa. Če ne poznamo uporabnikovega dožemanja telesa, lahko to negativno vpliva na zdravstveno obravnavo.

- Poznavanje anatomije za večino prebivalcev ni samoumevno. Čeprav imajo uporabniki skromno znanje na tem področju, to še ne pomeni, da so nerazgledani ali drugače omejeni.
- Uporabnika prosimo, da nam s svojimi besedami pove, kaj in kje ga boli ter kako imenuje svoje težave ali bolezen. Naj nam pokaže dele telesa, s katerimi ima težave.
- Opazujmo, na kateri del telesa pokažejo uporabniki, ko razlagajo o zdravstveni težavi.
- Prepričajmo se, da pravilno razumemo, kje je locirana zdravstvena težava.
- Vsakemu uporabniku, tudi otrokom od najzgodnejšega obdobja, vselej jasno in nedvoumno povejmo, kateri del telesa mu bomo pregledali in zakaj ter ga pred tem prosimo za dovoljenje. Na primer: »Zdaj bi si pa rada ogledala vaše koleno. Da bi se prepričala, kakšne vrste oteklina je nastala, moram koleno potipati. Lahko?«
- Če je uporabniku kljub našim pojasnilom še naprej neprijetno, to ne kaže nujno na nekompetentnost zdravstvenega delavca, temveč je lahko pokazatelj trdnih prepričanj o spodobnosti in zadržanosti ali osebnih travm. V takem primeru je potrebno ravnati še posebej previdno in razumevajoče.
- Govorica telesa je kulturno pogojena, zato se od skupine do skupine zelo razlikuje. Kadar nismo prepričani kako ravnati, je najboljšje, da se vedemo čimbolj nevtralnno, nevsiljivo.

Uporabljena literatura in viri

Astbury, Jill. 2010. The Social Causes of Women's Depression: A Question of Rights Violated? V *Silencing the Self Across Cultures: Depression and Gender in the Social World*, ur. Crowley Jack, Dana in Ali, Alisha. Oxford University Press, Oxford.

Birkhenbihl, Vera. 1999. *Sporočila govornice telesa*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.

Boyle, Charles Murray. 1970. Difference between Patients' and Doctors' Interpretation of Some Common Medical Terms. *British Medical Journal*, 1970 (2): 286–289.

Busfield, Joan. 1996. *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*. London, Macmillan.

Chesler, Phyllis. 2005. *Women and Madness*. New York: Palgrave, Macmillan.

Cibic, Darja. 2002. Človeku strokovna in/ali drugačna pomoč. V *Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi*, 27–30. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Čuk, Jerneja. 2016 Mednarodni dan žensk – dan praznovanja ekonomske, politične in socialne enakopravnosti žensk. *Statistični urad RS*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5798&idp=17&headerbar=15> (19. 4. 2016).

EndLink. b.n.l. *Resource for end of life care education*. Dostopno na: <http://endlink.lurie.northwestern.edu/index.cfm> (28. 8. 2015).

Gallace Alberto, Spence. 2010. The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 34: 46–259.

Helman, Cecil G. 2007. *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold. (Peta izdaja.)

Ibacache Burgos, J. 2001. *Modelo de Salud Intercultural del Hospital Makewe*. In Tercer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Sistematización de Experiencias de Trabajo Intercultural en Salud, Temuco, Servicio de Salud Araucanía Sur, 42–44.

Lipovec Čebren, Uršula, Sara Pistotnik in Marjeta Svetel. 2015. »Ranljive« skupine: ovire v dostopu do zdravstvenega sistema in v njem. Neobjavljeno gradivo. Ljubljana: NIJZ.

Možina, Stane, Mitja Tavčar in Ana Nuša Knežević. 1998. *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Založba obzorja.

National Museum of the American Indian, Smithsonian Institution (17/7322). Šamanski boben kultrün. Foto: NMAI Photo Services.

Pilgrim, David in Anne Rogers. 1996. *A Sociology of Mental Health and Illness*. Buckingham, Open Univ. Press.

Quinn, Marc. 1995. Emotional Detox: The Seven Deadly Sins IV. Vliti svinec in vosek. Dimenzije: 90 x 80 x 30 cm. Marc Quinn studio.

Scheper-Hughes, Nancy in Margaret M. Lock. 1987. The Mindful Body: A prologomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly, New series* 1 (1): 6–41.

Stoppard, Janet Mary in Linda M. McMullen. 2003. *Situating sadness: women and depression in social context*. NYU Press, New York.

Suvilehto, Juulia T., Enrico Glereana, Robin I. M. Dunbar, Riitta Hari in Lauri Nummenmaa. 2015. *Topography of social touching depends on emotional bonds between humans*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Dostopno na: <http://www.pnas.org/content/112/45/13811.full.pdf> (19. 11. 2015).

--- 2015. *Topography of social touching depends on emotional bonds between humans*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Priloga. Dostopno na: <http://www.pnas.org/content/suppl/2015/10/22/1519231112.DCSupplemental/pnas.1519231112.sapp.pdf> (19. 11. 2015).

Svetel, Marjeta. 2015. *Osebe z raznimi oblikami oviranosti*. Neobjavljeno poročilo v okviru projekta NIJZ Skupaj za zdravje.

Šimenc, Jana. 2005. *Nekaj razkritih dimenzij vsakdanje bolnišnične prakse*. *Etnolog* 15 (66): 114–116.

Telban, Borut. 2001. *Andaypa: Eseji o smrti v novogvinejski skupnosti*. Maribor: Založba Obzorja.

Ting-Toomey, Stella. 1999. *Communicating Across Cultures*. New York, Guilford Press.

Torri, Maria Costanza. 2012. Intercultural Health Practices: Towards an Equal Recognition Between Indigenous Medicine and Biomedicine? A Case Study from Chile. *Health Care Anal* 20: 31-49.

Ussher, Jane. 2011. *The Madness of Women: Myth and Experience*. Routledge, New York.

Valič, Urša. 2016. *Osebe s hendikepom – primeri iz prakse*. Neobjavljeno poročilo.

Wellcome Library, London. L0013467 Wound man, Pseudo-Galen, Anathomia; WMS 290. Wellcome Images images@wellcome.ac.uk, <http://wellcomeimages.org>. The 'Wound man' from an English anatomical treatise (20. 6. 2016).

--- L0055235 Anatomical fugitive sheets. Credit: Wellcome Library, London. Wellcome Images images@wellcome.ac.uk, <http://wellcomeimages.org>.

Anatomical fugitive sheets of a skeleton, male figure and a female figure. Published: 1573 (20. 6. 2016).

Zaviršek, Darja. 1994. *Ženske in duševno zdravje : o novih kulturah skrbi*. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana.

--- 1998. Razumevanje nasilja v socialnih znanostih. V *Pogum za okrevanje: Priročnik za ženske, ki so preživele spolno zlorabo v otroštvu*, ur. Ellen Bass in Laura Davis, 7–25. Visoka šola za socialno delo, Liberalna akademija, Ljubljana.

--- 2000. A Historical Overview of Women's Hysteria in Slovenia. *The European Journal of Women's Studies* 7(2): 169–188.

--- 2000. *Hendikep kot kulturna travma*. Cf*/, Ljubljana.

--- 2012. Starejše ženske in duševno zdravje: moč stereotipov v današnjih sistemih pomoči. V *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv*, ur. Brigita Skela-Savič, Simona HvaličTouzery, Ivica Avberšek-Lužnik, 45–52. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

--- 2014. Nasilje nad ženskami z gibalnimi, senzornimi in intelektualnimi ovirami: patologizirana resničnost. V *Proučevanje nasilja v Sloveniji*, ur. Vesna Leskošek, Milica Antić, Irena Selišnik, Katja Filipčič, Mojca Urek, Katja Matko, Darja Zaviršek, Mateja Sedmak, Ana Kralj. Aristej, Maribor.

--- 2014. Opredelitev hendikepa in razvoj študija hendikepa v socialnem delu. *Socialno delo* 53 (3/5), 3: 133–146.

--- 2015. Študentke in študenti socialnega dela 60 let po nastanku šole za socialne delavce: interseksijska perspektiva revščine in spola. *Socialno delo* 54 (3/4): 153–167.

--- 2016. Revščina, spol, nasilje, hendikep in zdravje v Sloveniji. Neobjavljeno predavanje.

KULTURA, ZDRAVJE
IN
BOLEZEN

KULTURA, ZDRAVJE IN BOLEZEN

Uršula Lipovec Čebren, Juš Škraban

ZDRAVJE IN BOLEZEN

Zdravje so v preteklosti opredelili kot odsotnost bolezni. Najpogosteje uporabljena opredelitev zdravja Svetovne zdravstvene organizacije pravi, da je zdravje stanje popolnega psihičnega, duševnega in družbenega blagostanja ter ne le odsotnost bolezni ali nemoči (Svetovna zdravstvena organizacija 1948).

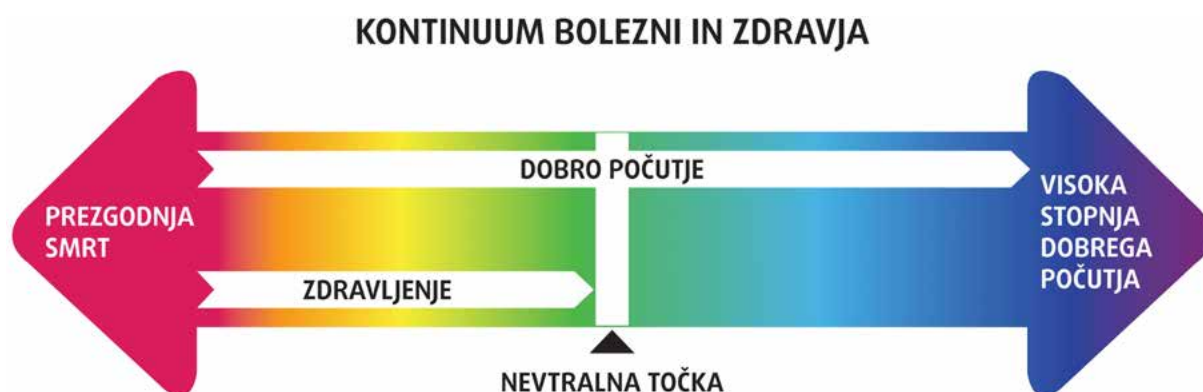
Vendar pa, ali lahko kdo od nas trdi, da živi v stanju popolne telesne, duševne in družbene blaginje? Kdo od nas bi lahko z gotovostjo rekel, da je popolnoma zdrav? Osebo, ki bi ustrezala zgornji opredelitvi, bi težko našli v resničnem svetu.

Danes sprejete definicije zdravja ne zajemajo več samo kemično-biološkega vidika zdravja kot odsotnosti bolezni. Zdravje razumemo bolj celovito, postavljamo ga v širši kontekst življenja posameznika (Deliberador in Villela 2010).



Brazgotina na mestu kirurškega posega je lahko za pacienta dovolj, da spremeni mnenje o sebi kot o zdravem človeku. Če pacient posledic medicinskega posega ne bo uspel vključiti v svojo novo predstavo o sebi, po kirurškem posegu ne bo trdil, da je zdrav (Deliberador in Villela 2010: 229).

Pogosto posameznik nima simptomov bolezni, vendar se ne počuti zdrav. Zato lahko rečemo, da se zdravje giblje na »kontinuumu« med odsotnostjo bolezni in telesnim, duševnim in socialnim blagostanjem.



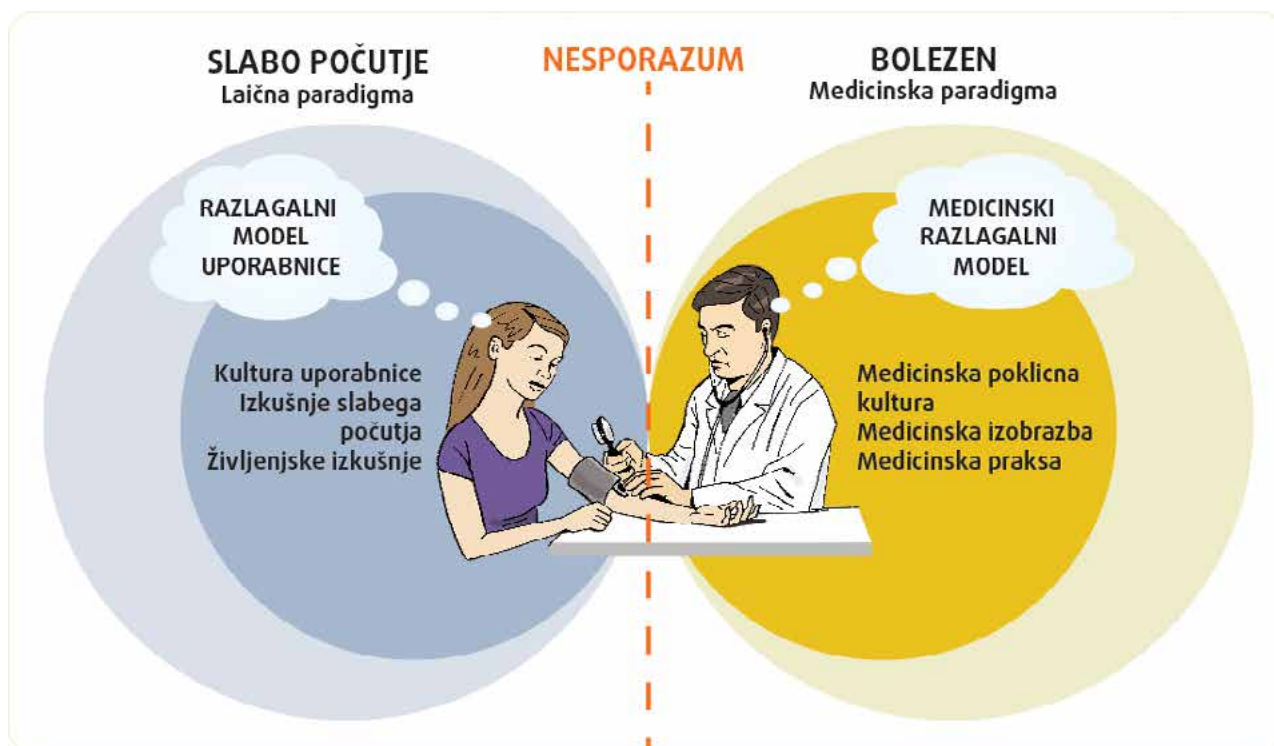
Zdravje je dinamično ravnotežje med popolnim in ničelnim zdravjem/dobrim počutjem (smrtjo), posameznik v svojem življenju večino časa drsi po sredini tega kontinuumu. Zdravje in bolezen nista videna kot nasprotji, pač pa kot dve strani istega kontinuumu (Antonovsky 1990 v Jelenc 2011: 50).

Zdravje in bolezen si različne družbene skupine ljudi razlagajo na različne načine. Ker je družba izjemno raznolika, obstaja za določeno zdravstveno težavo veliko različnih razlag (razlagalnih modelov) in s tem veliko praks ohranjanja zdravja in soočanja z boleznijo. Razlagalni modeli zdravja in bolezni vplivajo na odločanje o začetku zdravljenja, izbiro načina zdravljenja, njegovo vrednotenje in drugo.

BOLEZEN IN IZKUŠNJA BOLEZNI

Na pojav bolezni so vse človeške skupnosti razvile svoje odgovore, ti pa so trdno povezani s prepričanji in znanji, ki jih imajo člani skupnosti (Wellin po Lipovec Čebren 2008: 25). Niso pa vse bolezni univerzalne ali pojmovane kot bolezni.

Bolezen, ki jo diagnosticira zdravnik in bolezen, kot jo izkusi uporabnik, sta lahko zelo različni. Tako kot na katerekoli druge medčloveške odnose tudi na odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom vpliva mnogo kulturnih in družbenih dejavnikov. Odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom lahko razumemo kot stik dveh različnih razlagalnih modelov, kar tvori osrednji del zdravstvene oskrbe (Kleinman 1980: 105).



Razlagalni model je način, na katerega oseba razlaga svojo zdravstveno težavo. Ta navadno vključuje:

- razumevanje vzrokov zdravstvenih težav;
- pomen, ki ga ima zdravstvena težava v posameznikovem življenju;
- glavne probleme, ki jih bolezen povzroča;
- mnenje o primernem načinu zdravljenja in pričakovane rezultate.

Temu, čemur zdravstveni delavci namenimo premalo pozornosti, je uporabnikov pogled na zdravje, njegovo presojanje bolezni /.../. Celostna obravnava bolnikov in zdravih uporabnikov zdravstvenih storitev enakovredno vključuje uporabnikovo osebno zgodbo. To je predpogoj za oblikovanje partnerskega odnosa med uporabniki in strokovnjaki ter pogoj za odgovorno vključevanje uporabnikov v proces sprejemanja odločitev o lastnem zdravju. Prezrte, spregledane, neuslišane, podcenjevane izpovedi uporabnikov in njihove razlage, zakaj je do nezdravja/bolezni pri njih prišlo, pogosto nosijo v sebi ključ o vzroku nezdravja ali navodilo, kako ponovno doseči zdravje (Urbančič 2002: 3).

Ključno je, da čimbolj spoznamo uporabnikove razlage zdravstvenih težav, saj te razlage zelo vplivajo na njegove prakse pri ohranjanju zdravja in preprečevanju/zdravljenju bolezni. Bolj kot o »pravilnosti« razlagalnih modelov nas mora torej zanimati njihova »resničnost« za osebo z izkušnjo bolezni. V nadaljevanju so predstavljeni različni primeri razumevanja zdravstvenih težav.

Različni razlagalni modeli bolezni

Primer rektalne krvavitve: 22-letna ženska, ki pripada skupnosti Jehovih prič, je prišla na zdravniški pregled zaradi rektalnih krvavitev. Krvavitev je prvič opazila po manjši športni nesreči. Čez čas je krvavitev postala intenzivnejša, kri je bila vidna tudi v blatu. Uporabnica je zaradi krvavitve jedla predvsem sadje in zelenjavo, izogibala se je konzervansom v hrani in si pripravljala tople kopeli, s čimer je za nekaj časa umirila simptome.

Diskusija: Uporabnica je stopila v skupnost Jehovovih prič teden dni pred pregledom, takrat je bila tudi krščena. Uporabnica kri dojema kot vir življenja, krvavitev pa povezuje z življenjem pred krstom, ki jo je negativno zaznamovalo, zato simptome dojema intenzivneje. Njena želja in trud (zdrava prehrana in veliko kopeli) po prekinitvi krvavitve postaneta razumljivi šele, če spoznamo njeno osebno razlago zdravstvenih težav (Good 1994: 92–100).

Primer: slišati in videti stvari, ki jih drugi ne. 50-letnik iz Ljubljane sliši glasove in vidi stvari, ki jih drugi ne. Takole razloži, kako razume svoje izkušnje:

Jože: Pri meni se je to začelo že prej, ampak jaz teh stvari nisem jemal tako resno, pa tudi vedel nisem, kaj pomenijo. Danes jih obravnavam kot nekakšna znamenja, recimo: tam kjer smo prej stanovali, sem videl, da izpod naših vrat teče kri. To je lahko že stanje bolezni, lahko pa je to znamenje /.../. Lahko je več variant - zdaj katera je prava, jaz ne vem. Če bi rekel to zdravniku, bi ta rekel, da je bolezen, če bi rekel jasnovidcu, bi rekel, da je to znamenje ... vsak bi interpretiral po svoje.

Raziskovalec: Kako si jih pa interpretiral takrat?

Jože: Interpretiral sem jih potem, ko je oče res umrl, res kot eno znamenje.

Diskusija: Jože je slišal in videl stvari, ki jih drugi okoli njega niso, že v času adolescence, preden je dobil diagnozo shizofrenije, vendar jih je uspel integrirati v svoje življenje, saj niso povzročale posebnih težav v vsakdanjiku. Kljub diagnozi, ki jo ima že dolgo časa, se zaveda, da obstaja veliko možnih razlag njegovih glasov in »prividov«. Sam jih razume kot vplive iz zunanjega sveta, ki so naslovljeni nanj in imajo točno določen namen. Razvil je načine spoprijemanja z glasovi in prividi, ko ga včasih preplavijo. Kadar jih ima pod nadzorom, jih raziskuje, saj so glasovi in »prividi« zanj popolnoma razumljivi, čeprav jih drugi morda ne dojemajo tako.

Primer: pregled poškodbe kolena. V nadaljevanju je izsek etnografske študije, kjer avtorica obravnava izkušnje uporabnikov na eni od klinik Kliničnega centra Ljubljana. Besedilo opisuje dan v bolniški sobi, kjer so osebe čakale na operacijo kolena, pri tem pa so jih obiskali študenti in študentke medicine:

»Z izjemo ene študentke so ostali že prevzeli prej omenjeni model razmišljanja: profesionalci smo; tukaj smo, da učinkovito ukrepamo brez odvečnega pogovarjanja. Dva pacientke ob prvem stiku sploh nista pogledala v oči, takoj sta se »zapodila« v proučevanje kolena. Vsak študent je potem večkrat prijel oboleli del telesa in skupaj so gledali večinoma samo v koleno. Pacientka je bila po njihovem obisku utrujena od prijemanja in premikanja kolena: »Vsak prime po svoje, oni ne znajo prijeti! Tukaj je konkretni primer, kako bi komunikacija koristila obema stranema: študentje bi se več naučili, pacientka pa bi se počutila bolj koristno in upoštevali bi jo kot osebo, ne le kot objekt proučevanja. Študentje bi zatorej lahko več spraševali pacientko (na primer: Ali sem vas dobro prijel/a? Kako bi bilo boljše?), namesto da za nekaj centimetrov zgrešijo mesto obravnave in potem vprašajo, ali to boli« (Šimenc 2005: 109–110).

Diskusija: Iz citata vidimo, kako lahko medicinski pregled, ki je osredotočen zgolj na telesno disfunkcijo vodi v zapostavljanje uporabnice. Uporabnica je resda »nosilka« obravnavanega dela telesa, vendar je hkrati veliko več kot le to. S tem, ko so bili študentje medicine osredotočeni le na koleno, so pozabili vzeti v obzir ostale vidike človeka, ki so ga imeli pred sabo. To jim je nenazadnje škodilo celo pri pregledu samega kolena – brez komunikacije z uporabnico je bil tudi pregled njenega telesa manj kakovosten.

Ko ljudje govorijo o svoji izkušnji bolezni, je v njihovem govoru glavna prav ta izkušnja, medtem ko je za uradno medicino glavna bolezen, ki jo definirajo kot fizično disfunkcijo (Good 1994: 75). Slednja po medicinskem pojmovanju nastane v individualnem telesu bolnika, medtem ko lahko vzrok bolezni pripadniki mnogih kultur razumejo drugače – vzrok je lahko tako v posamezniku kot v naravnem ali v družbenem okolju oziroma v nadnaravnem svetu (Helman 2007: 135).

Kljub temu, da je v svetu zahodna uradna medicina najbolj razširjen medicinski sistem, ki ima tudi največ moči, pa se je treba zavedati, da imajo marsikje na svetu, celo na zahodu, drugačna pojmovanja, ki se ne ujemajo (vselej) z uradno medicino (Joralemon 1999: 68).

Poglejmo si še druge primere, kjer lahko naletimo na velike razlike med diagnozo (po razlagalnem modelu uradne medicine) in posameznikovo izkušnjo bolezní.

- **»Diagnosticirana bolezen brez izkušnje bolezní«**

Primer: 55-letnemu očetu in 23-letnemu sinu so prisotnost eritrocitov v urinu ugotovili že pred leti, vendar se za nadaljnje preiskave nista odločila, saj nista čutila vidnih sprememb uriniranja pred in po postavitvi diagnoze.

Diskusija: Podobno kot v primeru, ko sta oče in sin zavrnila nadaljnje preiskave, ker nista zaznavala lastne bolezní, se lahko zgodi tudi v drugih primerih (na primer visok pritisk, povišan holesterol ...). Čeprav je ugotovljena določena bolezen, ni nujno, da jo uporabnik pred oziroma po postavitvi diagnoze zaznava. Ljudje, ki ne čutijo svoje bolezní, imajo navadno manj motivacije za zdravljenje, saj nimajo izkušnje te bolezní.

- **»Izkušnja bolezní brez diagnosticirane bolezní«**

Primer: 35-letni moški je na delu, ki ga je takrat opravljal, utrpel močan kratek stik z elektriko, zaradi katerega je bil nezavesten. Obsežne preiskave niso pokazale nobene spremembe tkiv ali organov, moški pa je še naprej poročal o bolečinah po celem telesu.

Diskusija: Moški je imel izkušnjo bolezní oziroma težave, za katere pa zdravnik ni odkril vzrokov in ni postavil diagnoze. Zdravnik je sicer korektno opravil svoje delo, a ko raziskave niso pokazale fizičnih poškodb, je ostal neodziven na uporabnikov razlagalni model in njegovo počutje (Helman 2007: 151). Tudi v mnogih drugih primerih posamezniki čutijo spremenjeno zdravstveno stanje, slabo počutje, vendar se njihovi občutki bolezní ne skladajo z zdravnikovim dojemanjem njihovega stanja.

Pogosto se zgodi, da se za uporabnike, ki izkušajo bolezen ali določene težave, za katero ni vidnih ali merljivih znakov, misli, da si bolezen izmišljujejo oziroma pretiravajo. Pomembno je poudariti, da to ni vedno res, saj gre običajno za posledico nezdržljivosti razlagalnega modela zdravstvenega delavca in uporabnika. Uporabnikovo slabo počutje je realno, kljub temu da zdravstvene meritve tega ne pokažejo. Zato je pomembno, da vsakemu posamezniku prisluhnemo in mu priznamo njegova občutja.

- **Somatizacija**

Zaradi stigme, ki jo okolje pripisuje psihosocialnim stiskam, lahko začnejo osebe svoje duševne in socialne stiske izražati preko fizičnih simptomov. Temu pravimo somatizacija. Posameznika se zaradi somatsko izražene bolečine obravnava na način, ki je družbeno sprejemljiv. Somatizacija ne pomeni, da oseba »laže«, »si izmišlja« ali »pretirava« – gre za kulturno specifični odgovor na določene težave. Kulturno kompetentno razumevanje somatizacije je zelo pomembno, saj lahko nepoznavanje tega področja vodi v neuspešne in napačne oblike zdravljenja.

Primer: 33-letni Kitajec je prišel v bolnišnico. Tožil je, da je utrujen, da ima bolečine v zgornjem delu hrbta in težke noge. Zdravstveni delavci so sumili, da gre za depresijo, vendar se moški s tem ni strinjal. Njegovo stanje se je poslabšalo, ko je izgubil večino osebnih prihrankov in ko je njegova žena že drugič spontano splavila. Sprejel je psihiatrično zdravljenje, vendar ga je opustil, ker je bil deležen zgolj psihoterapije. Nadaljeval ga je le, ko so mu zagotovili, da bo prejemal medikamentozno terapijo. Po končani terapiji so simptomi izginili.

Diskusija: Omenjeni moški se je spopadal s težavami, ki bi jih uradna medicina označila kot depresijo. Uporabnik si jih je razlagal na svoj način, skladno s kulturo, ki ji je pripadal – kot »veter« in »premalo krvi«: ker je imel spolne odnose s prostitutkami, je izgubil »huè-hèi«, kar pomeni »kri« in »vitalni dih«, zato je bolehal za »premalo krvi« in »vetrom«. Čeprav zdravstveni delavci niso poznali vseh podrobnosti njegovega razumevanja zdravstvenih težav, so ga vseeno prepoznali kot racionalnega. Spremenili so način zdravljenja, kar se je izkazalo za uspešno – spremenjeno zdravljenje je bilo smiselno za zdravnike in za uporabnika: »pozdravilo« je tako bolezen kot uporabnikovo izkušnjo bolezni (Kleinman, Eisenberg in Good 1978: 253).

Primer 33-letnega Kitajca kaže, da veliko nesporazumov tiči v terminologiji. Terapevtski odnos je prežet z mešanico vsakdanjega jezika in medicinske terminologije. Že izrazi, kot so trebuh, želodec, pljuča, so lahko tudi znotraj »iste« kulture definirani zelo različno. Raziskava iz Velike Britanije je pokazala, da so psihiatri ostro ločili med utesnjenostjo, depresivnostjo in vzdražljivostjo, medtem ko so uporabniki te izraze dojemali kot podobne in medsebojno povezane. Ni čudno, da taki nesporazumi lahko porajajo komunikacijske šume pri vprašanjih: »Ali se počutite depresivno?«, kar lahko vodi v napačne interpretacije simptomov (Helman 2007: 151–152).

O somatizaciji lahko govorimo tudi v naslednjem primeru:

Primer: Ženska, ki mora poleg zaposlitve sama skrbeti še za tri majhne otroke, ker je njen mož zaposlen v tujini, je psihično in fizično vse bolj izčrpana. Ko partnerju in svojim staršem poskuša

opisati svoje težave, jo ti preslišijo, sama pa svoje občutke nemoči in izčrpanosti obsoja, saj ne ustrezajo družbenemu idealu srečne matere in žene. Kmalu jo začne kronično boleti glava, kar sčasoma prerase v migreno. Ko ji zdravnik predpiše zdravila in počitek, vsem bližnjim sporoči, da je bolna – mož in njeni starši resno vzamejo njeno bolezen ter jo razbremenijo. Njeno zdravstveno stanje pa se kmalu izboljša.

Zdravstvene težave, zaradi katerih se ljudje kdaj obrnemo po pomoč k zdravstvenim delavcem, mnogokrat izvirajo iz družbenega okolja, v katerem živimo. Prav zato je ključno, da je kulturno kompetentna zdravstvena oskrba pozorna na uporabnikovo okolje, družbeno-ekonomski položaj in na način izražanja zdravstvenih težav.



Kako se počutite, ko ima uporabnik drugačno razlago svojih zdravstvenih težav od vaše? Kaj v takem primeru naredite?

Spoznavanje uporabnikovega razlagalnega modela

Kot smo pokazali, obstaja kopica različnih razlagalnih modelov bolezni, ki vodijo v različne prakse zdravljenja in ohranjanja zdravja.



V Tabeli 2 so na levi strani vprašanja, ki pomagajo pri spoznavanju uporabnikovega razumevanja zdravstvene težave. Vprašanja ustrezno povežite z razlagami njihovega pomena na desni.

Tabela 2: Spoznavanje uporabnikovega razumevanja zdravstvene težave

Vprašanje	Vprašanje se navezuje na ...
Kaj se je zgodilo?	... strategije soočanja z zdravstveno težavo in iskanja pomoči.
Zakaj se je zgodilo?	... čas nastanka in način razvoja bolezni.
Zakaj je to doletelo mene?	... na vpliv zdravstvene težave na širše družbeno okolje.
Zakaj se je to zgodilo zdaj?	... na etiologijo (vzročno povezavo).
Kaj bi se zgodilo, če ne bi ukrepal?	... na uporabnikovo organizacijo simptomov in znakov v celoto.
Če ne bi ukrepal, kakšne posledice bi imelo (na družino, prijatelje, sodelavce ...)?	... na povezavo uporabnikovih značilnosti (vedenje, prehrana, dednost ...) in bolezni.
Kako naj ukrepam?	... na možen izid, prognozo in nevarnost zdravstvene težave.

(po Helman 2007: 129).

Primer: Tolmačko za kitajski jezik je znanka prosila, da tolmači pri obisku patronažne sestre na domu porodnice, ki se je nedavno priselila iz Kitajske. Ker je tolmačka prispela pred patronažno sestro, je vzpostavila stik s porodnico in opazila, da je ta zelo zadržana, nezaupljiva, celo zmedena. Ugotovila je tudi, da porodnica v novem okolju nikogar ne pozna in da nima niti najosnovnejše podporne mreže razen moža, ki pa je tudi deloval precej pasivno. Ko je prispela patronažna sestra, je takoj poudarila, da se s porodnico pri preteklih obiskih ni uspela sporazumeti in da se ta ne znajde in ne uboga navodil, predvsem v povezavi z dojenjem. Potem ko je ugotovila, da otrok ne pridobiva na teži, je najprej precej nejevoljno porodnici opisala, kaj počne napačno, potem pa dodala, da če se zadeve ne izboljšajo v dnevu ali dveh, bo prisiljena poklicati socialno službo. Omenila ji je tudi možnost, da ji lahko v najslabšem primeru otroka odvzamejo. Tolmačka je bila

v stiski, kako razložiti porodnici resnost situacije, ne da bi jo še dodatno prestrašila. Porodnici je opisala veliko zaskrbljenost patronažne sestre in možne ukrepe, patronažni sestri pa predlagala, da bo sama dnevno preverjala stanje in bila v stalni zvezi s patronažno službo in porodnico. Čez nekaj dni se je, predvsem po zaslugi hranjenja z mlečno formulo, stanje otroka popravilo in pri pregledu pri pediatru je bilo ugotovljeno, da je otrokovo stanje stabilno in da lepo napreduje. O socialni službi ni bilo več govora.

Diskusija: Patronažna sestra se je zaradi jezikovnih preprek in nepoznavanja ter nerazumevanja situacije odzvala napačno in celo zagrozila z drastičnim ukrepom potencialnega odvzema otroka. Patronažna sestra situacije priseljenke ni razumela, a se vanjo tudi ni želela poglobljati. Posredovanje tolmačke, ki se je s svojo znanko lahko pogovarjala v njenem maternem jeziku ter z njo vzpostavila zaupanje, je bilo ključno za hitro rešitev zapletene situacije, ki bi lahko imela zelo dramatičen izid za novorojenega otroka in njegovo mater. Čeprav se je situacija dobro iztekla, pa je tolmačka nase prevzela odgovornost, ki presega vlogo tolmača v procesu zdravljenja in tudi njene strokovne veščine. Primer nam ponovno kaže, kako je za ugoden potek zdravljenja pomemben kulturno kompetenten in strokovno usposobljen zdravstveni delavec.

Kot kažejo vsi dosedaj predstavljeni primeri, se razumevanja vzrokov in narave zdravstvenih težav lahko med uporabniki in zdravstvenimi delavci močno razlikujejo. Zato lahko govorimo o kulturno kompetentni in na osebo osredotočeni zdravstveni oskrbi kot o odnosu, v katerem je potrebno konstantno »prevajati« eno razumevanje v drugo in obratno.

Stik z uporabnikom oblikujejo:

- poklicna – medicinska kultura,
- osebna kultura zdravstvenega delavca,
- osebna kultura uporabnika,
- svoj vpliv ima jezik, množični mediji in internet, tehnologija, industrija, zgodovinski dogodki, medicina kot znanstveni sistem, prostori zdravstvene oskrbe, širše okolje in drugo.

Uporabniki in zdravstveni delavci morajo najti smisel, tolmačiti in izmenjati svoje lastne pomene in domneve, saj je to odločilno za uspešno komunikacijo. Ključnega pomena je stalno prevajanje medicinskega znanja in jezika ter nudenje pomoči, da uporabniki vključijo to znanje v svoje vsakodnevno življenje.

Priporočila:

- Pri svojem delu upoštevajmo, da so bolezen, slabo počutje, oviranost in bolečina na eni strani biološko dejstvo, a hkrati za vsakega od nas nosijo tudi druge pomene. Razumemo in doživljamo jih skozi kulturne in družbene procese ter osebne psihološke okoliščine.
- Vedno upoštevajmo uporabnikovo razumevanje in izkušnjo. Posameznikov razlagalni model ni ne pravilen ne napačen, temveč resničen v kontekstu njegovega življenja. Če poskušamo spoznati in razumeti posameznikovo dožemanje bolezni, bomo lahko nudili boljšo zdravstveno oskrbo.
- Naše slabo počutje je vedno realno, kljub temu da zdravstvene meritve tega ne pokažejo (ali težav ni mogoče opredeliti z znano diagnozo ali smernicami). Zato je pomembno, da vsakemu posamezniku prisluhnemo in mu priznamo, kar občuti. Vsak od nas pri sebi najboljše ve, kako se počuti.
- Bodimo pozorni na svoje izražanje in izražanje uporabnika. Pozorni bodimo na izraze, s katerimi uporabnik izraža svoje zdravstvene težave, prav tako pa na potencialne težave v komunikaciji.
- Z uporabnikom vzpostavljajmo partnerski odnos. Poskrbimo, da so mu naša sporočila in dejanja razumljiva in preverjajmo, če nas je razumel. Pozanimajmo se, ali in kako bo to lahko vključil v svoj vsakdan.
- Izražajmo se tako, da nas bo uporabnik razumel in da bo povedano imelo smisel zanj v situaciji, v kateri je v določenem trenutku. Upoštevajmo, da zdravje, bolezen in zdravljenje obsega tudi čustvene, družbene, vedenjske, duhovne dimenzije. Pri uporabniku se pozanimajmo, kaj potrebuje in kaj mu je pomembno.
- Sledimo aktualnim družbenim in okoljskim spremembam, njihovim vplivom na zdravje ter družbeno-ekonomski razporeditvi virov in dobrin med prebivalstvom ter kako to vpliva na neenakost v zdravju.

Uporabljena literatura in viri

College of Nurses of Ontario. 2009. *Practice Guideline: Culturally Sensitive Care*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Dostopno na: http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf (5.12.2015).

Deliberador, H. R. in F. S. L. Villela. 2010. Acerca do conceito de saúde. *Revista de Psicologia* 19 (2): 225–237.

Good, Byron. 1994. *Medicine, rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Helman, Cecil G. 2007. *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold. (Peta izdaja.)

Jelenc, Ajda. 2011. *Komplementarna in alternativna medicina: vpliv sodobne religioznosti in duhovnosti na pojmovanje zdravja in zdravljenja*. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Joralemon, Donald. 1999. *Exploring Medical Anthropology*. New York in Oxon: Routledge.

Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkley, Los Angeles in London: University of California Press.

Kleinman, Arthur, Eisenberg, Leon in Byron Good. 1978. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88: 251–258.

Lipovec Čebren, Uršula. 2008. *Kročere zdravja in bolezni: Tradicionalne in komplementarne medicine v Istri*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

Svetovna zdravstvena organizacija. 1948. *WHO definition of Health*. 1948. Dostopno na: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (4.12.2015).

Šimenc, Jana. 2005. Nekaj razkritih dimenzij vsakdanje bolnišnične prakse. *Etnolog* 15: 97–117.

Urbančič, Klaudia. 2002. Beseda urednice. V Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi, 3-5. Ljubljana, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

NEKATERI DRUGI
KULTURNI
VIDIKI ZDRAVSTVENE
OBRAVNAVE



NEKATERI DRUGI KULTURNI VIDIKI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

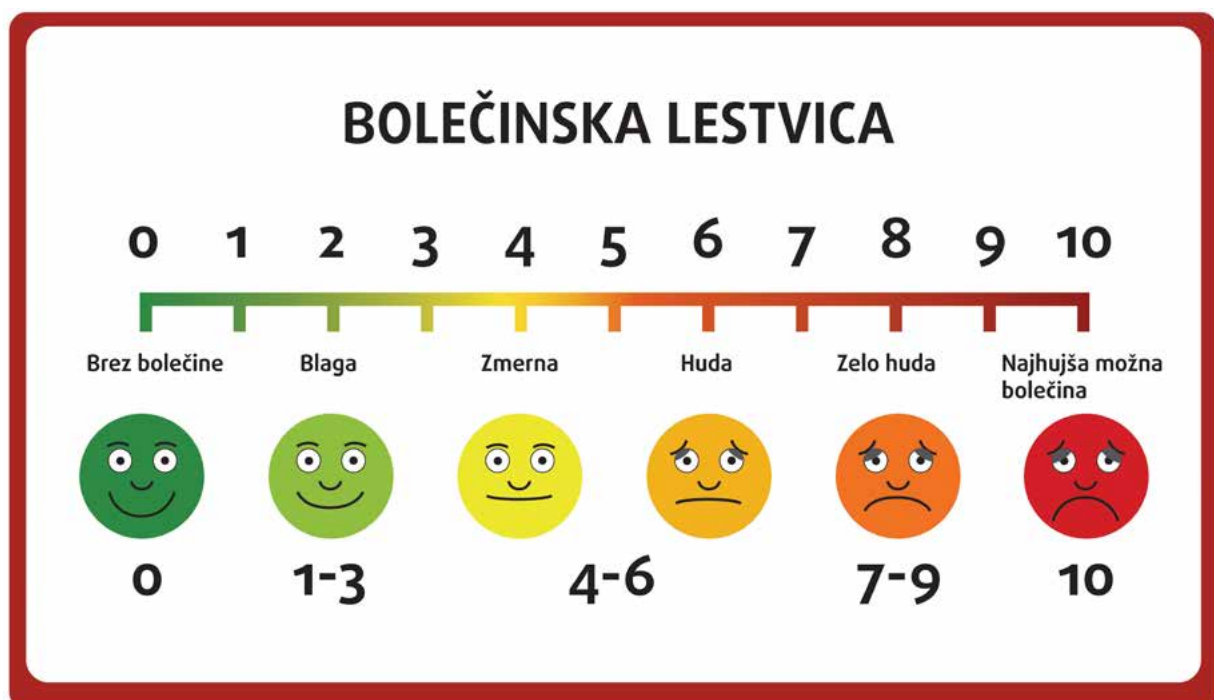
Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron

BOLEČINA

»Bolečina je to, kar bolnik reče, da je in obstaja, kadar bolnik tako pravi« (Požlep 2009).

Doživljanje in izražanje bolečine

Izkušnja fizične ali čustvene bolečine je del človeške eksistence. Bolečina je fiziološki mehanizem, ki nas opozarja na neko fizično ali psihično dogajanje v nas. Kot obrambni mehanizem nas opozori na nekaj, kar nam škodi, na neko nevarnost (na primer pekoč občutek ob dotiku vročega telesa, ki nam pomaga, da roko umaknemo in se izognemo hujši poškodbi). Kot opozorilo se pojavi v različnih oblikah in stopnjah, na primer ob porodu. Bolečina je za nas pomembna. Res pa je, da jo navadno poskušamo preprečiti ali vsaj zmanjšati. V nekaterih primerih je lahko bolečina bolj ali manj sprejemljiva. Razlaga vzroka bolečine in prag prenašanja je pogojen z različnimi, velikokrat med sabo prepletenimi dejavniki.



Bolečina je lahko razumljena kot:

- običajen odziv na določene dražljaje, dogodke, dogajanja v nas ali zunaj nas (biološko, fiziološko in fizično ter psihološko dejstvo);
- neizbežen del življenja (religijski, socialni, ekonomski in drugi razlogi);
- priložnost, da posameznik pokaže osebno moč (na primer obredi prehoda – fizična in psihična preizkušnja ob vstopu v novo življenjsko obdobje ali skupnost);
- zaslužena kazen za prestopke ali grehe;
- način prečiščevanja;
- izkušnja odrešitve;
- del socializacije (spolne razdelitve glede sprejemljivosti bolečine) (povzeto po Srivastava 2007: 231).

Nekateri bolečino razumejo kot striktno fiziološko - biokemično, vendar številne študije (Kleinman 1988; Lock 2003; Helman 2007; Šimenc 2008 in drugi) kažejo, da je lahko odziv na bolečino kulturno in družbeno-ekonomsko pogojen. Študije so pokazale, da se lahko *bolečinskega vedenja* priučimo z različnimi vedenjskimi modeli že v zgodnjem otroštvu (Autton po Šimenc 2008: 153). Način izražanja bolečine kaže na pozicijo, ki jo ima do bolečine določena skupina ali posameznik. Sprejemljivo ali nesprejemljivo obnašanje posameznikov ob bolečini je velikokrat vnaprej načrtano: kdaj lahko bolečino izražamo na glas, v kolikšni meri jo lahko izražamo, koliko časa je sprejemljivo prenašati bolečino in podobno.

Vzemimo za primer obrede prehoda, ki jih najdemo v vseh družbah, vendar so bolj pogosti in trdni v manjših skupnostih (Turner 1964: 4). Pri obredu prehoda gre za spremembo »stanja« posameznika, kot na primer nov družbeni položaj ali vloga v skupnosti, prehod iz otroštva v odraslost, pomembne ločnice, kot so poroka, porod, smrt, puberteta in ostalo (Gennep 1960, Turner 1964: 4 in 1969: 94). Obrede lahko spremlja tudi fizična bolečina, s katero posameznik pokaže, da je dorasel novi poziciji v skupnosti (na primer prebadanje, tetoviranje in podobno). Akutna bolečina, ki je prisotna pri obredu, je namenjena družbenemu povezovanju in utrjevanju skupnosti. Osebe, ki opazujejo obred, se usmerijo na posameznika v bolečinah, z njim sočustvujejo, kar vzpostavi emocionalno vez. Takšno odobravanje fizične bolečine je v nasprotju s stališčem zahodnih družb, ki običajno želijo bolečino zmanjšati. To velja tudi za vse posege znotraj zdravstvene oskrbe (na primer operacija, bolezen, porod) (Helman 2007: 193–194). Ne glede na zavračanje akutne bolečine, pa jo v nekaterih primerih sprejemamo

kot nekaj običajnega in se z njo naučimo živeti (na primer življenje s kronično bolečino) (Allué 1999: 125). Bolečina je tako vpeta v širši družbeni in kulturni kontekst.

Odnos do bolečine (fizične ali psihične) se kaže tudi v frazah in zapovedih, ki jih posameznik sprejema preko bližnje okolice (družina, prijatelji in drugi) ter širše družbe (na primer avtoritete v šolskem sistemu ali v delovni organizaciji, preko množičnih medijev).



Navedenih je nekaj fraz, ki jih običajno uporabljamo pri izražanju in sporočanju odnosa do bolečine:

Kaj se pa cmeriš!

Daj no, ne jamraj za prazen nič.

Fantje ne jokajo!

Saj si moški, boš že zdržal.

Treba je stisnit zobe!

Sedaj boš pa moral malo potrpet.

Boli me za znoret, boli me za umret!

Za lepoto (zdravje) je treba potrpet.

Kaj nam te fraze sporočajo? Kakšen je naš odnos do bolečine? Se spomnite še kakšne druge fraze?

Glavna značilnost bolečine, naj bo fizična ali čustvena, je nezmožnost, da bi jo opisali drugi osebi, ta pa bi nas popolnoma razumela. Ne glede na sposobnost sočustvovanja, je nemogoče popolnoma doživeti bolečino druge osebe (Allué 1999: 119). Velikokrat se v zdravstvu zgodi, da ob pomanjkanju fizioloških dokazov za obstoj bolečine, dvomimo o resničnosti in resnosti težave (Telban 2001: 31). Problem nezmožnosti razumevanja bolečine drugega se pokaže predvsem pri kronični bolečini, ki je dejansko resnična samo za posameznika, ki jo doživlja. Ostalim je lahko vidna preko brazgotin, povojev, modric in še to samo v primeru, da je bila vzrok kronične bolečine poškodba, nesreča, zdravstveni poseg ali operacija (Helman 2007: 194). Kadar kronična bolečina nima fiziološkega vzroka, le težko razumemo intenzivnost in vpliv, ki ga ima na to osebo. Zaradi tega se lahko pojavijo težave v medosebnih odnosih. Družina, prijatelji, sodelavci in ostali, se v bolečino bližnjega ne morejo vživeti, prav tako lahko nehajo verjeti v resnost zdravstvene težave (bolečino si razlagajo kot način iskanja pozornosti, osebo dojemajo kot hipohondrično). Nezmožnost doživetja in priznavanja posameznikove bolečine s strani ožjega in širšega socialnega kroga pa bolečino le še poveča (ibid.).



Primer: *Ženska srednjih let je študentom prvega letnika medicine predstavila svojo bolezensko težavo. Imela je kronične glavobole, od katerih je bila povsem izčrpana. Razredu je povedala, da je njen mož alkoholik, občasno jo je pretepal. Zadnjih pet let je večino časa preživela doma, saj je skrbela za dementno taščo, poleg tega je bila pod stresom zaradi mladoletnega sina, saj je kazalo, da ne bo uspešno zaključil srednje šole. Ne glede na to, da so študentje pokazali veliko empatije in razumevanja ob poslušanju njene zgodbe, jih je na koncu zanimal »pravi« vzrok njenih glavobolov (Scheper-Hughes in Lock 1987: 8).*

Diskusija: Čeprav so študentje medicine sočustvovali s psihološkimi obremenitvami uporabnice, jih je zanimalo, kaj je »pravi« - fiziološki vzrok njene bolezni. Šele ko se ta potrdi, je običajno potrjena tudi dejanska zdravstvena težava oziroma bolezen. Bolečina, tudi kronična, je pogosto posledica družbenih in ekonomskih dejavnikov, pri čemer fiziološki dokazi, da je nekaj narobe, lahko umanjajo. Kadar zdravniki ne odkrijejo fiziološkega razloga, je resnost bolečine podcenjena. Nasprotno pa medicinski dokazi predstavljajo zagotovilo, da je uporabnikova bolečina resnična ter da je njihova pozornost temu uporabniku upravičena (La Chapelle 2014).

V raziskavi Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini (2015) so raziskovalci ugotavljali, da je v sistemu zdravstvenega varstva nasilje v družini še vedno podcenjen problem, na katerega se mnogi zdravstveni delavci ne znajo ustrezno odzvati. To ugotavlja tudi specialistka družinske medicine:

»Samozavest zdravnikov na tem polju je relativno nizka ... mogoče je glavni etični pomislek (zdravnikov, op. a.) ta, da je pogovor o nasilju poseganje v intimo posameznika ... Te žrtve je treba aktivno iskati ali na podlagi tega, da ima posameznik dejavnike tveganja, iz katerih sklepamo, da je lahko izpostavljen, ali na podlagi tega, da je pogost gost v ambulanti z nekimi nespecifičnimi težavami. Ta neizpovednost je način za žrtve. Žrtve ne poročajo spontano. Raziskave pa so pokazale, da če bi jih pa zdravnik vprašal, pa ne bi zanikale. One si strašno želijo, da bi to opazil nekdo drug« (Cukut Krilić in drugi 2015).

Stopnje prenašanja bolečine

Primer: *Imel sem prometno nesrečo, ki je potegnila za sabo kup posledic. Noge so mi začele zatekati, imam zelo slabo prekrvavitev na nogah. Imel sem ogromne, globoke rane in sem šel k zdravniku v Ambulanto Pro bono. Tam niso imeli takrat nič protibolečinskega. Zdravnik mi je rekel: »Zdaj bomo po partizansko!« S skalpelom mi je na živo izrezal te globoke gnojne rane. Nimaš pojma, kako sem švical. Če me ne bi bilo sram, bi kričal, pa nisem. Veliko in globoko je izrezal vse dol po nogi. Sem zdržal. Mogoče zato, ker sem bil vsa ta leta vajen bolečin. Mene je vsak dan bolelo. Zelo bolelo. Bil sem izbrisan in ostal sem brez vsega, tudi zdravstvenega zavarovanja (Iztok, izbrisana oseba, 48 let).*

Diskusija: Razlago za prenašanje zelo visoke stopnje bolečine pri tem posamezniku bi lahko iskali v njegovi socializaciji. Njegovi starši prihajajo iz precej patriarhalne družbe, kjer se dečke in moške spodbuja k prikrivanju bolečine, čustvene ali fizične: moški naj bi bili pogumni, imeli naj bi »trdo kožo«, kar je pokazatelj zrelosti posameznika. Tudi v navedenem primeru je Iztok povedal, »da bi kričal, če ga ne bi bilo sram«. Kljub temu pa moramo biti pazljivi in ne smemo njegovega bolečinskega vedenja pripisati le kulturi, v kateri je odraščal. Kot izbrisana oseba je ostal brez vseh pravic, tudi zdravstvenih. Zaradi svoje življenjske situacije se je moral vsakodnevno soočati z bolečino, tako fizično kot psihično (Lipovec Čebren 2010).

Ljudje velikokrat prenašajo bolečino, ker nimajo druge izbire. Slednja tako ne pomeni izjeme ali dogodka, ki bi se ga dalo hitro odpraviti z ustreznim zdravljenjem, temveč predstavlja del življenja. Prag bolečine se lahko spremeni glede na življenjsko situacijo. To so pokazale tudi druge izkušnje izbranih prebivalcev Slovenije, ki so zaradi izbrisa ostali brez pravnega statusa ter med drugim, izgubili zaposlitev, pokojnino, stipendijo, pa tudi pravico do vseh socialnih transferjev in do zdravstvenega zavarovanja. Mnogi med njimi niso imeli dostopa do zdravstvenih storitev, zaradi česar so njihove zdravstvene težave ostale nezdravljene. Zanimivo pa je, da so se pri mnogih izbranih osebah, čim so ponovno pridobili pravni status, pokazali bolezenski simptomi, ki jih prej niso imeli. Pojav nenadnega pojava boleznih si lahko razlagamo z zatiranjem bolečine oziroma boleznih, saj si v obdobju, ko niso imeli zavarovanja niso mogli »privoščiti«, da bi zboleli ali občutili bolečino.

Podobno je pokazala raziskava, ki so jo izvedli v ameriški zvezni državi New York. Pripadniki višjega družbenega in ekonomskega razreda so dalj časa trajajočo bolečino v hrbtu zdravniku opisali kot neobičajno. Pripadniki nižjega, revnejšega sloja prebivalstva pa so isto bolečino razložili kot neizogiben del življenja. Ker so bili na bolečine v hrbtu navajeni, zdravnikom o njih običajno niso poročali (Helman 2007: 127). Bolečina je tako pogojena s kulturo, a tudi z družbenim in ekonomskim položajem vsakega posameznika.

Čeprav lahko razloge za bolečinsko vedenje določenega uporabnika iščemo v kulturi, iz katere izhajajo, moramo paziti, da ne spregledamo družbeno-ekonomskih razlogov. Obenem pa bolečinskega vedenja določenega uporabnika ne smemo posplošiti na vse posameznike, ki prihajajo iz istih ali podobnih kulturnih, etničnih ali verskih skupin.

Dojemanje bolečine

Kdaj je bolečina sprejemljiva in kdaj ne? Koliko časa jo je mogoče prenašati? V katerih situacijah jo je potrebno lajšati in v katerih ne? V odgovorih na ta vprašanja lahko med zdravstvenimi delavci in uporabniki pride do mnogih nesoglasij. V nekaterih primerih se uporabniki ne želijo izogniti bolečini, čeprav jim zdravstveni delavci želijo to omogočiti. Nasprotno pa v drugih primerih zdravstveni delavci niso pripravljeni obvladovati ali lajšati bolečine, čeprav si uporabniki to želijo. Zdravstveni delavci tudi sami sicer poudarjajo, da lahko bolečino obvladujemo in olajšamo na različne načine: »Pri svojem delu sem se naučila, da protibolečinska sredstva včasih niso dovolj, da pa je včasih za lajšanje bolečine in trpljenja dovolj, če človeka pet minut držim za roko« (Sluss 2012).

Primeri nesporazumov

Tabela 3: Različno dojemanje bolečine med zdravstvenimi delavci in uporabniki

	Zdravstveni delavci	Uporabnik in širši krog svojcev
1. Primer	<p>Želja po lajšanju bolečine in s tem bolj uspešnem poteku zdravljenja bolezni.</p> <p>Bolečina je nepotrebna, poskušajo se ji čimbolj izogniti.</p> <p>Zdravljenje ali poseg, kjer je prisotna, je manj uspešen ali prezahteven.</p>	<p>Bolečina je neizbežna, saj je del življenja in zdravljenja.</p> <p>Pripravljeni so tolerirati visoko stopnjo bolečine.</p> <p>Izogibanje in zatiranje bolečine je lahko hujše, kot bolečina sama.</p>
2. Primer	<p>Če bolečina ni močna in je poseg kratek, lahko uporabnik potrpi.</p> <p>Lajšanje in obvladovanje bolečine se jim zdi nepotrebno, neupravičeno.</p>	<p>Želijo čutiti čim manj bolečin ob zanje neprijetnem posegu.</p> <p>Ne vidijo smisla v prenašanju bolečine, zato želijo bolečino lajšati in obvladovati.</p>

Primeri za drugo vrsto nesporazumov, ko si uporabniki želijo lajšati bolečino, se zdijo bolj vsakdanji: od protibolečinske injekcije pri zobozdravstvenih posegih do pogoste želje posameznikov, da so med kolonoskopsko preiskavo sedirani, da ne čutijo bolečine.

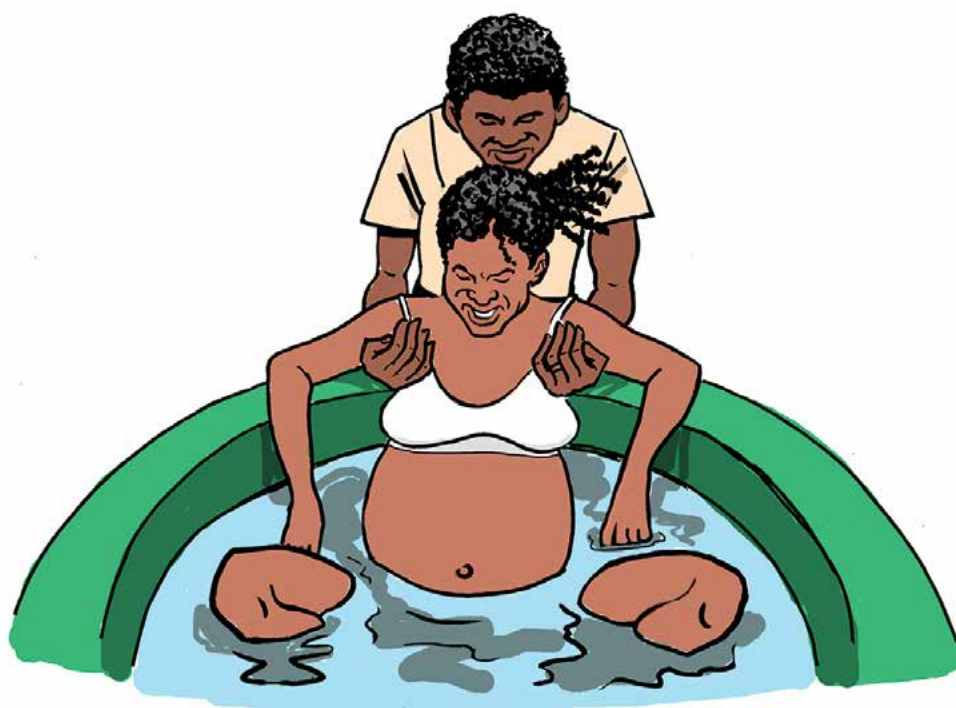
Primeri za prvo vrsto nesporazumov, ko uporabniki vidijo bolečino kot neizbežno, pa so na videz bolj nenavadni. Raziskave kažejo, da je pri določenih etničnih in verskih skupinah stopnja prenašanja bolečine višja, bolečina je lahko celo zaželena. Tako nekatere veje budizma dojemajo trpljenje kot glavni vidik življenja, pri čemer so raziskovalci opazili, da pogosto zavračajo analgetike, med posegi pa želijo biti prisebni (Srivastava 2007: 232). Podobno druge raziskave poročajo o nekaterih Filipincih, ki usodo posameznika prepuščajo bogu, pri čemer bolečino razumejo kot božjo voljo in so zato pripravljene tolerirati višjo stopnjo bolečine. Ti Filipinci so večinoma pripadniki Rimokatoliške Cerkve (Mazanec in Kay 2003: 54).

Zanimivo je dožemanje porodne bolečine. Porod je naravni proces, v katerem ima bolečina vlogo »pomočnika«, saj opozarja na dogajanje v telesu. Od našega dožemanja pa je odvisno, kako jo bomo predstavljali. Uradna medicina je porod vzela pod svoje okrilje, da je postal medicinski dogodek z določenim tveganjem, kjer je možno uporabljati različna sredstva za lajšanje in obvladovanje bolečin. Vseeno pa je vedno več žensk in zdravstvenih delavcev, ki odkrivajo pozitivne vidike naravnega poroda in možnosti izkušnje bolečine na drugačne načine.

Obporodna spremljevalka in doktorica biomedicine pravi:

»Sem zagovornica naravnega poroda. Ne zato, ker bi menila, da mora ženska med porodom trpeti, ampak zato ker vem, da je naše telo v večtisočletni zgodovini razvilo vse potrebne mehanizme, da je naravni porod za žensko in otroka najbolj varen in zdrav.

Kar bi morala vedeti vsaka ženska, ki se pripravlja na porod, je, da nam je porodna bolečina za razliko od vsake druge bolečine, ki jo doživljamo, v pomoč. Menim, da je strah pred porodom in porodno bolečino najlažje razrešiti, če ženska ve, kaj naj med porodom pričakuje in kako porod poteka. Vedeti mora, od kod izvira porodna bolečina, kakšen je njen namen in kakšni so drugi (alternativni) načini za njeno zmanjševanje ali preprečevanje (gibanje med porodom, voda, masaža, dihanje, glasovi ...). Žal se na brezplačnih delavnicah v zdravstvenih domovih in porodnišnicah tej temi pogosto ne posvečajo dovolj« (Peternel 2015).



V katerih situacijah bi podprli uporabnikovo željo, da bolečino obvladuje in lajša na različne načine (ali sploh ne) in kdaj bi se vam zdela uporaba klasičnih in drugih sredstev za lajšanje in obvladovanje bolečine neizbežna?

Stereotipi o bolečinskem vedenju

Kadar poskušamo določeni kulturi pripisovati specifičen način bolečinskega vedenja, običajno razmišljamo stereotipno. Bolečinsko vedenje in prag bolečine znotraj določenega kulturnega okolja ni statičen, saj se vedno spreminja. Prav tako se lahko spreminja doživljanje bolečine v določenih obdobjih posameznikovega življenja. Ob slabši finančni situaciji ali v situaciji negotovega, prekarnega dela, se lahko zgodi, da se posamezniku prag bolečine poviša, saj si ne more privoščiti bolniškega dopusta ali celo zdravljenja, v smislu: »*Ne morem si privoščiti, da bi zbolel*« ali »*sedaj pa res ne smem zboleti, imam preveč dela*«.

V preteklosti so si mnogi zdravstveni delavci zmotno predstavljali, da lahko pri določenih etnijah pričakujejo stereotipno bolečinsko vedenje, v smislu: »*Italijani jokajo ob vsaki bolečini, Slovenci znamo potrpeti in stisniti zobe*«. Določeni stereotipi so prisotni še danes. Kako zavajajoče in nevarne so takšne predstave, kaže naslednji primer.

Primer: *Kirurg, ki je bil eno leto zaposlen na urgentnem bloku bolnišnice, se je pogosto srečeval s pacienti iz drugih kulturnih okolij. Razen slovenščine in angleščine ni govoril drugih jezikov, pa tudi navad in prepričanj drugih kultur ni poznal. Pri svojih starejših kolegih je zato pogosto iskal informacije, ki bi mu bile v pomoč. Prepričanje, ki so ga njegovi kolegi pogosto omenili, je bilo, da »bosanski« moški vedno dramatično reagirajo na bolečino in tudi ob manjših zdravstvenih problemih »kričijo, kot da jim gre za življenje«. Mladi kirurg si je to dobro zapomnil in je poškodovanega »Bosanca«, ki je bil »tiho, nič ni kazal, da ga kaj boli« le na hitro pregledal ter ga odpustil, ne da bi ga poslal na rentgenski pregled. Prepričanje kolegov ga je zavedlo, da je spregledal notranje krvavitve (Lipovec Čebren 2011).*

Diskusija: Na primeru lahko vidimo, »da odsotnost bolečinskega vedenja, še ne pomeni odsotnost bolečine« (Helman 2007: 186). Kirurg je zaupal mnenju starejših sodelavcev, ki so si delili stereotipne predstave o določeni etnični skupnosti. Zdravstveni delavec si je ustvaril zemljevid obnašanja posameznih skupin, ki jih je pogosto srečeval pri svojem delu. S preprostimi razlagami si je hotel olajšati delo ter prepoznati potrebe svojih bolnikov. Takšne razlage so imele ravno obraten učinek. Površne posplošitve so tako veliko bolj nevarne, kakor se zdijo na prvi pogled, predvsem v primerih zdravstvene oskrbe.

Priporočila:

- Upoštevajmo uporabnikovo dožemanje bolečine, pri določanju stopnje bolečine si lahko pomagamo s slikovno bolečinsko lestvico.
- Ne predvidevajmo, da nekdo želi ali ne želi obvladovanja ali lajšanja bolečin, pač pa se o tem pozanimajmo pri vsakem posamezniku.
- Uporabniku na jasen in miren način obrazložimo potek zdravljenja, zakaj predlagamo obvladovanje in lajšanje bolečin ali zakaj menimo, da le-to ni potrebno.
- Uporabnik mora biti seznanjen z vsemi pomisleki, ki jih imajo zdravstveni delavci. Spodbuditi pa jih je treba, da izrazijo tudi svoje pomisleke in želje.
- Vsakemu posamezniku dajmo možnost, da se sam odloči, ali si želi bolečine lajšati ali ne. Predstavimo mu vse možnosti (ne le zdravil) in prednosti ali slabosti vsakega načina obvladovanja bolečin.
- Ne dovolite, da na vašo presojo vplivajo stereotipi – zmeraj upoštevajte posameznika, njegovo razumevanje in občutenje.
- Kadar je razlog za zavračanje lajšanja bolečin versko ali kakšno drugo prepričanje, sami pa menimo, da to zavračanje ni smotno, se lahko še dodatno posvetujemo z družino ali člani skupine, da bomo bolje razumeli njegova stališča. Morda je uporabnik drugače razumel določena pravila ali navade.
- Pomembno je, da ima uporabnik ves čas možnost izbire: če se za obvladovanje in lajšanje bolečine ne odloči takoj, mora imeti vedno možnost, da to vendarle dobi, če ugotovi, da to potrebuje.
- Ko se med nami in uporabnikom pojavijo večji nesporazumi, se zavedajmo, da je naš skupen cilj najti rešitev, ki bo sprejemljiva za obe strani.

Uporabljena literatura in viri

Allué, Marta. 1999. La douleur en direct. *Anthropologie et société* 23 (2): 117–137.

Cukut Krilić, Sanja, Urška Smrke, Jana Šimenc in Mojca Vah Jevšnik. 2015. Raziskava Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini (POND). V *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebo*. Jana Šimenc, ur. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.

Gennep, Arnold van. 1960. *The rites of passage*. London: Routledge in Kegan Paul Lid.

Helman, Cecil G. 2007. *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold (peta izdaja).

Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.

LaChapelle, DL, Lavoie S, Higgins NC, Hadjistavropoulos T. 2014. Attractiveness, Diagnostic Ambiguity, and Disability Cues Impact. Perceptions of Women With Pain. *Rehabilitation Psychology* 59 (2): 162–170.

Lipovec Čebren, Uršula. 2010. Izbrisane pravice – nevidne bolezni: Analiza zdravstvenih posledic izbrisa. V: *Brazgotine izbrisa: prispevek h kritičnemu razumevanju izbrisa iz registra stalnega prebivalstva Republike Slovenije*, ur. Neža Kogovšek in Brankica Petković, 149–188. Ljubljana: Mirovni inštitut.

--- 2011. The Construction of a Health Uninsured: People without Medical Citizenship as Seen by Some Slovene Health Workers. *Studia ethnologica croatica* 22(1): 187–212.

Lock, Margaret. 2003. Accounting for Disease and Distress: Morals of the Normal and Abnormal. V *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Schimshaw, 259–276. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Mazanec, Polly in Mary Kay Tyler. 2003. Cultural considerations in end-of-life care. *The american journal of nursing* 103 (3): 50–59.

Peternel, Špela. 2015. *Še o protibolečinskih sredstvih med porodom*. Dostopno na: <https://www.iskreni.net/mediji-o-nas14/49-porod/166015-se-o-protibolecinskih-sredstvih-med-porodom.html> (18. 9. 2015).

Požlep, Gorazd. 2009. *Osnove zaznavanja bolečine*. Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok. Gradivo izobraževanja. Dostopno na: http://www.anestezija.si/terapija/Osnove_zaznavanja_bolecine.ppt (3. 12. 2015).

Scheper-Hughes, Nancy in Margaret M. Lock. 1987. The Mindful Body: A prologomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly, New series* 1 (1): 6–41.

Sluss, Amy. 2012. The Power of Touch Learned Through Nursing. Dostopno na: <http://www.nursetogether.com/power-touch-learned-through-nursing> (2. 12. 2015).

Srivastava, Rani H. 2007. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier.

Šimenc, Jana. 2008. Anatomija bolečine - kaj pravi medicinska antropologija. *Etnolog* 18 (2008): 145-166.

Telban, Borut. 2001. *Andaypa: Eseji o smrti v novogvinejski skupnosti*. Maribor: Založba Obzorja.

Turner, Victor. 1964. Betwixt and between: The liminal period in Rites de passage. V *Proceedings of the 1964 annual spring meeting of the American ethnological society: Symposium on new approaches to the study of religion*, 4-20. Seattle: American Ethnological Society.

--- 1969. *The ritual process: Structure and anti-structure*. Chicago: Aldine publishing.

ODLOČANJE O ZDRAVLJENJU IN AVTONOMIJA POSAMEZNIKA

Pomen družine in svojcev

Svojci (družinski člani, sorodniki in druge bližnje osebe) imajo pomembno vlogo pri podpori in oskrbi. Kadar njihova prisotnost in mnenje ne škodijo bolni osebi, moramo upoštevati njihovo vlogo in pomen v življenju uporabnika.

Za določene skupine je na primer značilno, da svojca obiskujejo bolj pogosto, navadno v večjih skupinah (Srivastva 2007: 239), kot kaže naslednji primer:

Primer: *Ob rojstvu prvega otroka so Rominjo obiskali člani razširjene družine, sorodniki, pa tudi prijatelji. Ker jih je bilo veliko, so si obiske razdelili čez cel dan tudi v času, ko obiski niso bili predvideni. Zdravstveni delavci so to razumeli kot nespoštovanje pravil porodnišnice in jim prepovedali prihajati izven časa za obiske. Ker so svojci in prijatelji mlade mamice to spoštovali, so množično prihajali le v času obiskov, bilo jih je veliko, zato so povzročali več hrupa kot drugi obiskovalci. Zdravstveni delavci so to ponovno videli kot neprimerno vedenje, zato so v sobi prepovedali več kot dve osebi naenkrat. Rominja in njeni bližnji se s tem niso strinjali, saj so vsem obiski veliko pomenili, zato sta mamica in novorojenček predčasno zapustila porodnišnico.*

Diskusija: Primer kaže na različno dojetje vloge svojcev v bolnišničnem okolju. Če so zdravstveni delavci kot »normalno« vedenje videli tisto, ki je značilno za večinsko prebivalstvo (manj številni obiski, predvsem družinski člani), pa je Rominja kot »normalno« razumela vedenje, ki ga je bila vajena v svoji skupnosti (številni obiski družinskih članov in širšega sorodstva, vključno s prijatelji). Zdravstveni delavci so vedenje Romov razumeli kot nespoštljivo, čeprav je šlo za različne kulturne prakse, ki bi bile za zaposlene v porodnišnici bolj sprejemljive, če bi razumeli pomen, ki ga imajo obiski za svojce Rominje. Navedeni primer tudi kaže, da so pravila zdravstvene ustanove lahko v nasprotju z določenimi zaželenimi praksami posameznika ali skupnosti. Če so pravila zdravstvenih ustanov namenjena ohranjanju reda in zagotavljanju miru pri okrevanju uporabnikov, so lahko v nasprotju s pričakovanji določenih posameznikov in skupnosti. V omenjeni situaciji Rominje je bilo pravilo o številu obiskovalcev v nasprotju s potrebo Romov, da bi mladi mamici v čim večjem številu pokazali, kako ji stojijo ob strani in se veselijo novega člana skupnosti. V takšnih primerih je pomembno, da zdravstveni delavci uporabnikom in svojcem na miren in prijazen način razložijo, zakaj obstajajo določena pravila. Kadar številčnost obiskov ne moti tega uporabnika in ostalih uporabnikov, je smiselno sprejeti njihovo drugačno prakso.



Razmislite:

Kdo je član družine?

Koga štejemo med svoje?

Od koga pričakujemo podporo v primeru bolezni?

Kdo lahko sodeluje v zdravstveni oskrbi?

Pojem družine je zapleten, zato je težko postaviti ustrezno opredelitev. Nekateri v krog družine postavljajo tudi prijatelje, bolj ali manj oddaljene sorodnike ali druge osebe, ki jih lahko uporabnik sprejema kot člane razširjene družine. V zdravstveni praksi se pogosto dogaja, da zaradi drugačnih razumevanj družine lahko pride do konfliktnih situacij.

Poleg različnih kulturnih in etničnih skupin, se tudi istospolni pari velikokrat srečujejo s težavami pri zdravstveni obravnavi, saj njihovo partnersko razmerje ali družina (istospolni par z otrokom) pogosto ne ustreza konvencionalni, stereotipni predstavi o sorodstvenih vezeh. Kadar sprašujemo o razmerju, ki ga ima uporabnik z določeno osebo, moramo biti zelo previdni.

Tabela 4: Načini naslavljanja

Neustrezno:	Ustrezno:
»Ali je to vaš mož/žena?«	»Ali je to vaša bližnja oseba?«, »Je to vaš svojec?«
»Ali vam lahko pri okrevanju pomaga vaš mož/žena?«	»Ali imate koga, ki bi vam lahko pomagal pri okrevanju?«

Če vprašamo zgolj »Ali je to vaša bližnja oseba?«, se s tem izognemo potencialno neprijetnim situacijam, v katerih bi moral uporabnik definirati svoje razmerje. S temi problemi se soočajo ne le določene osebe v istospolnih razmerjih, temveč tudi ostali (ločene osebe, matere in očetje samohranilci, vdove in vdovci). Spoštovati in razumeti moramo uporabnike, ki svojega osebnega življenja iz kakršnihkoli razlogov ne želijo razkriti, kot kaže tudi naslednji primer.

Primer: Uporabnik je bil štiri leta v istospolnem razmerju, kar je skrival pred svojo materjo. Njegova mati je bila prepoznana kot edina zakonita oseba, ki lahko odloča o zdravstveni oskrbi v terminalnem stadiju bolezni svojega sina. Mati je sinovega partnerja sprejemala kot njegovega zelo dobrega prijatelja. O njegovi spolni usmerjenosti ni vedela ničesar (Srivastava 2007: 238–239).

Diskusija: Zdravstveni delavci so se znašli v zapleteni situaciji, kjer so morali priznati uporabnikovo mater in njegovega partnerja kot enakovredno soudeležena pri zdravstveni oskrbi, vendar razmerja materi niso smeli razkriti. Pripravljenost zdravstvenih delavcev na razumevanje teh zapletenih odnosov je veliko pripomogla k utehi umirajočega.

Opisani primer sicer ponazarja situacijo, ki se nanaša na istospolna razmerja, vendar enako velja za vse odnose, ki ne ustrezajo običajnim, stereotipnim predstavam o družini in sorodstvenih vezeh. Zdravstveni delavci moramo spoštovati uporabnikovo razumevanje družine in osebnih odnosov, ne glede na njihovo drugačnost, saj so slednji izjemno pomembni v procesu zdravljenja in okrevanja.



Poglejte si video gradivo *Dostop in izkušnje LGBT posameznikov/-ic do zdravstvenih storitev*, iz katerega je naslednji citat:

»Pomembno je, da se zdravniki, zdravnice zavedajo, da ne glede na to, kako nekdo izgleda, ne uporabljajo nujno istih zaimkov. Če uporabim sebe kot primer, ne glede na to, kako jaz izgledam, ni nujno, da se me lahko naslavlja z gospa, lahko, da je moja spolna identiteta drugačna. Zelo pomembno je, da se poskušajo zdravniki in zdravnice /.../ s temi osebami pogovarjati, vprašati stvari, če se ta oseba razkrije kot trans: Kako želite, da vas naslavljam?, katero ime želite, da uporabljam?, Katere zaimke želite, da uporabljam?, Kako vi imenujete svoje dele telesa?«

(Citat iz videa *Dostop in izkušnje LGBT posameznikov/-ic do zdravstvenih storitev*).

Individualno in skupinsko odločanje o zdravljenju

V uradni medicini je bila dolga leta v veljavi tradicija pokroviteljskega, paternalističnega odločanja o bolnikovi oskrbi: zdravnik je najbolje vedel, kaj je dobro za uporabnika – uporabnik pa je brez vprašanj sprejemal navodila. Danes, ko ima osrednjo vlogo na uporabnika osredotočena oskrba, pa je nujno upoštevati uporabnikovo mnenje pri izbiri zdravljenja ter pri tem, koga vključiti v proces odločanja o zdravljenju (Car in Rifel 2004: 9).

Družina in prijatelji so izjemno pomembni v procesu zdravljenja, saj so navadno prvi, s katerimi se posvetujemo o zdravstveni težavi. Čeprav se lahko zavedamo pomena ožjega in širšega kroga svojcev, pa je uporabnik v zdravstveni ustanovi običajno sam odgovoren za vse odločitve, ki se nanašajo na zdravljenje njegove zdravstvene težave ali zdravstveni poseg. Vendar pa je potrebno razumeti, v kateri situaciji je namesto individualnega odločanja potrebno skupno odločanje ter kdaj lahko v imenu uporabnika odloča nekdo drug.

Zakon o pacientovih pravicah v 5. členu navaja pravice uporabnikov, med katerimi je tudi pravica do obveščeniosti in sodelovanja in pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju. Prva pravica je podrobno opisana v 6. točki zakona (19. do 25. člen). O informiranem pristanku oziroma privolitvi govori 7. točka zakona (26. do 31. člen).

V določenih situacijah se lahko zgodi, da se v imenu uporabnika odločajo naslednje osebe:

- člani njegove družine ali druge bližnje osebe (najstarejši član (razširjene) družine, zakonski ali izvenzakonski/-a partner/-ica, najstarejši brat ali sestra, starejši člani družine prepustijo odločanje svojim otrokom, saj zaupajo, da bodo delovali v njihovem najboljšem interesu),
- zdravstveni delavci,
- člani družine ali druge bližnje osebe v dogovoru z zdravstvenimi delavci.

V večini zahodnih družb je takšen način odločanja (deloma) sprejemljiv pri obravnavi otroka, mladoletne osebe ali uporabnika, ki se sam (več) ni sposoben odločati o svojem zdravljenju. Vendar tudi v teh primerih obstajajo standardizirani postopki.

Zakon o pacientovih pravicah tako določa:

- možnost pooblastitve druge osebe za čas, ko uporabnik ni sposoben odločati o sebi: »pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko določi osebo, ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah iz Zakona o pacientovih pravicah« (ZPacP 2008, 32. člen, 1. odstavek), za kar izpolni obrazec »Določitev pacientovega zdravstvenega pooblaščenca«;

- upoštevanje posameznikove volje tudi takrat, ko ne more dati veljavne privolitve: »pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve« (ZPacP 2008, 34. člen, 1. odstavek);

- pravico do odločanja tudi za mladoletnike nad 15. letom, saj zakon predvideva, »da je otrok, ki je dopolnil 15 let starosti, sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da za to ni sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom« (ZPacP 2008, 35. člen, 2. odstavek).

- **Odločitev prepustiti posamezniku ali njegovim svojcem?**

V zahodnih družbah poskušamo čimbolj spoštovati posameznikovo individualno in samostojno odločanje o zdravljenju – v primerih, ko se v njegovem imenu odloča druga oseba, naj bi bilo to posledica zavestnega pristanka uporabnika. Vendar pa samostojno, individualno odločanje ni povsod tako visoko cenjeno kot na Zahodu. V nekaterih drugih kulturah sorodniki ali starejši člani skupnosti odločajo o zdravstveni oskrbi bolnih posameznikov. »Lahko se celo pričakuje, da se zdravnik o diagnozi in prognozi ne pogovarja neposredno z bolnikom. Poudarjanje posameznikovih pravic in bolnikove pravice do informacij in informiranega pristanka so mnogim kulturam tuji. Veliko bolnikov daje prednost družinski povezanosti pred osebnimi pravicami« (Car in Rifel 2004: 9).

Zaradi tega lahko med zdravstvenimi delavci in pripadniki določenih skupnosti prihaja do nesporazumov, saj so jim standardizirani postopki odločanja, ki temeljijo na individualizmu lahko tuji, če ne celo nesprejemljivi. Že v poglavju o telesu lahko beremo, da mnoge skupnosti vzrok bolezni pripisujejo slabim odnosom z bližnjimi, fizičnega nivoja pa ne razlikujejo od moralnega. Zato je za številne skupnosti samoumevno, da bo – ne glede na starost posameznika – pri odločanju o njegovem zdravljenju sodelovala cela družina ali celo širša skupnost (Mazanec in Tyler 2003: 55).

Zdravstveni delavci lahko takšno vlogo svojcev na eni strani vidijo kot kratenje pravic posameznika, saj zahodna medicina deluje po splošno sprejetem etičnem načelu, ki predvideva spoštovanje posameznikove avtonomije (Hilden in drugi 2006: 316). Na drugi strani pa lahko vmešavanje svojcev deluje kot nepotrebno in nerazumno, saj se zdravstvena oskrba v zahodnih družbah osredotoča na individualnega uporabnika in ne na mrežo njegovih odnosov. Kadar uporabnik pričakuje in sprejema vlogo svojcev pri odločanju o svojem zdravju in zdravljenju, tega ne smemo razumeti kot kratenje pravic, saj so razlogi za takšno ravnanje najpogosteje dobro utemeljeni.

Pogosti razlogi za skupno odločanje o zdravljenju:

- priznavanje vpliva bolezni na družino ali druge bližnje osebe (zdravstveno stanje ne zadeva samo bolnega ali umirajočega posameznika);
- posameznika bi osamili, če bi pustili, da se o zdravljenju odloča sam (družina ali druge bližnje osebe se čutijo del procesa odločanja o zdravljenju);
- svojci izražajo skrb za bližnjega (kadar jim možnosti o skupnem odločanju ne omogočimo, si to lahko razlagajo kot nezmožnost poskrbeti za družinskega člana);
- posameznik se počuti neločljivo povezan s člani družine ali drugimi bližnjimi osebami

(skupnost daje prednost soodvisnosti svojih članov pred individualizmom) (Scheper-Hughes in Lock 1987: 14–15; Srivastava 2007: 232–236).

Zanimivo: V Združenih državah Amerike so ugotovili, da imajo predvsem nekatere skupnosti priseljencev zelo močne sorodstvene ali skupnostne vezi. Zaradi tesne povezanosti, ki jo čutijo zaradi skupnega prihoda in ustvarjanja novega življenja v tuji državi, so problemi, ki se dotikajo kateregakoli družinskega člana stvar vseh v družini. Pri odločanju ima navadno glavno besedo ena oseba, vendar se končne odločitve navadno sprejemajo skupno (glej Culture clues 1999).

- **Odločitev prepustiti zdravniku?**

Pri vprašanju odločanja o zdravljenju je potrebno poudariti še en vidik, ki lahko pri zdravstveni oskrbi predstavlja problem. Gre za primere, ko uporabnik odločitev o svojem zdravljenju popolnoma prepusti zdravstvenim delavcem. Določene skupnosti in posamezniki v zdravniku namreč vidijo avtoriteto, ki jo morajo brez ugovorov upoštevati oziroma ji povsem zaupajo, da bo s svojim znanjem in izkušnjami izboljšala njihovo zdravstveno stanje. Zdravstveni delavci se vedno bolj pogosto trudijo uporabnika vprašati za mnenje oziroma potrditev, strinjanje o izbiri diagnostičnega postopka ali načina zdravljenja, saj je potrebno vzpostaviti partnerski in sodelujoč odnos. Nekateri posamezniki pa si to lahko razlagajo kot pomanjkanje strokovnega znanja ali kot nepripravljenost, da bi zdravstveni delavec prevzel odgovornost za potek zdravljenja (Car in Rifel 2004: 9). V takšnih situacijah odziva uporabnikov ne smemo razumeti kot neinformiranost ali pasivnost, temveč kot izraz občutka podrejenosti in/ali globokega zaupanja v odločitve zdravstvenih delavcev. Zato je pomembno, da se zavedamo posledic svojega nadrejenega položaja in poskušamo ravnati čimbolj občutljivo in odgovorno.

Pri odločitvah o zdravljenju moramo vzeti v obzir zakonska določila, lastna strokovna in etična stališča, a tudi uporabnikove želje in potrebe. Vseeno pa za to, kako naj ravnamo v situacijah, ko gre za odločanje o zdravljenju, ni recepta, ki bi deloval vedno in za vse. Ko se začnemo zavedati nekaterih kulturnih prepričanj in stališč, ki vplivajo na zdravstveno oskrbo uporabnikov, pridemo v skušnjava, da bi jih posplošili. Vendar pa je situacija vsakega posameznika edinstvena, nanjo imajo vpliv tako kulturni kot tudi različni družbeni in osebni dejavniki (Car in Rifel 2004: 4–5).



Preberite člene Zakona o pacientovih pravicah, ki govorijo o obveščeni in odločanju.

Obveščeni uporabnika

Zaradi vloge svojcev pri odločanju o zdravljenju lahko pride do nesporazumov, ki jih bo občutljiv zdravstveni delavec znal rešiti s primernim vključevanjem bližnjih oseb v proces zdravljenja. Do podobnih težav lahko pride, ko želijo svojci uporabniku prikriti dejstva o njegovi bolezni.

Če imajo zdravstveni delavci do prikrivanja informacij uporabniku etične zadržke in se pri tem sklicujejo na pravna določila (Zakon o pacientovih pravicah, 22. člen; Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije; Kodeks medicinske deontologije, 16. člen), pa imajo svojci za tako ravnanje pogosto utemeljene razloge. V določenih skupnostih je namreč nesprejemljivo, da bi bolni osebi povedali diagnozo ali druge občutljive informacije, kadar gre za težko ali neozdravljivo bolezen.



Naslednji primer predstavlja konflikt zaradi prikrivanja diagnoze, hkrati pa tudi vidik skupinskega odločanja:

Primer: 66-letni osebi, ki se je preselila iz Šri Lanke, so diagnosticirali zadnji stadij terminalnega raka. Njeno znanje jezika je bilo pomanjkljivo. Zdravstveni delavci so njeno družino obvestili, da ji je ostalo manj kot devet mesecev življenja. Nihče od družinskih članov uporabnici ni hotel povedati diagnoze, zato ni razumela, zakaj je še vedno v bolnišnici. Ob tem so se medicinske sestre počutile nelagodno, saj so želele biti z uporabnico iskrene, vendar so ji – na željo njene družine – tudi same prikrivale diagnozo. Večina zdravstvenih delavcev je ravnanje uporabničine družine dojemala kot nerazumno, nekateri zaposleni v zdravstveni ustanovi so celo odklonili sodelovanje pri njeni zdravstveni oskrbi (Srivastava 2007: 237).

Diskusija: V opisani situaciji je večina zdravstvenih delavcev družino uporabnice videla kot nerazumno. Nekateri so prikrivanje diagnoze označili za neetično in v nasprotju z najboljšim interesom uporabnice, ki je upravičena do vseh informacij o svojem zdravstvenem stanju, saj lahko le tako sprejme ključne odločitve glede medicinskih posegov. Vendar pa prikrivanje diagnoze še ne pomeni, da želijo svojci osebo ohraniti v nevednosti ali lažnem upanju. Razlogi za tako ravnanje so različni, a običajno so posledica skrbi za bolno osebo in želje po njeni ozdravitvi.

Navajamo nekaj najbolj pogostih razlogov za prikrivanje diagnoze:

- svojci nočejo še dodatno obremenjevati bolne osebe, zato ji diagnozo raje prikrijejo;
- svojci želijo osebi novico o težki ali terminalni bolezni povedati postopoma, na čimbolj prijazen način;
- razkritje diagnoze svojci razumejo kot opustitev upanja oziroma možnosti ozdravitve;
- za prikrivanje diagnoze se svojci odločijo zaradi prepričanja ali strahu, da bo pogovor o bolezni ali terminalnem stanju slednje približalo ali pospešilo (Srivastava 2007: 236).

Preden označimo prikrivanje diagnoze in informacij za neetično ali neodgovorno ravnanje, moramo imeti v mislih raziskave, ki so bile izvedene v Združenih državah Amerike, Italiji in na Japonskem. Včasih je bilo v ZDA večinoma nesprejemljivo, da bi zdravnik uporabniku razkril, da ima raka. Danes pa, nasprotno, večina onkologov v ZDA zagovarja popolno razkritje diagnoze svojim uporabnikom. Takšno prakso sporočanja diagnoze so številni zdravniki v Italiji in na Japonskem še pred kratkim videli kot kruto in nesprejemljivo. Čeprav so v obeh

državah uspešni pri zdravljenju mnogih vrst raka, se je zdelo tamkajšnjim zdravnikom popolno razkritje bolezni in vseh posledic, ki jih slednja lahko prinaša, škodljivo za uporabnika. Prepričani so namreč bili, da bi tako razkritje lahko povzročilo še večjo stigmo, ki bi vodila v izolacijo ali celo v družbeno smrt posameznika (del Vecchio Good in drugi 1990: 59–64).



Oglejte si video gradivo Škuc – Magnus, intervju z Boštjanom Kovačecem, ki med drugim pove:

»Ta diagnoza nosi s sabo tako stigmo, da glava boli. /.../ Ampak reči nekemu, bodi tiho, skrivaj, pač zoblji tiste tablete, ampak - bog ne daj, da bi kdo to izvedel! S tem damo človeku sporočilo, da je nekaj z njim hudo, hudo narobe.«

(Citat iz videa Škuc – Magnus, intervju z Boštjanom Kovačecem).

Priporočila:

- Upoštevajmo mnenje in skrb bližnjih, kadar si posameznik njihovega sodelovanja želi.
- Uporabnika vprašajmo, če želi, da je pri pogovoru o njegovem zdravstvenem stanju prisotna še druga oseba.
- Z uporabnikom se pogovorimo, če bi se glede odločitve o zdravljenju rad posvetoval še s kom od svojih bližnjih ali kakšno drugo osebo.
- Uporabniku vedno spoštljivo in vljudno predstavimo svoje razloge ali dvome o skupnem odločanju (zakonska določila, etični kodeks, načelo zasebnosti).
- V situaciji, ko uporabnik izraža potrebo, da se v njegovem imenu o zdravljenju odloča kdo drug, poskusimo z njim (in njegovimi svojci oziroma osebami, ki so zanj pomembne) pretehtati posledice ter jasno izrazimo svoja strokovna stališča.
- Po zakonu in etični zavezi zdravstveni delavci uporabniku ne smemo prikrivati informacij, razen v redkih izjemah, ki so jasno zapisane. Zapomnimo si jih, saj so zelo pomembne.
- Če pride do prikrivanja informacij poskušajmo ugotoviti, zakaj jih želijo svojci uporabniku prikriti: vprašajmo jih, zakaj menijo, da je prikrivanje v najboljšem interesu bolne osebe. Na miren in ne obsojajoč način jim predstavimo svoje lastne strokovne ovire v zvezi s prikrivanjem informacij (etični kodeks, zakonska določila) ali osebne dvome.
- V primeru, da kljub pogovoru nismo razrešili problema, poskušajmo poiskati rešitev, ki bo zadovoljila vse strani. Najbolje je, da se posvetujemo še s kom izmed svojih kolegov ali ocenimo, če bi morda potrebovali pomoč medkulturnega mediatorja oziroma drugih oseb.

Odločanje za zdravljenje z drugačnimi načini zdravljenja

V sodobni večkulturni družbi na področju zdravja in zdravljenja obstaja bogat nabor raznolikih pogledov, pojmovanj in načinov ohranjanja zdravja. Obstaja razlika med pojmovanjem in pogledom zdravstvenih institucij uradne medicine, ki ima na tem področju še vedno največ vpliva, in številnimi drugimi pojmovanji in metodami, ki soobstajajo z uradno medicino. Slednje skupaj predstavljajo področje komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja in ohranjanja zdravja (KAM).

- **Kako opredeliti komplementarne in alternativne medicine (KAM)?**

KAM je skupina različnih medicinskih sistemov, metod zdravljenja in ohranjanja zdravja ter izdelkov. Med KAM lahko uvrščamo tako vsakdanje prakse pitja zeliščnih čajev kot obiskovanje kiropraktika ali zdravljenje pri zdravnikih kitajske tradicionalne medicine. KAM tako zajemajo zelo široko področje pojavov. So dinamične in spreminjajoče, raznolike, sinkretične (združujejo različne tradicije, teorije in prakse iz številnih kultur) ter celostne (Cant in Sharma 2003). Med številnimi oblikami komplementarnih metod ni jasne meje, saj se njihove doktrine in prakse prepletajo, terapevti in uporabniki pa kombinirajo različne metode preventive, diagnosticiranja in/ali zdravljenja. Večina KAM se vseskozi vzpostavlja na novo, preoblikuje in prekriva (Potrata 2001: 165; Jelenc 2011: 61).

Pomembno je poudariti, da v Evropi nekatere metode KAM niso nekaj povsem novega ali celo eksotičnega. Vanje namreč sodijo tudi nekateri pristopi, ki so bili značilni za tradicionalno ljudsko zdravilstvo, ki je bilo tisočletja prisotno tudi v različnih evropskih regijah. Tako danes kot v preteklosti so drugačne oblike zdravljenja soobstajale z uradno medicino – temu pravimo medicinski pluralizem (Jelenc 2011).

Ali ste vedeli, da ima homeopatija na Slovenskem že dolgo zgodovino in so homeopatska zdravila konec 19. in na začetku 20. stoletja prodajali v številnih lekarnah, v nekaterih pa tudi izdelovali?

V nekaterih delih sveta so drugi medicinski sistemi povsem izenačeni z uradno medicino. Tak primer je Indija, kjer se je razvilo mnogo tradicionalnih medicin, ki so v indijskem prostoru splošno priljubljene in dostopne. Kot uradni sistem tradicionalne medicine je prepoznana ajurveda, joga z naturopatijo, unani, sido in homeopatija – področje tradicionalnih medicin ima tudi samostojno ministrstvo (Ministrstvo AYUSH). Indijski državljani se svobodno odločajo, ali jih bodo zdravstveno obravnavali v zdravstvenih ustanovah uradne medicine ali v ajurvedskih zdravstvenih centrih (Tavčar Benković 2015).

Tudi v zahodnem svetu je opaziti trend postopne institucionalizacije posameznih oblik komplementarnih metod zdravljenja in ohranjanja zdravja. Nekatere (kiropraktika, homeopatija, osteopatija in druge) imajo status uradno priznanih metod zdravljenja, o njih se poučuje na medicinskih in zdravstvenih fakultetah. Komplementarne metode so v nekaterih evropskih državah (Nemčija, Švica in drugih) vključene v storitve zdravstvenega varstva (kot dopolnilne metode uradni medicini) ter v sistem zdravstvenega zavarovanja (uporabo posameznih komplementarnih terapij krijejo zdravstvene zavarovalnice) (Sharma 1993; Cant in Sharma 2003; Fadlon 2004). Vse to je skladno s stališčem Svetovne zdravstvene organizacije, da bi se morale uradna in komplementarne medicine in metode v državah Evropske unije približati (SZO 2002, 2004, 2005, 2008 po Jelenc 2011: 95). Za združevanje, sodelovanje in dopolnjevanje različnih metod preventive, diagnostike in zdravljenja se je uveljavil izraz integrativna medicina.

Pravna podlaga za izvajanje KAM

V Sloveniji je edina uradna metoda, ki jo lahko brez odvzema licence prakticirajo zdravniki kot dodatno terapijo, akupunktura. Homeopatijo, kiropraktiko, osteopatijo lahko po zakonu izvajajo le osebe z diplomo medicinske fakultete ter omenjenih metod, vendar ne smejo opravljati svojega osnovnega poklica v uradni medicini (ZZdrav, 6. člen). Status homeopatije v zvezi s tem še ni urejen, so pa homeopatska zdravila legalno na voljo v lekarnah in jih lahko izdajajo le magistri farmacije z dodatnimi specialnimi znanji homeopatije. Homeopatija tako sodi hkrati med zdravstveno dejavnost in hkrati med zdravilstvo, zdravilstvo pa je opredeljeno kot tržna dejavnost. Zdravnik z licenco pa homeopatskega zdravila uradno še ne more predpisati, čeprav nam ga lahko izda magister farmacije z dodatnimi specialnimi znanji homeopatije. Vse to kaže na veliko neskladje in neurejenost tega področja (Slovensko homeopatsko društvo 2015; Jelenc 2011).

Sočasno se v svetu naglo povečuje število uporabnikov komplementarnih metod, kar velja tudi za Slovenijo. Dosedanje raziskave v Sloveniji poročajo o različnem številu uporabnikov KAM, običajno se ta številka giblje med 40 in 70 % (Cvetko 2002; Požun 2002; Živec Kalan in Vinšek Grlj 2008; Plešnar 2008; Avsec 2012 in drugi).

Pazite na izraz! Pogosto se je za komplementarne terapije uporabljalo zaničevalne pojme kot so šarlatan, mazač, šušmar. Tudi izraz zdravilec ni vedno primeren, zato svetujemo uporabo nevtralnega izraza komplementarni terapevt ali konkretno poimenovanje s področja, na katerem le-ta deluje, in sicer homeopat, bioenergetik, refleksolog, akupunkturist, zdravnik kitajske tradicionalne medicine in drugo.



Spomnite se uporabnika, za katerega veste, da je uporabnik komplementarnih terapij. Ste se z njim odkrito pogovarjali o uporabi drugih oblik medicin? Če ste se, kako je potekal pogovor? Če se niste, kateri so bili razlogi za to?

Ali ste vedeli?

Obstaja veliko različnih KAM in stalno nastajajo nove. Za lažji pregled se ustvarjajo različne razdelitve – klasifikacije, na primer pravnoformalna klasifikacija KAM v Sloveniji (Zakon o zdravilstvu, 2007, 2011; Pravilnik in priloga 2008, 2011):

1. Zdravilski sistemi:

tradicionalno kitajsko zdravilstvo,
ayurveda – tradicionalno indijsko zdravilstvo,
homeopatija,
unani-perzijsko tradicionalno zdravilstvo,
tradicionalno tibetansko zdravilstvo,
antropozofija,
osteopatija.

2. Zdravilske metode (glede na temeljni način izvajanja):

–,metode interakcije med umom in telesom' (krepijo sposobnost duha, da vpliva na delovanje telesa):

biosinergija,
cvetna terapija,
či gong,
joga terapija kot zdravilska metoda,
zvočna terapija,
šamanizem,
multidimenzionalna erapija.

–,biološko osnovane metode' (za zdravljenje in tudi preprečevanje bolezni se uporabljajo živila, zdravilna zelišča in mikronutrienti):

dietoterapija,
fitoterapija,
postenje,
kneippanje.
–,manipulativne in

–,energijske metode' (vplivanje z biopoljem in delovanjem na biopolje; biopolje je predvidoma vsaj delno koherentno endogeno bioelektromagnetno polje organizmov, ki odražajo njegovo biološko stanje):

bioenergoterapija,
bioresonančna metoda,
prana terapija,
radiesteziija,
reiki,
infopatija.

telesne metode' (zdravijo in tudi preprečujejo se bolezni s premikanjem delov telesa):

akupresura,
akupunktorna masaža po Penzlu,
aurikuloterapija,
ayurvedska masaža,
bownova terapija,
Butejkova metoda zdravljenja,

elektroakupunktura po dr. R. Vollu,

kiropraktika,
kraniosakralna terapija,
manualna terapija,
marma terapija,
metoda Voll,
refleksoterapija,
rolfova metoda strukturne integracije,
shiatsu terapija,
Su jok terapija,

tui-na masaža,
vakuumska terapija.

Pravilnik ne vključuje metod, ki so »samo sprostitvene ali diagnostične ali delujejo preventivno oziroma izhajajo iz določenega življenjskega sloga posameznika« (ibid., 1. člen).

- **Štiri napačna stališča o uporabi komplementarnih in alternativnih medicin:**

- 1. »Ljudje najprej obišejo komplementarnega terapevta šele nato zdravnika.«**

Številne raziskave dokazujejo, da ta trditev ni točna, saj večina posameznikov najprej poišče pomoč pri zdravniku. Šele v primeru, da niso bili zadovoljni z uradno medicino (neuspešno zdravljenje, nestrinjanje s predlagano terapijo, negativna izkušnja z zdravstvenimi delavci in podobno), se obrnejo h komplementarnim terapevtom (Astin 1998; Sharma 2003; Ule, 2003; Cant 2005; 2005; Jelenc 2011).

- 2. »Komplementarni terapevti odsvetujejo zdravljenje z uradno medicino.«**

Čeprav obstajajo primeri, da so terapevti s področja KAM izrecno odsvetovali zdravljenje z uradno medicino, večinoma velja nasprotno. Mnogi komplementarni terapevti začnejo z zdravljenjem šele, ko ima uporabnik že prej postavljeno medicinsko diagnozo, obenem pa svoje zdravljenje vidijo kot dopolnilno, zato ne odsvetujejo zdravljenja z uradno medicino. Res pa je, da uporabniki pogosto po lastni presoji delno (ali popolnoma) prenehajo z zdravljenjem, ki ga je predvidel zdravnik. To postopno (ali delno) opuščanje zdravljenja z uradno medicino je običajno posledica nezaupanja v uradno medicino in/ali negativnih izkušenj v zdravstvenih ustanovah oziroma drugačnih predstav o vzroku in poteku bolezni ter načinih zdravljenja.

- 3. »Komplementarne terapije ne morejo biti dopolnilo uradni medicini.«**

V mnogih državah druge oblike medicin dopolnjujejo uradno medicino, v tujini obstajajo številni zdravstveni centri, kjer se uporabnik lahko odloča med različnimi medicinskimi sistemi (kitajska tradicionalna medicina, uradna medicina, ayurveda, zeliščarstvo), pri katerih izvajalci sodelujejo in dojemajo različne medicine kot komplementarne (integrativna medicina). Podobno dojemata tudi večina uporabnikov, ki kombinira uradno medicino s komplementarnimi terapijami ter jih ne vidi kot nasprotne, nekompatibilne, temveč kot dopolnjujoče: *»Veliko lažje bi bilo, če bi zdravniki in terapevti med seboj sodelovali«* (sogovornica Katarina, februar 2014 v Lipovec Čebren 2015).

- 4. »Posamezniki svojega zdravnika obvestijo o zdravljenju z drugimi metodami.«**

Čeprav so nekateri zdravstveni delavci prepričani, da jih uporabniki o svojem dodatnem zdravljenju večinoma informirajo (Jelenc 2011: 111), pa večina posameznikov v Sloveniji uporabo komplementarnih medicin zdravniku prikriva. Razlog za to je ostro ločevanje med uradno in komplementarnimi metodami, ki je še vedno značilno za slovenski prostor. Posledično uporabniki zdravnika ne obvestijo o zdravljenju z drugimi oblikami medicine, saj se bojijo neodobranja in slabše zdravstvene obravnave: *»Vendar tudi, ko se je zdravje sina, po zdravljenju z bioresonančno terapijo, občutno izboljšalo, zdravnici nisem zaupala tega*

podatka. Bala sem se predvsem tega, da se s tem preprosto ne bi strinjali in bi mi obrnili hrbet« (sogovornica Katja, februar 2014 v Lipovec Čebren 2015).

Primer: *Otrok, ki je imel 2 leti, je začel zatekati – otekline so bile vidne predvsem nad očmi. Njegova mati je odšla do pediatra, ki je sumil na alergijo, zato so otroka alergološko testirali, vendar pa testi niso ničesar pokazali. Poleg tega so mu z ultrazvokom pregledali trebušno votlino, ki ni pokazala nobene anomalije. Ker je otrok še vedno imel otekline, se je njegova mati vrnila k pediatru, ki ji je rekel, naj ne hodi tako pogosto k njemu in naj ne bo tako panična, ker bodo otekline same od sebe izginile. Po nekaj mesecih otekline niso izginile, zato je mati odšla k zdravniku tradicionalne kitajske medicine, ki je diagnosticiral težave z ledvicami, svetoval terapijo, a ji tudi priporočil, naj ponovno obiše zdravnika. Mati je odšla k drugemu pediatru, ki mu je omenila, da sumi na ledvične težave, ni pa si upala priznati, da je to informacijo dobila od zdravnika tradicionalne kitajske medicine. Pediater je pri otroku odkril bolezen ledvic – nefrotski sindrom ter predpisal večmesečno terapijo s kortikosteroidi. Otroku se je stanje deloma izboljšalo, a simptomi so se mu vedno znova vrnili. Nefrolog je materi povedal, da ozdravitev lahko pričakuje šele v času pubertete, do takrat pa bo moral otrok nadaljevati z zdravljenjem s kortikosteroidi. Glede na to, da bi moral kortikosteroide jemati več let, je mati, zaradi strahu pred hudimi stranskimi učinki zdravil, obiskala homeopata ter redno hodila k bioenergetiku. Čeprav ji nobeden od njiju ni odsvetoval jemanja zdravil, je postopoma začela nižati dozo kortikosteroidov, dokler ni z njimi povsem prenehala, vendar si zdravniku tega ni upala priznati. Bila je v hudi stiski, saj je občutila breme sprejemanja popolne odgovornosti za zdravje otroka in se bala posledic zaradi opustitve predpisanih zdravil. Po enem letu zdravljenja le s homeopatijo in bioenergijo otrok ni kazal nobenih simptomov bolezni več. Ko je zdravnik na kontrolnem pregledu ugotovil, da je otrok ozdravel, mu je mati priznala, da že eno leto svojemu otroku ne daje kortikosteroidov ter ga zdravi s homeopatijo in bioenergijo. Zdravnik se je le ironično nasmehnil in rekel, da je bilo njeno ravnanje nespametno ter da je imela le srečo, saj otroku nista pomagali ti terapiji, temveč le to, da je bolezen prerasel (Lipovec Čebren 2010).*

Diskusija: Iz primera je očitno, da je mati otroka odšla najprej k pediatru ter šele nato – ker zdravnik ni ugotovil diagnoze ter se je bala stranskih učinkov zdravil – poiskala pomoč pri drugih oblikah medicine. Sprva je komplementarne oblike jemala kot dopolnitev, nato pa se sama odločila za zdravljenje le s homeopatijo in bioenergijo, čeprav ji terapevta tega nista svetovala. Ta primer razkriva tudi podcenjujoč odnos zdravnika do drugih oblik medicin ter strah uporabnice pred informiranjem zdravnika o uporabi komplementarnih medicin. Vse to kaže, kako negativne so posledice ostrega ločevanja med uradno in drugimi medicinami, saj mnogi uporabniki ne vedo, do katere mere je sprejemljivo prehajanje med uradno in komplementarnimi medicinami; kdaj in na kakšen način je ustrezno kombinirati različne medicinske sisteme; ali je potrebno (in primerno) osebnega izbranega zdravnika

informirati o uporabi drugih terapevtskih metod in podobno. Zaradi nezaupanja zdravniku je uporabnica prevzela celotno odgovornost in se o zdravljenju odločala brez informiranja in pristanka zdravnika, ki je imel nad potekom zdravljenja le iluzorni nadzor.

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (DMSBZT) Ljubljana se zaveda, da so različne metode in načini zdravljenja del vsakdanjega življenja in poklica. O KAM v zdravstveni negi pravijo:

»Pri vsakdanjem delu se medicinske sestre dnevno srečujemo z bolniki, ki nas sprašujejo tudi o komplementarnih in naravnih metodah zdravljenja. /.../ V društvu smo se odločili, da bomo sledili aktualnim dogodkom na tem področju, sodelovali z vsemi, ki razmišljajo v prid kakovosti življenja, zdravja in neškodovanja bolnikom in medicinskim sestram ter aktivno sodelovali pri pripravi zakona o zdravilstvu pri Ministrstvu za zdravje. Prav tako organiziramo aktivnosti, ki pripomorejo k bolj kakovostnemu življenju članstva. Te aktivnosti potekajo skozi vse leto, od poslušanja planetarnega gonga vsaj enkrat mesečno, delavnic za preprečevanje poklicnega izgorevanja, dneva sproščanja na prostem, vključujoč zdravo prehrano, glasbo, masaže, tehniko dihanja vse do organizacije obiskov Zdravilnega gaja v Tunjicah, izobraževanja s področja zdrave prehrane in še posebej vadbe joge, ki ima v DMSBZT že dolgo zgodovino« (DMSBZT 2015).

Priporočila:

- Pri svojem delu upoštevajmo obstoj različnih kultur tudi na področju izboljšanja počutja, ohranjanja zdravja in zdravljenja. Za svoje dobro počutje in zdravljenje si vsak od nas želi uporabiti vse, za kar čuti in meni, da mu lahko pomaga.
- Zavedajmo se, da kombiniranje različnih metod ohranjanja zdravja in zdravljenja ni nekaj povsem novega in tujega, pač pa je del vsakdanjega življenja in je bilo prisotno skozi vso zgodovino našega prostora.
- Poskusimo se stalno informirati o različnih načinih ohranjanja zdravja in zdravljenja, o komplementarnih in alternativnih terapijah iz različnih virov, še posebej tistih, ki jih uporabljajo naši uporabniki.
- Z uporabnikom gradimo zaupljiv odnos, v katerem se bo počutil varnega, da spregovori tudi o uporabi drugačnih metod zdravljenja. Če nam zaupajo o uporabi KAM, imajo večji nadzor in so bolj učinkoviti pri svojem zdravljenju. Zdravstveni delavci pa jim lahko zagotovimo, da so dobro obveščeni in jim pomagamo pri informiranih zdravstvenih odločitvah.
- Zavedajmo se, da imajo uporabnikovo prikrivanje uporabe drugačnih terapij ter nesporazumi v zvezi s tem lahko zelo negativne posledice na nadaljnji potek zdravljenja.
- Z diskretnimi in spoštljivimi vprašanji uporabnika prosimo in ga vzpodbujamo, da nam zaupa morebitno uporabo komplementarnih metod, če menimo, da je to pomembno v procesu zdravljenja.
- Uporabnikove poglede sprejemajmo brez obsodb, spoštljivo, kljub temu da imamo sami morda drugačen odnos do komplementarnih terapij kot uporabnik.
- V primeru, da se nam zdi uporabnikova izbira terapij tvegana ali da bi prišlo do interakcij z drugimi zdravljenji, mu iskreno in jasno zaupajmo svoje dileme ter ga povabimo, da se o dilemah skupaj pogovorimo. Poiščimo tudi zanesljive argumente in vire.

Uporabljena literatura in viri

Astin, John A. 1998. Why Patients Use Alternative Medicine. *JAMA*, 279 (19), 1548–1553.

Avsec, Saša. 2012. Odnos porabnikov do zdravljenja z zdravilnimi zelišči. Diplomsko naloga. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Cant, Sarah in Ursula Sharma. 2003. Alternative Health Practices and Systems. V *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Schimshaw, 426–439. London, Thousand Oaks in New Delhi: SAGE Publications.

Cant, Sarah. 2005. Understanding why people use complementary and alternative medicine. V *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, ur. Tom Heller, Geraldine Lee-Treweek, Jeanne Katz, Julie Stone in Sue Spurr, 173–204. Abingdon: Routledge.

Car, Josip in Janez Rifel. 2004. Načela zdravstvene oskrbe ljudi iz drugih kultur. V *Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Janko Kersnik, 1–13. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Culture clues. 1999. Dostopno na: <https://depts.washington.edu/pfes/PDFs/RussianCultureClue.pdf> (10. 11. 2015).

--- 1999. Dostopno na: <https://depts.washington.edu/pfes/PDFs/LatinoCultureClue.pdf> (10. 11. 2015).

Cvetko, Tatjana. 2002. *Vpliv zdravnika na uporabo dopolnilnih metod zdravljenja*. Neobjavljeno diplomsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

Dei, Fabio. 1994. *Oggi si chiama negatività ...: Pranoterapia e medicine alternative fra tradizione e modernità*. Neobjavljeno doktorsko delo. Siena: Università degli Studi di Siena.

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (DMSBZT). 2015. *Komplementarno in naravno zdravilstvo v zdravstveni negi*. Dostopno na: <http://www.drustvo-med-sester-lj.si/> (10. 4. 2015).

Fadlon, Judith. 2004. Meridians, Chakras and Psycho-Neuro-Immunology: The Dematerializing Body and the Domestication of Alternative Medicine. *Body & Society* 10 (4): 69–86.

Garro, Linda C. in Cheryl Mattingly. 2000. Narrative as Construct and Construction. V *Narrative and the Cultural Construction of illness and Healing*, ur. Linda C. Garro in Cheryl Mattingly, 1–49. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press.

Good, Jo del Vecchio, Cythia Schaffer in Stuart E. Lind. 1990. American oncology and the discourse of hope. *Culture, medicine and psychiatry* 14: 59–79.

Hilden, H. M., M. L. Honkasalo in P. Louhiala. 2006. Finnish doctors and the realisation of patient autonomy in the context of end of life decision making. *Journal of medical ethics* 32 (6): 316–320.

Jelenc, Ajda. 2011. *Komplementarna in alternativna medicina: vpliv sodobne religioznosti in duhovnosti na pojmovanje zdravja in zdravljenja*. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kersnik, Janko. 2010. Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweiz Med Wochenschr* 130 (11): 390–394.

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. Dostopno na: <http://www.drustvo-med-sester-lj.si/CMS/Item/File/8460/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije-marec-2014.pdf> (12. 12. 2015).

Kodeks medicinske deontologije. 1997. Zdravniška zbornica Slovenije. Dostopno na: <http://www.zdravniskazbornica.si/library/includes/file.asp?FileId=16> (7. 12. 2015).

Lipovec Čebtron, Uršula. 2010. *Raziskava uporabe KAM metod med prebivalci Ljubljane in Kopra*. Neobjavljeno terensko gradivo.

--- 2015. Prehajanje med uradno in komplementarnimi medicinami: predstavitev medicinsko-antropološke raziskave oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami. V *Znanstveno-kritičen pogled na komplementarno in alternativno medicino*, ur. Nika Kočevar Glavač in Alenka Zvonar, 16–24. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Mazanec, Polly in Mary Kay Tyler. 2003. Cultural considerations in end-of-life care. *The american journal of nursing* 103(3): 50–59.

Plešnar, Urša. 2008. *Konvencionalna in alternativna medicina v Sloveniji*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Potrata, Barbara. 2001. Duhovnost nove dobe. *Časopis za kritiko znanosti* 202/203 (29): 163–179.

Požun, Peter. 2002. Zdravje in zdravilstvo v številkah – velike priložnosti v zdravstveni negi? V *Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi*, 62–69. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Pravilnik o opredelitvi zdravilskih sistemov in zdravilskih metod ter o postopku evidentiranja, priznavanja in nadzora zdravilskih sistemov in zdravilskih metod, ki se uvajajo v zdravilsko dejavnost. Ur. l. 79/2008, 115/2008 in 101/2011.

--- Priloga: Zdravilske metode, ki se uporabljajo pri izvajanju zdravilske dejavnosti. Ur. l. 79/2008.

Scheper-Hughes, Nancy, Margaret M. Lock. 1987. The mindful body: A prologomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly, New series* 1 (1): 6–41.

Slovensko homeopatsko društvo. 2015. Homeopatija v Sloveniji. Dostopno na: <http://www.shd.si> (9. 12. 2015).

Sharma, Ursula. 2003. Medical Pluralism and the Future of CAM. V *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, ur. Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido in Mike Saks, 211–222. London: Routledge.

Srivastava, Rani H. 2007. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier.

Tavčar Benkovič, Eva. 2015. Ayurvedska medicina. V *Znanstveno-kritičen pogled na komplementarno in alternativno medicino*, ur. Nina Kočevar Glavač in Alenka Zvonar, 25-38. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.

Ule, Mirjana. 2003. *Spreglešana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455/> (1. 12. 2015).

Zakon o zdravilstvu. (ZZdrav). Uradni list RS 94/2007 in 87/2011.

Živec Kalan, Gordana in Andreja Vinšek Grilj. 2008. Stališča bolnikov do samozdravljenja. V *Samozdravljenje*, ur. Zalika Klemenc Ketiš in Ksenija Tušek Bunc, 85–95. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

VERA IN DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

Duhovna in verska prepričanja so pomemben del življenja mnogih ljudi, še posebej v trenutkih težke bolezni ali bližajoče se smrti. Raziskave in vsakdanje izkušnje kažejo, da vera oziroma duhovnost pogosto doprineseta k boljšemu fizičnemu in duševnemu zdravju, pomagata pri spopadanju z boleznijo in nudita psihološko podporo. Zato je še posebej pomembno, da posameznikom, ki to želijo, omogočimo in pomagamo zadovoljiti njihove duhovne in religiozne potrebe.

Mnogi zdravstveni delavci na podlagi praktičnih izkušenj kot tudi raziskav poudarjajo pomen posameznikove vere oziroma zaupanja v duhovno dimenzijo. To ima namreč pogosto pozitiven vpliv na uspešnost zdravljenja in izboljšanje zdravstvenega stanja. Pomembno je, da ima posameznik občutek, da so njegove duhovne potrebe in prepričanja upoštevana.

Težko je predvideti, kako bo nekdo ravnal ob soočenju z (težko) boleznijo. Nekateri se zatečejo k duhovnim, religioznim praksam svoje skupnosti, četudi jih morda pred tem niso prakticirali, drugi lahko poiščejo uteho v obredih izven svoje skupnosti. Poleg tega se lahko posameznik v času bolezni od svoje vere ali drugega prepričanja odmakne ali pa ga še bolj okrepi oziroma ostane njegov odnos nespremenjen. Ravno zato ne smemo vnaprej sklepati, da se bo bolna oseba obnašala podobno kot člani njene družine ali širše skupnosti (Abu-Ras in Lance Laird 2011: 46–47). V vsakem primeru je posamezniku potrebno nuditi podporo in razumevanje, četudi se nam morda na prvi pogled zdi, da so njegove želje nerealne ali da bodo motile delovno rutino oziroma proces zdravljenja.

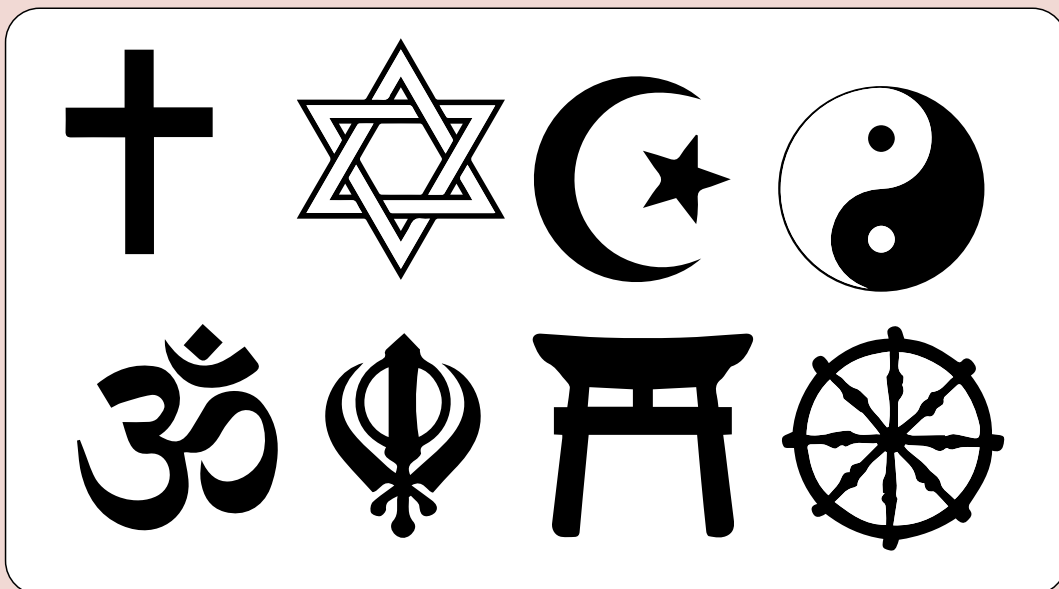
Že v uvodni razgovor z uporabnikom lahko vključimo dve vprašanji, in sicer: »Ali vam vaša duhovna prepričanja pomagajo pri obvladovanju vaše bolezni?« V primeru pozitivnega odgovora lahko sledi dodatno vprašanje: »Ali vam lahko pri tem kako pomagam?« (prirejeno po Kuhn 1988 in Strayhorn in drugi 1990 v Židanik 2004: 50).

Po Zakonu o pacientovih pravicah:

- »/.../ mora izvajalec zdravstvenih storitev zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice pacienta do ustrezne verske duhovne oskrbe v skladu z zakonom, ki ureja versko svobodo« (ZPacP 2008,13. člen);
- imajo vsi uporabniki v bolnišnicah oziroma pri stacionarni oskrbi pravico, izvajalci zdravstvenih storitev pa dolžnost, da zagotovijo »pogoje za uresničevanje pravice pacienta do ustrezne verske duhovne oskrbe v skladu z zakonom, ki ureja versko svobodo« (ibid.).



Povežite spodnje simbole z ustreznim imenom posamezne religije.



	hinduizem	budizem	taoizem
sikhizem	krščanstvo	judaizem	islam
			šintoizem

Primer: *Starejši moški, ki je bil sprejet v bolnišnico, je imel na mizici poleg postelje kipce svetnikov in svete podobice. Medicinsko sestro je to motilo pri delu, saj je na mizici potrebovala dodatni prostor. Pritoževala se je drugi sestri, da te religiozne podobe zavzemajo preveč prostora. Ob podobice je položila plastično vrečko, saj je mislila, da bodo odstranjene. Višja sestra je problem rešila tako, da je ob posteljo pripeljala še eno mizo (Lester 1998: 36).*

Diskusija: Čeprav ta primer opisuje odnos do religioznih podob, se lahko podobna situacija zgodi v primeru drugih predmetov (fotografij, amuletov, plišastih igrač, kamenčkov in podobno), ki imajo za osebe v bolnišnici lahko velik simbolni pomen. Višja sestra je v zgornjem primeru s preprostim dejanjem rešila konfliktno situacijo ter pomagala tako uporabniku kot medicinski sestri (ibid: 36). Konfliktno situacijo in nesporazumi so priložnost, da razširimo svoje znanje in se hkrati soočimo z lastnimi predsodki. Slednji nam velikokrat preprečujejo, da bi sprejeli kompromis, ki bi zadovoljil tako uporabnika kakor tudi zdravstvenega delavca.

»Če želimo delovati res celostno zdravilno, je dobro, da prepoznavamo in se odzovemo na vse oblike trpljenja, vsaj s poslušanjem in besedami tolažbe. Če zanikamo duhovno trpljenje, zanikamo celovitost osebnosti. Telesna bolezen je povezana z duhovnim trpljenjem, ki se lahko izraža kot psihična ali fizična motnja. Nobene potrebe ni, da je zdravnik sam veren, še manj, da pripada kakšni verski skupini, dobro pa je, da se zna primerno odzvati na bolnikovo trpljenje. Preprosto lahko strnemo vse navedeno v eno samo spoznanje, kaj pomeni biti »dober zdravnik«: poslušati, postavljati prava vprašanja in se srečevati z bolniki tam, kjer so« (McWinney 1988, Carrillo 1999 v Židanik 2004: 52).

Religija, duhovnost oziroma posameznikova svetovnonazorska prepričanja niso pomembna le ob težki bolezni ali ob bližajoči se smrti, temveč tudi med samim zdravljenjem, četudi je le-to povsem rutinsko. Uporabnike je zato potrebno vprašati o njihovih željah in navadah – še posebej takrat, ko predvidevamo, da gojijo osebna prepričanja, ki jih slabše poznamo ali ne poznamo. Če presodimo, da sami ne zmoremo razumeti ali/in ustrezno ravnati v dani situaciji, se je smiselno obrniti po pomoč k medkulturnemu mediatorju ali drugi osebi iz uporabnikove skupnosti, ki mu bo pomagala pri izražanju potreb. Navajamo nekaj napotkov, ki so nam lahko v določenih primerih v pomoč:

- Nekateri uporabniki bodo hoteli molitev ali druge duhovne obrede opraviti v samoti in tišini. Če je mogoče, jim poskusimo omogočiti takšen prostor znotraj zdravstvene ustanove.
- Določeni uporabniki bodo morda potrebovali pogovor ali nemoteno molitev z duhovnikom ali s svojim duhovnim vodjo. Kolikor je v naši moči, mu to poskusimo omogočiti.

-
- Posamezne religije zapovedujejo molitev večkrat na dan, pred molitvijo pa se morajo verniki nanjo pripraviti. Tako je tudi v islamu, muslimani običajno molijo petkrat na dan, obrnjeni proti vzhodu oziroma svetemu mestu Meki. Pred molitvijo se pogosto obredno umijejo. Uporabnik bo za to morda potreboval pomoč zdravstvenega delavca.
 - Veliko religij zapoveduje določen način prehranjevanja. V okviru zmožnosti zdravstvene ustanove mu poskušamo to omogočiti. Za nasvete vprašamo uporabnika, pa tudi njegove svojce, če je to potrebno.

Primer: *Uporabnik muslimanske veroizpovedi, ki je bil sprejet v bolnišnico med ramadanom ni želel jemati zdravil, saj je čez dan muslimanom zapovedan popolni post – uživati ne smejo ne hrane ne tekočine. Zdravstveni delavci so ga sprva poskušali prepričati, naj se religioznih pravil ne drži tako strogo, njegovo ravnanje so videli kot nepotrebno oviro pri zdravljenju in dnevni rutini bolnišnice. Situacije niso znali rešiti, zato so poklicali duhovnika tamkajšnje bolnišnice, ki je nadomestil vlogo medkulturnega mediatorja. Ta se je z zdravstvenimi delavci dogovoril, da bo uporabnik zdravila jemal dvakrat na dan, pred in po dnevnem postu. V podobnih situacijah so konflikt rešili tudi tako, da so medkulturni mediatorji predlagali intravenozno jemanje zdravil, če je bil takšen način možen (Abu-Ras in Lance Laird 2011: 48–53).*

Diskusija: Zdravstveni delavci so na uporabnikovo versko prakso sprva gledali z neodobravanjem in niso bili pripravljene najti rešitve, ki bi zadovoljila tako spoštovanje verskega praznika kot zdravstveni protokol. Če se ta situacija ne bi rešila, bi lahko prišlo do konflikta med zdravstvenimi delavci in uporabnikom, pa tudi muslimansko skupnostjo, ki ji je pripadal. S pomočjo posrednika so našli način, ki je zadovoljil vse strani. Primer nakazuje tudi na to, kako pomembno je, da so zdravstveni delavci seznanjeni z uporabnikovim postom, iz verskih ali drugih razlogov. Večdnevni post namreč lahko vpliva tudi na rezultate zdravljenja (na primer v spremenjenih vrednostih krvnih preiskav).

Velikokrat smo soočeni s situacijami, ki se zdijo nenavadne, vendar so rešljive, če imamo razumevanje za drugačna prepričanja in navade. Slednje posamezniku pogosto veliko pomenijo in nudijo uteho pri soočanju z določeno zdravstveno situacijo.



• *Kako dobro poznate druge religije in duhovne tradicije v lokalnem okolju?*

o Naštejte tri verske praznike, ki niso del rimokatoliške tradicije.

o Katere verske skupnosti in duhovne skupine obstajajo v lokalnem okolju, v katerem deluje vaša zdravstvena ustanova?

• *Kako v vaši zdravstveni ustanovi skrbite za spoštovanje verskih in duhovnih praks?*

o Ali imate za molitev oziroma izražanje duhovnih dejavnosti predviden poseben prostor?

o Ali je ta prostor dovolj nevtralen, da lahko svoje duhovne dejavnosti enakopravno izvajajo pripadniki različnih religij in prepričanj?

o Ali je prehrana v vaši ustanovi prilagojena posebnim potrebam pripadnikov teh religij

(kosher, halal, vegetarijanska prehrana in podobno)?

o Ali imate na voljo religiozne knjige pripadnikov drugih verskih skupin?

• *Kako bi načrtali primernejšo zdravstveno obravnavo, ki bi spoštovala verske in duhovne potrebe vaših uporabnikov (na primer stik z lokalno versko skupnostjo)?*



**DUHOVNA
OSKRBA IN
POMOČ**

BOLNIŠKI DUHOVNIK

**POGOVOR Z DUHOVNIKOM, SPOVED,
OBHAJILO IN BOLNIŠKO MAZILJENJE**

v kapeli ali sobi za pogovor ter po dogovoru v bolniški sobi

sveta maša

v kapeli Povišanja Svetega Križa
v Univerzitetnem kliničnem centru

vsak večer ob 19.30 uri

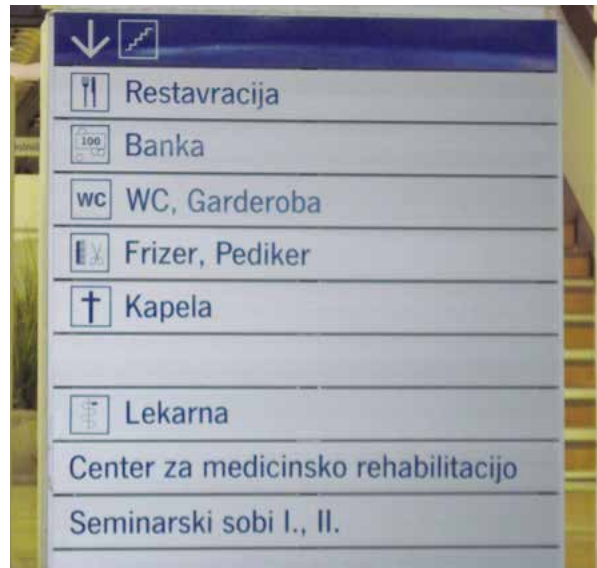
DUHOVNIKA DOBITE

- pokličite 041-61-33-78
- povejte medicinski sestri na oddelku, ki bo poklicala namesto vas
- v župnišču bolniške župnije Trubarjeva c. 80 (v minoritskem samostanu ob cerkvi sv. Petra)
- ali pustite sporočilo v škatli pri časopisih v kapeli ali v poštnem nabiralniku župnišča

BOLNIŠKA ŽUPNIJA
Trubarjeva cesta 80, Ljubljana

BOLNISKA.ZUPNIJA@RKC.SI BOLNISKA-ZUPNIJA.RKC.SI

Plakat Duhovna oskrba in pomoč v UKC Ljubljana. Enak plakat se nahaja tudi na Onkološkem inštitutu in v bolnišnici dr. Petra Držaja v Ljubljani.



Kapelica v UKC Ljubljana in usmerjevalna tabla.



Poglejte zgornje slike kapele in informacije na plakatu o duhovni oskrbi v UKC Ljubljana. Katere simbole in izraze opazite? Kako bi zagotovili, da pripadniki drugih religij in prepričanj niso izključeni?

Veroizpovedi in verske skupnosti v Sloveniji

V Register Cerkev in drugih verskih skupnosti je vpisanih 49 Cerkev in drugih verskih skupnosti (Urad za verske skupnosti, Ministrstvo za kulturo Republike Slovenije):

Katoliška Cerkev	Cerkev Jezusa Kristusa »Živa voda«
Evangeličanska Cerkev Augsburgske veroizpovedi v Republiki Sloveniji	Krščanski center Nova Generacija
Judovska skupnost Slovenije	Mednarodna krščanska skupnost
Zveza baptističnih Cerkev v Republiki Sloveniji	Bela Gnostična Cerkev
Srbska pravoslavna Cerkev Metropolija Zagrebško - Ljubljanska	Sakrament Prehoda
Islamska skupnost v Republiki Sloveniji	Krščanska Cerkev Kalvarija
Evangelijska binkoštna Cerkev	Budistična kongregacija Dharmaling
Krščanska adventistična Cerkev	Hinduistična verska skupnost v Sloveniji
Jehovove priče – krščanska verska skupnost	Krščanski Center Ljubljana
Kristusova Cerkev bratov	Univerzalna verska skupnost vzhajajočega sonca
Novoapostolska Cerkev v Sloveniji	Raeljanska religija v Sloveniji
Svobodna Cerkev v Republiki Sloveniji	»Cerkev Nove zaveze« - Slovenija
Skupnost za zavest Krišne	Sveta Cerkev Annasann
Svobodna katoliška Cerkev	Reformirana evangelijska Cerkev
Lectorium Rosicrucianum – Mednarodna šola Zlatega rožnega križa	Slovenska muslimanska skupnost
Cerkev Jezusa Kristusa svetih iz poslednjih dni	Cerkev Novo Življenje
Univerzalno življenje	Duhovna skupnost Oriš – energija narave
Združitevna Cerkev	Mitrova gnostična verska skupnost
Skupnost Baha'i Slovenije	UPASANA - SANJAVA prostost duha, svetovno-nazorska kozmološka skupnost
Ordo Templi Orientis	Čezvesoljska Zombi Cerkev blaženega zvonjenja
Reformatorska krščanska Cerkev Slovenije	Evangelijska krščanska Cerkev
Makedonska pravoslavna skupnost v Republiki Sloveniji »Sveti Kliment Ohridski«	Mednarodna skupnost Kairos Krščanska Cerkev
Buddha Dharma – Zveza budistov v Republiki Sloveniji	Verska skupnost enakih možnosti - VSEM
Scientološka Cerkev	Krščanska Koptska Pravoslavna Škofija Slovenije
	Duhovna skupnost Karma Slovenija

Glede na veliko število registriranih verskih skupnosti ter obstoj mnogih drugih duhovnih in svetovnonazorskih prepričanj pri nas in po svetu, je njihovo spoznavanje in s tem povezana oskrba v zdravstvenih ustanovah ključnega pomena.

Že znotraj krščanstva se pojavljajo skupine, ki imajo popolnoma drugačen pogled na medicinsko oskrbo. Vzemimo za primer Jehovove priče.

Primer: *Jehovove priče sicer sprejemajo medicinsko in kirurško zdravljenje, vendar pripadniki te veroizpovedi dosledno »zavračajo transfuzijo polne krvi in tudi osnovnih krvnih sestavin« (Mesič 2004: 59). Po njihovem mnenju namreč Biblija kristjanom narekuje, naj se »zdržujejo malikom darovanega in krvi in nečistosti«. Ko pa gre za frakcije katerihkoli osnovnih sestavin, so prepričani, da se mora o tem vsak posameznik odločati po svoji vesti. Nekateri jehovove priče tako želijo podpisati Odstopno izjavo od pravice do tožbenega zahtevka v primeru zavračanja transfuzije (ibid. 2004: 59).*

Diskusija: Čeprav je zavračanje transfuzije Jehovovih prič sprva povzročala resne konflikte v zdravstvenih ustanovah, je danes za to skupino uporabnikov splošno sprejet postopek, ki so ga sprejele številne zdravstvene ustanove. Jehovove priče imajo tako s sabo datirano, od prič potrjeno *Vnaprejšnje medicinsko napotilo – oprostitev odgovornosti – Ne krvi!*« (ibid. 2004: 59–60).

Obredna dejanja ob smrti

Umiranje in smrt sta zelo posebna dogodka v življenju vsakega posameznika. Tudi za svojce je izguba bližnjega vedno travmatičen dogodek. Povsod po svetu, ne glede na kulturo ali pripadnost religiji, je ključno, da posameznik umre »dobro« in dostojanstveno. Kaj to pomeni, je lahko odvisno od posamezne kulture in hkrati od vsakega posameznika. V vseh kulturah pa velja, da so želje in verska, duhovna in druga svetovnonazorska prepričanja umirajočih nekaj nedotakljivega. Do njih se vedemo zelo senzibilno in diskretno in vanje ne dvomimo ali se spuščamo v polemike, tudi v primerih, ko so njihova prepričanja morda v nasprotju z našimi. Umirajočim poskušamo zagotoviti to, kar si želijo in potrebujejo.

Svojcem pokojnika bo veliko lažje, če bodo lahko ohranili prakse, ki so povezane z njihovo religijo, duhovnostjo, tradicijo ali preprosto pokojnikovimi željami ob smrti. Obnašanja ob smrti bližnjega se močno razlikujejo. Ponekod odprto izražajo čustva in glasno objokujejo pokojnika, drugod pa na bolečino ob izgubi reagirajo z zadržanostjo in umikom. Nekateri svojci se bodo morda zdeli ravnodušni med samim procesom umiranja, vendar ni nujno, da se tako odzivajo tudi ob trenutku smrti (Srivastava 2007: 242).

Predstave, kaj pomeni »dobra« smrt in na kakšen način se moramo posloviti od umrlega, se v različnih delih sveta zelo razlikujejo. V nekaterih okoljih, tudi v Sloveniji, je bilo v preteklosti prisotno prepričanje, da »dobro« smrt predstavlja umiranje doma, v krogu svojcev. Težko bolnega so velikokrat pripeljali v domačo hišo, saj je s smrtjo v bolnišnici odpadla vrsta obredov, ki v zdravstveni ustanovi niso mogoči, doma pa jih je mogoče izvesti (Ložar Podlogar 1999: 104).

Primeri iz preteklosti: *Na Gorenjskem in na Dolenjskem so rjuho, na kateri je bolnik umrl, takoj namočili in obesili. Kolikor kapljic je odteklo z rjuhe, toliko duš so rešili. V navadi je bilo zagrinjanje ogledal, tako da iz njih ne bi odsevala mrliška bledica, prav tako so ustavili ure, saj se je pokojniku čas že iztekel in se mu zato ni bilo več treba mučiti s štetjem ur in minut. Kasneje se je pojavila razlaga, po kateri naj bi to storili zato, da bi vedeli točno uro smrti. Predvsem pa so morali ugasniti ogenj v peči, saj je ogenj predstavljal živo stvar, njegovo prasketanje pa je simboliziralo jokanje duš v vicah. Pogasitev ognja je imelo tudi praktičen pomen, saj so s tem preprečili prezgodnji smrad trupla (Ložar Podlogar 1999: 103). Mrlič je običajno v hiši ležal 48 ur. Bedenje in opazovanje mrliča je bilo izraz bolečine ob izgubi, zaradi katere so si pokojnika želeli čim bolj vtisniti v spomin. S tem ravnanjem so preprečili tudi morebitno pomoto (Gregorčič 1999: 170) in se prepričali, da je oseba zares mrtva.*

Diskusija: Iz navedenih primerov je razvidno, da so tudi v Sloveniji obstajale različne prakse, ki bi jih danes morda označili za nenavadne ali nepotrebne. Ta obredna dejanja ob smrti niso stvar daljne preteklosti, nekateri starejši prebivalci se jih še spomnijo. Podobno je tudi v drugih kulturah ali verskih skupnostih. Tako muslimani večinoma obrnejo glavo pokojnika proti Mekki, njihovem svetem mestu ter njegovo telo umijejo, pri čemer pokojnika lahko umije samo oseba istega spola (Abu-Ras in Laird 2011: 48). Pri pokojnih hindujcih, ki imajo okoli vratu poročno nit, slednje ne smejo odstraniti, prav tako ne pike na čelu, imenovane *bindi*. Številnim kulturam je skupna praksa zapiranja oči in ust ob smrti, ki ju spremljajo bojazni o smehljanju mrličev in morebitnem vplivu na žive. Če mrlič gleda ali se smehlja, je to lahko opozorilno znamenje, da bo umrl še nekdo drug (glej Ložar Podlogar 1999: 103 in Srivastava 2007: 240–243). Obredi se skozi čas spreminjajo, pa vendar se lahko določena dejanja ohranijo. Zato nam ne sme biti neprijetno, če se kdaj srečamo z željami ali ravnanji posameznikov, ki so nam popolnoma tuja. Kadar obsmrtno obrede spoznamo v njihovem kulturnem kontekstu, se navadno izkaže, da so nam veliko bolj razumljivi in sprejemljivi.



Se morda spomnite kakšnih pogrebnih obredov, ki so jih praticirali vaši starši ali stari starši? Poznate morda obrede ob smrti, ki so bili včasih prisotni v vašem kraju?

Ali bi ob smrti svojega bližnjega morda želeli izvesti obred, ki ni v skladu s predpisanimi normami (kulturnimi, družbenimi, pravnimi)?

Tudi danes ob umiranju in smrti potekajo obredna dejanja, ki velikokrat niso izvedljiva v okviru bolnišnične oskrbe, zato se jih tam navadno ne izvaja. Vseeno pa je primerno, da umirajočega in svojce vprašamo po njihovih pričakovanjih ter poskušamo njihovim željam ustreči, če je to le mogoče. Tudi če jim zaradi zakonskih preprek ne moremo ali ne smemo ustreči, bodo zagotovo cenili zanimanje in pripravljenost zdravstvenih delavcev, da storijo vse, kar je v njihovi moči.

Priporočila:

- Zavedajmo se, da v današnji družbi obstaja mnogo različnih prepričanj, verovanj in načinov njihovega izražanja.
- Naše delo je posvečeno skrbi za ljudi, zato jih vedno poskušajmo upoštevati v celoti – tudi njihove duhovne potrebe. Proces zdravljenja je vselej širši od lajšanja fizičnih simptomov.
- Spoznavajmo verske, duhovne in druge prakse in prepričanja, ki so prisotne v našem okolju, da bomo lahko v stiku z uporabniki lažje razumeli njihove potrebe in primerno ravnali.
- Uporabnike na občutljiv, spoštljiv način vprašajmo o njihovih željah in navadah, posebno takrat, ko predvidevamo, da ima oseba verska, duhovna ali svetovnonazorska prepričanja, ki jih slabše poznamo ali ne poznamo.
- Spoštujmo različna prepričanja in prakse uporabnikov ter poskusimo pomagati, da jih uporabnik v zdravstveni ustanovi lahko izvede oziroma izrazi, kolikor je to mogoče. Uporabniku se lahko približamo z osnovnim vprašanjem: »Povejte, kaj potrebujete in kako vam lahko pomagam?«
- Če imamo v zdravstveni ustanovi poseben prostor za molitev, poglobljeno razmišljanje, meditacijo in druge prakse, preverimo, ali ima simbolno nevtralno podobo. Tako bomo enakopravno in primerno okolje za izvajanje duhovnih dejavnosti zagotovili veliko različnim uporabnikom.
- Če zaradi zakonskih ali drugih preprek ne moremo ali ne smemo ustreči potrebam uporabnikov, vseeno pokažimo zanimanje in pripravljenost, da storimo vse, kar je v naši moči. Razložimo, zakaj določenim njihovim željam ni mogoče ustreči.
- Presodimo, ali bi za boljše razumevanje uporabnikovih prepričanj in praks potrebovali medkulturnega mediatorja oziroma člana njegove skupnosti, duhovnega vodjo ali drugo osebo. Tako bomo lahko nudili bolj kompetentno zdravstveno oskrbo, uporabnik pa bo lažje izrazil svoje potrebe.

-
- Ko gre za umiranje uporabnika in bi kljub vsemu lahko prišlo do nesporazumov ali sporov zaradi drugačnih pričakovanj uporabnika ali njegovih svojcev od ustaljene zdravstvene oskrbe, je odkrit pogovor še posebej potreben.
 - Za pogovor izberemo ustrezen trenutek ter umirajočega in/ali svojce vprašamo po njegovih/njihovih željah in pričakovanjih.
 - Pogovor začnimo s splošnimi informacijami, nato se usmerimo na bolj specifična vprašanja, na primer: Ali mi lahko poveste kaj o verovanjih in praksah, ki so pomembne za vas in ostale v družini/skupnosti? Kdo in kako bi lahko pri tem pomagal? Katere od teh praks bi bilo dobro vključiti v zdravstveno oskrbo, če je to mogoče? V primeru pripadnikov določene religije pa tudi: Zasledil sem, da nekateri pripadniki vaše religije/duhovnosti cenijo ... Ali je to pomembno tudi za vas? (Srivastava 2007: 244).

Uporabljena literatura in viri

Abu-Ras, Wahiba in Lance Laird. 2011. How muslim and non-muslim chaplains serve muslim patients? Does the interfaith chaplaincy model have room for muslims experiences? *Journal of religion and health* 50 (1): 46–61.

Brinjovc, Toni. 2014. *Duhovna oskrba in pomoč v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani*. Bolniška župnija Ljubljana.

Duhovna oskrba bolnikov. Plakat. 2015. Bolniška Župnija, Ljubljana. Dostopno na: http://portal.rkc.si/uploads/0222/files/2008-12/vsebina-1169/plakatduhovnaoskrbaukcnov_cf42.pdf (10. 12. 2015).

Gregorčič, Marta. 1999. Zmanjkalo je solz: Konceptualizacija fenomena smrti skozi prostorsko-časovno dimenzijo in tradicionalno vs. moderno dihotomijo na primeru pogrebnih obredov. *Etnolog* 9 (1): 163–194.

Lester, Nora. 1998. CE Credit: Cultural competence: A nursing dialogue. *The american journal of nursing*, 98 (9): 36–43.

Ložar Podlogar, Helena. 1999. Šege ob smrti na slovenskem podeželju. *Etnolog* 9 (1): 101–115.

Mesič, Muho. 2004. Kako Jehovove priče gledamo na zdravje in zdravljenje. V *Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Janko Kersnik, 57–63. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Register Cerква in drugih verskih skupnosti. Urad za verske skupnosti, Ministrstvo za kulturo Republike Slovenije. Dostopno na: http://www.mk.gov.si/si/delovna_podrocja/urad_za_verse_skupnosti/register_cerква_in_drugih_versekih_skupnosti/ (9. 12. 2015).

Srivastava, Rani H. 2007. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier.

Šircelj, Milivoja. 2003. Verska, jezikovna in narodna sestava prebivalstva Slovenije: Popisi 1921–2002. *Posebne publikacije, št. 2*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <https://www.stat.si/popis2002/gradivo/2-169.pdf> (17. 11. 2015).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455/> (18. 11. 2015).

Židanik, Suzana. 2004. Religija in odnos do zdravja in zdravljenja. V *Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Janko Kersnik, 45–57. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

PREHRANA, KULTURA IN ZDRAVSTVENA OSKRBA

Za zagotavljanje najboljše oskrbe je pomembno razumeti tudi načine, na katere kultura, različna prepričanja, prakse, pravila in posameznikove izbire vplivajo na njegov način prehranjevanja in s tem na zdravje. Raznoliki načini prehranjevanja in prehranski vzorci različnih skupnosti in posameznikov se kažejo že pri nakupovanju živil, načinu priprave hrane in samem obroku – obedu oziroma obredu hranjenja. Hrana ima vedno tudi širšo vlogo in pomen, ne le kot sredstvo za preživetje.

Na vprašanje, kaj je ustrezna in zdrava prehrana, imajo skupnosti in posamezniki v njej lahko zelo različne odgovore. Zavedati se moramo, da naše osebne in strokovne predstave o tem, kaj je ustrezna in zdrava prehrana, niso univerzalne, temveč kulturno pogojene. Le na podlagi strokovnega znanja o zdravem prehranjevanju (in primerni prehrani ob določenih bolezenskih stanjih) ne moremo ustrezno svetovati, če ne upoštevamo posameznikovih navad in potreb.

Velike razlike v sestavi obrokov, naboru živil in prehranjevanju se pojavljajo že znotraj ene države. Na primer v Sloveniji lahko vidimo, da se običajen jedilnik v Prekmurju močno razlikuje od tistega na Primorskem. Te razlike so danes sicer manj očitne, kot so bile v preteklosti, a so še vedno prisotne.

Poleg tega se stalno dogaja, da prevzemamo in kombiniramo različne načine prehranjevanja iz drugih okolij in kultur, svojemu jedilniku dodamo nova živila, jih zamenjamo za druga in nekaterih ne uživamo več. V prehrani se torej, kot v loncu na štedilniku, meša in kaže veliko različnih vidikov vsakdanjega življenja.



Ali veste, od kod so v Slovenijo prišle naslednje »tradicionalne«, splošno sprejete jedi: burek, pizza, čevapčiči, dunajski zrezek in ajdovi žganci?

Glede na to, da na način prehranjevanja zelo vpliva okolje, je pomembno, da čimbolj poznamo načine prehranjevanja na območju, kjer deluje naša ustanova. Poleg širših vplivov, pa ima ključen pomen domače okolje uporabnika. Za mnoge osebe so določena živila, jedi in obred obeda tesno povezani z njihovim družinskim življenjem in močnimi občutki, da je zanje poskrbljeno oziroma da je njihovim svojcem mar zanje. Vendar je pomembno, da kljub tem vplivom okolja ne zanemarimo dejstva, da je izbira hrane osebna odločitev, zato moramo vedno upoštevati posameznikovo mnenje:

- Pri uporabniku se lahko pozanimamo, katera hrana mu najbolj ustreza, kako jo običajno pripravlja, v katerem delu dneva poje večji obrok, ali se posti (kot smo že videli, islamska religija narekuje post v času ramadana, krščanstvo pa na primer v času pred veliko nočjo).
- Pazimo na tako imenovani uslužnostni učinek, zaradi katerega uporabnik zdravstvenim delavcem pove le tisto, kar misli, da želijo slišati. Pomembno je, da zato posameznike spodbujamo, da o svoji prehrani govorijo brez strahu, sami pa jih sprašujemo odprto in brez obsojanja.

Primer: *Mlad fant iz severne Afrike je zbolel za tuberkulozo. Ko so ga sprejeli v bolnišnico in ga namestili v izolirano sobo, je bil vidno zbeigan, saj ni razumel, kaj se z njim dogaja. Govoril je le arabščino, ki je nihče od zdravstvenih delavcev ni znal, pa tudi tolmačev niso imeli, zato mu niso mogli povedati za diagnozo in potek zdravljenja. Problem je bilo njegovo zavračanje hrane, ki je ob visoki dozi zdravil pomenilo dodatno nevarnost za njegovo zdravje in uspešen potek zdravljenja. Zdravstveni delavci so njegovo neješčost najprej videli kot prehodno muhavost, kasneje pa so postajali vse bolj zaskrbljeni. Situacija se je rešila, ko je v bolnišnico prišel medkulturni mediator. V dolgem pogovoru, v katerem je sodeloval zdravnik, medkulturni mediator in bolni fant, je zdravnik preko medkulturnega mediatorja fantu razložil diagnozo in način zdravljenja. Zdravnik je lahko fanta tudi natančno vprašal o razlogih za zavračanje hrane. Ugotovili so, da je bil prvi problem riž, ki so mu ga kuhali v velikih količinah, ker so mislili, da je v njegovi kulturi običajen del obrokov. Medkulturni mediator in fant pa sta pojasnila, da ga v njihovih krajih skoraj ne poznajo. Drugi problem pa je bila okisanost zelenjave in vseh solat, ki se je fantu upirala, saj v mnogih afriških regijah ne poznajo tako okisanih živil. Ko je zdravnik v bolnišnični kuhinji naročil, naj za uporabnika ne pripravljajo riža in ne kisajo zelenjave, se je fantu vrnil tek.*

Diskusija: Situacija kaže, kako je pomembno, da se uporabniku približamo in se poskušamo sporazumeti z njim. V opisanem primeru je medkulturni mediator prispel šele, ko je fantovo zavračanje hrane postala resna nevarnost za njegovo zdravje. Prej niso mogli oziroma skušali razumeti razlogov za fantovo ravnanje in mu ponuditi obrokov, ki bi bili zanj sprejemljivi. Brez mediatorjevega posredovanja bi uporabnik ostal brez ključnih informacij o svoji

bolezni in poteku zdravljenja. Primer pa tudi kaže, kako zavajajoče in nevarno je lahko slabo poznavanje prehranskih navad določenega okolja. Zdravstveni delavci so na podlagi nepreverjenih podatkov sklepali, da se v uporabnikovem okolju poje veliko riža, kar se je izkazalo za povsem napačno.



Se spomnite romana V iskanju izgubljenega časa – V Swanovem svetu pisatelja Marcela Prousta? Preberite spodnji odlomek.

»In tedaj se mi je spomin nenadoma prikazal. Tisti okus je bil okus po koščku magdalenice, ki mi ga je teta Léonija ob nedeljskih jutrih v Combrayu (...), ko sem ji prišel voščiti v spalnico za dobro jutro, zmeraj pomočila v ruski ali lipov čaj in mi ga ponudila« (1913, Marcel Proust, V Swanovem svetu).

Se tudi sami spomnite kakšne jedi, ki vam zbudi določene spomine na določene dogodke, situacije in občutke?

Prehrana je vedno povezana z našimi izkušnjami, še iz najzgodnejšega otroštva, in te povezave so v nas trdno zasidrane. Razumevanje tega je zelo pomembno predvsem pri tistih obravnavah, katerih cilj je določena sprememba v prehranjevanju ali življenjskem slogu.

Nekaj dejstev o prehranskih preferencah:

»Nagnjenje k sladkemu je človeku že prirojeno – nagnjenje k drugim okusom pa je pridobljeno v kasnejših letih« (Richardson in Anthony 2011: 90).

»Odpor do novih arom in okusov oziroma do nove, še neznane hrane je povezan s tipom osebnosti in je deloma deden. Na splošno je pri vseh močneje izražen v otroštvu pred puberteto, kasneje v odrasli dobi pa se na podlagi pridobljenih izkušenj ta odpor lahko tudi spremeni, zmanjša ali pa celo poveča« (ibid.: 92).

»Olfaktorični spomin (spomin povezan z vonji, okusi, aromami) se začne že pred rojstvom, ko je otrok še v materinem telesu. Takrat začne razvijati preference do vonjev in okusov, kar je neposredno po rojstvu temelj za razvoj medsebojne povezanosti med novorojenčkom in materjo. Že prve dni po rojstvu je novorojenček sposoben prepoznati svojo mamo po vonju. Jedila, ki jih je jedla nosečnica in kasneje doječa mati, vplivajo na vonj in okus plodovnice in materinega mleka in to močno vpliva na prehranske preference dojenčka, ki so temelj za prehranske preference tudi kasneje v življenju« (Mizuno 2011: 119–120).

»Na otrokove izkušnje v zvezi z aromami, vonji in okusi vpliva predvsem družinska prehranska kultura, kasneje pa tudi šola, prehranske navade prijateljev – in kot pomemben življenjski korak tudi prilagajanje partnerjevim prehranskim navadam. Izkušnje s hrano, ki je v navadi v družini, so pomemben način prenašanja prehranske kulture. Kasneje na prehranske izkušnje in odnos do hrane vpliva marsikaj – od želje po raziskovanju in doživljanju novega, do verskega prepričanja, psiholoških procesov, ekonomskih okoliščin, pa do uživanja določenih vrst hrane za doseganje družbenega prestiža« (Reverdy 2011: 144).

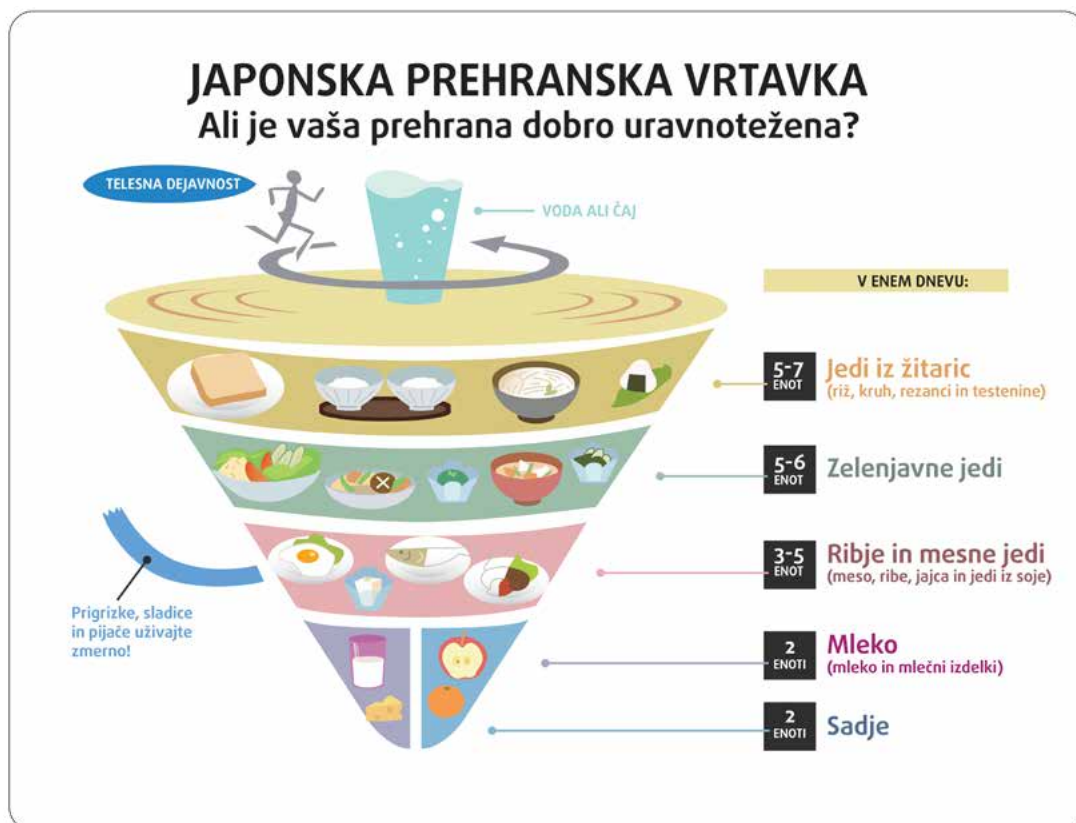
Prehranske piramide

Na svetu je mnogo različnih načinov prehranjevanja, zato tudi prehranska piramida, ki velja za Slovenijo in za nekatere bližnje države, drugod ne velja. Pri nas je kljub temu poznana predvsem ena uradna, strokovno sprejeta prehranska piramida, ki predstavlja splošne prehranske smernice zdravega prehranjevanja pri nas.



Z zdravo prehrano in gibanjem do zdravja. NIJZ 2014.

V drugih delih sveta so uradno sprejete prehranske piramide, ki so precej drugačne od te, ki je sprejeta v Sloveniji. Ob pogledu na prehranske piramide ne smemo pozabiti, da gre za zelo posplošene smernice, ki ne upoštevajo mnogih dejavnikov (razlik med regijami, etničnimi, verskimi skupnostmi in drugim).



Japonske smernice zdravega prehranjevanja in življenja v obliki vrtečega stožca (Ministrstvo za zdravje, delo in blagostanje Japonske).



Poglejte oba prikaza prehranskih piramid. Kakšne razlike in podobnosti opazite?

- *Sestavite oziroma narišite svojo osebno prehransko »piramido« ali drugo obliko. Razmislite, kako na vašo izbiro živil v piramidi vpliva vaše zdravstveno stanje, vplivi okolja (družina in svojci, sodelavci, trendi v družbi), vaše finančno stanje, povsem individualne želje?*
- *Primerjajte svojo osebno piramido s tisto, ki je veljavna v Sloveniji. Kakšne razlike in podobnosti opazite?*

POMEMBNO JE, DA JE
PREHRANA URAVNOTEŽENA!



Pojem uravnotežene prehrane si vsak razlaga na svoj način.

V današnji družbi poleg nekaterih »tradicionalnih« načinov prehranjevanja obstajajo še drugi, ki so za nas morda novi, drugod pa so uveljavljeni že dolga obdobja (so del različnih, tudi verskih, duhovnih tradicij in izročil). Tako so danes v porastu različne oblike vegetarijanstva in veganstva, brezglutenska prehrana, prehrana brez laktoze, dieta brez žit in stročnic, makrobiotična prehrana, fitness prehrana in druge. Poleg tega vsakemu od nas določena živila bolj ustrezajo od drugih, ki jih zato morda ne uživamo. Medicinsko dejstvo je, da je zdrava prehrana temelj zdravja in dobrega počutja, a vprašanje je, kaj je zdrava prehrana za določenega posameznika v določeni situaciji. Odgovor na to vprašanje je povsem individualen - lahko je povezan z zdravstvenim stanjem in prepričanjem o tem, kaj je zdravo in kaj ne, lahko pa je povezan s čim drugim.

Veganstvo: veganski način življenja in prehranjevanja zagovarja ohranjanje naravnega okolja, neizkoriščanje drugih bitij ter zdravo prehrano. Za razliko od vegetarijancev, ki na svojem jedilniku nimajo mesa, vegani poleg mesa ne uživajo niti drugih živil živalskega izvora – na primer jajc, mleka, medu. Zavračajo pa tudi proizvode (oblačila, obutev in drugo) živalskega izvora ali tiste, ki vključujejo izkoriščanje živali. Obstajajo podvrste veganskega prehranjevanja (makrobiotični, presnojedski in ayurvedski).

Presna prehrana: hrana rastlinskega izvora, ki ni bila toplotno obdelana na več kot 48° C. Presnojedi uživajo surovo sadje, zelenjavo, semena in oreščke, kalčke, divje rastline, sveže začimbe, super živila, morske rastline, fermentirana živila in suho sadje.

Makrobiotika: naslanja se na tradicionalno japonsko kuhinjo in poleg izbire sezonskih in lokalnih pridelkov ter določenih živil vključuje tudi počasno in temeljito žvečenje. Osnova so predvsem žitarice (rjavi riž), zelenjava, stročnice, morske rastline, miso juha, tradicionalno in naravno predelana živila (na primer fermentirana), občasno ribe. Makrobiotika se razlikuje glede na področje in življenjske okoliščine.

Ayurvedska prehrana: Ayurveda je star temelj indijskega načina življenja in je del tradicionalne indijske medicine, ki se uporablja že več kot 5000 let. Svetovna zdravstvena organizacija jo je uradno priznala leta 1977. Bistvo ayurvedske prehrane je delitev ljudi na tri različne telesne tipe: *vato*, *kapo* in *pito*, ki imajo vsak svoje prehranske zakonitosti.

Paleolitska prehrana – paleo dieta: način prehranjevanja, ki temelji na živilih, ki naj bi jih jedli prazgodovinski ljudje. Vsebuje večinoma meso, ribe, zelenjavo in sadje ter semena in oreščke, izključuje pa mleko, žitarice, industrijsko predelana živila, sladkor, stročnice, krompir.

Drugi vidiki hrane in prehranjevanja

- **Hrana kot zdravilo**

Mnoge skupnosti hrano uporabljajo kot zdravilo oziroma sredstvo za krepitev zdravja. Tako je tudi v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije, kjer je ustrezno prehranjevanje temelj promocije zdravja, izboljšanja življenjskega sloga in zdravja ter okrevanja ob mnogih že razvitih boleznih.

V tradicionalni kitajski medicini pomeni zdravje ravnovesje med silama, poloma v telesu, med jin in jang. Če bolezen povzroči dejavnik, ki je jing, ga je možno uravnovesiti z ukrepi in tudi s hrano, ki je jang (prehlad, zamašen nos, ki je posledica hladu, vlage, potrebuje kuhano, toplo hrano, čaj in živila, kot so na primer ingver, cimet ter druga živila, ki so topla oziroma grejejo). Tako obstaja kategoriziranje živil na hladna in topla oziroma živila, ki hladijo ali grejejo (vendar se to ne navezuje na dejansko temperaturo ali začinjenost, temveč na njihovo delovanje). Vsako živilo in vsak način priprave hrane ima določeno stopnjo energije, toplotnega ali hladilnega učinka.

- **Hrana kot povezava s svojci in občutki**

Izbira hrane, ki je lahko zelo osebna, je obenem tesno povezana s krogom najbližjih oziroma z občutkom, da je za nas poskrbljeno. Tako je za mnoge od nas praznični jedilnik povezan z jedmi, ki smo jih jedli kot otroci ob posebnih priložnostih.

- **Strah pred podhranjenostjo**

S hrano je povezano tudi dožemanje telesne mase, torej vitkosti in prekomerne teže. To je še posebej občutljivo pri otrocih. Čeprav medicinska stroka izpostavlja, da prekomerna teža pri otrocih lahko vodi v prezgodnji razvoj kroničnih bolezni, v mnogih okoljih prevlada skrb, da otrok ne bi bil podhranjen. Ta skrb je za tiste, ki sicer živijo v revščini in pomanjkanju hrane, lahko zelo pomembna, obenem pa določene skupnosti preveliko maso vidijo kot dokaz zdravja in skrbi za otroka. Podobno je s starejšimi generacijami, ki so izkusile pomanjkanje, zato bi rade svojim otrokom in vnukom privoščile čimveč hrane, ne glede na to, da prekomerne količine lahko škodijo njihovemu zdravju.

- **Dostopnost hrane**

V situaciji vse večje družbeno-ekonomske negotovosti je vedno več oseb, ki si težko privoščijo že osnovna živila, še težje pa raznovrstno, visokokvalitetno, ekološko pridelano hrano. Strokovni napotki o dieti za posamezno bolezen morajo zato jemati v obzir tudi vprašanje, ali si določen uporabnik hrano, ki mu jo predlaga zdravstveni delavec, sploh lahko privošči.

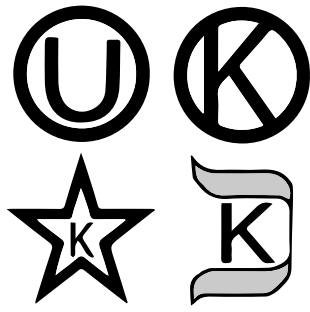
- **Prehranski tabuji – posebna prehranska pravila**

Vse kulturne in verske skupnosti poznajo živila, ki so sprejemljiva in tista, ki so prepovedana. Halal: v islamu se prepoved navezuje na hrano, ki vsebuje svinjino, meso živali, ki so poginile ali niso bile zaklane skladno z islamskimi pravili, pa tudi kakršnokoli kri, alkohol. Vse naštetost ne sme priti niti v dotik s hrano. Hrana, ki je pripravljena na osnovi teh pravil se imenuje halal (Hussein Rassool 2014: 85–86).

Primer: *21-letna muslimanka, je bila sprejeta v bolnišnico zaradi poškodb noge, ki so bile posledica prometne nesreče. Sobno sestro je opozorila, da je samo hrano, ki je halal oziroma hrano, ki je skladna s pravili islama. Za kosilo pa ji je sestra na pladnju prinesla krožnik, na katerem je bil pire krompir, grah v omaki in pečenica. Ko je sestra videla, da je prišlo do napake je rekla: »Joj, zmotili so se pri vašem kosilu ... Ampak bom takoj odstranila klobaso!« in uporabnici ponudila krožnik s krompirjem in graham, s katerega je odstranila pečenico. Uporabnica je v celoti zavrnila kosilo. Kasneje pa je zavrnila tudi vso drugo bolnišnično hrano (ibid).*

Diskusija: Po pravilih islama je nedopustno jesti hrano, ki je bila na istem krožniku kot hrana, ki ni halal. Nedopustna je tudi uporaba istega servirnega pribora oziroma vsak stik med halal hrano in hrano, ki ni halal. S tem, ko je medicinska sestra le odstranila klobaso s krožnika, je pokazala, da ne pozna prehranskih pravil, kot jih narekuje islam, zato je uporabnica postala nezaupljiva do vse hrane, ki ji je bila ponujena, in jo je posledično začela zavračati.

Košer (izvirna hebrejska beseda je *kashrus* – primerno, pravilno, čisto) hrana je hrana, ki je pripravljena skladno s predpisi judovske vere, ki temeljijo na Tori. Ti se nanašajo tako na sestavine, kakor tudi na pripravo hrane. Določene vrste mesa so dovoljene, druge prepovedane – kar je odvisno tako od vrste živali, kakor od telesnega dela, iz katerega izvira meso. Prav tako je zelo pomembno, kako je bila žival ubita. Prepovedana je kri, zato jo je treba na predpisan način odstraniti iz mesa. Prepovedana so jajca nečistih živali in jajca, ki vsebujejo kri. Dovoljene so tiste morske živali (ribe), ki imajo plavuti in luske ter le nekatere vrste ptic. Meso vseh ujed in vseh mesojedih živali je prepovedano. Meso in mlečni izdelki se ne smejo mešati – niti dotikati niti shranjevati skupaj. Za pripravo hrane je treba uporabljati ločene posode, prav tako je potrebno ločevati pripomočke, s katerimi pripravljamo mlečne in mesne jedi. Mlečnih in mesnih jedi se tudi ne sme zaužiti v istem obroku. Ker so insekti, črvi in podobno nečisti, je treba sadje in zelenjavo pred pripravo za uživanje temeljito pregledati in odstraniti vse, kar bi lahko šteli za nečisto. Posebne zahteve veljajo tudi za pripravo pijač in olja (KIR, Kosher food certification 2015).



Levo označba za košer, desno označba halal živil.

Ali ste vedeli?

Čista, pitna voda je osnova našega preživetja in tudi del zdravega prehranjevanja. Voda je v mnogih delih sveta močno onesnažena in kar tako ni primerna za uporabo. Tudi pri nas nekateri občasno ali celo stalno nimajo dostopa do čiste, pitne vode – v takih razmerah živijo nekatere romske skupnosti v Sloveniji. V mnogih kulturah in verskih tradicijah pa obstajajo elementi, ki so dojeti kot čisti oziroma očiščevalni – običajno so to voda, ogenj, pesek in drugi. Tam, kjer je voda onesnažena, ljudje pa jo vseeno dojemajo kot čisto ali očiščevalno, lahko to predstavlja veliko nevarnost za njihovo zdravje.

Priporočila:

- Prehrana ni le način ohranjanja življenja in zdravja, pač pa nosi mnogo več pomenov za vsakega izmed nas. Pri svojem delu bodimo na to pozorni.
- Zdrava in primerna prehrana za vsakega od nas pomeni nekaj drugega. Zavedajmo se lastnih prepričanj in navad v zvezi s hrano ter poklicnih, strokovnih smernic, ki nas vodijo pri našem delu, ter morebitnih razlik med njimi. Tako bomo lažje razumeli tudi naše uporabnike.
- Spoznajmo pestrost in raznolikost ponudbe hrane in živil v svojem okolju ter načine prehranjevanja. To nam bo pomagalo pri boljšem razumevanju in delu z uporabniki.
- Vedno se poskušajmo pozanimati o navadah, potrebah in pomenu prehrane pri vsakem posamezniku. Skupaj s strokovnim znanjem o zdravem prehranjevanju bomo pri svetovanju tako upoštevali dejansko življenjsko situacijo določenega človeka.
- Uporabnike vedno vprašajmo, kako oni poimenujejo svoje prehranske navade, jedi, živila, kako jih dojemajo in kako imenujejo svoje razvade, morebitne zdravstvene težave, ki so s tem povezane. O svoji prehrani ve vsak posameznik največ sam.
- Kljub vplivom okolja, skupnosti, kulture, vedno upoštevajmo edinstvenost vsakega posameznika in dejstvo, da je izbira hrane vedno osebna odločitev. Zato se z uporabnikom pogovorimo o tem, katera hrana in način priprave mu ustreza, ali ima kakšne posebne želje in potrebe ali prepričanja.
- Uporabnike spodbujajmo, da nam brez strahu lahko zaupajo svoje prehranske navade. Sprašujmo jih odprto in brez obsojanja ter upoštevajmo njihova mnenja in odločitve.
- Zavedajmo se vpliva kulture, osebnih izbir, okolja in družbeno-ekonomskega položaja vsakega od nas in to upoštevajmo pri svojem delu.
- Povprašajmo po življenjskih okoliščinah in skupaj načrtujmo potrebne spremembe prehranskih navad, skupaj pripravimo nabor živil in jedi, ki so določenemu posamezniku dostopne in hkrati ustrezajo njegovim potrebam po zdravi prehrani. Za vse načine prehranjevanja obstajajo osnovna živila, ki so pomemben vir energije, relativno poceni, njihova priprava pa je enostavna.
- Upoštevajmo, da so orodja in pripomočki, ki jih uporabljamo pri svojem delu, idealizirani prikazi in posplošitve ter niso vedno veljavni v posamezni situaciji. Zato jih uporabljajmo kot vodila (na primer prehranska piramida).

Uporabljena literatura in viri

Cultural awareness in nutrition services. 2000. *Health Screening Recommendations for Children & Adolescents*. Vermont Department of Health. Dostopno na:

<http://healthvermont.gov/family/toolkit/tools%5CF-7Cultural%20Awareness%20in%20Nutrition%20Services.pdf> (15. 10. 2015).

Cultural Considerations in Nutrition and Food Preparation. California Department of Social Services. Dostopno na: http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/res/VPTC2/9%20Food%20Nutrition%20and%20Preparation/Cultural_Consider_in_Nutrition_and_Food_Prep.pdf (15. 10. 2015).

Hussein Rassool, G., ur. 2014. *Cultural Competence in Caring for Muslim Patients*, 85–86. Palgrave Macmillan.

Japanese Food Guide Spinning Top. Japonsko ministrstvo za zdravje, delo in dobrobit. Dostopno na: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/pdf/eiyousyokuji5.pdf> (7. 9. 2015).

KIR. Kosher food certification. Dostopno na: <http://www.koshercertification.org.uk/> (19. 11. 2015).

Mizuno, Katsumi. 2011. Infantile Olfactory Learning. V *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, ur. Preedy, Victor R., Watson Ronald Ross, Martin Colin R., 119–132. New York, Dordrecht, Heidelberg, London; Springer.

Reverdy, Caroline. 2011. Sensory education – French perspective. V *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, ur. Preedy, Victor R., Watson Ronald Ross, Martin Colin R., 143–157. New York, Dordrecht, Heidelberg, London; Springer.

Richardson, Paul in Anthony Saliba. 2011. Personality traits in the context of sensory preference: A focus on sweetness. V *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, ur. Preedy, Victor R., Watson Ronald Ross, Martin Colin R., 85–98. New York, Dordrecht, Heidelberg, London; Springer.

Kaj je halal in kaj košer? 2013. Zveza potrošnikov Slovenije. Dostopno na: <https://www.zps.si/index.php/hrana-in-pijaa-topmenu-327/oznaevanje-ivil-topmenu-328/6206-kaj-je-halal-in-kaj-koer> (20. 11. 2015).

Z zdravo prehrano in gibanjem do zdravja. Plakat. NIJZ, 2014.

DRUŽBENO-EKONOMSKI
DEJAVNIKI,
KULTURA
IN ZDRAVJE

DRUŽBENO-EKONOMSKI DEJAVNIKI, KULTURA IN ZDRAVJE

Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik

REVŠČINA IN SOCIALNA IZKLJUČENOST

Zdi se, da je revščina vsem znana in je ni težko opredeliti. Vendar ni enostaven pojav. Čeprav je stalna spremljevalka človeške družbe, se spreminja s časom in prostorom tako po obsegu kot po vsebini. Pojavlja se v vseh družbah bodisi kot množična revščina v številnih neevropskih državah bodisi kot večji ali manjši otoki revščine v bogatih državah. Že zaradi razlik v oblikah in intenzivnosti je revščina zelo zapleten pojav (Notar 2004: 22), njene oblike pa so tudi kulturno pogojene.

Države, ki so se vsaj načelno zavezale k skrbi za celotno prebivalstvo, skušajo spremljati obseg revščine in njene oblike, saj ta pomembno vpliva na dinamiko družbenega življenja.

Raziskovalci so v zadnjih stoletjih razvili različne definicije revščine in načine za njeno merjenje. Govorimo lahko o:

- **objektivni revščini:** izhaja iz podatkov o ekonomski situaciji gospodinjstev;
 - absolutni revščini: merimo jo glede na dostop do osnovnih dobrin, ki so nujne za preživetje (denimo hrane, bivališča, zdravja in drugo);
 - relativni revščini: merimo jo glede na stopnjo blaginje v določenem okolju, torej glede na standard večine prebivalstva;
- **subjektivni revščini:** izraženo mnenje gospodinjstev o lastnem položaju.

V Sloveniji javne institucije uporabljajo opredelitev, da so revne tiste osebe, družine ali skupine oseb, katerih sredstva (materialna, kulturna in socialna) so tako omejena, da jim ne omogočajo minimalno sprejemljivega življenja v državi, v kateri živijo (definicijo je sprejel Evropski svet leta 1984). Ta definicija upošteva dejstvo, da je revščina relativna in da ni možno za vselej določiti okoliščin, ki neko osebo definirajo kot revno.

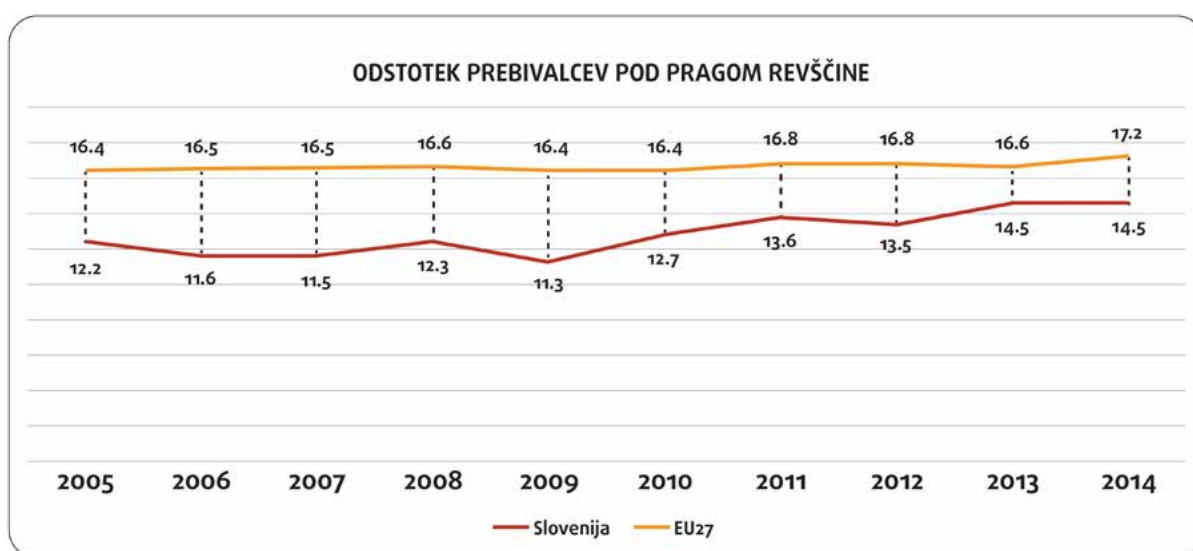
Namesto koncepta revščine se vse pogosteje uporabljata pojma socialna izključenost in socialna neenakost. Le-ta zajemata pomanjkanje na materialni in na nematerialni ravni, zato sta mnogo širša pojma kot revščina. Ob tem upoštevata tri ravni pomanjkanja, ki se odražajo kot:

- deprivacija (pomanjkanje materialnih virov),
- izolacija (pomanjkanje družbenih mrež, stikov),
- anomija (občutek nemoči) v vsakdanjem življenju.

Preplet vseh treh ravni vpliva na kvaliteto življenja posameznikov in s tem na njihovo zdravje.

Stopnja revščine v določenem okolju je torej povezana z mnogimi dejavniki. Na ravni družbe jo v veliki meri določa družbena ureditev, pri čemer sta zelo pomembna razporeditev in dostop do družbenih virov (denimo dostop do zdravstva, šolstva, zaposlitev in drugega) ter obstoj različnih politik, ki poskušajo izboljšati položaj socialno in ekonomsko šibkejših skupin prebivalstva (denimo socialni prejemki, stanovanjska politika in tako dalje).

Obseg revščine se zelo spreminja tudi glede na ekonomsko situacijo posamezne države. V Sloveniji se je tveganje revščine v obdobju ekonomske krize povečalo, kar kažejo naslednji podatki:



Vir: SURS, Eurostat v Pirnat 2015.

Kot kaže shema, število prebivalcev pod pragom tveganja za revščino še narašča in se je v primerjavi z letom pred začetkom krize povečalo za 22 % (48.000 oseb), kar je največje povečanje med državami EU (Nacionalno socialno poročilo, 2014: 7).

Ob tem je pomembno poudariti, da imajo denarna socialna pomoč in različni drugi socialni prejemki bistven vpliv na zmanjševanje revščine. Leta 2013, ko je stopnja tveganja revščine znašala 20,4 %, bi bila ta številka veliko višja, če v dohodek gospodinjstev leta 2013 ne bi šteli socialnih prejemkov (potem bi bila 25,3 %) in bi odšteli še pokojnine (tako bi bila 42,3 %) (Statistični urad RS 2014).

Da je revščina v Sloveniji vse večji družbeni problem, potrjujejo številne raziskave (Dremelj in drugi 2013, Leskošek in drugi 2013). Janja Cvetko je med 50 patronažnimi medicinskimi sestrami leta 2012 izvedla raziskavo o prisotnosti in prepoznavanju revščine v njihovem delovnem okolju. Ugotovila je, da vse anketirane patronažne medicinske sestre na terenu zaznavajo revščino (Cvetko 2013: 32). Opažale so jo predvsem v neprimernih bivalnih prostorih, pomanjkanju hrane, oblačil in obutve. Najvišji odstotek (56 %) patronažnih medicinskih sester ugotavlja, da je največja stiska pri starostnikih, ki živijo sami (ibid. 34). Že tako ranljive skupine so zaradi revščine le še bolj ranljive.

Po uradnih statistikah so osebe z najvišjo stopnjo tveganja za revščino (Statistični urad RS 2015):

- glede na delovno intenzivnost: tiste, ki živijo v gospodinjstvih, kjer ni nihče zaposlen in ki vzdržujejo otroke;
- glede na tip gospodinjstva: enočlanska in enostarševska gospodinjstva;
- glede na status: brezposelne osebe;
- glede na starost in spol: ženske, starejše od 64 let,
- glede na stanovanjsko razmerje: najemniki stanovanj.

Mnoge osebe se istočasno znajdejo v več kategorijah in so tako ranljive zaradi več dejavnikov.

Omejen dostop do sistema zdravstvenega varstva zaradi povezave med denarno socialno pomočjo in obveznim zdravstvenim zavarovanjem

Nekaterim socialno ogroženim osebam obvezno zdravstveno zavarovanje plačujejo občine. S spremembo zakonodaje (Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev - ZUPJS, Zakon o socialno varstvenih prejemkih - ZSVarPre) leta 2012 sta se pravica do denarne socialne pomoči (DSP) in pravica do zdravstvenega zavarovanja povezali. Ko oseba zaprosi za DSP, ima hkrati možnost zaprositi za plačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ).

Povezava med obema pravicama je opredeljena v zakonu: »(1) Državljeni Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, so upravičeni do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, če so upravičeni do denarne socialne pomoči ali izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, pri čemer se krivdni razlogi ne upoštevajo, in imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji ter niso zavarovanci iz drugega naslova, določenega z zakonom, ki ureja zdravstveno zavarovanje.« (ZUPJS-C, 30. člen Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev - ZUPJS-C).

Pravica se ureja na Centru za socialno delo. Zaradi različnih razlogov se oseba DSP lahko odpove in uveljavlja zgolj pravico do kritja prispevka za OZZ. Vendar mora ob tem vseeno izpolnjevati pogoje za prejemanje DSP.

Ovire pri udejanjanju pravice do OZZ na podlagi izpolnjevanja pogojev za prejem DSP

Ker pravica do kritja prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) v primeru socialno ogroženih prebivalcev ni več neodvisna pravica, ampak je pogojena z drugimi pravicami, nanjo vpliva katerikoli izmed razlogov za neprejemanje DSP.

a) Oseba ne izpolnjuje pogojev za DSP

Zaradi novih pogojev, ki so bili uvedeni s spremembami zakonodaje leta 2012, osebe, ki živijo pod pragom revščine, v določenih primerih ne morejo udejaniti pravice do OZZ iz proračunskih sredstev.

Med temeljne spremembe štejemo enotno vstopno točko za vse prejemke, določen vrstni red uveljavljanja pravic in dostop do uradnih zbirk podatkov o dohodkih in premoženju oseb. V postopku reševanja vloge za DSP se pri določanju višine premoženja ugotavlja tudi primernost stanovanja oziroma stanovanjske hiše, hkrati pa se je začel uveljavljati 128. člen Zakona o dedovanju, ki določa, da se dedovanje premoženja osebe lahko omeji do višine prejete pomoči. Novosti so torej na ravni nadzora, na ravni dovoljenega premoženja in na ravni morebitnega vračanja DSP - ta kombinacija pomembno vpliva na dostop do DSP.

b) Oseba nima prijave stalnega prebivališča

Osebe brez prijavljenega stalnega prebivališča ne morejo udejanjiti pravice do plačila prispevka za OZZ, četudi izpolnjujejo pogoje za DSP. Takšne osebe namreč ne morejo dostopati do različnih pravic, med drugim ne morejo sprožiti nobenega izmed postopkov na Centrih za socialno delo ali si urediti osebne dokumente.

Po Zakonu o prijavi prebivališča (ZPPreb, 8. člen) je upravna enota osebo dolžna prijaviti na naslovu organizacije, kjer dobiva materialno pomoč, če v tem kraju tudi živi. V praksi pa različne organizacije tega ne spoštujejo ali pa osebe ne izpolnjujejo vseh pogojev. Poleg dokazovanja o prejemanju materialne pomoči, težavo pomeni tudi dokazovanje dejanskega življenja na območju, za katerega je pristojen določen organ ali organizacija.

c) Postopki na centrih za socialno delo trajajo nekaj časa

Po vložitvi vloge za DSP na center za socialno delo je pogosto treba nekaj časa čakati na odgovor. Rok za odgovor uradnega organa je po zakonu (Zakon o splošnem upravnem postopku - ZUP, 222. člen) dva meseca. To lahko pomeni veliko oviro za urejanje osnovnih pogojev za življenje.

Pomembno:

Ženske so v bolj tveganem položaju: od leta 2005 dalje je stopnja tveganja revščine žensk stalno višja od moške. Najvišja je med ženskami, starejšimi od 64 let, ki živijo same. Vsaka četrta ženska v Sloveniji v starosti nad 64 let živi v revščini, kar je skupaj 48.000 ljudi. Revščina žensk je pogosto povezana s slabšim plačilom za enako delo v primerjavi z moškimi (v povprečju zaslužijo ženske na mesec 89 evrov manj kot moški) ter z delom v slabše plačanih panogah. Poleg tega ženske, pogosteje kot moški, delijo svoj dohodek (najsi bo plača, pokojnina ali honorar) s svojimi otroki (Zaviršek 2015).

Revščina ima mnogo obrazov: marsikateri reven prebivalec se razlikuje od naše predstave o revnih. Ker so ti v naši družbi pogosto stigmatizirani, mnoge osebe zaradi sramu prikrivajo pomanjkanje, v katerem so prisiljene živeti.

Revne niso le brezposelne osebe: pomen zaposlitve se v zadnjem času spreminja. Če je pred kratkim imeti službo pomenilo imeti dostojno preživetje, se danes tveganja zaradi fleksibilizacije trga vse bolj prenašajo na posameznika. Zato zaposlitev za posameznika ne pomeni več avtomatične izoginitve tveganju za revščino (Leskošek in drugi 2013: xiv).

POLZENJE V REVŠČINO: BREZPOSELNOST IN PREKARNOST

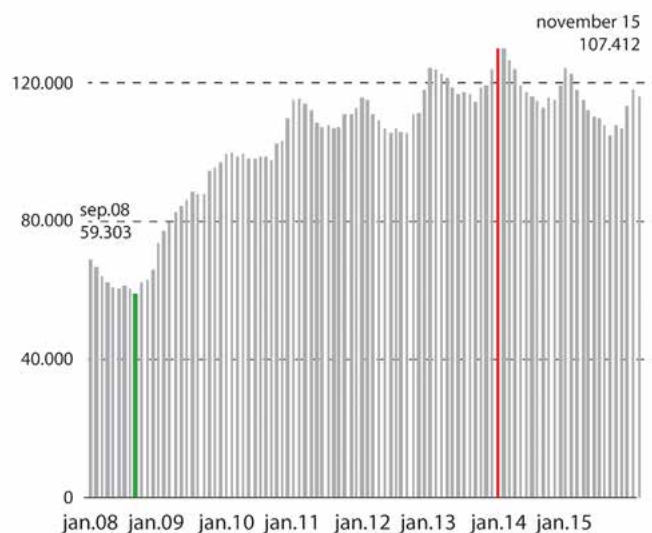
Za revščino in socialno izključenost je mnogo razlogov. Vztrajanje v revščini skozi daljša obdobja je povezano z umanjkanjem dostopa do različnih priložnosti, s katerimi bi si posamezniki in posameznice lahko izboljšali svoj družbeni položaj. Eden ključnih dejavnikov je pomanjkanje kvalitetnih zaposlitvenih možnosti, ki se kažejo v brezposelnosti ali negotovih zaposlitvenih statusih.

Mnoge raziskave dokazujejo, da zaposlitveni status ključno vpliva na zdravje posameznika, brezposelnost in različne oblike negotovih zaposlitev pa prispevajo k poslabšanju zdravja. Brezposelnost in negotova zaposlitev sta v življenju posameznika pogosto povezana, kot kaže izkušnja sogovornice:

»Stara sem 37 let, pa sem dala čez vse te različne oblike zaposlitve, samo redno še nisem bila zaposlena. Imela sem tudi s.p., bila brezposelna, trenutno pa imam status študenta 26+, delam doktorat in sem hkrati iskalka zaposlitve« (prekarna delavka, Ljubljana).

Brezposelnost

Stopnja brezposelnosti se v Sloveniji zaradi ekonomske krize po letu 2008 zelo povečuje. Družbene spremembe, ki kažejo na poslabšanje življenjske ravni prebivalstva, lahko merimo tudi s številom registriranih brezposelnih.



Vir: Gibanje registrirane brezposelnosti po mesecih, 2008–2016, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.

Kot kaže zgornji graf, je bilo septembra 2008 brezposelnih 59.303, novembra 2015 pa skoraj enkrat več, 107.412. Ob tem se je potrebno zavedati, da niso vsi brezposelni registrani na Zavodu za zaposlovanje, saj je to pogojeno z določenimi zahtevami, zato je njihovo število dejansko višje.

Vpliv brezposelnosti na zdravje

Brezposelnost ima negativne posledice za posameznika in družbo. Vpliva na:

- družbeno izolacijo,
- umanjkanje podpornega okolja (povečanje problemov v družini in bližnji okolici),
- znižanje družbenega statusa in zmanjšanje družbene vloge,
- finančne težave,
- nižje samospoštovanje,
- mnoge druge eksistencialne težave.

Vse to vpliva na poslabšanje zdravja prebivalcev. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije brezposelnost vpliva na prezgodnjo smrt, vključno s poslabšanjem duševnega zdravja in povečanim tveganjem za samomor. V primerjavi z zaposlenimi je za brezposelne več kot dvakrat bolj verjetno, da imajo omejujočo kronično bolezen in 60–80 % bolj verjetno, da bodo poročali o slabem zdravju. Študije med brezposelnimi so pokazale tudi na povečanje kardiovaskularnih bolezni in dejavnikov tveganja, kot so kajenje, debelost, neprimerni pogoji bivanja, slaba prehrana in pomanjkanje socialne opore (Farkaš Lainščak in drugi 2015: 29).

Podobno kažejo tudi podatki raziskav *Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije* iz leta 2008 in 2012, po katerih naj bi bili brezposelni v primerjavi z ostalim prebivalstvom bolj ogroženi zaradi naslednjih dejavnikov tveganja: arterijska hipertenzija, debelost, kajenje, nezdravo prehranjevanje, stres in težave zaradi depresivnega stanja. Izrazito odstopanje od povprečja je tudi pri samooceni zdravja, ki je pri brezposelnih veliko slabša. Največje pa je odstopanje od povprečja pri težavah zaradi depresivnega stanja (ibid).

Težave v duševnem zdravju se ob večletni nezaposlenosti poglobljajo. Sčasoma se osebe znajdejo v brezizhodnem krogu brezposelnosti in zdravstvenih težav, ki se kopičijo: *»Težje je s tistimi starejšimi, ki so večino življenja delali v neki delovni sredini in se že težko soočajo s tem, da so izgubili zaposlitev in ti prihajajo v začaran krog. Izgubili so zaposlitev, z leti prihaja tudi do okvar zdravja, večjega števila bolezni. Za svojo okvaro zdravja tudi težko pridobijo pravice. Te osebe so včasih zaradi nakopičenih težav nezaposeljive, saj so tudi postopki zdravljenja pri marsikomu zelo dolgotrajni«* (zaposlena na ZRSZ Celje v ibid.).

Kaj je prekarnost?

Beseda prekarnost se nanaša na negotovost, nestabilnost in »ranljivost«, ki zadeva tako življenje kot delo. Ta zato ni povezana le z negotovostjo zaradi zaposlitvenega položaja in razmer na trgu dela (fleksibilizacija delovne sile, podplačano delo, strah pred brezposelnostjo), temveč tudi z vrsto drugih negotovosti: od razmer na nepremičninskem trgu (visoke najemnine in cene stanovanj, oviran dostop do kredita zaradi zaposlitvenega statusa, pomanjkanje socialnih stanovanj), do ukinjanja socialnih pravic, visokih cen osnovnih življenjskih potrebščin ter vse večje privatizacije storitev.

V Sloveniji se odstotek redno zaposlenih, še posebej med mladimi, niža, narašča pa število prekarnih delavcev. Ti so zaposleni na podlagi različnih pogodb o zaposlitvi (delna zaposlitev, zaposlitev za določen čas, študentske napotnice, avtorske in podjemne pogodbe in drugo) oziroma imajo različne zaposlitvene statuse (honorarni sodelavci, samozaposleni (kulturniki, novinarji, raziskovalci, podjetniki), zaposleni v zasebnih društvih in zavodih z nerednimi prilivi sredstev). Njihove zaposlitve ne nudijo varnosti trajnejših delovnih razmerij in s tem povezanih pravic.

To se kaže v delovnih razmerjih, v katerih delavci prevzemajo popolno odgovornost za lastno socialno varnost, delodajalci pa imajo na voljo delavce, s katerimi zlahka prekinejo pogodbo o zaposlitvi. Ker so prekarni delavci v šibkem položaju, pristajajo na slabše pogoje dela, obenem pa pomanjkanje zaščite omogoča tudi finančno nedisciplino in zamikanje izplačila prihodkov. Te oblike zaposlitve se uporabljajo tako v delovnih razmerjih, ki imajo značilnosti rednega delovnega razmerja (delo za enega delodajalca, na stalnem delovnem mestu in s standardnim delovnim časom) kot pri posameznikih, ki sočasno ali zaporedno opravljajo delo za več različnih delodajalcev.

Prekarnost zaposlitve lahko ugotavljamo prek številnih kazalnikov:

- zaposlitvena negotovost,
- funkcionalna negotovost,
- nevarnost delovnega mesta, razmer in okolja,
- plačilna negotovost,
- ogrožen in zmanjšan dostop do ugodnosti oziroma pravic iz dela,
- nestalnost delovnega časa,
- omejena možnost kolektivnega zastopanja interesov,
- omejena možnost dostopa do novega znanja in drugo (Tucker v Leskošek in drugi 2013: 31–32).

Ne glede na obliko zaposlitve pa velja, da so prekarne osebe bolj izpostavljene pomanjkanju. Raziskave so potrdile, da je tveganje revščine med zaposlenimi tudi v Sloveniji največje pri osebah v negotovih zaposlitvah, še posebej pri samozaposlenih (Leskošek in drugi 2013: 48). Poleg drugih dejavnikov tveganja to dolgoročno vpliva na njihovo zdravstveno stanje.

Zakaj je prekarnost škodljiva zdravju?

O vplivu prekarnosti na zdravje v Sloveniji zaenkrat malo vemo. Gotovo pa je, da se z nižanjem socialne varnosti in delovnih pravic ter krepitvijo izključenosti in negotovih delovnih pogojev povečujejo dejavniki tveganja za zdravje prekarnih delavcev.

Med dejavnike tveganja prekarni delavci uvrščajo:

- »prekomerno delo brez zadostnega počitka«,
- »premalo rekreacije«,
- »nekvalitetno in neredno prehrano«,
- »negotove bivanjske pogoje«,
- »nezdrav življenjski slog« nasploh, zaradi oviranega dostopa do virov (Lipovec Čebren in drugi 2015).

Najbolj pogosto pri tem omenjajo stres: *»Prekarnost pomeni stres, nezdravo življenje in nezdrave oblike premagovanja stresa, ker v stresu si takrat, ko imaš delo in v stresu si takrat, ko nimaš dela. V stresu si ves čas, ker si razpršen, ker imaš 100 koncev, kjer moraš delati«* (prekarna delavka, Ljubljana). To privede do mnogih težav v duševnem zdravju, med katerimi najpogosteje omenjajo depresijo in anksioznost.

Prekomerno delo brez zadostnega počitka ni zgolj rezultat negotovih delovnih pogojev. Povezano je tudi z nezmožnostjo uveljavljanja pravice do bolniškega staleža in dopusta. Ker so te osebe pogosto obenem delavci in delodajalci, jih prenehanje z delom stane, saj si morajo prvih 30 delovnih dni sami (formalno ali neformalno) plačevati stroške bolniškega staleža oziroma si kriti obdobje dopusta. Kritja življenjskih stroškov za obdobja brez dela pa si običajno ne morejo privoščiti, saj nimajo dovolj visokih prihrankov. Ti posamezniki si tako pogosto ne morejo privoščiti počitka ali zdravljenja bolezni, kar pomeni kopičenje zdravstvenih težav ter zaplete tudi pri obolenjih, ki so drugače lažje ozdravljiva.

Večletno življenje v negotovosti negativno vpliva na zdravje prekarnih delavcev, zato v prihodnje pričakujemo porast njihovih zdravstvenih težav, ki ne bodo zadevale le mlajših prebivalcev. Negotovi pogoji zaposlitve danes namreč niso lastni zgolj iskalcem prve zaposlitve, temveč se obdobje tovrstnega dela širi na vse starejše osebe, kar vpliva na njihovo nezmožnost načrtovanja prihodnosti (nezmožnost načrtovanja družine, ureditve samostojnega bivališča, skrbi za varno starost in drugo) in splošni občutek brezizhodnosti.

O visokem odstotku oseb, ki zaradi pomanjkanja sredstev na starost ne bodo preskrbljene, poroča tudi raziskava o položaju samozaposlenih v kulturi. Na vprašanje, ali v letu 2012 varčujejo za čas po upokojitvi, je le 32,7 % odgovorilo pritrdilno, 67,3 % pa nikalno (Vidmar in drugi 2012: 141–142).

Omejen dostop do sistema zdravstvenega varstva: zadržane pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev

Od leta 2002 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) izvaja postopek zadržanja pravic do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki velja za samostojne zavezance, ki so neredni plačniki prispevkov za OZZ.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, 78a. člen) določa, da se določenim osebam (denimo samostojnim podjetnikom, družbenikom družb in zavodov, samozaposlenim novinarjem, kmetom, osebam, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca zavarovanja, tujcem, ki se izobražujejo v Republiki Sloveniji, osebam, ki si same plačujejo prispevek, ker niso zavarovane na nobeni drugi podlagi) ter po njih zavarovanim družinskim članom (razen otrokom) v času, ko ne plačujejo prispevka za OZZ, zadržijo pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev, ki jih to krije. Tem osebam je skupno, da si morajo sami plačevati OZZ (ne plačuje jim ga na primer delodajalec), dolžniki pa postanejo, kadar njihov dolg presega 50,00 evrov.

Ovire pri dostopu do zdravstva, ki nastajajo zaradi zadržanih pravic

Dokler so dolžniki, lahko te osebe uveljavljajo na račun OZZ le nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje, a se k slednjemu štejejo tudi storitve, ki so v ZZVZZ opredeljene kot obvezne in so določene s pravilnikom (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni). V primeru nenujnega zdravljenja so te osebe samoplačniki za zdravstvene storitve, zato dobijo račun. Račun morajo poravnati, drugače zdravstvene ustanove znesek izterjajo. Ali so zmožne plačati, je odvisno od tega, koliko sredstev za zalaganje imajo na voljo in kakšna je cena zdravstvenih storitev. Če te osebe poravnajo svoj dolg za OZZ, lahko pri ZZZS uveljavljajo povračilo stroškov za že plačane zdravstvene storitve.

V primeru neplačevanja njihov dolg narašča, saj je vsak stalni prebivalec Slovenije dolžan biti obvezno zdravstveno zavarovan, zato ZZZS načeloma ne izključuje oseb iz OZZ. Poleg tega se dolg prenaša iz preteklih zavarovanj in četudi se dolžnik ponovno zavaruje na kateri drugi podlagi (denimo na podlagi delovnega razmerja), ima po njenem prenehanju zopet zadržane pravice do zdravstvenih storitev, dokler prvotnega dolga ne poravna.

V zadnjih letih zaradi gospodarske krize narašča število oseb, ki ne zmorejo plačevati prispevkov za OZZ, zato narašča tudi število oseb z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev. Te so zaradi plačevanja za zdravstvene storitve zdravstveno nezavarovane, zaradi nakopičenih dolgov pa imajo težave pri ponovnem vstopanju v zdravstveni sistem.

Pomembno:

Brezposelni in prekarni delavci nista jasno razmejeni kategoriji. Mnogi brezposelni občasno delajo v prekarnih pogojih in mnogi prekarni delavci so določena obdobja (formalno ali neformalno) brezposelni.

Niso vsi prekarni delavci revni in prekarno delo ni vedno prisila. Številne osebe so si izbrale delo v tako imenovanih svobodnih poklicih in nekatere zanj prejemajo dostojno plačilo. Vendar ob tem ne smemo zanemariti sprememb na trgu delovne sile, ki vse več ljudi silijo v prekarno delo in njegove negativne posledice.



Skrajna revščina in brezdomstvo

Pogosto se pojavi vprašanje, koliko je v Sloveniji brezdomnih oseb. Odgovor je težko podati, saj je odvisen od tega, kako brezdomstvo opredelimo. Glede na to se bo razlikovalo število brezdomnih, pa tudi značilnosti oseb, ki jih mednje uvrščamo. V Sloveniji še nimamo ene, široko sprejete opredelitve brezdomstva. Vendar pa je v veliko primerih brezdomstvo tako oblika skrajne revščine kot njena posledica.



Opišite, kdo je po vašem mnenju brezdomec. Kako ta oseba izgleda, kakšne so njene značilnosti in kako preživlja dneve?

Pomembno je razlikovanje med prikritim in odkritim brezdomstvom, poznamo pa tudi dnevno brezdomstvo. To nas opozarja, da brezdomne osebe niso zgolj tiste, ki jih vidimo na cesti, temveč mednje spadajo tudi druge družbene skupine. Tipologijo brezdomstva v Tabeli 5 (prirejeno za slovenski prostor) je sprejela FEANTSA (Evropska zveza nacionalnih društev, ki delujejo na področju brezdomstva) (ETHOS 2006).

Tabela 5: Tipologija brezdomstva

Konceptualna kategorija	Operacionalna kategorija		Generična definicija	Nacionalna podkategorija
Brez strehe (Roofless)	1	Ljudje, ki živijo na prostem	1.1 Spijo pod milim nebom, nimajo dostopa do 24 urne nastanitve/nimajo bivališča	Isto
	2	Ljudje, ki živijo v nočnih zavetiščih	2.1 Zavetišča, ki vključujejo le nočitve	Kontejnjerji; zavetišče za brezdomne uživalce nedovoljenih drog
Brez stanovanja (Houseless)	3	Ljudje, ki živijo v bivališčih za brezdomce	3.1 Zavetišče (hostel) za brezdomce	Zavetišče preko odločbe CSD
			3.2 Začasne nastanitve	
	4	Ženske, ki živijo v zavetiščih/zatočiščih za ženske	4.1 Nastanitev v zavetiščih za ženske	Varne hiše; zavetišča za ženske
	5	Ljudje, ki bivajo v zavetiščih/azilih za priseljence	5.1 Začasne nastanitve/sprejemni centri (azili)	Isto
			5.2 Bivališča za priseljske delavce	Samski domovi
	6	Ljudje, ki so pred odpustom iz institucij	6.1 Penalne institucije	Zapori, pripori, bolnišnice
			6.2 Medicinske institucije	
7	Ljudje, ki prejemajo podporo v zvezi z načinom bivanja (zaradi brezdomstva)	7.1 Zavodi za brezdomce 7.2 Podprta stanovanja 7.3 Podprte prehodne oblike bivanja 7.4 Stanovanja (samostojna) s podporo	Pri nas ni podobnih oblik skrbi; še najbolj podobne so stanovanjske skupine ali podprta stanovanja za uporabnike psihiatrije.	
Negotovo (insecure)	8	Ljudje, ki bivajo v negotovih bivališčih	8.1 Začasno z družino/prijatelji	Isto
			8.2 Nelegalni (pod)najemniki	
			8.3 Ilegalna zasedba stavbe	
8.4 Ilegalna zasedba zemljišča				
9	Ljudje, ki živijo v grožnji pred izselitvijo/deložacijo	9.1 Pravne prisilne izselitve najemnikov	Isto	
		9.2 Pravne prisilne izselitve zaradi spremembe lastnine	Zaradi denacionalizacije	
10	Ljudje, ki živijo pod grožnjo nasilja	10.1 Policijsko zaznani indici nasilja v družini	Isto	
Nepripravo (inadequate)	11	Ljudje, ki živijo v začasnih/nestandardnih bivališčih	11.1 Mobilno domovanje (prikolica)	Avto Baraka, koliba, vagon Bivak
			11.2 Ne-standardno domovanje	
			11.3 Zasilna/začasna zgradba	
12	Ljudje, ki živijo v neprimernih bivališčih	12.1 Neprimerno za bivanje (po nacionalni zakonodaji ali standardih)		
13	Ljudje, ki živijo v ekstremni prenaseljenosti	13.1 Glede na nacionalno normo prenaseljenosti		

Vir: Kralji ulice, Definicije; prim. Boškič in Zajc 1997, Höfler in Bojnec 2013.

Brezdomne osebe se nahajajo v zelo različnih položajih. Različni so tudi vzroki za nastanek brezdomstva. Človek postane brezdomen zaradi prepleta več dejavnikov, ki njegovo situacijo tako zaostrijo, da mu ostane le ena možnost. Če razumemo, da je brezdomstvo posledica različnih dejavnikov, se ne bomo strinjali z mnenjem, da so »brezdomci sami krivi za svojo situacijo«.

Z odkritim brezdomnim življenjem (cestno brezdomstvo) so denimo pogosto povezani naslednji dejavniki:

- revščina, obubožanost, zadolženost,
- osamljenost in pomanjkanje socialnih mrež,
- odsotnost statusov, pomanjkanje družbene moči,
- dolgotrajna nezaposlenost, izključenost iz trga dela,
- izkušnje institucionalizacije (zapor, psihiatrična ustanova in drugo),
- zlorabe v otroštvu, travmatični dogodki,
- medgeneracijsko življenje v izključenosti in/ali v brezdomstvu,
- demoraliziranost,
- zdravstvene težave (kronične bolezni, hendikepiranost, težave z duševnim zdravjem, zasvojenostjo, dvojnimi diagnozami),
- mnoge sekundarne posledice brezdomskega načina življenja (slabše zdravstveno stanje, slabša dostopnost zdravstvenih in drugih storitev, kriminaliziranost, viktimiziranost, odsotnost izhodišča za urejanje statusov, izboljševanje dostopnosti in tako dalje) (Razpotnik in Dekleva 2009: 22).

Oseba tako lahko postane brezdomec v različnih življenjskih obdobjih, zaradi različnih razlogov in ne glede na življenjsko ozadje. Hkrati pa gre pri brezdomstvu za spremenljiv proces v življenju osebe in ne za položaj, ki bi veljal za vedno.

Glede na različne življenjske in družbene okoliščine brezdomci niso enotna skupina. Praviloma jih sicer družijo položaj velike in večkratne socialne izključenosti, a med njimi najdemo veliko razlik (Dekleva 2008: 3).

Raziskava med 107 ljubljanskimi odkritimi brezdomci je pokazala, da so ena posebej ogroženih skupin mlajši brezdomci, ki uporabljajo nedovoljene droge in ki so zgodaj doživeli izkušnjo brezdomstva (ibid.: 1; Krek 2010: 155–158). So mlajša generacija brezdomcev, ki se je pojavila v tranziciji, zanjo pa je značilno, da so doživeli več travmatičnih dogodkov in več institucionalnih obravnav (vzgojni zavod, zapor, psihiatrija in drugo), da imajo težave pri življenju na cesti in manj delovne dobe (ibid. 13). Ta skupina ima pogosto tudi neurejeno zdravstveno zavarovanje. Raziskava med 77 brezdomnimi uporabniki drog je pokazala, da je imelo le 62,3 % anketirancev urejeno zdravstveno zavarovanje (Krek 2010: 137). Tako te osebe, ki jih ogrožajo mnogi dejavniki tveganja, pogosto prihajajo k zdravniku le, ko je to nujno (ibid. 146). Z zdravljenjem odlašajo tudi zato, ker ocenjujejo, da so večkrat stigmatizirani s strani zdravstvenih delavcev (Razpotnik in Dekleva 2009: 58–63). Zato pogosto skušajo zakriti uporabo drog, kar povečuje nezaupanje zdravstvenih delavcev in spodbuja stereotip o uporabnikih nedovoljenih drog kot pretkanih.

Da bi lahko uspešno naslovili brezdomstvo in posledice, ki jih le-to ima za družbo in ljudi, moramo poznati njegove oblike in vzroke. Iskanje rešitev namreč vedno poteka v skladu s tem, kako določen pojav razumemo. Če z brezdomstvom povezane prakse naredimo nelegalne in brezdomne osebe izpostavimo represivnim ukrepom, bodo postale še bolj skrita populacija. Brezdomne osebe so zaradi življenjskega sloga praviloma bolj izpostavljene različnim tveganjem in nevarnostim. Hkrati pa imajo zaradi različnih razlogov – zaradi zakonskih, administrativnih, praktičnih ovir, diskriminacije, pomanjkanja kompetenc, zaupanja v institucije in drugo – otežen dostop do družbenih virov in oblik pomoči. Zato vsako izključevanje brezdomnih oseb povečuje tako njihovo »ranljivost« kot tudi njihovo nedostopnost za različne intervencije. Če želimo brezdomstvo odpraviti, moramo oblikovati programe, ki bodo za brezdomne osebe vključujoči.



Oglejte si video gradivo »Intervju z Bojanom Kuljancem, predsednikom društva Kralji ulice«.

»Poraba ProBono ambulante je ogromna. Že to je pokazatelj, da je javno zdravstvo premalo dostopno. Zdravstvo bi se moralo odpreti, priti nasproti ljudem, ki jim je neprijetno iti v ambulanto, če niso umiti, če niso urejetni in tako dalje. /.../ Vedno se je treba vprašati: »Kaj ljudje potrebujejo?«

(Bojan Kuljanec, socialni delavec, predsednik društva Kralji ulice)

Preplet bolezni in brezdomstva

Primer: Brezdomna oseba s kronično boleznijo, ki je bila dve leti brez obveznega zdravstvenega zavarovanja, je po posredovanju splošnega zdravnika imela možnost specialističnega pregleda. Pregleda se je zelo bala, zato je z njim odlašala. Ko je po nekaj mesecih prišla na pregled, jo je specialist rutinsko pregledal, pri čemer je z osebo minimalno komuniciral, zaradi česar ni bil seznanjen z eksistencialnimi pogoji svojega pacienta. Po končanem pregledu je osebi svetoval »čim več gibanja na svežem zraku in dietno prehrano.« Brezdomna oseba je bila nad nasvetom negativno presenečena – bila se je namreč primorana ves čas gibati na svežem zraku, jesti pa le tisto, kar ji je njena finančna situacija dopuščala, zato ni sledila predvideni terapiji in ni začela z jemanjem zdravil, ki ji jih je predpisal specialist.

Diskusija: Zdravstveni delavec se v opisanem primeru ni poglobil v življenjske okoliščine svojega uporabnika, zato ni predvidel primerne terapije zanj. Še več, terapije, ki jo je predpisal, brezdomna oseba sploh ni bila zmožna upoštevati, zato je bil rezultat kontraproduktiven. Ne le, da se oseba predpisane terapije ni držala, sklepamo lahko, da se je njeno nezaupanje v zdravstvene ustanove še poglobilo, kar je gotovo negativno vplivalo na njeno ravnanje v prihodnosti.

Posledice brezdomnosti za zdravje se prekrivajo s tistimi, s katerimi se soočajo osebe v negotovih zaposlitvenih statusih in brezposelni, saj pomanjkanje osnovnih življenjskih pogojev zagotovo vpliva na prehranjevanje, kvaliteto bivanjskih razmer, splošno duševno in fizično počutje. Vendar pa so posledice v primeru brezdomnih oseb pogosto bolj izražene.

Ogroženost zdravja brezdomnih oseb je posledica pomanjkanja, neugodnih vplivov družbenega in splošnega življenjskega okolja, neustreznosti življenjskih razmer, socialne izključenosti, pomanjkanja podporne mreže, stigme, neinformiranosti, izpostavljenosti različnim vrstam nasilja, za zdravje tveganih vedenj, zmanjšane odpornosti, izpostavljenosti različnim boleznim, umanjkanja zdravstvenih preventivnih in kurativnih storitev. Skratka, njihove možnosti za udejanjanje pravice do zdravja so zelo omejene (Nolimal 2010: 31; Razpotnik in Dekleva 2009; Krek 2010).

Brezdomne osebe imajo zato večinoma velike težave z zdravjem, kar potrjujejo tudi številne raziskave, ki navajajo med njimi bistveno višjo stopnjo obolevnosti, večje število obiskov pri zdravniku, pogostejše hospitalizacije in tudi višjo stopnjo umrljivosti v mlajših letih (Krek 2010: 42–53, 128; Hwang 2000). Podobno kaže tudi Tabela 6.

Tabela 6: Primerjava samoocene zdravja reprezentativnega slovenskega vzorca in brezdornih oseb

Ocena zdravja:	EHS07:	Raziskava Razpotnik in Dekleva (2009)	Raziskava Krek (2010) *
Zelo dobro	21,4 %	6,6 %	10 %
Dobro	40,4 %	27,0 %	50 %
Srednje	27,1 %	41,0 %	
Slabo	8,7 %	22,1 %	40 %
Zelo slabo	2,4 %	3,3 %	

*V raziskavi Milana Kreka (2010) so bile podane zgolj tri možnosti.

Bolezen ni vedno le posledica brezdornosti, čeprav se zdravstvene težave kopičijo s trajanjem brezdornosti. Slabo zdravstveno stanje je lahko tudi eden od vzrokov za brezdornost (denimo duševne težave, različne poškodbe, zasvojenost ali druge, ki vplivajo na zaposlitvene priložnosti); ali pa brezdornost nastopa kot dejavnik, ki pomembno vpliva na poslabšanje zdravstvenega stanja (denimo pri duševnih težavah, boleznih prebavil, kožnih boleznih) (Glasser in Bridgman 2004: 174).

Pogosti zdravstveni zapleti revnih in brezdomnih oseb

Najpogostejša obolenja uporabnikov Ambulante s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja - Pro bono v Ljubljani prikazuje Tabela 7 (Doplihar 2014). Uporabniki Ambulante Pro bono niso zgolj brezdomne osebe.

Tabela 7: Najpogostejša obolenja uporabnikov Pro bono

Bolezni, povezane z nezmožnostjo skrbi za osebno higieno	Bolezni, povezane s prekomernim uživanjem alkohola	Bolezni, povezane s kajenjem	Težave v duševnem zdravju
kožna obolenja: razni izpuščaji, gnojne zanemarjene rane in opraskanine, kožni čiri in turi, glivične infekcije, srbečica in drugi zajedavci (uši, bolhe, stenice), razni črvi v zanemarnjenih ranah	tremor, epileptični napadi, alkoholni polinevritis	kašelj, bronhitis, astma	situacijske psihoze in nevroze, ki so posledica neurejenih življenjskih pogojev
zanemarnjeno oziroma defektno zobovje, vnetje dlesni	želodčne težave	KOPB	razne oblike depresije in paranoje
želodčne ter prebavne težave, hiatalne hernije, napenjanje, driske, zaprtja	jetrne okvare	rak pljuč in grla	
vnetja zunanjega sluhovoda	okvare ledvic in trebušne slinavke	srčni infarkt	
peri analni abscesi	alkoholna demenca, korsakovljev sindrom in druge okvare možganskega tkiva	okvara ožilja, predvsem rok in nog, ki mu sledi gangrena prstov in udov, ki lahko privede do amputacij	
vnetja nožnice, beli tok in spolne bolezni		angina pectoris	

Številne zdravstvene težave brezdomnih oseb izhajajo iz življenjskih okoliščin, v katerih se le-te nahajajo.

- Pogoste težave z okostjem in kožna obolenja so posledica spanja v neprimernih pogojih oziroma bivanja na prostem.
- Do zelo slabega zobozdravstvenega stanja pride zaradi nezadostne zobne higiene, neredne prehrane ter tveganega uporabljanja dovoljenih in nedovoljenih drog, ki prinesejo raznolike težave z zobmi in zgodnje izpadanje zob.

-
- Bolezni in poškodbe brezdomnih oseb pogosto niso pravočasno zdravljene, zato so zanemarjene in zastarane, kar povzroča infekcije in zastrupitve, tudi gangreno (Razpotnik in Dekleva 2009: 31).

Pogosti so tudi zdravstveni zapleti, povezani s prekomerno uporabo dovoljenih in nedovoljenih drog ter drugimi oblikami zasvojenosti. V raziskavi, opravljeni leta 2014 med 129 uporabniki Društva za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice, so bili odgovori naslednji:

- cigarete kadi vsaj občasno 86 % moških in 75 % žensk; redno oziroma vsak dan pa kadi 76 % moških in 67 % žensk,
- alkohol pije vsaj občasno 73 % moških in 61 % žensk; redno oziroma vsak dan pa alkohol pije 17 % moških in 13 % žensk,
- prepovedane droge uporablja vsaj občasno 43 % moških in 30 % žensk; redno oziroma vsak dan pa droge uporablja 17 % moških in 9 % žensk (Dekleva 2015b: 5).

Ta visok odstotek različnih oblik odvisnosti je treba razumeti tudi kot obliko samomedikacije - mnoge osebe s tovrstnim tveganim vedenjem blažijo svoje socialne in telesne težave (lakoto, bolečine, mraz, duševne stiske in drugo) (Doplihar 2014: 3). »Vse naštetе težave seveda pogojujejo ustvarjanje novih in omogočajo poglobljanje začaranega kroga socialne izključenosti, to pa pogojuje tudi izključenost iz sistema zdravstvene oskrbe ter poglobljanje nezdravega življenjskega sloga in tako se naštetе in še druge zdravstvene težave le še povečujejo« (Razpotnik in Dekleva 2009: 25).

Z brezdomstvom so pogosto povezane različne težave v duševnem zdravju. Raziskave potrjujejo, da je pri brezdomnih osebah precej večja prevalenca kronične depresije (Razpotnik in Dekleva 2009), pri čemer je žensk s tem stanjem več kot 60 % več kot moških (Dekleva 2015b: 5).

Raziskava, opravljena med 122 brezdomnimi osebami, je pokazala, da razmeroma pogosto razmišljajo o samomoru in s tem povezanimi načrti (od približno 30 % v zadnjem mesecu do približno 50 % kadarkoli), 33,6 % jih je že poskusilo narediti samomor in 11,6 % je poznalo koga, ki je naredil samomor v zadnjem letu. Obenem je bilo 31,3 % oseb že kdaj hospitaliziranih v psihiatrični bolnišnici, 43,7 % anketiranih pa poroča bodisi o hospitalizacijah, bodisi o kronični depresiji, ki jo je ugotovil zdravnik, bodisi o drugih duševnih težavah (neupoštevaje odvisnosti od dovoljenih ali nedovoljenih drog) (Razpotnik in Dekleva 2009: 106–107).

Med brezdomnimi osebami so duševne težave bolj prisotne kot pri ostali populaciji, moramo pa jih razumeti istočasno kot vzrok brezdomstva in njegovo posledico. Posamezniki in posameznice, ki se z njimi soočajo, veljajo za bolj ogroženo skupino med brezdomnimi osebami (Razpotnik in Dekleva 2009: 28, Dekleva 2008). Še posebej to velja za osebe z dvojnimi diagnozami (denimo s težavami v duševnem zdravju, ki uporabljajo droge), ki bi potrebovale posebno obravnavo, pa zanje ni prilagojenih programov.

Zakaj je bolj zapleteno zdraviti brezdomne osebe?



Kako v vaši zdravstveni ustanovi poskrbijo za brezdomne osebe? Kaj bi se lahko izboljšalo? Kako bi vi sami načrtovali preventivno in kurativno zdravstveno varstvo za brezdomne osebe?

Zakaj mnoge brezdomne osebe zdravniško pomoč poiščejo prepozno, kar prispeva k zdravstvenim komplikacijam in poslabšuje možnosti za uspešno ozdravitev? Zakaj je zdravstveni sistem celo manj dostopen in manj kvaliteten za tiste brezdomne osebe, ki so bolj ogrožene, bolj obremenjene z neugodnimi dejavniki, ki imajo slabše zdravstveno stanje (predvsem duševne težave in zasvojenosti), ki imajo slabšo siceršnjo psihosocialno podporo ter manj (pozitivnih) izkušenj s konvencionalnim življenjem (Razpotnik in Dekleva 2009: 105)?

Razlogov za pomanjkanje skrbi za svoje zdravje, tako na ravni preventive kot kurative, je veliko, pri posamezni osebi pa se prepletajo na različne načine.

- Zadovoljitev eksistenčnih potreb (hrana, spanje) je brezdomni osebi absolutna prioriteta, zato nima možnosti, denarja, časa ali volje za preventivne dejavnosti.
- Administrativne ovire: nekateri izmed njih nimajo urejenega obveznega in/ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, nimajo izbranega osebnega zdravnika, nimajo prijavljenega stalnega bivališča v občini, kjer živijo.

-
- Mnogi ne zaupajo institucijam in jih je strah obsojanja zdravstvenih delavcev ali celo drugih oseb v čakalnici, saj nimajo možnosti za osebno higieno, številni med njimi pa se bojijo priznati svojo zasvojenost.

Zaradi navedenega pogosto odlašajo z zdravljenjem, dokler njihovo stanje ni kritično, nato pa uporabljajo urgentne službe. To vodi v dolgotrajnejša zdravljenja zaradi bolj kompliciranih zdravstvenih težav, ki pustijo več posledic, zdravljenja pa so dražja.

Ovire se pojavljajo tudi na ravni sledenja predpisani terapiji oziroma poboljnišnične nege.

- Zaradi pomanjkanja denarja težko pridejo do zdravstvenih institucij, še posebej, kadar je potrebno redno ponavljati obiske.
- Mnogi zaradi pomanjkanja sredstev ne morejo uporabljati (do)plačljivih zdravstvenih storitev oziroma ne morejo (do)plačevati predpisanih zdravil (ki jih je kar nekaj, če nimajo urejenega dopolnilnega zavarovanja).
- Osebe brez doma nimajo vedno možnosti za poboljnišnično nego, rekonvalescenco ter shranjevanje zdravil in pripomočkov. Podobno pogosto nimajo možnosti sledenja prilagojeni dieti, saj zanjo nimajo sredstev in/ali možnosti za pripravo.
- Starejše in/ali onemogle brezdomne osebe, izpuščene iz bolnišnic in psihiatričnih bolnic oziroma tiste, ki se nahajajo v terminalnih stanjih, nimajo na voljo ustreznih programov (Razpotnik in Dekleva 2009: 32; Krek 2010: 65, 80; Koordinacijska skupina za področje brezdomstva v Sloveniji 2014).

Priporočila:

- Zavedajmo se, da različne kategorije prebivalstva, ki jih pesti revščina, ne izgledajo vedno tako, kot si predstavljamo. Pri obravnavi bodimo pozorni na dejavnike tveganja, povezane z revščino in socialno izključenostjo, četudi je osebe to sram glasno priznati.
- Dopustimo možnost, da imajo ranljive kategorije prebivalstva negativne izkušnje z zdravstvenimi ustanovami in jih zato obiskujejo le, ko je to nujno, zaradi česar so njihovi zdravstveni zapleti pogosto težje rešljivi. Če želimo spremeniti ta trend, jih ne odvracajmo z obsojajočim odnosom, četudi menimo, da se sami izpostavljajo dejavnikom tveganja.
- Imejmo v mislih, da socialno ogrožene osebe nimajo vedno možnosti sledenja predpisani terapiji. Za te osebe poskusimo prilagoditi terapijo njihovim zmožnostim in življenjskim pogojem.
- Zavedajmo se, da osebe brez doma pogosto ne morejo poskrbeti za pogoje, ki jih zahteva poboljšnična nega. Podobno za brezdomne osebe v terminalnih stanjih ni predvidenih posebnih programov. Čeprav ne gre le za področje zdravstva, poskusimo ukrepati po svojih močeh, da osebe po izpustitvi iz ustanov niso prepuščene same sebi.

MIGRACIJE IN ZDRAVSTVO

Migracije so obstajale od vekomaj. Migrirajo živali, dobrine, ljudje. Migrirali so naši predniki, ki so se priselili v kraje, kjer je danes Slovenija. Migrirajo množice turistov, ki iščejo vedno nove turistične destinacije. Migrirajo številni mladi Slovenci, ki v evropskih prestolnicah iščejo boljše življenje. Migracij nihče ne more ustaviti, lahko pa se migrantom pot tako oteži, da ogroža njihova življenja. Taka je današnja pot v države Evropske unije, na kateri je leta 2015 vsak mesec umrlo povprečno 400 ljudi, kar pomeni, da vsaki dve uri umre otrok, ženska ali moški.

Nekaj pogostih zmot o migracijah in zdravstvu:

- **Migranti ali begunci so enovita, homogena skupina**

Ob uporabi izraza »migrant« pogosto pozabljam, da gre za raznorodno skupino ljudi, ki izhaja iz povsem različnih okolij, ima različne izkušnje, živi v različnih pogojih in ima zelo različne potrebe. Vseeno pa o migrantih in beguncih običajno govorimo kot o skupini z enakimi značilnostmi, vedenjem in potrebami. Množica beguncev, ki prihaja v Slovenijo, je le naključno skupaj, razlike med njimi lahko prepoznamo na ravni:

- nacionalne pripadnosti (prihajajo iz Sirije?, Afganistana?, Iraka?, Irana?);
- etnične pripadnosti (če prihajajo iz Sirije so Arabci?, Kurdi, Armenci?);
- veroizpovedi (so kristijani?, judje?, muslimani?(v katero muslimansko ločino spadajo: med šiite?, alavite?, sunite?));
- stopnje izobrazbe (imajo visokošolsko, srednješolsko, osnovnošolsko izobrazbo?, so neizobraženi?);
- družbenega sloja (spadajo v višji, srednji ali nižji družbeni sloj?) itd.

Ob tem pa ni potrebno vzeti v obzir le dejstva, da med migranti obstajajo različne skupine, temveč tudi, da so razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo skupino ter ima lahko vsak posameznik znotraj skupine zelo različne predstave o telesu, bolezni, zdravju in pričakovanju glede zdravljenja.

- **Migracije so izjema, ne pravilo**

V Sloveniji se na prihod beguncev danes in v preteklosti (ob prihodu beguncev iz Bosne in Hercegovine v času vojne na Balkanu) pogosto gleda kot na izreden dogodek, na katerega se slovenske oblasti odzivajo z izrednimi ukrepi (na mejo postavijo oborožene vojake in žičnato ograjo). To je posledica *sekurizacijskega diskurza*, ki migrante vidi kot grožnjo za varnost prebivalstva. V antropološki raziskavi v različnih krajih Slovenije (Lipovec Čebren 2010) so prebivalci begunce videli kot grožnjo za zdravje (»ti migranti, begunci bodo ziher k nam prinesli kakšne nevarne kužne bolezni«), gospodarstvo (»pa službe ... oni (begunci, op. a.) jih bodo vzeli nam« ali »dobivali bodo finančno podporo ... črpali naš proračun«), kulturo in religijo (»moje mnenje je, da begunci se ne bodo prilagodili, naučili slovenščine«, »poskušali bodo islamizirati Slovenijo«). Iz izkušenj drugih evropskih držav se je sekurizacijski diskurz pokazal kot tisti, ki med prebivalci utrjuje sovraštvo do priseljencev, ter preprečuje sobivanje priseljencev z večinskim prebivalstvom.

Če evropsko zgodovino prepoznamo kot zgodovino migracij ter vidimo, kako je prepletanje različnih etničnih skupin povzročilo mnoge družbene inovacije ter bistveno prispevalo h gospodarskemu blagostanju, potem na migracije ne moremo gledati kot na izjemo.

Če migracije dojemamo kot del našega vsakdana, se moramo vprašati: Kako kot družba odgovarjamo na potrebe priseljencev? Ali jim zagotavljamo enak dostop do zdravstva? Ali jim v zdravstvenih ustanovah zagotavljamo na eni strani spoštovanje njihovih kulturnih prepričanj in praks in na drugi primerno, kakovostno zdravstveno oskrbo?

- **Predstava o kužnem migrantu**

Zelo razširjena je predstava, da migranti v naše države prinašajo mnoge nevarne, nalezljive, eksotične bolezni. Gre za neutemeljeno predstavo, za »mit« o kužnem migrantu, ki vsakega migranta vidi kot potencialno nevarnost za zdravje prebivalstva. Pri tem zagovorniki te predstave kot razloge za kužnost migrantov izpostavljajo predvsem njihovo nezaintersiranost, da bi skrbeli za lastno higieno; nesposobnost, da bi bili urejeni in čisti; seksualno nenasitnost in promiskuitetnost (Bassin in drugi 2002).

Nasprotno pa različne epidemiološke raziskave kažejo, da je v povprečju zdravje priseljencev enako ali celo boljše od zdravja drugih prebivalcev. Redkeje se pojavljajo kronične bolezni, bolezni srca in ožilja, otroci migrantov se redkeje rodijo s prenizko porodno težo in podobno

(Barbieri 2008; Stoyanova in drugi 2007: 8; Castañeda 2008: 2; Mladovsky 2007: 1). Boljše zdravstveno stanje raziskovalci običajno razlagajo z dejstvom, da se za selitev odločajo predvsem mlajše in psihofizično sposobnejše osebe.

- **V državah Evropske unije migranti živijo bolj zdravo, kot so živel poprej**

Mnogi so prepričani, da migranti, begunci v državah Evropske unije, živijo bolj zdravo, saj so izpostavljeni manjšim zdravstvenim tveganjem kot v državi odhoda. Nasprotno pa raziskave kažejo, da se priseljencem z leti življenja v državah Evropske unije zdravstveno stanje vse bolj slabša. To je posledica mnogih ovir, s katerimi so soočeni v novi državi. V primerjavi z ostalim prebivalstvom so migranti bolj izpostavljeni različnim oblikam družbene izključenosti, ki ključno prispevajo k porastu njihovih zdravstvenih težav.

Nekateri razlogi za zdravstvena tveganja migrantov

Migranti so zaradi življenjskih okoliščin, povezanih z razmerami v državi odhoda (zelo težavnimi predvsem za prosilce za mednarodno zaščito in begunce), zahtevno potjo (v primeru nedokumentiranih migrantov, prosilcev za mednarodno zaščito in beguncev) ter selitvijo v novo okolje, še posebej izpostavljeni tveganjem za (fizično in psihično) zdravje (Bofulin in Bešter 2010). V novem okolju so soočeni z mnogimi oblikami družbene izključenosti, denimo so bolj socialno prikrajšani, nezaposleni ali prezaposleni, opravljajo zdravju škodljiva dela, živijo v neugodnih okoliščinah (Mikuš Kos 1996). Pri zdravstveni obravnavi mora biti tudi upoštevano, da so mnogi med njimi doživeli travmatične izkušnje, ki se lahko kažejo na različne načine (poglabljanje psihičnih težav, somatizacija in drugo) (ibid.).

Poglejmo nekatere dejavnike, ki v Sloveniji najbolj ogrožajo zdravje migrantov.

1. Družbeno-ekonomski dejavniki

Migranti so, v primerjavi z ostalimi prebivalci, običajno bolj ranljivi zaradi svojega nižjega družbeno-ekonomskega statusa, zaradi česar pogosto pristanejo v revščini. Posledično živijo v slabših bivalnih razmerah in imajo manj kvalitetno prehrano. Mnogi med njimi so izključeni iz trga dela ali pa opravljajo najnižje plačana, nizkokvalificirana dela, pri čemer so njihovi delovni pogoji neredko škodljivi za njihovo zdravje (Brovc in drugi 2009; Bofulin in Bešter 2010; Lipovec Čebren 2010; Farkaš Lainščak in drugi 2015). O tem govori Siniševa zgodba:

Moje ime je Siniša. Rojen sem v Ljubljani. Že moja starša sta iz Bosne prišla v Slovenijo kot delavca. Ko je leta 1989 očetovo podjetje šlo v stečaj, smo se vsi vrnili v Bosno. Pred osmimi leti pa sem se odločil, da bom šel po očetovih stopinjah, in se tudi sam kot delavec odpravil v Slovenijo, v Luko Koper. V Bosni sem se šolal in se usposobil za strojnika. Čeprav sem tam že imel službo, sem verjel, da si lahko v Sloveniji ustvarim boljše življenje. Zdaj imam tu družino, ženo in dva majhna otroka. Živimo v majhnem podnajemniškem stanovanju, težko shajamo skozi mesec, čeprav oba z ženo delava po cele dneve.

Delam v Luki Koper in že sedmo leto vozim različne stroje. Imam začasno dovoljenje, upam, da kmalu dobim stalno, ker bom potem bolj miren, bom imel več pravic. Čeprav bi lahko o razmerah v Luki govoril neprekinjeno več dni, bi rad izpostavil predvsem strupene snovi, s katerimi delamo. Ladje v Luko Koper vsak dan pripeljejo veliko snovi, kot so različni fosfati, soda, perlit, glinica, boreks, ferokrom, ferosilicij in drugo. Te snovi pripeljejo na terminale z razsutim tovorom, ki jim rečemo sipke. Vsi delavci v Luki vejo, da je delo na sipkah najtežje in najbolj nevarno. Ko greš v podpalubje, v skladišče ladje, je naša edina zaščita pred temi strupi majhna maska, kot pri zdravnikih. Te male maske ne pokrijejo oči in nas tudi sicer slabo ščitijo pred prahom, ki ga ves čas vdihavamo. Imeti bi morali profesionalne maske, a teh nam ne dajo, saj v Luki Koper varčujejo. Varčujejo na nas.

Ko greš v podpalubje, si potem ure in ure notri, nimaš kam iti, da se spočiješ. Pogosto na dan pride več bark. Nekateri delavci delamo po dve izmeni, drugi tudi po tri ali več, kar pomeni več kot 21 ur. Naj vam razložim, kakšno je to delo. Z dvigalom dvignejo del te prašne snovi, ki je na sredini podpalubja, ostalega prahu pa ne morejo pobrati, zato ga moramo mi prenesti na sredino, da ga lahko dvigalo dvigne ven. Moje delo ne bi bilo problematično, če bi bili stroji v Luki primerno oskrbovani. Vendar niso, zato ves čas vdihavam te snovi. Pogosto se zgodi, da smo na koncu izmene vsi tako beli, kot bi padli v moko.

Problem je tudi v tem, da tisti, ki delamo v podpalubju, nimamo pitne vode. Po vodo bi moral iti na povsem drug konec Luke, tega pa ne morem, saj je dela ogromno. Če kdo od nas odide, potem vse stoji, stojijo dvigala in kamioni. Pri tem nas stalno priganjajo, ne smeš se ustaviti niti za trenutek, niti lulat ne moreš. Notri je za umret vroče, stroj pa je popolnoma bel od teh snovi, ki jih ti vdihuješ.

Logično je, da vse to pušča posledice. Pogosto pridem v nočni izmeni v barko, ki prevažata strupene snovi, stopim v podpalubje in ne morem dihati. Ne morem dihati, začne se mi vrteti in začutim po celem telesu vročino, vročico. Postane mi slabo, čisto brez moči sem. Opažam, da me v prsih zbada, da težje diham. Nikoli nisem kadil, a čutim, da s pljuči nekaj ni v redu. Tudi glavobole imam pogosto. Sploh, ko delamo v vročini, ko delam v tem prahu, v tem smradu.

Nisem še prišel do zdravnika. Moj delodajalec bi mi mogel plačevati za zdravstveno, a ko sem hotel k zdravniku, mi je sestra rekla, da nimam zavarovanja. Šel sem k šefu in mi je priznal, da ni plačeval, čeprav je dolžen to storiti. To se vleče že eno leto. Upam, da se bo to kmalu rešilo in bom lahko šel na pregled. Tudi drugi pravijo, da težko dihamo, a nočejo iti k zdravniku. Mogoče zato, ker so še mladi. Mislijo: gre, dokler gre, ko ne bo več šlo, bomo šli k zdravniku ... A zagotovo smo vsi za zdravnika. A tudi, če k njemu pridemo, kdo nam bo dovolil na bolniško? Delodajalec že ne, razen če ni zelo hudo. Preden smo začeli delat, so nam rekli, da naj gremo na zdravniški pregled. Tam nam je sestra rekla, da pregled ni potreben, naj samo pokličemo, da nam bo zdravnik napisal ta dokument kar brez pregleda.

So pa tudi druge stvari. Veliko je nesreč pri delu, pa jih nikoli ne prijavijo. Se bojijo, da bi začeli vse bolj nadzirati. Če se kdo ponesreči, mu moramo pomagati mi, sodelavci, pri tem pa ne smemo poklicati policije in zdravniku lagati, da se je sodelavec poškodoval doma.

Ravno včeraj je eden od sodelavcev šel na cisterno, v kateri je bila ena od teh strupenih snovi. Bilo je zelo vroče. Ko je prišel iz kamiona, je omedlel, pri tem se je zelo potolkel po obrazu in po vsem telesu. Ko sem ga odpeljal v Zdravstveni dom Koper, so mu rekli: »Kaj, si se tepel?« On ni razumel, ker je Albanec, z njim pa so ves čas govorili slovensko. Jaz sem jim poskušal razložiti, da je padel pri delu. Sestra je imela stalno neke pripombe: da se mi Južnjaki samo tepemo in izkoriščamo zdravstvo v Sloveniji. Čeprav je imel obvezno zdravstveno zavarovanje, so ga na koncu vseeno zavrnil, ker ni imel osebnega zdravnika, in so naju poslali v bolnico. Ko sva prišla pa tja, pa so nama rekli, da bi ga morali vzeti v zdravstvenem domu. Povedal sem jim, da ga tam niso hoteli sprejeti, a so vztrajali, da ga moram odpeljati v zdravstveni dom. Vrnila sva se tja, kjer ga spet niso hoteli sprejeti. Svetovali so nama, naj greva v en manjši zdravstveni dom izven mesta. Odpeljala sva se tja in po približno dveh urah so ga res obravnavali. Dolgo časa je trajalo, a tam so bili zelo prijazni.



Na osnovi zgodbe razmislite:

Kateri dejavniki po vašem mnenju vplivajo na poslabšanje zdravja delavcev migrantov, ki so omenjeni v pričevanju?

Katere ovire v dostopu do zdravstvenega varstva prepoznate v zgodbi?

Kako v vaši ustanovi premoščate te ovire? Kaj bi lahko na tem področju izboljšali?

2. Kulturni dejavniki

Druga skupina razlogov za zdravstvena tveganja migrantov zadeva kulturne dejavnike. Mnogi priseljenci imajo drugačna prepričanja in prakse o zdravju in zdravljenju, pri čemer prihaja do mnogih kulturnih nesporazumov z zdravstvenimi delavci. Pogosto je zanje velika ovira tudi jezik oziroma odsotnost tolmačev ali medkulturnih mediatorjev v zdravstvenih ustanovah, kar privede do številnih zapletov v zdravstveni oskrbi. K oviram v dostopu do kvalitetne zdravstvene oskrbe dodatno prispeva tudi pomanjkljiva informiranost migrantov o delovanju zdravstvenega sistema v Sloveniji ter dostopnih zdravstvenih storitvah. Številnim namreč primanjkuje (razumljivih) informacij o lokalnih zdravstvenih programih in ustanovah - o tem, kako naj dostopajo do njih, do katerih zdravstvenih storitev so upravičeni in podobno (Bofulin in Bešter 2010; Lipovec Čebren 2010; Farkaš Lainščak in drugi 2015; Farkaš Lainščak 2016).



Oglejte si video gradivo z naslovom Migranti in zdravstvo. Razmislite: Kako v vaši ustanovi poskrbite za premoščanje kulturnih in jezikovnih ovir? Kaj bi na tem področju spremenili?

Sogovornik prihaja iz Sirije, od koder je moral zbežati pred državljansko vojno. Na poti iz Sirije proti Nizozemski se je moral, zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja, ustaviti v Sloveniji, kjer je zaprosil za mednarodno zaščito. Sogovornik je srčni bolnik, ima pa tudi sladkorno bolezen. Kot prosilec za azil v ljubljanskem azilnem domu v obdobju 5 mesecev, ki jih je preživel tam, ni dobil zdravstvene pomoči, niti zdravil. Tudi po tem, ko je dobil status osebe s subsidiarno zaščito, ni prejel ustrezne zdravstvene oskrbe, predvsem zaradi jezikovnih ovir oziroma pomanjkanja tolmača (iz video gradiva Migranti in zdravstvo).

3. Pravni statusi

Tretja skupina dejavnikov, ki pomembno prispevajo k slabšemu zdravju te populacije pa se nanašajo na pravni status migrantov. Vse bolj restriktivni zakoni v Sloveniji (in tudi v drugih evropskih državah) vedno bolj otežujejo pridobivanje in ohranjanje zakonitega statusa migrantov, zaradi česar se število nedokumentiranih migrantov (migrantov brez pravnega statusa) povečuje.

Pri nobenem delu prebivalstva pravni status ne vpliva tako močno na dostop do zdravstvenega zavarovanja kot pri migrantih. Če imajo nekateri od njih zakonsko urejeno pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja (osebe s statusom begunca in osebe s subsidiarno zaščito, zaposleni migranti z dovoljenjem za začasno ali stalno bivanje), pa mnogi drugi v Sloveniji nimajo te pravice (nedokumentirani migranti, prosilci za mednarodno zaščito, osebe z dovoljenjem za začasno zadrževanje, nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), čeprav jim v nekaterih evropskih državah ta pravica pripada.

Migranti se zdijo podobni ekstremnim alpinistom, ko »plezajo« po strmih in prepadnih stenah gore, katere vrh predstavlja status državljanstva ter s tem dostop do vseh pravic. Ob vznožju gore se nahaja množica nedokumentiranih migrantov. Vmes, na posameznih »klinih«, čakajo na vzpon številni, ki prehajajo med različnimi statusi, a ti jim omogočajo le delen dostop do pravic. Živeti na teh »klinih« pomeni živeti v vmesnosti, v stalnem tveganju, da bodo zdrsnili do vznožja, kjer jih čaka nevarnost, da bodo zaprti v centre za tujce, v zapore ter deportirani v državo odhoda. Pravni status migrantov - nivo posameznega »klina« določa dostop do zdravstvenih storitev:

Vznožje gore - nedokumentirani migranti: Običajno so to osebe, ki jim je potekel status, a države niso zapustile ali pa so bile zaprte v Centru za tujce v Postojni, ker so jim prošnjo za mednarodno zaščito zavrnil, a so jih kasneje izpustili iz Centra za tujce na osnovi dovoljenja za začasno zadrževanje. Nekateri nedokumentirani migranti so tudi izbrisani, ki si še niso mogli urediti pravnega statusa, oziroma druge osebe, ki brez pravnega statusa živijo v Sloveniji.

Nedokumentirani migranti nimajo dostopa do zdravstvenega zavarovanja. Edina možnost, da dostopajo do zdravstvene oskrbe je preko pravice do nujnega zdravljenja, a praksa kaže, da so tudi v teh primerih lahko zavrjeni.

Prvi »klin« - prosilci za mednarodno zaščito so v postopku pridobitve mednarodne ali subsidiarne zaščite, običajno so več mesecev nastanjeni v Azilnem domu v Ljubljani.

Prosilci za mednarodno zaščito imajo pravico le do nujnega zdravljenja, obenem pa je v Azilnem domu zaposlena tudi medicinska sestra, ki lahko v določenih primerih omogoči zdravniški pregled (običajno v Zdravstvenem domu Vič), občasno prihaja v Azilni dom tudi zdravnik. V primeru oseb s posebnimi potrebami lahko dodatne zdravstvene pravice odobri posebna komisija.

Drugi »klin« – osebe z začasnim bivanjem so lahko osebe, ki imajo dovoljenje za začasno bivanje na podlagi pogodbe o zaposlitvi ter imajo prijavljeno začasno prebivališče. Na osnovi zaposlenega družinskega člana pridobijo začasno bivanje tudi njegovi ožji družinski člani.

Zaposlenim osebam z začasnim bivanjem pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja plačuje delodajalec (čeprav se marsikdaj zgodi, da mu ga ne plačuje). Osebe, ki imajo začasno bivanje, a niso zaposlene, pa nimajo dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja, tako imajo pravico le do nujnega zdravljenja oziroma do zelo omejenega obsega zdravstvenih storitev, če se zavarujejo preko komercialnega zavarovanja.

Tretji »klin« – osebe s statusom begunca in osebe s subsidiarno zaščito so osebe, ki jim je bila prošnja za mednarodno zaščito odobrena oziroma so dobili subsidiarno zaščito.

Te osebe imajo pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja, v primeru, da niso zaposleni, se jim obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje iz državnega proračuna.

Četrti »klin« – osebe s stalnim bivanjem so glede skoraj vseh pravic, tudi zdravstvenih, v enakem položaju kot državljani Republike Slovenije.

Vrh – osebe z državljanstvom Republike Slovenije

Oviran dostop do nujnega zdravljenja

Za nekatere prej opisane kategorije migrantov, pa tudi za druge skupine prebivalcev, predstavlja edini način, da pridejo do zdravstvene oskrbe, pravica do nujnega zdravljenja.

Kaj obsega nujno zdravljenje?

»Nujno zdravljenje obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega. Nujnost zdravljenja presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija v skladu s splošnim aktom Zavoda« (Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ, 25. člen).

»(2) Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve vključujejo:

- takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, v kolikor je to potrebno,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastrupitev,
- storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama,
- zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz predhodnih alinej,
- pripomočke, potrebne za obravnavo stanj iz predhodnih alinej, in sicer v obsegu, standardih in normativih, kot jih določajo pravila« (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 103. člen).

Kako se financira nujno zdravljenje nezavarovanih oseb?

Za vse osebe, vključno s tujci, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane v drugi državi, zagotavlja Republika Slovenija sredstva za nujno zdravljenje iz proračuna (7. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ).

Čeprav se zdi zakonsko določilo povsem jasno, pa je v praksi dostop do nujnega zdravljenja pogosto otežen. Iz raziskav (Farkaš Lainščak in drugi 2015: 37–38) je očitno, da v nekaterih primerih zdravstveni delavci nezavarovanim osebam zdravljenje odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu da gre za nujno zdravljenje. Ta praksa je opazna pri migrantih, pa tudi pri drugih ranljivih skupinah, ki zaradi različnih ovir (jezikovnih, socialnih, ekonomskih in drugih) ne zmorejo dovolj kredibilno zagovarjati svojih pravic:

»Zgodilo se je že, da je uporabnica dobila račun za preiskavo opravljeno na Infekcijski kliniki za svojega otroka, ki nima slovenskega državljanstva, ker preiskava ni vključena v nujno zdravljenje - so pa hoteli potrditi oziroma ovreči sum na neko bolezen in so sprva rekli, da je nujno« (zaposlena v Varni hiši, Ljubljana).

»Tujke morajo plačati, če nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. S: Tudi porod? MN: Mhm (pritrdi, op. a.). S: To je verjetno kar nek znesek, ne? MN: Ja, to je konkreten znesek. /.../ Pa ni bilo nič, je bil čisto klasičen porod, kaj šele, da se kaj zakomplicira. MN: Ja, prišla je iz ljubljanskega konca in je nekako do tri četrt nosečnosti obiskovala to brezplačno ambulanto. Ko je prišla k nam, bi seveda še mogla nadaljevati, ampak mi smo ji uspeli urediti finance gluh toliko, da je šla potem še enkrat na ta pregled. Tukaj pa ni možno v Celju. Če nimaš urejenega zdravstvenega zavarovanja, nosečnic se vsi otepajo« (Celje, zaposlena, Materinski dom).

Ovire pri dostopu do nujnega zdravljenja

Nujno zdravljenje lahko zdravstveni delavci različno razumejo – širše ali ožje, skladno s tem pa nudijo večji ali manjši dostop do te pravice.

V mnogih zdravstvenih ustanovah je opazen trend, da se nezavarovane osebe, ki iščejo nujno zdravljenje, obravnava kot samoplačnike - tudi takrat, ko gre za evidentne primere nujnega zdravljenja, se poskušajo stroški zdravljenja prenesti na nezavarovano osebo.

Uveden je bil zapleten postopek za izdajo zahtevka za povračilo stroškov nujnega zdravljenja, ki od zaposlenih v zdravstvenih ustanovah zahteva obsežno administrativno delo in pridobivanje različnih dokazil, pri čemer tem pogojem pogosto ni moč zadostiti.

Na lečečega zdravnika se je preložila odgovornost, saj mora s podpisom zagotoviti, da je nujno zdravljenje dejansko potrebno in da bo v nasprotnem primeru izvajalec vrnil neupravičeno pridobljena sredstva.

Nekateri zdravstveni delavci imajo do priseljencev in drugih ranljivih skupin, ki imajo različne ovire (jezikovne, ekonomske, socialne in druge), predsodke, posledično pa jim odrekajo pravico do nujnega zdravljenja (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015).



Oglejte si video gradivo *Intervju z Aleksandrom Dopliharjem, dr. med. in Alenko Ugrin Vatovec, socialno delavko.*

»Nekdo, ki nima zavarovanja, sigurno je nek vzrok, zakaj ga nima. Lahko je višja sila, lahko je slučaj, kakorkoli že, a ostane le tisto končno dejstvo: ko rabi pomoč, nima zavarovanja. Ne moreš ga zato, ker nima zavarovanja ... ga odkloniš, nahruliš, da naj si gre najprej urediti zavarovanje, potem pa naj pride.«

(Citat iz video gradiva *Intervju z Aleksandrom Dopliharjem, dr. med. in Alenko Ugrin Vatovec, socialno delavko.*)

Priporočila:

- Zavedajmo se, da imajo priseljenci različne pravne statute, kar jim lahko onemogoča dostop do zdravstvenega zavarovanja in posledično do zdravstvenih storitev. Na občutljiv način se pri uporabniku pozanimajmo, ali ima težave z dostopom do zdravstvenega zavarovanja ter mu poskušajmo po svojih močeh pomagati.
- Imejmo v mislih, da lahko pri obravnavi oseb iz drugih kulturnih okolij pride do jezikovnih in kulturnih nesporazumov, zato sproti preverjajmo, če smo uporabnika razumeli oziroma je on razumel nas. V primeru, da prihaja do ovir v komunikaciji, poiščimo pomoč tolmača ali medkulturnega mediatorja.
- Zavedajmo se, da so med uporabniki, ki so se priselili v Slovenijo, osebe, ki imajo travmatične izkušnje, zato bodimo na to posebej pozorni in jim zagotovimo ustrezno zdravstveno oskrbo.
- Pri zdravstveni obravnavi delavcev migrantov se pozanimajmo o njihovem delovnem okolju. V primeru delovnih pogojev, ki predstavljajo velika zdravstvena tveganja za delavce, o tveganjih informirajmo delavca in njegovega delodajalca ter situacijo spremljajmo in ukrepajmo po svojih močeh.
- Pozorni bodimo na obravnavo, ki so jo v naši ustanovi deležne osebe brez zdravstvenega zavarovanja. Poskušajmo čimbolj inkluzivno udeležati pravico do nujnega zdravljenja ter s tem zagotoviti, da bodo tudi nezavarovane osebe deležne ustreznega zdravljenja.
- Poskušajmo se izobraževati na področju migracij: spremljajmo migracijske trende, spremembe zakonodaje, spoznajmo skupnosti migrantov v Sloveniji ter njihova prepričanja in prakse na področju zdravja in bolezni.

Uporabljena literatura in viri

Barbieri, Mario. 2008. *Health and Immigration in the Emilia-Romania Region*. Ljubljana, Prispevek na okrogli mizi Zdravje – na begu?.

Bassin Matena, Tjaša Fabjančič, Ana Frlič, Nina Rolc in Izza Verdel. 2002. Medijska toča: analiza medijske konstrukcije prebežništva. V *V zoni prebežništva: antropološke raziskave prebežnikov v Sloveniji*, ur. Uršula Lipovec Čebren. Ljubljana, Zbirka ef, Filozofska fakulteta.

Bofulin, Martina in Romana Bešter. 2010. Enako zdravstvo za vse?: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, ur. Mojca Medvešek in Romana Bešter, 270–311. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.

Boškič, Ružica in Mojca Zajc. 1997. Brezdomstvo. *Teorija in praksa* 34 (2): 241–252.

Brovč, Majda, Janja Ahčin, Marija Šlajpah in Danica Rotar Pavlič. 2009. Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih – kvalitativna raziskava. *Zdravstveno varstvo* 48 (1): 26–32.

Castañeda, Heide. 2008. Perspectives on Gender, Health Care, and Illegal Migration in Germany and the United States. V *Gender and Illegal Migration in Global and Historical Perspective*, Marlou Schrover, ur. Joanne van der Leun, Leo Lucassen in Chris Quispel, 171–188. Amsterdam: IMISCOE / Amsterdam University Press.

Cvetko, Janja. 2013. *Vpliv revščine na zdravje ljudi, ki živijo v domačem okolju*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru.

Dekleva, Bojan in Špela Razpotnik. 2007. *Brezdomstvo v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.

Dekleva, Bojan. 2008. Posebno ogrožene skupine brezdomcev. *Socialna pedagogika* 12 (1): 1–18.

--- 2015a. Kdo so obiskovalci dnevnega centra društva Kralji ulice? *Kralji ulice*, januar 2015 (104): 6.

--- 2015b. Kakšno je zdravstveno stanje obiskovalcev dnevnega centra društva Kralji ulice? *Kralji ulice*, marec 2015 (106): 5.

Doplihar, Aleksander. 2014. *Zdravstvena problematika brezdomnih in zdravstveno nezavarovanih ljudi v Sloveniji*. Neobjavljeno gradivo.

Dremelj, Polona, Simona Smolej, Ružica Boškič, Tamara Narat, Liljana Rihter, Nadja Kovač in Barbara Kobal Tomc. 2013. *Ocena učinkov izvajanja nove socialne zakonodaje, končno poročilo*. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

European Typology of Homelessness and housing exclusion (ETHOS). 2006. Dostopno na: <http://www.feantsa.org/spip.php?article120> (5. 5. 2016).

Farkaš Lainščak, Jerneja, Buzeti, Tatjana, Maučec Zakotnik, Jožica, ur. 2015. *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin: ver. 1*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <http://www.skupajzdravje.si/media/zakljucki.ocene.potreb.uporabnikov.in.izvajalcev.preventivnih.programov.za.odrasle.pdf> (1. 5. 2016).

Farkaš Lainščak, Jerneja, ur. 2016. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Glasser, Rene in Rae Bridgman. 2004. Homelessness. V *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Culture*, ur. Carol R. Ember in Melvin Ember, 170–177. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Höfler, Klavdija in Štefan Bojnec. 2013. Kvalitativna analiza vzrokov in posledic brezdomstva. *Socialno delo* 52 (4): 261–272.

Hwang, S. W. 2000. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *Journal of the American Medical Association* 83 (16): 2152–2157.

Koordinacijska skupina za področje brezdomstva v Sloveniji. 2014. Izjava za javnost. 1. brezdomski kongres, Piran, 6. 3. 2014.

Kralji Ulice. Definicije. Dostopno na: <http://www.kraljiulice.org/brezdomstvo/definicije/> (20. 1. 2016).

Krek, Milan. 2010. *Ko si na dnu*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper.

Lipovec Čebtron, Uršula. 2010. Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 51–87. Koper: Založba Annales.

Lipovec Čebtron, Uršula, Sara Pistotnik in Marjeta Svetel. 2015. »Ranljive« skupine: ovire v dostopu do zdravstvenega sistema in v njem. Neobjavljeno gradivo. Ljubljana: NIJZ.

Leskošek, Vesna, Simona Smolej, Liljana Rihter, Ružica Boškič, Barbara Kresal in Maja Breznik. 2013. *Revščina zaposlenih*. Ljubljana: Sophia.

Mladovsky, Philipa. 2007. Migrant health in the EU. *Eurohealth* 13(1): 9–13.

Nacionalno socialno poročilo (30. 6. 2013–1. 7. 2014). 2014. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Nolimal, Dušan. 2010. Socialna vključenost in zdravje: brezdomci in pomen dispanzerske metode dela v zdravstvu. V *Konferenca o socialni izključenosti, revščini in brezdomstvu: razvoj predloga nacionalne strategije na področju brezdomstva*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani in Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice.

Notar, Uroš. 2004. *Razmišljanja o revščini: še posebno o tisti v Sloveniji*. Domžale: Društvo Prokonto.

Pirnat, Tanja. 2015. *Portret revščine v Sloveniji: Slovenci smo revni vse bolj in vse dlje*. Dostopno na: <https://podcrto.si/portret-revschine-v-sloveniji-slovenci-smo-revni-vse-bolj-in-vse-dlje/> (2. 5. 2016).

Pistotnik, Sara in Uršula Lipovec Čebtron. 2015. *Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva za odrinjene skupine*. Neobjavljeno poročilo projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562> (3. 5. 2016).

Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS 22/2009.

Razpotnik, Špela in Bojan Dekleva. 2009. *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

Statistični urad RS (SURS). 2014. *Kazalniki dohodka in revščine, Slovenija, 2013 – končni podatki*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?ldNovice=6490> (5. 5. 2016).

Statistični urad RS (SURS). 2015. *Kazalniki dohodka in revščine, Slovenija, 2014*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5426&idp=10&headerbar=8> (2. 5. 2016).

Stoyanova, Alexandrina in Philipa Mladovsky. 2007. Migrant health policies in Spain. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of European Observatory on Health Systems and Policies* 9 (4): 7–8.

Vidmar Horvat, Ksenija, Damjan Mandelc, Ana Ješe, Tjaša Učakar, Irena Ograjenšek, Lejla Perviz in Ivo Lavračin. 2012. *Socialni položaj samozaposlenih v kulturi in predlogi za njegovo izboljšanje s poudarkom na temi preživetvene strategije na področju vizualnih umetnosti*. Končno poročilo raziskovalnega projekta. Ljubljana.

Zakon o prijavi prebivališča (ZPPreb). Uradni list 59/2006.

Zakon o splošnem upravnem postopku (ZUP). Uradni list 24/2006.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre-C). Uradni list RS 99/2013.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS-C). Uradni list RS 99/2013.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (4. 5. 2016).

Zaviršek, Darja. 2015. Študentke in študenti socialnega dela 60 let po nastanku šole za socialne delavce: intersekcijaska perspektiva revščine in spola. *Socialno delo* 54 (3/4): 153–167.

Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. 2016. *Gibanje registrirane brezposelnosti po mesecih, 2008–2016*. Dostopno na: http://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah (1. 5. 2016).

KOMUNICIRANJE



KOMUNICIRANJE

Martina Bofulin, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebren, Juš Škraban

Oseba, ki išče zdravstveno pomoč, vstopa v zapleten medosebni odnos, ki ga med drugim označuje določena mera hierarhičnosti (zdravnik kot nadrejeni v odnosu), pogosta neprostopoljnost (v komunikacijo smo zaradi bolezni prisiljeni) in čustvena obremenjenost (življenjsko pomembni dogodki) (Bofulin in Bešter, 2010: 282).

Ker je posvet med zdravstvenim delavcem in uporabnikom še vedno osnova za izmenjavo informacij in posledično za diagnostiko ter zdravljenje, (ne)uspešnost njune komunikacije vpliva na:

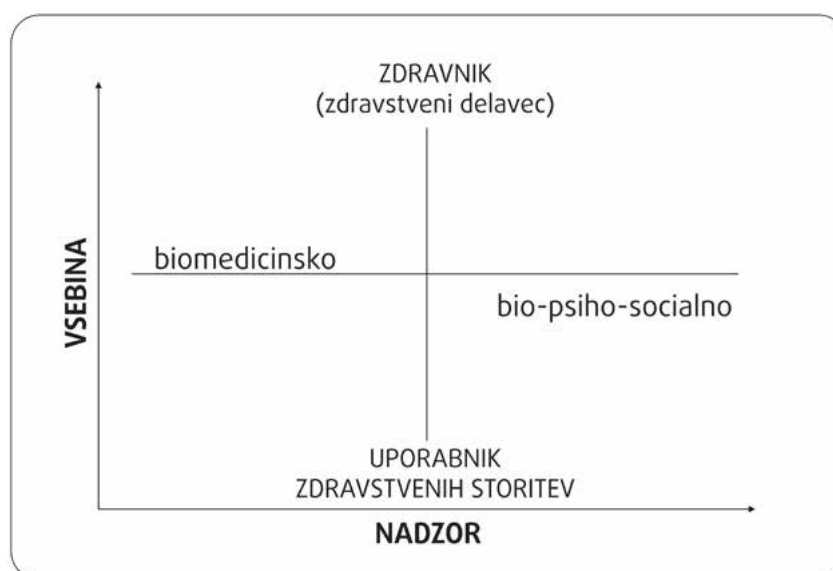
- prisotnost zdravniških napak,
- učinkovitost zdravstvene oskrbe (manj obiskov pri zdravniku, manj podvajanja preiskav, krajše ležalne dobe),
- zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo,
- na uporabnikovo razumevanje lastnega zdravstvenega stanja, soočanja z boleznijo in upoštevanja zdravnikovih navodil (Roter in drugi 1987),
- zadovoljstvo zaposlenih.

VLOGA KULTURNIH KOMPETENC PRI KOMUNIKACIJI MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI IN UPORABNIKI

Komuniciranje in kultura sta najtesneje povezana – komuniciranje je način, kako se kultura prenaša in ohranja. Zato se razlike v kulturi in kulturna (ne)kompetentnost najbolj odraža prav na področju komuniciranja med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev.

Z dokazi podprto uradno-medicinsko znanje in smernice ter na uporabnika osredotočena bio-psiho-socialna zdravstvena obravnava sta dva koncepta, ki imata isti cilj – obvladovanje bolezni in izboljšanje zdravja uporabnika – a se v nekaterih ozirih zelo močno razlikujeta oziroma celo razhajata. Predvsem to velja za dve področji stikov med zdravstvenim osebjem in uporabniki: za vsebino teh stikov (kaj bo sploh obravnavano) in za moč odločanja glede ukrepov.

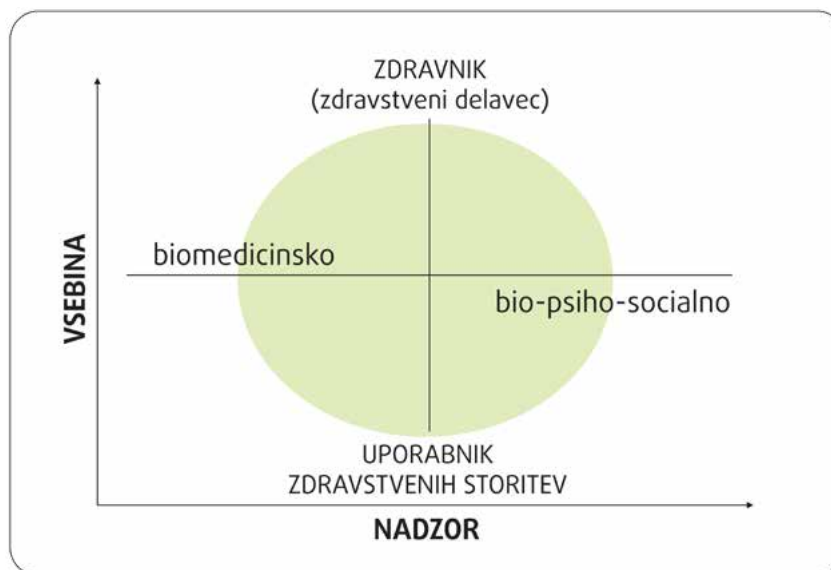
Zdravje, kot ga opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija, obsega mnogo več, kot le odsotnost bolezni. Zgolj uradno-medicinsko opredeljevanje bolezni ne zajame vseh težav, ki jih zajema »slabo počutje« in lahko bistveno vplivajo tudi na potek zdravljenja; predpisovanje ukrepov le na podlagi medicinskih strokovnih smernic je lahko neuspešno, če se jih iz različnih razlogov človek, ki so mu ti ukrepi namenjeni, ne drži ali celo ravna v nasprotju z njimi.



Slika: Marjeta Keršič Svetel, NIJZ

Pristop uradne medicine v preteklosti, ko je imel vso moč odločanja le zdravstveni delavec, ki je bil povsem osredotočen le na bolezen, od uporabnika pa je predvsem pričakoval, da poslušno sledi njegovim navodilom, ni pravi odgovor na sodobne zdravstvene izzive. Prav tako neustrezno bi bilo, če bi uporabniki zdravstvenih storitev kot potrošniki, ki za storitve plačujejo, v celoti diktirali vsebino obravnav. To sta dve skrajnosti, ki sta seveda obe neustrezni.

Celostna obravnava opolnomočenega človeka, ki skupaj z zdravnikom oziroma zdravstvenim delavcem dogovorno, aktivno in odgovorno sodeluje pri skrbi za svoje zdravje, je pomemben korak k sodobni, demokratični, na človekovih pravicah in odgovornosti sloneči kakovostni in učinkoviti zdravstveni oskrbi. Samo s takim pristopom je mogoče zagotoviti, da bo vsak posameznik deležen zdravstvene oskrbe, ki najbolj ustreza dejanskim potrebam (Bensing 2000).



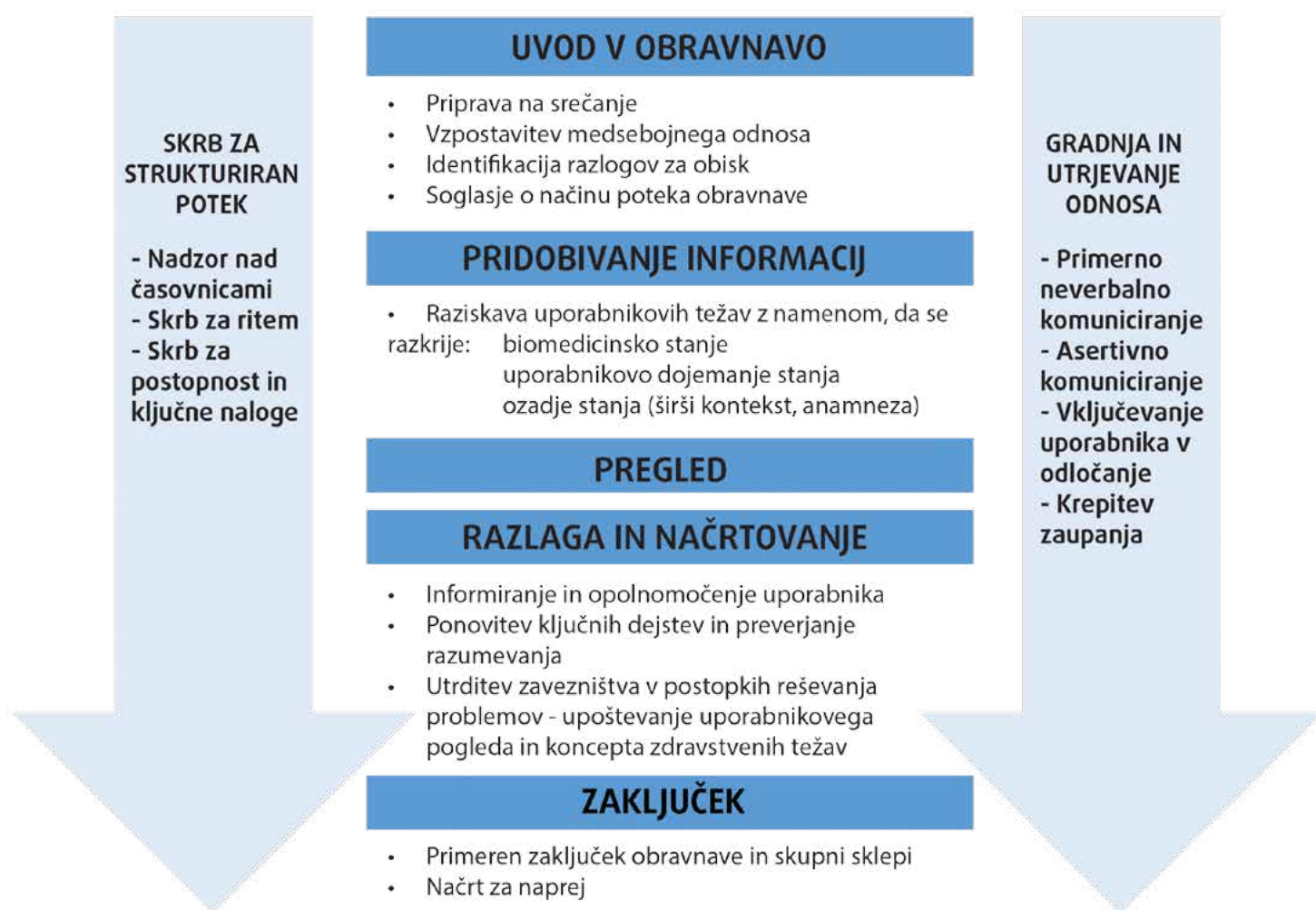
Vprašanje razmerja moči v procesu zdravljenja, v katerem sodeluje uporabnik zdravstvenih storitev, zdravstveno osebje in tudi širša skupnost, je del kulturnega konteksta. V nekaterih kulturnih okoljih je avtoritarna drža zdravnika pričakovana – če jo opusti, tvega, da bo izgubil uporabnikovo zaupanje. V drugačnem kulturnem okolju pa bi tako avtoritarno držo šteli za podcenjevanje ali celo žaljiv odnos do uporabnika. Razumevanje kulturnih razlik na področju komuniciranja v zdravstvu je zelo velikega pomena, kulturni nesporazumi pa so najbolj pogosti prav na področju komuniciranja.

Kulturne kompetence in veščine kliničnega komuniciranja omogočajo, da je komunikacijski proces uspešen ne glede na morebitne kulturne, jezikovne in družbene razlike in vodi h kakovostnemu informiranju, opolnomočenju in sodelovanju.

Zdravstveni delavci se pri stikih z uporabniki zdravstvenih storitev povsod po svetu srečujejo z zmeraj večjo časovno stisko in hkrati tudi z vse bolj kompleksnimi nalogami. V kratkem času mora zdravstveni delavec spoznati uporabnika, vzpostaviti medoseben odnos sodelovanja in medsebojnega spoštovanja (nemalokrat s popolnim neznancem), pridobiti vse podatke, ki so pomembni za klinične odločitve, ugotoviti, kakšni so uporabnikovi pogledi in predstave o položaju, narediti načrt ukrepanja, ga razložiti uporabniku, preveriti razumevanje in strinjanje z načrtom. Vse to so zahtevne komunikacijske naloge. Nemogoče jih je kakovostno izpolniti, sploh pa ne v kratkem času, ki je navadno na voljo, če pogovor ni načrtno voden in strukturirano usmerjan.

- **Calgary-Cambridge model kliničnega komuniciranja**

Na področju kliničnega komuniciranja med zdravstvenimi delavci in uporabniki obstaja cela vrsta modelov strukturiranega pogovora. Trenutno je v tako imenovanih zahodnih državah najbolj uveljavljen Calgary-Cambridge model kliničnega komuniciranja, ki izrecno poudarja in omogoča osredotočenost na uporabnika, kulturno kompetentno obravnavo, partnerski odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev in opolnomočenje uporabnika ne glede na morebitne kulturne razlike (Silverman, Kurtz in drugi, 1998, 2003, 2005). Model je bil izoblikovan v sodelovanju medicinskih fakultet iz Anglije in Kanade, kjer je kulturna pestrost velika, prav tako kulturne razlike.



Slika: Model kliničnega razgovora po metodi Calgary-Cambridge. Tako rekoč vsi elementi so povezani s kulturnimi kompetencami.

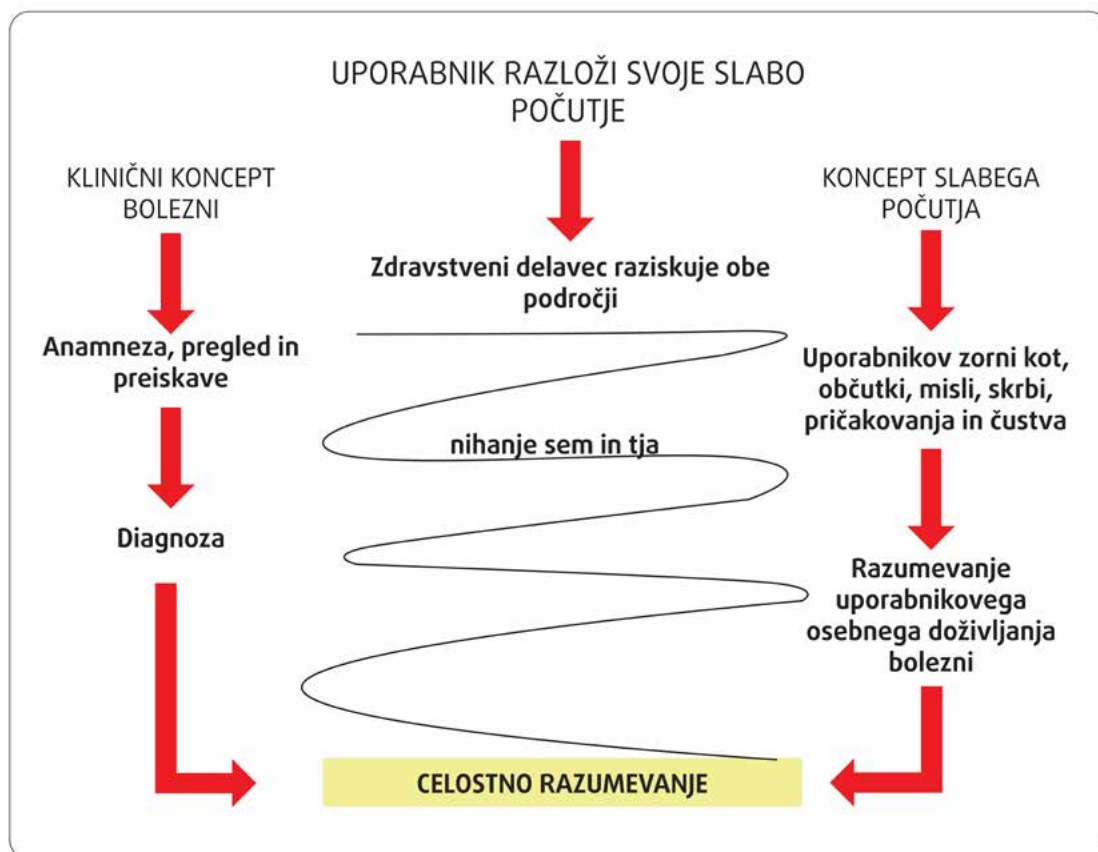
Asertivno vedenje in komuniciranje

Asertivnost je vzorec vedenja, ki zajema poznavanje in spoštovanje sebe in hkrati spoštovanje drugih. Je sposobnost odkritega izražanja lastnega mnenja, prepričanj, pravic, potreb ali čustev, pri čemer hkrati enakopravno upoštevamo našega sogovornika. V asertivni komunikaciji se kaže medosebno spoštovanje do drugih in do sebe. Asertivno komuniciranje ni niti agresivno niti pasivno – pomeni dopuščanje različnih mnenj in razpravo o njih na podlagi dejstev in argumentov, ne pa pozicije moči.

Številne raziskave so pokazale, da je asertivnost temelj za zagotavljanje varnosti uporabnikov zdravstvenih storitev, pri čemer je nujno zagotoviti tako organizacijsko kulturo v zdravstvu, ki ne le dopušča, ampak aktivno spodbuja asertivno komuniciranje med zdravstvenimi delavci samimi (tudi med različnimi nivoji hierarhije znotraj zdravstva) in z uporabniki.

Zbliževanje dveh svetov

Calgary-Cambridge model kliničnega komuniciranja izrecno poudarja pomen kulturnih kompetenc in nujnost upoštevanja uporabnikovih pogledov na položaj, uporabnikovega družbenega in kulturnega okolja pa tudi nenehno nujnost po posredovanju med uradno-medicinskim in uporabnikovim pogledom na zdravje in bolezen, postopke zdravljenja, potrebne ukrepe in pričakovano ravnanje (Kurtz in drugi 2003).



Povzeto po Kurtz in drugi 2013.

Kakor mnoge stroke ima tudi uradna medicina svoj strokovni žargon, ki je za vsakogar brez medicinske izobrazbe zelo skrivnosten in nerazumljiv. Poleg tega pa se pogled uradne medicine na zdravje in bolezen praviloma razlikuje od uporabnikovega pogleda (razlagalnega modela) – v vseh kulturnih okoljih.

Ena od pomembnih kulturnih kompetenc in komunikacijskih veščin je sposobnost zdravstvenih delavcev, da razumejo uporabnikov pogled in da poglede in jezik svoje stroke uspešno »prevajajo« v sporočila, ki so razumljiva in sprejemljiva za vse uporabnike zdravstvenih storitev.

Tabela 8: Razlike med konceptom slabega počutja in konceptom bolezenskega stanja

Koncept slabega počutja Uporabnik zdravstvenih storitev	Koncept bolezenskega stanja Zdravstveni delavec
Subjektivna ocena lastnega počutja na podlagi osebne izkušnje.	Ocena stanja na podlagi podatkov uradne medicine.
Mnenje oblikuje na podlagi svoje izkušnje in mnenja bližnje okolice.	Opremljuje se glede na strokovnjakovo znanje na področju uradne medicine.
Bolezen kot družbeni in kulturni konstrukt, pogosto z vrednostnim in moralnim predznakom.	Bolezen kot patološko stanje, ki deluje na organe in telo kot fizični sistem.
Pripovedno opisovanje izkušenj, občutkov, tega, kar se dogaja in odstopa od vsakdanjega, v obliki zgodb.	Potreba po podatkih, odločanje na podlagi podatkov in trdnih dokazov.
Malo ali nič znanja na področju uradne medicine.	Globoko razumevanje kompleksnih medicinskih procesov, klinične izkušnje, znanstveni članki in z dokazi podprte doktrine.
Odločanje »po zdravi pameti«.	Diagnoza in odločitve na podlagi kliničnih podatkov, z dokazi podprtih smernic in strokovnih priporočil.

Povzeto po Boyd 2000; Silverman in drugi 2004.

Najpomembnejša vprašanja, ki pomagajo razumeti uporabnikove predstave o zdravstvenem stanju, težavah, njihovem vzroku in pričakovanih rešitvah (Kleinman 1988) so naslednja:

Kaj je po vašem mnenju povzročilo težave?

Kdaj so se težave začele – in zakaj mislite, da so se začele takrat?

Kaj se vam dogaja?

Kakšne težave vam to povzroča? Kako resne so te težave?

Kaj menite, da je vzrok za to, kar se vam dogaja?

Kako hude so vaše težave?

Ali menite, da gre za kratkotrajno težavo – ali menite, da gre za trajne težave?

Kakšno zdravljenje pričakujete?

Kakšne rezultate zdravljenja pričakujete?

Kaj vas najbolj skrbi? Česa se najbolj bojite?

Zelo pomembno je razumeti, da je zgodba temeljni način, kako si ljudje razlagamo svet in vse, kar se nam zgodi. Zato je treba prisluhniti zgodbam o tem, kaj doživljajo uporabniki, pa čeprav se včasih zdravstvenim delavcem/medicinskim strokovnjakom zdi, da bodo za to porabili preveč časa in jih zanimajo predvsem goli podatki.

Najbolj pogoste napake in kulturni nesporazumi pri komuniciranju v zdravstvenih okoljih, ki lahko povzročijo težave zaradi kulturnih razlik, se pojavljajo na naslednjih področjih medsebojnih stikov:

- Jezik pogovora ni tak, da bi ga povsem enoznačno razumeli vsi sodelujoči: ni nujno, da gre za različne jezike, zelo resen problem so lahko tudi žargoni in narečja (na primer slovenski jezik je izjemno bogat z narečji – lahko se zgodi, da se prebivalci različnih predelov Slovenije težje razumejo med seboj). Na jezikovne nesporazume lahko vplivajo slovnična struktura, besednjak, melodija glasu, intonacija, ritem, hitrost govora, poudarki in premori. Posebno pomembno je upoštevati kulturne razlike pri pomenu tišine.

-
- Uporaba strokovnega medicinskega žargona: medicinsko izobraženi ljudje se pogosto ne zavedajo, da medicinski žargon razumejo le redki uporabniki.
 - Metafore, rekla in šale so zelo močno kulturno pogojeni: možnosti za nesporazume so na tem področju zelo velike. Kar se enim zdi smešno, je lahko za druge zelo žaljivo (na primer naslavljanje uporabnika: uporaba lastnega imena namesto priimka, vikanje in druge oblike izražanja spoštovanja).
 - Pogovor o osebnih zadevah v ali brez prisotnosti drugih ljudi.
 - Uporaba digitalnega (podatkovnega) ali analognega (narativnega, metaforičnega) načina sporočanja.
 - Razmerje med neposredno izraženo vsebino in posredno izraženo vsebino sporočila (še posebno so te razlike očitne pri sporočanju slabih novic, v kriznem komuniciranju in pri pogovorih o »kočljivih« temah).
 - Stiki med različnimi starostnimi skupinami in med spoloma (vloge starostnih skupin in spolov so v različnih kulturah lahko zelo različne; prav tako je zelo različno, kaj je sprejemljivo, dopustno ali spoštljivo oziroma nespoštljivo pri stikih med različnimi starostnimi skupinami in med spoloma).
 - Nerazumevanje pomena, ki ga imajo meje telesa (vstopanje v osebni prostor), prav tako pa zahteva po razgaljanju nekaterih telesnih delov (podplati, zatilje, gola nepokrita glava, intimni predeli telesa) ter dotikanje (pri čemer je posebno občutljivo vprašanje dotikanje otrok).
 - Odvzem vzorcev tkiv.
 - Opustitev uvodne predstavitve, seznanjanja, vljudnostnih fraz na začetku pogovora (»kar naravnost k stvari« pristop k morda kočljivim zdravstvenim težavam).
 - Načini, kako izreči opravičilo, če je to potrebno (ne da bi zrušili zaupanje in avtoriteto); kako izraziti nestrinjanje; kako izraziti nerazumevanje; kako zaprositi ali sprejemati pomoč; kako dajati ali sprejemati navodila; izražanje nelagodja in bolečine.
 - Drža pri sedenju; očesni stik.
 - Geste: zlasti velike so kulturne razlike v pomenih kretenj z rokami in z glavo.



Ta gesta ima zelo različne pomene: je navijaški znak ekipe ameriškega nogometa (ki tekmuje pod okriljem University of Texas), znan kot »Teksaški rogovi«; v kulturnih krogih metala je gesta splošno znana kot »vražje znamenje« (prvič ga je uporabil pevec ansambla Black Sabbath); v nekaterih sredozemskih deželah s to gesto odganjajo »zli pogled« in uroke, spet drugod pomeni klicanje hudiča ali pa kretnjo, s katero je mogoče ljudi uročiti in z njo čarati.

V organizaciji NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) so oblikovali tri »diagnoze«, ki opredeljujejo vrzeli v medkulturni zdravstveni oskrbi in se lahko pojavijo v kateremkoli okolju:

- Okrnjena zmožnost verbalnega komuniciranja: ni kulturno zaznamovana in zajema različne razloge, zakaj je verbalno sporazumevanje okrnjeno. Ne gre le za različne jezike, lahko gre za okvaro govornih organov, zaobljubo molku ali druge razloge.
- Družbena izoliranost.
- Nesodelovanje v situacijah, kjer je kulturni kontekst drugačen od lastnega (Giger 2013: 4).

Primer: Uporabnik v bolnišnici je dosegel, da so mu dovolili poklicati razširjeno družino in šamana, da bi izvedli obred, za katerega uporabnik verjame, da bo bistveno prispeval k zdravljenju zelo resne bolezni. Uporabnik izrazi željo, da bi v obredu sodelovali tudi zdravniki in sestre, ki se ukvarjajo z njim. Nekateri so se odzvali, drugi ne.

Diskusija: Na uporabnikovo željo, da bi pri obredu sodelovalo tudi zdravstveno osebje, so se zdravstveni delavci različno odzvali – nekateri so sodelovanje zavrnil, saj je šlo za dogajanje, ki je bilo njihovi kulturi preveč tuje.

Pri vseh treh omenjenih področjih je treba imeti pred očmi, da ne gre za okrnjene sposobnosti uporabnika zdravstvenih storitev, ampak za okrnjene sposobnosti obeh sodelujočih v komuniciranju, zdravstvenega delavca in uporabnika. Če se ne moreta pogovarjati v skupnem jeziku, imata težavo oba. Če obstajajo tako velike kulturne razlike, da eden ali drugi čuti željo, da bi se umaknil iz položaja, ki mu je neznan, tuj, neprijeten, imata težavo prav tako oba. Isto velja, če je eden od njiju zaradi družbene izključenosti iz okolja, v katerem se je znašel, v nelagodnem položaju. Sploh ni nujno, da izključenost občuti le uporabnik – prav lahko se zgodi, da se v nekem kulturnem okolju povsem izključenega počuti zdravstveni delavec.

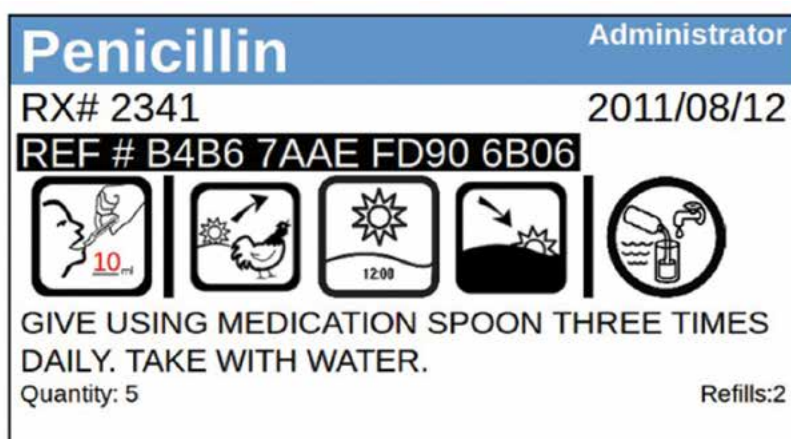
Najbolj očitne kulturne razlike nastopijo, kadar gre za uporabo različnih jezikov in težave v sporazumevanju zaradi pomanjkanja jezikovnih kompetenc, kar povzroči skrajno okrnjene možnosti besednega (verbalnega) komuniciranja. Ena od pomembnih kompetenc za delo v zdravstvu je tudi usposobljenost za komuniciranje z ljudmi, s katerimi ne delimo skupnega jezika (Giger 2013: 20). V takih primerih je seveda čim prej treba vključiti usposobljenega tolmača ali medkulturnega mediatorja. Vendar pa tega ni mogoče vselej zagotoviti takoj. Zlasti pereč je problem v urgentnih situacijah in v primerih, ko gre za posameznika, katerega jezik sporazumevanja je manj pogost. Kljub okrnjenim možnostim besednega sporazumevanja je vendarle treba z njim navezati najnujnejši stik.

Nebesedno komuniciranje

Če ne moremo besedno izraziti, kar bi radi, ali če ne razumemo, kar bi nam drugi radi povedali, je to zelo zastrašujoče. Še posebno, če se to dogaja v zdravstvenem okolju. Upoštevajmo, da prestrašeni ljudje zaradi svojega obrambnega vedenja pogosto delujejo agresivno, ker jih je strah.

Kljub skrajno neugodnim okoliščinam je v takem položaju vendarle treba vzpostaviti komunikacijo z uporabniki zdravstvene storitve, še preden zagotovimo ustreznega tolmača ali medkulturnega mediatorja. To ne velja le v urgentnih situacijah, ampak vedno – uporabnika zdravstvenih storitev, ki ne zna jezika, je treba pomiriti, pokazati, da nam je mar, po možnosti ugotoviti, kako lahko pomagamo in kaj lahko storimo za njegovo ali njeno dobrobit.

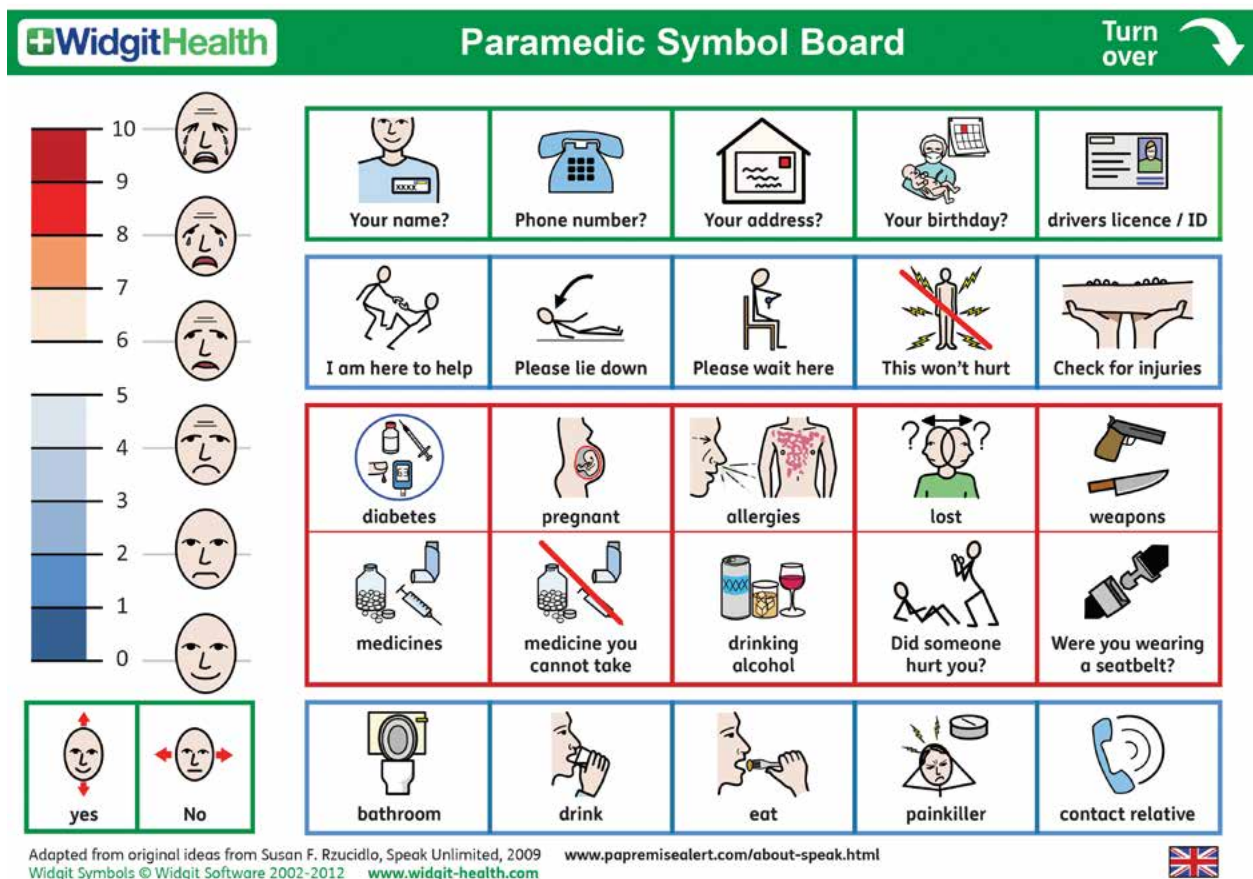
Za nebesedno komuniciranje je na voljo precej pripomočkov, ki olajšajo najnujnejše sporazumevanje, kadar uporabnik ne more besedno izraziti svojih potreb – na primer slikovne tablice, kartice, plakati s simboli in emblemi. Veliko lahko izrazimo tudi s kretnjami in govorico telesa, pri čemer pa je treba biti zelo pozoren in paziti na kulturno pogojene pomene. Opazujmo, kakšni so odzivi na naše poskuse komuniciranja in se prilagajamo uporabniku.



Slikovna navodila za jemanje zdravil za uporabnika, ki slabo obvlada angleški jezik. Vir: FIP – International Pharmaceutical Federation.

Nebesedna komunikacija zajema:

- dotik,
- mimiko obraza,
- očesni stik,
- govorico telesa,
- uporabo osebnega prostora,
- uporabo neverbalnih, zlasti slikovnih, znakov in simbolov (na primer slik, ki so lahko osnova za sporazumevanje v bolnišničnem okolju).



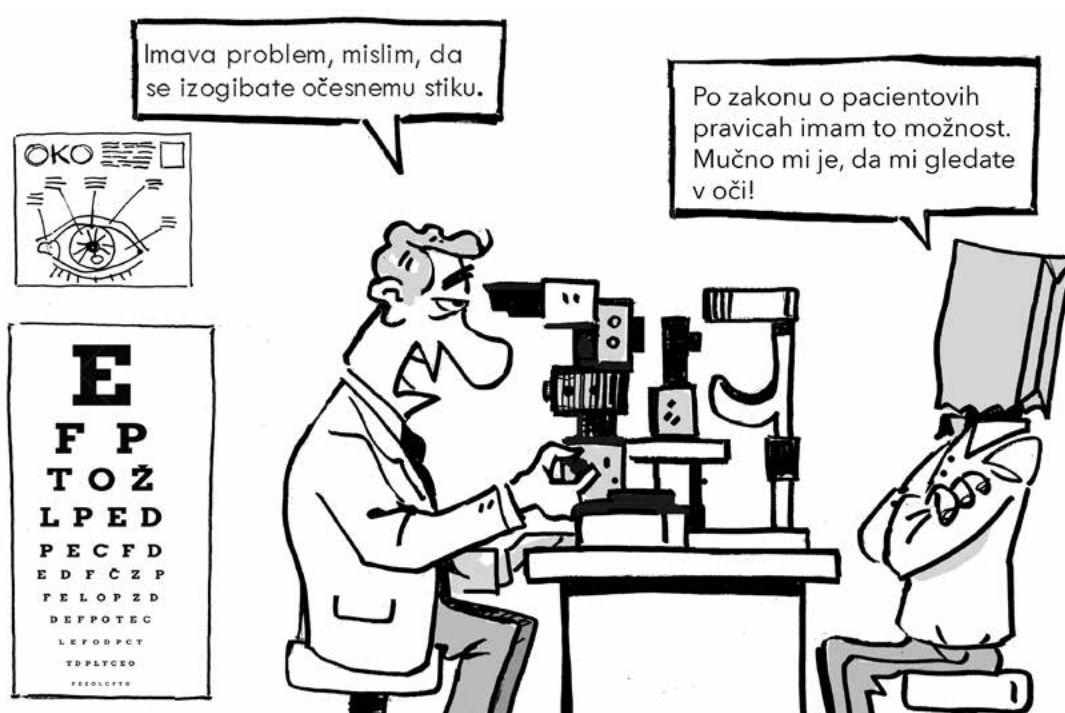
Pripomoček za nebesedno komuniciranje, ki ga uporabljajo britanski reševalci. Vir: Widgit Health 2012.

Vse naštetu je močno kulturno zaznamovano in pravilno medsebojno razumevanje je zelo odvisno od razumevanja, kaj posamezni elementi neverbalnega komuniciranja pomenijo v posameznih kulturnih okoljih.

- **Dotik** ima zelo pomembno vlogo v komuniciranju med ljudmi. Lahko ustvari medsebojne vezi, izraža potrditev besednih izjav, tolaži, odpravi občutek osamljenosti, izrazi medsebojno naklonjenost in toplino, utrdi samopodobo. Toda dotik lahko izraža tudi nezadovoljstvo, jezo, agresivnost, lahko pomeni kazen, vdor v zasebnost, napad na telesno nedotakljivost, lahko izraža hierarhijo, obvladovanje, premoč ali podreitev. Z dotikom lahko dosežemo marsikaj, lahko pa zagrešimo tudi hude napake. Zlato pravilo je, da za dotikanje pridobimo predhodno soglasje (Giger 2013: 27).
- **Mimika obraza** je posebno pri izražanju osnovnih čustev (jeza, strah, presenečenje, gnus, žalost, sreča) in bolečine deloma univerzalna, deloma pa kulturno pogojena. Umirjen nasmeh, ki izraža prijateljstvo, podporo, naklonjenost, razumejo vsi, tudi dojenčki. Mnogi pomeni mimike obraza pa so popolnoma kulturno pogojeni. Poleg tega vsako kulturno okolje na svoj način določa, kaj je primerno izraziti, kdaj in

kako. Mnogi raziskovalci bolečine se na primer strinjajo, da je univerzalna obrazna mimika, ki izraža bolečino (stisnjene obrvi, priprte ali stisnjene oči, stisnjeni zobje) posledica nenamernih, biološko pogojenih odzivov na bolečino. Izrazi bolečine, ki so prednostno namenjeni komuniciranju bolečine (izražanju bolečine, sporočanje drugim o svoji bolečini) pa so izrazito kulturno pogojeni (na primer stokanje, jok in drugo).

- **Očesni stik** ima v različnih kulturah zelo različne pomene. Nasploh večina kultur pripisuje velik pomen pogledu in zato obstajajo zelo različna pravila ne le glede očesnega stika, ampak tudi glede tega, kaj in koliko časa je primerno kaj gledati.



Očesni stik v zahodnih družbah razumemo pozitivno. Navadno to pomeni, da nas oseba posluša in sodeluje z nami. Odmikanje pogleda interpretiramo kot prikrivanje, laganje, pomanjkanje pozornosti ali kot znak depresije. Takšno dožemanje očesnega stika ni univerzalno.

Neposreden očesni stik lahko določene kulturne skupine ali osebe interpretirajo kot napadalen, sovražen, neugoden ali vsaj nevljuden. Nasprotno pa je izogibanje očesnemu stiku lahko znak spoštovanja. To spoštovanje se izkazuje, kadar oseba komunicira z nekom, ki ima višjo izobrazbo ali družbeni status, v kar se navadno prišteva tudi zdravstvene delavce. Izogibanje očesnemu stiku lahko pomeni tudi izogibanje konfliktu, če se bolnik ne strinja z diagnozo ali načinom zdravljenja.

Ko opazite, da se oseba izogiba očesnemu stiku, imejte v mislih, da to morda ne pomeni nevljudnosti ali nezainteresiranosti. Velikokrat je ravno nasprotno, saj s tem izrazi spoštovanje ali občutek podrejenosti.

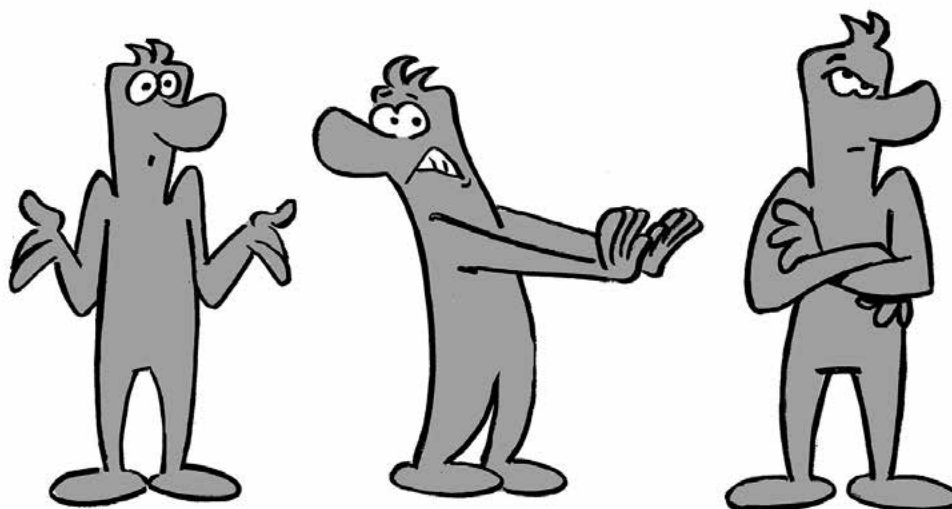
Pri stikih s slepimi osebami je treba upoštevati, da je prav odsotnost očesnega stika posebnost komuniciranja z njimi. Slepí so v pogovoru predvsem odvisni od sluha, zato se pogosto obrnejo tako, da čim boljše slišijo – ravno s tem izražajo svojo pozornost, kar pa sogovornika lahko zbega.

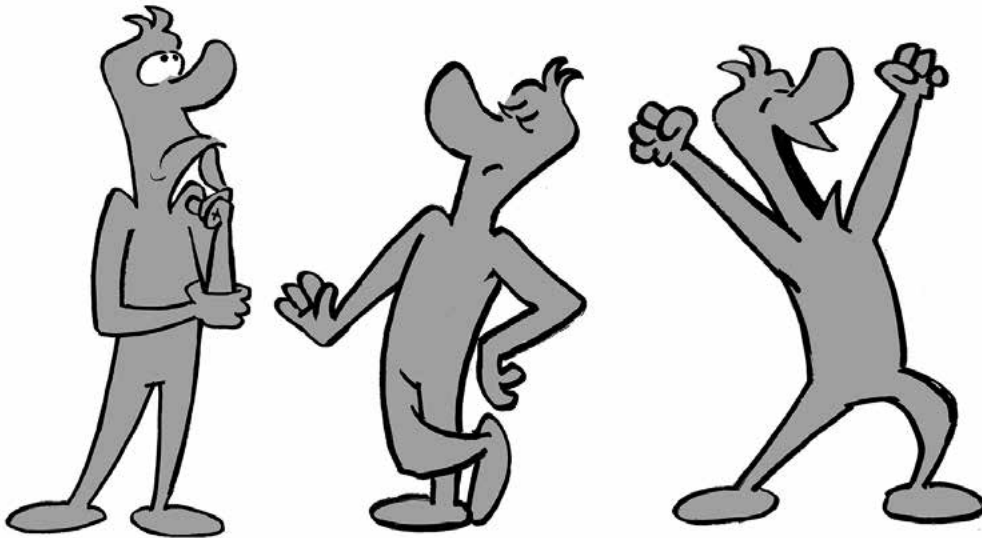
- **Kretnje:** podobno kot dotik in očesni stik, veliko kulturnih nesporazumov lahko povzročijo tudi kretnje in položaj rok. Govorica rok sodi med najbolj učinkovite načine neverbalnega sporazumevanja, ki je lahko učinkovito celo, kadar udeleženci v pogovoru ne znajo skupnega verbalnega jezika. Zelo pa je treba paziti, da pri tem ne uporabljamo kulturno zaznamovanih kretenj.



Poskusite se spomniti, kdaj vam je bilo neugodno zaradi uporabnikove drugačne govorice telesa (na primer izmikavanja očesnemu stiku ali dotiku). Kako ste se počutili ob tem? Kakšna je bila vaša reakcija?

- **Govorica telesa:** je najstarejša človekova govorica in je bila tisočletja najpomembnejši način komuniciranja med ljudmi. Govorico telesa poznajo tudi živalske vrste, ne le ljudje – kar prav dobro vedo lastniki domačih živali. Še danes je govorica telesa zelo pomemben del sporazumevanja med ljudmi in pomemben del nebesedne komunikacije. Pomembno pa je vedeti, da je govorica telesa kulturno pogojena, zato se od skupine do skupine zelo spreminja. Gesta, ki nekje velja za izraz prijaznosti, je lahko drugje sprejeta kot žaljivka.





Izražanje spoštovanja

Za vzpostavitev in utrjevanje kakovostnega terapevtskega odnosa je izjemnega pomena medsebojno spoštovanje. Kulturno kompetentna zdravstvena oskrba temelji na sposobnosti zdravstvenih delavcev, da izražajo spoštovanje do uporabnika na način, ki je primeren osebnosti in kulturnemu okolju, iz katerega posameznik izhaja. Pri tem je zlasti pomembno jasno pokazati, da se posamezniku zares posvečamo, da je slišan, da nam je mar zanj. To pomeni aktivno in reflektivno poslušanje in kulturno primerno izražanje empatije. Toda kako oceniti, kaj je kulturno primerno? Predvsem tako, da zelo pozorno opazujemo odzive na svoja dejanja in z vso občutljivostjo upoštevamo negativne odzive, umikanje, morebitno obrambno vedenje, strah in podobne negativne pojave. Komuniciranje med osebami iz različnih kulturnih okolij terja potrpežljivost in dovolj časa. Čas, ki ga vložimo v gradnjo kakovostnega odnosa in uspešno komunikacijo, nikakor ni izgubljen – ravno nasprotno.

Nikoli se ne pretvarjajmo, da smo razumeli sogovornika, če nismo res popolnoma prepričani o tem. Slej ko prej bo nerazumevanje prišlo na dan in to bo vzbudilo občutek nezaupanja in občutek, da uporabnikov zorni kot za zdravstvenega delavca v resnici sploh ni pomemben – to pa je za partnerski odnos pri prizadevanju za zdravje zelo slabo.

Pomembno je tudi sprotno preverjanje, kako je uporabnik razumel nas. Tega seveda ne naredimo z vprašanjem: »Ali ste me razumeli?« Velika večina vljudnih ljudi na tako vprašanje pač odgovori pritrdilno, ne glede na to, da imajo še kopico vprašanj ali pa celo sploh niso razumeli.



Zelo pomembno je spoznati, kako sami komuniciramo. Pri naslednjih vprašanjih označite odgovor, za katerega menite, da najbolje opisuje vaš vsakdanji način komuniciranja. Isti vprašalnik dajte še svojim sodelavcem in družinskim članom in jih prosite, da opišejo vaš način komuniciranja.

Svoje bližnje lahko poprosite, da vam zaupajo, kaj jim je pri vašem načinu komuniciranja všeč in kaj jih morda moti.

Besedna komunikacija je pogosto:

posredna, nejasna, opisna.	neposredna, kratka in jedrnata.
osebna, s pogostimi razkritji o sebi.	neosebna, redko razkrivanje sebe.
neformalna.	formalna.
s hitrim govorom.	s počasnim govorom.
zelo glasna.	zelo tiha.
s pogostim spreminjanjem višine glasu, ritma in številnimi poudarki.	enakomerna, monotona.

Nebesedna komunikacija je pogosto:

z mnogo obrazne mimike, grimasami.	z zelo malo obrazne mimike.
z direktnim očesnim stikom, ki je stalen in usmerjen na sogovornika.	brez očesnega stika s sogovornikom.
s približevanjem sogovorniku na neposredno telesno bližino.	brez približevanja sogovorniku.
z dotikanjem.	brez dotikanja.
z zelo izraženimi in pogostimi kretnjami.	z malo kretnjami, ki so neizrazite.

Molk med pogovorom:

Pogosto molk. Molk med pogovorom me ne moti.

Med pogovorom ni molka. Če molči sogovornik, se trudi molk prekiniti.

Razlike v načinu komuniciranja so le deloma stvar osebnostnih lastnosti – pretežno se izoblikujejo v družinskem in širšem kulturnem okolju. Velike razlike v načinu komuniciranja so povod za zelo resne težave v odnosih, od odnosov na delovnem mestu do intimnih razmerij. Če se razlik zavedamo, je težave razmeroma lahko razrešiti. Razumevanje razlik je ključnega pomena za kakovostno komuniciranje v zdravstvu, kjer imamo opraviti z različnimi ljudmi, ki izhajajo iz zelo različnih kulturnih okolij.



Bi se gospoda lahko zmotila in se postavila v vrsto pred napačno stranišče?

Priporočila za komuniciranje

(še posebej s posamezniki, katerih materni jezik ni slovenščina, čeprav znajo slovensko):

- Govorimo počasi in razločno – nikakor pa ne kričimo. Glasno govorjenje in povzdigovanje glasu v mnogih kulturnih okoljih pomeni grozeče obnašanje.
- Govorjeno podprimo z neverbalno komunikacijo – vendar bodimo pozorni in uporabljajmo kulturno nespecifične kretnje.
- Pozorno spremljajmo sogovornikovo neverbalno izražanje.
- Izogibajmo se zapletenim stavkom, zlasti pa kulturno specifičnim reklom in prisposodobam (Kako naj oseba, ki se je naučila slovenščine kot tujega jezika, razume frazeme »Vaše zdravje bo šlo rakom žvižgat« ali pa » Ne vem, kaj imate za bregom?«).
- Povejmo bistvo, odrecimo se nepotrebnim podrobnostim.
- Navodila povejmo v kratkih stavkih po korakih.
- Uporabljajmo aktivno poslušanje. Pogosto povzemajmo, kar je povedal sogovornik in prosimo, naj nas dopolni, če nismo povsem prav razumeli. Tako bomo sproti odkrili in razrešili nesporazume, ne da bi kritizirali jezikovno znanje sogovornika.
- Uporabnika zdravstvenih storitev, ki ne zna jezika, poskušamo pomiriti in mu pokazati, da nam je mar. Poskušamo ugotoviti, kako lahko pomagamo in kaj lahko storimo za njegovo dobrobit. Nato čim prej zagotovimo ustrezno tolmačenje in tudi medkulturno mediacijo, če je to potrebno.
- Poslušajmo uporabnikovo zgodbo, saj bomo tako izvedeli, kakšna je njegova razlaga, doživljanje in izkušnja.

Priporočila za komuniciranje s slepimi osebami:

- Ko se (počasi!) bližamo slepi osebi, že pojasnujemo, kdo smo in zakaj si želimo vzpostaviti stik.
- Govorimo umirjeno in razločno.
- Nagovorimo osebo vljudno s polnim imenom (na primer, »Gospa Novak, dovolite, da se vam predstavim, sem ta in ta, moja naloga je ... «).
- Če ima oseba ob sebi psa vodnika, bodimo pozorni na to, da bo pes naše približevanje razumel kot prijazno in dobronamerno. Nikoli se ne dotikamo psa vodnika brez predhodnega soglasja lastnika.
- Preden osebo zapustite, to povejte in se prepričajte, če to lahko storite (če se bo slepa oseba po vašem odhodu počutila varno in dobro orientirano).
- Preden se slepe osebe dotaknete, zmeraj razložite, kaj nameravate in pridobite soglasje za to. To še zlasti velja, če nameravate pomagati slepi osebi, da se znajde v prostoru oziroma jo nameravate voditi. Upoštevajte pravila za vodenje slepih.
- Kadar izvajate različne postopke v bližini slepe osebe, opišite, kaj počnete in zakaj.

Priporočila za komuniciranje z gluхими:

- Od rojstva gluhi in tisti, ki so sluh izgubili v zgodnjem otroštvu, se sporazumevajo v znakovnem jeziku. Kdor ne obvlada znakovnega jezika, za sporazumevanje z njimi potrebuje tolmača.
- Ljudje, ki so sluh izgubili v kasnejšem obdobju življenja ali so močno naglušni, se sporazumevajo z govorom in berejo z ustnic. Ker se tak človek ne sliši, je govor morda nerazločen – vzemimo si čas in se potrudimo razumeti, če ne razumemo vsega, to priznajmo in prosimo sogovornika, naj ponovi, kar je povedal. Poskrbimo, da bo naš obraz med pogovorom dobro viden (ne nosimo kirurške maske, ne sklanjajmo se nad zapiske, ne dopustimo, da bi med pogovorom luč svetila sogovorniku v obraz, naš obraz pa bi bil v senci).
- Ljudem z motnjami sluha lahko zelo pomagamo, če v prostoru namestimo zvočno zanko – posebne zvočne naprave, ki govor pretvorijo v frekvence, ki jih človek, ki uporablja slušni aparat, lahko sliši.

Uporabljena literatura in viri

Bensing, Jozien. 2000. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient education and counselling* 39 (1): 17–25.

Bolek Jim, Cowgill Jamie. 2003. *Symbol Usage In Health Care Settings for People with Limited English Proficiency*. Hablamos Juntos – A Program of The Robert Wood Johnson Foundation. Scotsdale, JRC Design.

Boyd, Kenneth M. 2000. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities* 26: 9–17.

Ekman, Paul. 1994. Strong Evidence for Universals in Facial Expressions: A Reply to Russels Mistaken Critique. *Psychological Bulletin* 115 (2): 268–287.

FIP – International Pharmaceutical Federation. Dostopno na: <http://www.fip.org> (4. 5. 2016).

Giger, Joyce Newman. 2013. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis, Elsevier – Mosby.

Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives*. New York, Basic Books.

Kurtz Suzanne, Jonathan Silverman in Juliet Draper. 1998. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press.

Kurtz, Suzanne, Jonathan Silverman, John Benson in Juliet Draper. 2003. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine* 78 (8): 802–809.

--- 2013. *Skills for communicating with patients*. London, Radcliffe Publishing.

Leininger, Madeleine. 1991. Transcultural nursing: The study and practice field. *Imprint* 38(2): 55.

Leininger, Madeleine in Marilyn McFarland. 2006. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Sudbury, Jones and Barlett.

Okuyama, et al. 2014. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Services Research* 14: 61.

Petrovič Erlih, Polona in Simona Žnidarec Demšar. 2004. *Asertivnost: Zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo*. Nazarje: Argos.

Silverman, Jonathan, Suzanne Kurtz in Juliet Draper. 2004. *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

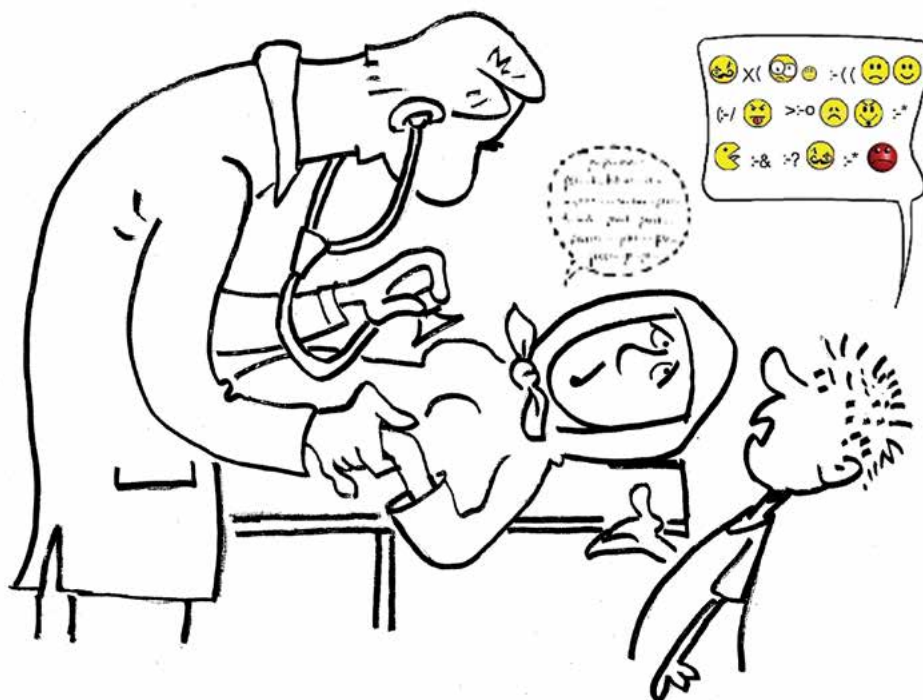
Silverman, Jonathan in drugi. 2005. *Skills for communicating with patients*. Oxford, UK: Radcliffe Pub.

Talbot, Lise R. 1996. The power of words. *Canadian Journal of Nursing research* 28 (1): 9–15.

Varcarolis, Elizabeth. 2006. *The Clinical Interview and Communication Skills*. Psychiatric and mental Care Nursing. Philadelphia, Saunders.

Widgit Health. 2012. Paramedic Symbol Board. Dostopno na: <http://widgit-health.com/downloads/paramedic-board.htm> (4. 5. 2016).

TOLMAČENJE ZA POTREBE SKUPNOSTI V ZDRAVSTVU



Nekateri uporabniki zdravstvenih storitev se težko sporazumevajo v slovenskem jeziku. V takšnem primeru je nujna pomoč tolmača, ki omogoča komunikacijo med uporabniki, ki niso govorniki slovenskega jezika, in zdravstvenim osebjem. Naloga tolmača je, da pretvori, kar je bilo izrečeno v jeziku uporabnika v jezik zdravstvenega delavca in obratno. Tolmaško situacijo pogosto zaznamuje neravnovesje pri porazdelitvi družbene moči, kjer običajno družbeno šibkejši potrebuje tolmača za komunikacijo z družbeno močnejšim (Garber v Gorjanc 2013). Pri tem je jezikovne pravice potrebno razumeti kot temeljne človekove pravice, saj so posamezniki ali skupine lahko zaradi neznanja jezika v depriviligiranem položaju ali celo življenjsko ogroženi (Gorjanc 2013).

Primer: Leta 2008 je bil v Klinični center sprejet 15-letni begunec iz Afganistana z diagnozo tuberkuloze bezgavk in tuberkuloznega meningitisa. Potem, ko so mu starše ubili, je uspel ubežati in v sedmih mesecih pripotovati do Slovenije. V tem času se je naučil osnov angleščine. Po sprejemu v bolnišnico je pričel zavračati vse medicinske postopke in tudi komunikacijo z zdravstvenim osebjem, ki ga je nagovarjalo v angleščini. Čez nekaj časa je postal apatičen in je izražal željo po smrti. Lečeča zdravnica je menila, da bi ga s pravilnim načinom komunikacije lahko motivirali k sodelovanju v procesu zdravljenja. Glede na to, da je bil še mladoleten, bi ga sicer bilo mogoče prisilno zdraviti, vendar se zdravnica ni želela odločiti za to možnost. Kot zelo motivirana posameznica je poskusila z različnimi pristopi. Najprej je stopila v stik z njegovim

bratom, ki živi na Finskem, vendar ga tudi on ni mogel prepričati v zdravljenje. Potem je stopila v stik z Islamsko skupnostjo v Ljubljani, vendar so pripadali drugi verski ločini. V skoraj brezizhodnem položaju je kontaktirala še Ministrstvo za obrambo, saj je vedela, da ima slovenska vojska misijo v Afganistanu. Ministrstvo ji je odobrilo posvet z afganistanskim tolmačem za slovensko misijo. Ta je nazadnje opravil dolg telefonski pogovor z uporabnikom v maternem jeziku in ga končno uspel prepričati v zdravljenje. Pacient je pričel jemati zdravila in uživati hrano, njegovo stanje pa se je bistveno popravilo (Kocjančič Pokorn in Gorjanc 2010).

Diskusija: Kot kaže opisani primer, je bila za srečen izid zdravljenja zaslužna zelo motivirana in predana zdravnica, ki je razumela pomen tolmačenja in uporabe maternega jezika v procesu zdravljenja. Ta je po svojih najboljših zmožnostih poskušala rešiti situacijo in pri tem pokazala tudi veliko mero prizadevnosti in iznajdljivosti. Vendar pa je kljub ugodnemu razpletu treba opozoriti na to, da bi drugačen odziv zdravstvenega delavca lahko vodil tudi v dosti slabši rezultat za uporabnika.

V okoliščinah, kjer je reševanje jezikovnih nesporazumov prepuščeno presoji in volji posameznega zdravstvenega delavca, se namreč velikokrat pojavljajo nesporazumi in komunikacijski šumi v odnosih med neslovensko govorečimi uporabniki in slovensko govorečimi zdravstvenimi delavci. Vse to lahko vodi do resnih zdravstvenih zapletov in tudi smrtnih primerov. Tako pomemben vidik zdravstvene oskrbe zato ne sme biti prepuščen odločitvam posameznikov, temveč je potrebna sistemska ureditev tolmačenja.

1. Zakonska podlaga za tolmačenje

Tolmačenje v slovenskem zdravstvenem sistemu ni sistemsko vpeljano, kljub temu da zakon jasno določa, da ima uporabnik pravico razumeti in biti razumljen v procesu zdravstvene obravnave.

Zakon o pacientovih pravicah (20. člen) določa, da mora zdravnik obvestiti uporabnika o njegovem zdravstvenem stanju in možnostih zdravljenja »v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno« (ZPacP, 20. člen).

Iz te določbe bi lahko sklepali, da ima oseba, ki išče zdravstveno pomoč, pravico biti obveščena v jeziku, ki ga razume, vendar Zakon o pacientovih pravicah eksplicitno o tem ne govori in ne zagotavlja pravice do prevajanja oziroma tolmačenja (Bofulin in Bešter 2010). To je zagotovljeno samo uradno priznanima manjšinama na dvojezičnem območju, gluhim osebam, v utemeljenih primerih pa (z odločitvijo pristojnega organa) tudi prosilcem za mednarodno zaščito (Zakon o mednarodni zaščiti - ZMZ).

2. Vrste tolmačenja

Tolmačenje je v zdravstvenih ustanovah organizirano na različne načine (Kocjančič Pokorn 2015):

- uporaba tolmačev, ki so zaposleni v zdravstveni ustanovi (za večje skupnosti drugače govorečih priseljencev);
- uporaba zdravstvenega osebja, ki je dvojezično (nujno dodatno izobraževanje in nagrajevanje);
- uporaba profesionalnih tolmačev za potrebe zdravstva, ki honorarno sodelujejo z zdravstvenimi ustanovami (izobraževanje in honoriranje);
- uporaba neprofesionalnih tolmačev (*ad hoc* tolmačev), na primer sorodnikov ali znancev uporabnika.

V Sloveniji se najpogosteje uporabljajo *ad hoc* tolmači, zdravstveno osebje pa običajno ni dovolj seznanjeno s slabostmi takšnega pristopa. V primeru prosilcev za azil in gluhih tolmačenje praviloma izvajajo profesionalni tolmači.

- ***Ad hoc* tolmači: prednosti in slabosti**

Uporaba takšnih tolmačev ima nekatere prednosti, a se je hkrati potrebno zavedati tudi številnih in pomembnih pomanjkljivosti, ki pomembno vplivajo na izide zdravljenja. V Tabeli 9 so navedene prednosti in slabosti *ad hoc* tolmačev v procesu zdravljenja (Schapira in drugi 2008).

Tabela 9: Prednosti in slabosti ad hoc tolmačenja

Prednosti	Slabosti
Priložni: pogosto jih pripeljejo uporabniki sami.	Običajno ne poznajo medicinske terminologije.
Cenovno ugodni.	Nimajo primernih tolmaških veščin in lahko ogrozijo proces komunikacije.
Običajno poznajo ozadje uporabnikovih težav.	Niso zavezani etiki tolmaštva.
Uporabniku lahko vzbujajo občutek varnosti (predvsem v primeru prijateljev in sorodnikov).	Selektivno prenašanje informacij (izpusti, dodajanje informacij).
	Ogrožena je uporabnikova pravica do zasebnosti (predvsem v primeru svojcev).
	Pomanjkljivo znanje uporabnikovega jezika ali slovenskega jezika.
	Včasih prisiljeni v tolmačenje (na primer otroci, zaposleni), kar lahko vpliva na kakovostno izvedbo.

- **Profesionalni tolmači**

Profesionalni tolmači so običajno pridobili certifikate, ki izpričujejo znanje obeh jezikov (uporabnikovega jezika in slovenskega jezika), imeli pa naj bi tudi določena posebna znanja (poznavanje terminologije, sistem dela v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, etične vidike zdravstvene oskrbe). Ker v Sloveniji še ne obstaja izobraževanje za tolmače v zdravstvu, mora zdravstvena ustanova sama presoditi, ali je tolmač dovolj usposobljen za tovrstno tolmačenje. Prednosti in slabosti profesionalnih tolmačev so naslednje (Tabela 10):

Tabela 10: Prednosti in slabosti profesionalnega tolmačenja

Prednosti	Slabosti
Zelo natančno tolmačenje (verbatim).	Niso vedno dosegljivi, potreben predhoden terminski dogovor.
Poznavanje medicinske terminologije.	Cenovno manj ugodni.
Prevzemanje odgovornosti za kakovost tolmačenja.	
Zagotovljena zaupnost tolmačenja.	

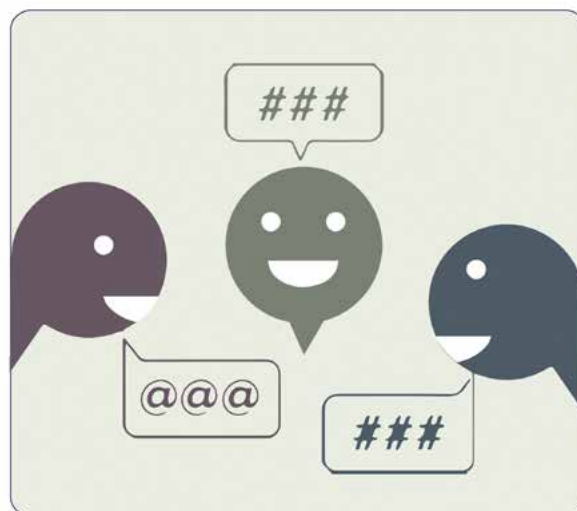
3. Potek tolmačenja

Tolmačenje v živo zahteva prilagoditev vseh, ki so vključeni v izmenjavo informacij. Smernice za komunikacijo med ponudnikom, uporabnikom in tolmačem (www.medical-interpreting.eu) priporočajo naslednje sosledje:

1. Predhodni posvet med tolmačem in zdravstvenimi delavci, kjer je podan kratek opis uporabnikove anamneze, tolmač se seznani s potekom in cilji pogovora z uporabnikom, ugotavlja se morebitne specifične poglede na oskrbo in zdravljenje.
2. Pogovor, ki se začne s predstavitvijo vseh oseb in zagotovitvijo o spoštovanju zaveze k molčečnosti.
3. Po posvetu krajša izmenjava med zdravstvenim delavcem in tolmačem o morebitnih nejasnostih.

Glede na izkušnje je smiselno komunikacijo med tolmačem in zdravstvenim delavcem, ki ne vključuje tudi uporabnika, skrajšati na najnujnejše izmenjave. Daljši pogovori, ki so uporabniku nerazumljivi, lahko vzbujajo pri uporabniku nezaupanje in negotovost. Smernice (na primer Standards of practice IMIA) najpogosteje priporočajo:

- trikotno postavitve uporabnika, zdravstvenega delavca in tolmača v prostoru – ta naj bi simbolizirala enakopravnost vseh treh, omogočala nevtralnost tolmaču ter nemoten očesni stik med zdravstvenim delavcem in uporabnikom. Poudariti je potrebno, da takšna prostorska razporeditev ni vedno mogoča in da obstajajo številne specifične situacije, ki zahtevajo prilagoditve.



- Med pogovorom naj zdravstveni delavec gleda naravnost v uporabnika in govori neposredno njemu.

Nekatera novejša dognanja ocenjujejo, da lahko tolmačevo vztrajanje pri izogibanju očesnega stika ogrozi interakcijo med udeleženi (Kocjančič Pokorn in drugi 2013). Vsekakor je treba upoštevati, da je pomembnost očesnega stika tudi kulturno pogojena na primer v azijskih družbah je lahko stremljenje zdravstvenega delavca v oči uporabnika zaznano kot nevljudno ali celo sovražno.



Razmislite, kako vaša zdravstvena ustanova obravnava uporabnike, ki niso govorniki slovenskega jezika? Kje vidite možnosti za izboljšave? Kaj lahko sami naredite za to?

Priporočila:

- Zdravstveni delavci se morajo informirati, kako poteka tolmaška situacija, ter si prizadevati za profesionalen in spoštljiv odnos do uporabnika in tolmača. Svoj nastop morajo prilagoditi dejstvu, da ne gre za popolnoma neposredno komunikacijo med njimi in uporabnikom ter kljub temu vzpostaviti odnos zaupanja tako z uporabnikom kot tudi tolmačem.
- Med tolmačenjem naj zdravstveni delavci:
 - vedno naslavljajo uporabnika, čeprav ta ne razume govornih sporočil,
 - zavestno uporabljajo preproste, tudi nestrokovnjaku razumljive izraze, ki jih bo lahko prevedel tudi tolmač, ki ni zdravstveni strokovnjak,
 - govorijo počasi in razločno, uporabljajo jasne in kratke stavke,
 - izogibajo naj se frazam, metaforam in pretiranemu žargonu,
 - načrtujejo dovolj časa za pogovor in posvet, ki vključuje tolmača.

Tolmačenje v znakovnem jeziku

Ljudje z motnjami sluha imajo pri govornem sporazumevanju določene ovire. Ljudje, ki so le naglušni ali pa so sluh izgubili v odrasli dobi, pogosto sogovornika razumejo tako, da berejo z ustnic. Ker pomanjkljivo ali sploh ne slišijo sami sebe, imajo težave z govorom, ki je za slišče pogosto manj razumljiv. Tisti, ki so se rodili gluhi ali pa so sluh izgubili, še preden so se naučili govoriti, se najlažje sporazumevajo v znakovnem jeziku.

Primer: *Višja medicinska sestra, ki je tudi sama gluha, tako predstavi ovire, s katerimi se v zdravstvenih ustanovah srečujejo gluhe osebe:*

»Odzivi zdravnikov so zelo različni, od pozitivnih do negativnih. Nekateri bi to najraje čim prej opravili in dali recept brez dodatnih razlag, ne da bi mi povedali, kaj se z mano dogaja, češ da nisem sposobna tega razumeti, čeprav je to zelo pomembno pri zdravljenju. Se mi pa tudi porajajo vprašanja pri ostalih gluhih – samo 1 % gluhih je končalo fakulteto, zato se sprašujem, kako oni razumejo svojo zdravstveno diagnozo, če bi jim bila postavljena ob teh arogantnih odzivih zdravnikov. Drugi zdravniki pa zelo toplo sprejmejo gluho osebo in se ji popolnoma prilagodijo. Največkrat je tako, ko zdravstveni delavci (med njimi mislim tudi na zdravnike) izvejo, da ne slišim ničesar, takoj utihnejo in začnejo skoraj panično razmišljati, kaj naj zdaj naredijo z mano. Nekateri sploh ne začnejo komunikacije z mano, drugi pa začnejo skoraj kričati, češ, da jih bom bolje slišala in razumela. Ali pa prekoračijo svoj in moj intimni prostor in meni govorijo v uho. Ob takšni razdalji pa jih sploh ne morem razumeti, kaj šele, da bi jim brala z ustnic. /.../ Potrebujejo pa več časa, da to dojamejo ali začnejo razumeti, da ni tako hudo, kot mislijo. Dosti zdravnikov pa vseeno ne spremeni svojega mišljenja. Jaz opazim, ko hočem nekaj povedati, da se zdravnik ali pa medicinska sestra pretvarja, da razume in pove naprej »izmišljeno« informacijo (čeprav jaz vidim, da me ni razumela). Veliko jih tudi govori na tak način, da se skozi premikajo sem in tja ter obračajo glavo – takrat pa jim sploh ne morem slediti. Mene so na sistematskem pregledu obvestili, da sem zdrava kot riba, a so me označili za bolno osebo – pod vzrok pa so navedli gluhotu. Čeprav imam roke, noge, glavo in lahko normalno živim z nekaterimi prilagoditvami, ne pomeni, da sem bolna oseba?!

Največkrat sem jim tudi priporočila, da se na zdravstveno kartoteko napiše, da je oseba gluha. Ker se večkrat zgodi tudi, da gluha oseba cel dan čaka v čakalnici, da jo pokličejo po imenu. Zdravstveni delavci pa ga izza vrat kličejo in mislijo, da ni prišel na kontrolo, medtem pa on čaka

v čakalnici. Na koncu pa spoznajo, da je ta oseba, ki cel dan sedi v čakalnici gluha in ni slišala, da so ga klicali v ambulanto. Prišlo je že tudi tako daleč, da so poklicali policijo, ker so se ustrašili osebe, ki je tako dolgo sedela v čakalnici in nekaj čudno mahala z rokami (kretje znakovnega jezika).

V Sloveniji je približno okrog 1000 gluhih. Bolj bi bilo koristno, da bi se zdravniki ali zdravstveni delavci naučili vsaj osnove znakovnega jezika in tudi prilagodili svoj način komunikacije, da bo gluha oseba razumela. Za to pa je potrebno tudi znanje in izobraževanje. Gluha oseba ponavadi s sabo pripelje tolmača za znakovni jezik. Ob tem primeru pa se zazna neinformiranost zdravstvenih delavcev glede tolmačenja in plačevanja stroškov. To bi naj po zakonu plačala javna ustanova. Se je že zgodilo, da je zdravnik zavrnil tolmača gluhi osebi in ga prosil, da počaka zunaj. Druga stvar pa je ta, da je gluhi osebi neprijetno, ko je dodatna oseba v sobi in posluša njene zdravstvene težave (etična dilema pri poklicnem molku)« (Noč 2016).



Na podlagi navedenega primera razmislite, kakšna je praksa v vaši zdravstveni ustanovi, ko obravnavate uporabnika, ki je gluh? Se uporabniki srečujejo s podobnimi ovirami? Ali so okoliščine take, da je omogočeno kakovostno branje z ustnic?

Posebna različica tolmačenja je tolmačenje v znakovnem jeziku za potrebe gluhih oseb. To področje opredeljuje Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika (ZUSZJ) iz leta 2002. Zakon kot gluho osebo označuje tistega, ki je popolnoma brez sluha oziroma, ki zaradi otežkočenega sporazumevanja uporablja znakovni jezik kot svoj naravni jezik.

Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika:

10. člen

Gluha oseba ima pravico uporabljati znakovni jezik v postopkih pred državnimi organi, organi lokalne samouprave, izvajalci javnih pooblastil oziroma izvajalci javne službe.

Gluha oseba ima pravico uporabljati znakovni jezik tudi v vseh drugih življenjskih situacijah, v katerih bi ji gluhoti pomenila oviro pri zadovoljevanju njenih potreb.

Gluha oseba ima pravico biti informirana v njej prilagojenih tehnikah v skladu s posebnimi predpisi.

Pravica iz prvega in drugega odstavka tega člena se uresničuje z uveljavljanjem pravice do tolmača za znakovni jezik (ZUSZJ, 10. člen).

Znakovni jezik gluhih temelji na uporabi rok, mimike obraza, oči in ustnic ter gibanju telesa. Skupaj z znakovnim jezikom se lahko uporablja tudi prstna abeceda.

Pomembno:

Stroške tolmača v slovenski znakovni jezik v javnem zdravstvu krije zdravstvena zavarovalnica, pri samoplačniških storitvah pa stroške krije uporabnik sam oziroma uporabi vavčer, saj država gluhi osebi krije stroške tolmača za osebne potrebe do 30 ur letno. Tolmač, ki mora biti registriran pri Združenju tolmačev v slovenski znakovni jezik, za svoje storitve izstavi račun zdravstveni ustanovi, ta pa plačan račun predloži zdravstveni zavarovalnici, ki javnozdravstveni ustanovi ali nosilcu zdravstvene dejavnosti – koncesionarju povrne stroške tolmača.

Znakovni jezik je opredeljen kot jezik sporazumevanja oziroma sredstvo za sporazumevanje gluhih oseb. Vsaka dežela ima svoj znakovni jezik – slovenski znakovni jezik se razlikuje od na primer italijanskega ali angleškega. Če gluha oseba prihaja iz druge države, je zato potrebno dvojno tolmačenje: iz slovenskega govorjenega (ali pisanega) jezika v znakovni jezik tujega jezikovnega okolja. Ljudje, ki uporabljajo slovenski znakovni jezik kot prvi jezik sporazumevanja, imajo navadno velike težave z razumevanjem pisnega jezika – zanje je to tuj jezik – zato posredovanje pisnih gradiv nikakor ne more nadomestiti pogovora s pomočjo usposobljenega tolmača.

Primer: *Tanja Giuliatti Davinić, profesorica zdravstvene vzgoje in članica Združenja tolmačev za slovenski znakovni jezik, pripoveduje o svojih izkušnjah takole:*

»Zelo veliko hodim tolmačiti po zdravstvenih domovih in bolnišnicah. Marsikje neradi pokličejo tolmača v znakovni jezik, ker zmotno mislijo, da s tem nastanejo stroški za zdravstveno ustanovo. Res pa je, da so se razmere v zadnjih letih že zelo izboljšale. Primeri, ki so kljub vsemu še vedno zelo problematični, so, kadar zdravnik, medicinska sestra ali fizioterapevt rečejo, da ne potrebujejo tolmača. Niti pomislijo ne, da tolmača zelo potrebuje pacient! Si lahko predstavljate zobozdravnika, ki pri delu z gluhim pacientom nosi na obrazu masko – pa trdi, da ne potrebuje tolmača! Sploh ne pomisli, da ljudje z motnjami sluha berejo z ustnic ... Pravica do tolmača je pravica gluhe osebe – zdravstveni delavci pa bi si morali prizadevati za čim boljšo komunikacijo s pacienti in to pravico podpirati.

Spominjam se primera gluhega gospoda, ki je bil v UKC operiran na srcu. Šlo je za resno operacijo. Na oddelku intenzivne nege so rekli, da ne potrebujejo tolmača, ker pacientu vse napišejo na list. Ko je tolmač na željo pacienta prišel, je na listu pisalo: »Piti 1,5 litra tekočine«. Tolmač je preveril pravilnost razumevanja in ugotovil, da so zdravstveni delavci želeli, da pije počasi, po požirkih, in ne več kot 1,5 l tekočine na dan skupaj z vso zaužito hrano. Celo na preventivnih pregledih, kjer se je res potrebno temeljito pogovoriti s pacientom, se dogaja, da nočejo tolmača in pacientu kar potisnejo v roke obsežen vprašalnik, naj ga izpolni kar sam. To ne gre – slovenski pisni jezik je za gluhe, ki se primarno sporazumevajo v znakovnem jeziku, tuj jezik. Dogaja se, da so gluhi preveč vljudni, da bi protestirali – ampak to res ni prav. Včasih, ko poveš, da spremljaš gluho osebo, se zgodi, da začnejo zdravstveni delavci na ves glas vpiti - in ko opozoriš, da je oseba popolnoma gluha in da vpitje ne pomaga, kar otrpnejo - sploh ne vedo, kaj narediti.«

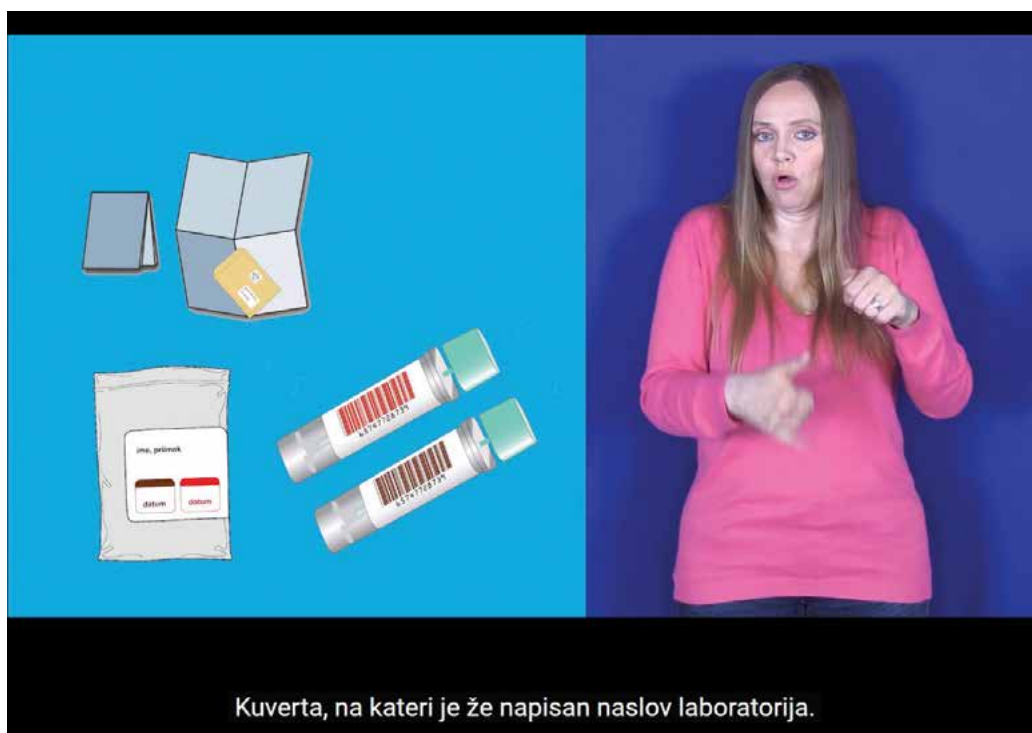
Diskusija: Ker tolmačenje v slovenskem zdravstvenem sistemu ni prepoznano kot pravica tako uporabnika kot zdravstvenega delavca do izmenjave ključnih informacij potrebnih za kakovostno obravnavo, je zatekanje v improvizirano reševanje težav zelo pogosto. Žal pogosto temelji na predpostavkah, ki so napačne ali le delno ustrezne. V opisanem primeru so zdravstveni delavci najprej napačno predvidevali, da lahko pisni jezik nadomesti pogovor, potem pa zapisali nepopolna navodila, ki jih uporabnik zaradi odsotnosti tolmača ni mogel preveriti in dobiti dodatnih pojasnil. Prav tako zdravstveni delavci niso mogli preveriti, kako

je uporabnik razumel navodila. S tem ni bila kratena le njegova pravica do sporazumevanja, ampak je zaradi nesporazuma nastalo veliko tveganje za uporabnika.



Kako je v vaši ustanovi organizirano sodelovanje s tolmači za znakovni jezik? Ali bi predlagali kakšne izboljšave?

Potek tolmačenja v znakovnem jeziku poteka podobno kot vsako drugo tolmačenje, s to pomembno razliko, da ne sme nič ovirati vidnega polja med tolmačem in uporabnikom. Ves čas se moramo zavedati, da se pogovarjamo z gluho osebo in ne s tolmačem – tolmač je le pomoč pri lažšanju medsebojnega razumevanja. Prisotnost tolmača za znakovni jezik je predvsem pravica uporabnika zdravstvenih storitev z motnjami sluha. Je pa tudi nujna potreba zdravstvenih delavcev, ki želijo kakovostno komunicirati, pa sami niso večji znakovnega jezika.



Podpora gluhim uporabnikom Programa Svit na spletni strani programa (<http://www.program-svit.si/sl/podpora-uporabnikom/svit-za-gluhe-in-naglusne>): vsa gradiva so na voljo v video obliki v slovenskem znakovnem jeziku in so tudi podnaslovljena.

Priporočila za uvajanje tolmačev v zdravstveno obravnavo:

- Naša dolžnost je, da uporabniku zagotovimo sporazumevanje v njemu razumljivem jeziku.
- Uporabnike moramo seznaniti z možnostjo tolmaških storitev.
- Osnovne informacije o zdravstveni instituciji, načinu obravnave uporabnikov ter njihovih pravicah naj bodo na voljo v obliki zgibanke v svetovnih jezikih in jezikih bolj številčnih jezikovnih skupin (v Sloveniji: hrvaško, srbsko, bosansko, albansko, romunsko, kitajsko, angleško, rusko, francosko, arabsko in drugo).
- Znotraj svoje zdravstvene ustanove v sodelovanju s sodelavci in vodstvom določimo koordinatorja tolmaških storitev, ki bo uredil seznam tolmačev za določen jezik.
- Zdravstvena ustanova naj si prizadeva za vključevanje kakovostnih in strokovnih tolmačev, ki morajo imeti prednost pred »ad hoc« tolmači.
- Če se zdravstvena ustanova odloči, da tolmačenje opravljajo zaposleni, ki so govorce drugih jezikov, mora biti zanje zagotovljeno primerno strokovno usposabljanje, obenem pa je potrebno skrbno preverjati kakovost tolmačenja in vpeljati ukrepe, ki bodo upoštevali uporabnikovo pravico do zasebnosti.
- Delo s tolmači mora biti organizirano na učinkovit način (naročanje tolmačev na uro brez čakalnih vrst, omogočiti tolmačem ustrezno umestitev v prostor, kjer se odvija posvet).
- Gluhim je treba omogočiti besedna svetlobna obvestila (displeji za klicanje v ambulanto), kakovostno branje z ustnic, predvsem pa tolmačenje za znakovni jezik. Pisno sporazumevanje ni ustrezno nadomestilo.
- Usposobimo se za neverbalno sporazumevanje v nujnih primerih. Le v najnujnejših primerih naj sporazumevanje poteka z gestami, risanjem, kazanjem, s pomočjo računalnika, tablice, pametnega telefona, tudi na daljavo preko interneta, sicer pa čimprej poiščemo prevajalca oziroma tolmača. Zasilno tolmačenje lahko poteka preko telefona, interneta, vendar ima številne pomanjkljivosti, zato je to le izhod v sili.

Uporabljena literatura in viri

Angelelli, Claudia. 2008. The role of the interpreter in the healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice. V *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*, ur. Valero-Garces, Carmen in Anne Martin, 147–164. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Bauman, Jasna in Žele Andreja. 2011. Slovenski znakovni jezik med normo in prakso. V *Meddisciplinarnost v slovenistiki*, ur. Kranjc, Simona, 557–582. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Bofulin, Martina in Romana Bešter. 2010. Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?*, ur. Medvešek, Mojca in Romana Bešter, 270–311. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.

Gerenčer Pegan Simona. 2011. *Osebe z gluhoslepoto in načini sporazumevanja*. Ljubljana: Društvo gluhoslepih Slovenije DLAN.

Gorjanc, Vojko. 2013. Tolmačenje za skupnost in vprašanje nadnacionalne odgovornosti. V *Slovensko tolmačenje*, ur. Vojko Gorjanc, 120–133. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

International Medical Interpreters Association (IMIA). 2007. Medical interpreting standards of practice. Dostopno na: <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf> (1. 12. 2015).

Kocjančič Pokorn, Nike in Vojko Gorjanc. 2010. Medical interpreting in Slovenia: how to be proactive. V *Ensuring patient safety for language minority patients – a new standard of care*, [programme and abstracts]. Boston: [s. n.] 24.

Kocjančič Pokorn, Nike, Lars Felgner, Marko Pokorn, Blanka Kos, Blanka Plesničar Kores in Uroš Ahčan. 2013. Položaj tolmača in usmerjenost njegovega pogleda v medicinskem okolju. V *Slovensko tolmačenje*, ur. Vojko Gorjanc, 154–183. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Kocjančič Pokorn, Nike. 2015. *Nevarnosti in izzivi tolmačenja v zdravstvu*. Prispevek na znanstvenem posvetu »Migracije in zdravstvo«, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani, 17. november.

Košir, Martina. 2008. *Neverbalna komunikacija ter gluhi in naglušni*. Diplomski naloga. Kranj: Višja strokovna šola B&B.

Krančan, Gizela. 2003. *Simbolizem kretnje v komunikaciji gluhonemih*. Diplomski naloga. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani.

Noč, Špela. 2016. Pomanjkljivosti sporazumevanja v slovenskih bolnišnicah. Seminarska naloga. Ljubljana: Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani.

MedInt. 2009. Development of a Curriculum for Medical Interpreters. Brošura. Dostopno na <http://translationswissenschaft.uni-graz.at/en/medint/downloads/brochure/> (10. 12. 2015).

Moderndorfer, Meri. 1989. Totalna komunikacija. V *O tematiki totalne komunikacije in organiziranje gluhih in naglušnih danes in jutri: Zbornik mednarodnega posveta*, ur. Zvonko Juras, 123–129. Ljubljana: Ljubljana: Zveza

društev slušno prizadetih Slovenije.

Morel, Alenka, Vojko Gorjanc, in Nike Kocijančič Pokorn. 2012. Healthcare interpreting in Slovenia. *The interpreters' newsletter* 17: 103–116.

North, Kristie. 2001. *Being A Medical Interpreter*. Dostopno na: <http://lrc.wfu.edu/careersinlanguages/main/article-north.htm> (10. 12. 2015).

Roter, Debra L., Judith A. Hall in Nancy R. Katz. 1987. Relations Between Physicians' Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impressions. *Medical Care* 25: 437–451.

Schapira, Lidia, Erika Vargas, Renzo Hidalgo, Marilyn Brier, Lourdes Sanchez, Karin Hobrecker. 2008. Lost in translation: Integrating medical interpreters into the multidisciplinary team. *The Oncologist* 13: 586–592.

Zakon o mednarodni zaščiti (ZMZ-UPB2). Uradni list RS 11/2011.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS 15/2008.

Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika (ZUSZJ). Uradni list RS 96/2002.

MEDKULTURNO MEDIATORSTVO

- **Kaj je medkulturno mediatorstvo**

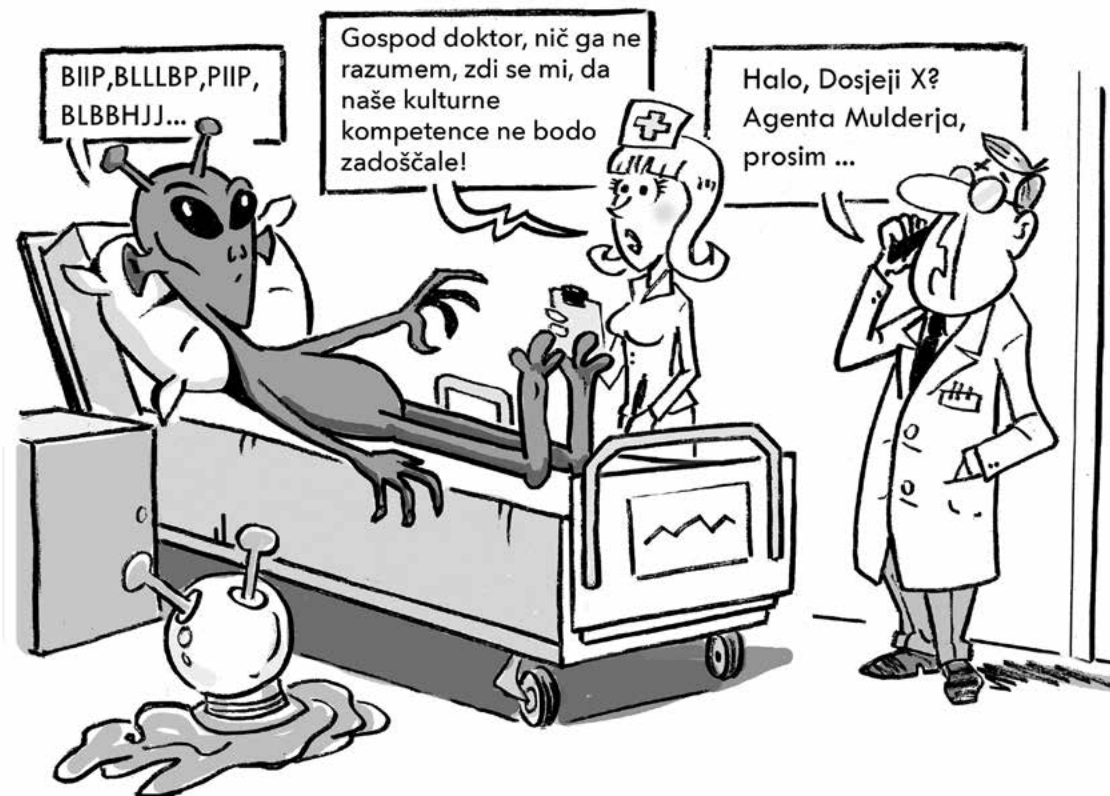
Medkulturno mediatorstvo je mednarodno uveljavljen koncept in praksa, ki se uporablja za zmanjševanje neenakosti in zagotavljanje kakovostne obravnave v zdravstvenih in drugih ustanovah (EQUAL EPTransKom 2012; Verrept 2012). Namenjeno je premoščanju nesporazumov, ki vznikajo ob jezikovnih, kulturnih, socialnih in drugih razlikah med uporabniki in izvajalci v ustanovah javnega in tudi zasebnega sektorja.

Kultura v tem kontekstu ne zajema le etničnega ozadja posameznika. Vključuje še vse ostale ekonomske in družbene vidike življenja, ki vplivajo na pojav nesporazumov v zdravstveni obravnavi. Poleg tega medkulturna mediacija presega zgolj jezikovno tolmačenje, saj vključuje prevajanje različnih pojmovanj in praks. Če bi lahko za tolmaštvo rekli, da prevaja jezik, mediacija prevaja kulturne pomene (Bowen 2001: 8). Medkulturni mediator tako ni samo oseba, ki govori jezik določene etnične ali kulturne skupnosti, temveč je predvsem oseba, ki »govori« kulturo uporabnika. Znanja jezika zato ne smemo enačiti z znanjem o kulturi.

Tolmačenje – medkulturno mediatorstvo - zagovorništvo

Tolmač – medkulturni mediator: tako kot tolmač medkulturni mediator tudi tolmači. Za razliko od tolmača pa medkulturni mediator poleg jezika tolmači tudi kulturne pomene.

Razlika zagovornik – medkulturni mediator: tako kot zagovornik, tudi medkulturni mediator povečuje občutek moči posameznika, da lahko uveljavlja pravice, ki mu pripadajo. Vendar pa medkulturni mediator pri tem izhaja iz poznavanja jezika in kulture, ki ji oseba pripada.



- **Kdo je medkulturni mediator**

Medkulturni mediator je strokovno usposobljena oseba, ki nastopa kot tretja oseba v odnosu med uporabnikom in izvajalcem. V zdravstvenih ustanovah medkulturni mediator predstavlja most med zdravstvenimi delavci in uporabniki.

Medkulturni mediator je torej oseba, ki je sposobna nuditi natančno interpretiranje med uporabnikom in zdravstvenim delavcem. To pomeni, da mora poznati jezik in kulturo uporabnika, prav tako pa je seznanjena z medicinskimi izrazi in koncepti, ki jih ustrezno prevaja (Verrept b.n.l.)

Za uspešno delo z medkulturnim mediatorjem se morajo tudi zdravstveni delavci usposabljati. Na eni strani morajo preko usposabljanja spoznati težave in prepreke, s katerimi se lahko soočajo uporabniki. Jezikovni in kulturni nesporazumi so velikokrat prikriti oziroma jih težje prepoznamo. Na drugi strani pa morajo - za uspešno sodelovanje z medkulturnim mediatorjem - spoznati njegovo vlogo in delo (ibid.). Tako zdravstveni delavec kot tudi medkulturni mediator morata biti torej ustrezno usposobljena, saj lahko le na tak način pomagata uporabniku.

Pri tovrstnem posredovanju ne gre za triado, kjer je uporabnik podrejen obema, temveč za enakovreden odnos in nudenje pomoči ter razreševanje nesporazumov na mestih, kjer je to potrebno.

- **Tolmači kot medkulturni mediatorji**

Čeprav je delo tolmača za potrebe skupnosti običajno definirano ožje od medkulturnega mediatorja, se njuni vloge lahko prekrivata. V praksi tolmači pogosto ne morejo in ne želijo biti povsem nevtralni. V pomanjkanju sistemskih rešitev tudi oni pogosto izvajajo koordinacijo uporabnikovega okrevanja po odpustu iz bolnišnice in medkulturno mediacijo – to kaže tudi naslednji primer.

Primer: *Uporabnica iz Kitajske je po porodu okrevala v porodnišnici. Medicinsko osebje je opazilo, da se bolnišnične hrane ne dotakne in da je kopalnica po njenem obisku poškrapljena z vodo. Prav tako niso mogli izvedeti, ali je po porodu že šla na blato, kar je pogoj za odpustitev iz porodnišnice. Prisotnost tolmačke je razrešila te nejasnosti. Uporabnica ni uživala hrane, za katero v območju od koder izhaja velja, da ni priporočljiva za porodnice, oziroma, da lahko celo povzroča slabše okrevanje in kronične težave. Med takšnimi prepovedanimi živili so hladni napitki, mlečni izdelki, kisle jedi in vsa sveža zelenjava in sadje, ki so v obliki jogurtov in solat običajno del bolnišnične prehrane. Prav tako se ženska v tem obdobju naj ne bi umivala pod tekočo vodo, to je naravnost iz pipe. Ženske si toplo, včasih prevreto, vodo običajno natočijo v manjše posode in se z njo oškropijo. Tolmačka je to pojasnila osebju in na koncu od uporabnice še poizvedela, kako je z odvajanjem blata. Osebje je uporabnico s pomočjo tolmačke pomirilo, da lahko o hrani in osebni higieni odloča sama, ter pridobilo pomembno informacijo o uporabničinem okrevanju.*

Diskusija: Dejanja uporabnikov z drugačnim kulturnim ozadjem so lahko v zdravstvenih ustanovah označena kot nenavadna oziroma kot odmik od »večinskega vedenja«, če zdravstveni delavci ne poznajo kulturnega konteksta, v katerem so takšna dejanja smiselna. Uporabniki zato takšnih dejanj ne izpostavljajo in jih lahko celo prikrivajo. Zaradi tega je pomembno poizvedeti, ali imajo uporabniki kakšne posebne zahteve in jim znotraj možnosti, ki so na voljo, tudi ugoditi. Pri tem pa je zelo pomembno, da se zdravstveni delavec zaveda, da ima pred sabo osebo in ne zgolj pripadnika določene kulturne skupine. V primeru poporodnih praks opisanih v primeru, se dejanja porodnic lahko zelo razlikujejo glede na lokacijo izvora na Kitajskem. V zadnjem desetletju so namreč ženske v mestih pričele opuščati mnoge poporodne običaje in usvajati nove vzorce poporodne nege. Tudi v takšnih primerih je vloga tolmača za potrebe skupnosti ali medkulturnega mediatorja ključna, saj umesti določeno dejanje v ustrezen kulturni kontekst.

• Prednosti medkulturne medicije

Različni viri kažejo, da je imelo uvajanje medkulturne medicije v zdravstvu pomembne učinke na kvaliteto oskrbe in na zdravje uporabnikov. Po pilotnih uvajanjih medkulturnih mediatorjev se je v večini zdravstvenih ustanov izkazalo, da je potrebno s prakso nadaljevati ter jo vključiti v redne storitve pri obravnavi pripadnikov migrantov in etničnih manjšin. Prednosti medkulturne medicije bi lahko strnili v naslednje točke:

- zmanjšuje neenakost v zdravstveni obravnavi (zaradi boljšega razumevanja uporabnikovih potreb zdravstveni delavci lahko zagotavljajo bolj enakovredno, pravično in kakovostno obravnavo);
- povečuje kvaliteto zdravstvene oskrbe (točnejša diagnoza ob prisotnosti mediatorja, uporabnikovo boljše razumevanje navodil jemanja zdravil in drugih terapij);
- povečuje odzivnost uporabnikov (zaradi boljše komunikacije z zdravstvenimi delavci jim uporabniki bolj zaupajo ter lažje sledijo predpisanim terapijam in se na splošno bolje odzivajo na različne programe sistema zdravstvenega varstva);
- zmanjšuje stroške (zaradi prisotnosti mediatorja zdravstveni delavci porabijo manj časa za premoščanje nesporazumov med obravnavo; zaradi bolj kvalitetne zdravstvene obravnave je zdravje uporabnikov boljše, hkrati pa bolj racionalno uporabljajo storitve (manj je iskanja pomoči v urgentnih službah, manj hospitalizacij in drugo)) (Verrept b.n.l., 6–8).

Na osnovi izkušenj zdravstvenih ustanov, kjer so vpeljali medkulturno mediatorstvo, bi lahko strnili naslednje ključne naloge medkulturnega mediatorja:

- interpretacija - ustrezna razlaga (zdravstvene) težave uporabnika ter interpretacija navodil/pojasnil zdravstvenega delavca;
- posredovanje med kulturo uporabnika in kulturo zdravstvenega delavca;
- nudenje praktične pomoči uporabniku, a tudi čustvene podpore, kadar je ta potrebna;
- urejanje konfliktnih situacij, predvsem takrat, kadar so vzrok jezikovni ali kulturni nesporazumi;
- zagovorništvo v primerih, ko je ogroženo njegovo blagostanje ali dostojanstvo oziroma je soočen z diskriminacijo ali rasizmom;
- sodelovanje z uporabniki tudi po posegih in pregledih – medkulturni mediator preveri, če potrebujejo pomoč ali dodatno posredovanje v odnosu do zdravstvenih delavcev;

-
- sodelovanje z zdravstvenimi delavci in administracijo – opozarjanje in poučevanje o problemih, s katerimi se soočajo uporabniki iz etničnih ali kulturnih manjšin;
 - nudenje dodatne pomoči uporabniku – izobraževanje, nasveti glede zdravstvene oskrbe (Verrept b.n.l.).

Naloge so lahko zelo različne, odvisno od dogovora in usposobljenosti medkulturnega mediatorja ter zdravstvenih delavcev. Izkušnje iz zdravstvenih ustanov, kjer so uvedli medkulturno mediatorstvo kažejo, da morajo vpleteni nenehno nadgrajevati svoje znanje, saj se lahko vedno pojavijo nepričakovani nesporazumi. V mnogih primerih se je tudi izkazalo, da so uporabniki že samo prisotnost medkulturnega mediatorja razumeli kot znak, da jim v zdravstveni ustanovi resnično želijo pomagati. Pogosto so se z medkulturnim mediatorjem pogovorili o stvareh, ki jih zdravstvenim delavcem pred tem niso zaupali. Medkulturni mediator namreč po njihovem mnenju »razume, da so stvari v njihovi skupnosti drugačne in ve kako je« (Verrept b.n.l.). Prav zaradi tega lahko prisotnost medkulturnega mediatorja in usposobljenost vpletenih pomaga tako uporabniku kakor tudi zdravstvenemu delavcu.

- **Medkulturno mediatorstvo v Sloveniji**

V zdravstvenih ustanovah Slovenije do sedaj ni bilo sistematično vpeljane strokovne medkulturne mediacije, kot jo poznajo v drugih evropskih državah. Vseeno pa v Sloveniji obstaja več določil, ki so lahko pravna podlaga za vpeljavo medkulturnih mediatorjev v sistem zdravstvenega varstva Slovenije. Tako zakonsko podlago predstavljata Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) in Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.

Zakon o pacientovih pravicah predvideva prakso mediacije in jo definira, da je: »oblika alternativnega reševanja sporov s pomočjo ene ali dveh neodvisnih in nepristranskih in strokovnih oseb« (ZPacP, 2. člen, 9. odstavek).

Glede na to, da ni eksplicitno določeno, za kakšno mediacijo gre, bi bilo mogoče v to pojmovanje umestiti tudi medkulturno mediacijo, vendar slednja presega zgolj pravno mediacijo, saj ima tudi »preventivno« vlogo (preprečuje nastanek potencialnih sporov) in prispeva k zagotavljanju kakovosti zdravstvenih storitev.

Delo medkulturnega mediatorja nima klinično–odločevalskih kompetenc, zato ta oseba v nobenem primeru ne vpliva samovoljno na potek zdravljenja. Zdravstveno obravnavo podpira s premoščanjem kulturnih in jezikovnih ovir in posledično tako zdravstvenim delavcem kot uporabnikom pomaga v položaju, kjer so lahko soočeni s pomanjkanjem kompetenc.

Primer dobre prakse: sodelovanje z medkulturno mediatorko v okviru projekta Skupaj za zdravje v Centru za krepitev zdravja v zdravstvenem domu Celje ter v referenčni ambulanti družinske medicine v Vojniku.

V okviru projekta Skupaj za zdravje se je pri terenskem raziskovanju v pilotnem okolju – Celje, pokazalo, da ima pri dostopu do zdravstvenih storitev veliko težav albanska skupnost oziroma natančneje, ženske iz albanske skupnosti. Prav zaradi tega so raziskovalci projekta vzpostavili kontakt z Vero Haliti, ki že nekaj let prevaja in opravlja medkulturno mediatorstvo za albansko skupnost ter sodeluje z različnimi javnimi ustanovami (sodstvo, bolnišnica, policija), kjer se pojavlja potreba pri premoščanju jezikovnih in kulturnih nesporazumov. Zaradi njenega dolgoletnega dela z albansko skupnostjo, so jo povabili k sodelovanju pri Odprtih vratih za zdravje na Ljudski univerzi v Celju. Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje v Celju je vzpostavila stik z Ljudsko univerzo z namenom izobraževanja albanskih žensk iz zdravstvenovzgojnih vsebin, ki bi lahko pomembno vplivale na razvoj zdravega življenjskega sloga v tej ranljivi populaciji. Medkulturna mediacija, ki je potekala v okviru Odprtih vrat za zdravje, je bila s strani albanskih žensk zelo dobro sprejeta. V delavnici je bila udeleženkam posredovana vsa literatura in v njihov jezik prevedeni delovni listi. Udeležanke so bile zelo motivirane za spoznavanje zdravstvenovzgojnih vsebin, kar se je izrazilo predvsem z željo po izvedbi nadaljnjih delavnic.

Zaradi jasno izražene potrebe in vidnih uspehov pri omenjenem projektu se je sodelovanje z Vero Haliti nadaljevalo. Decembra 2015 je delovala kot tolmačka/medkulturna mediatorka pri preventivnih pregledih v referenčni ambulanti družinske medicine v Vojniku. Prve evalvacije, ki so potekale preko vprašalnikov ter pogovorov z uporabniki in diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti družinske medicine, so pokazale, da je uvedba medkulturne mediatorke nujna in zaželena. Uporabnice so imele prvič možnost neposredne in tekoče komunikacije z zdravstvenimi delavci, prav tako pa so tudi slednji lahko bolje opravili svoje delo, saj so imeli točne informacije o zdravstvenem stanju ter počutju svojih uporabnic. Pred tem to ni bilo mogoče, saj mnoge osebe iz albanske skupnosti ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika (Iršič 2015).

Priporočila:

- Medkulturna mediacija ne sme biti spontana in »laična«: mesta medkulturnega mediatorja ne more nadomestiti spontana ali neorganizirana oblika podpore (kot na primer svojci in drugi) pri reševanju kulturnih nesporazumov.
- Medkulturni mediator mora delovati profesionalno in upoštevati načelo molčečnosti. Organizirano in profesionalno delo medkulturnega mediatorja zavezuje k molčečnosti.
- Medkulturni mediator mora biti ustrezno usposobljen:
 - o Izhajati mora iz istega jezikovnega in kulturnega okolja kot uporabnik ali pa ju mora zelo dobro poznati.
 - o Poznati mora osnove medicinske stroke in delovanje zdravstvenih ustanov.
 - o Strokovno usposabljanje medkulturnih mediatorjev mora izvajati interdisciplinarna skupina strokovnjakov.
- Financiranje medkulturnega mediatorja mora zagotoviti neodvisnost njegovega dela: plačnik storitev medkulturne mediacije mora biti ustanova, ki zagotavlja nepristranost ter spoštuje načelo medkulturnega mediatorja kot neodvisnega strokovnjaka na svojem področju.
- Medkulturni mediator si mora prizadevati za sodelovalni odnos do vseh vključenih strani, še posebej do uporabnika. Deluje naj skladno z interesom svojih strank, nikoli proti interesu uporabnika in brez njegovega privoljenja.
- Medkulturni mediator mora dobro poznati lokalno okolje in imeti dobro razvito mrežo kontaktov (med vladnimi in nevladnimi organizacijami, pobudami prebivalcev in drugo), s katerimi po potrebi sodeluje.
- Medkulturni mediator mora delovati v kontekstu različnih javnih zdravstvenih ustanov in služb.
- Medkulturni mediator se mora zavedati pozicij moči v zdravstvenem okolju. V odnos med izvajalcem in uporabnikom naj posega zgolj ob zaznani neenakosti, obenem pa se zaveda posledic neenakih pozicij v zdravstveni obravnavi in naj bo nanje posebno pozoren.
- Vpeljava medkulturnega mediatorja je smiselna, če se hkrati izvaja tudi usposabljanje zdravstvenih delavcev o kulturni kompetenci. Medkulturna mediacija skupaj s kulturno kompetenco zdravstvenih delavcev tvori poskus celostnega odgovora pri

razumevanju medkulturnih in socialnih razlik ter pri premoščanju ovir, ki iz slednjih izhajajo.

- Za delo z medkulturnim mediatorjem moramo biti usposobljeni. Ker je medkulturna mediacija v našem okolju nova praksa, moramo pridobiti veščine za sodelovanje s tretjimi osebami med zdravstveno obravnavo.
- Medkulturni mediator mora za svoje delo prejeti ustrezno plačilo. Delo ne sme biti prostovoljno.

Uporabljena literatura in viri

Bowen, Sarah. 2001. *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa: Health Canada.

EQUAL EP Transkom. 2012. *Comparative Study on Language and Culture Mediation in different European countries*. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund & sozial.

Iršič, Marjana. 2015. *Sodelovanje z albansko tolmačko v okviru projekta Skupaj za zdravje*. Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom Celje. Osebna korespondenca.

Verrept, Hans. b.n.l. *Intercultural Mediation at Belgian Hospitals*. Dostopno na: http://mfh-eu.net/public/files/conference/mfh_paper3_Hans_Verrept.pdf (30. 11. 2015).

Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care. 2012. Facts Beyond Figures: Communi-Care for Migrants and Ethnic Minorities. 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe, Università Bocconi, Milano, Italija.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (11. 2. 2016).

ZAGOVORNIŠTVO

Ena izmed podpornih praks, ki so lahko v pomoč osebam v različnih ranljivih položajih, je zagovorništvo. To je dejavnost, ki vključuje dve ali več oseb, lahko tudi skupine (kolektivno zagovorništvo oziroma samozagovorništvo). Namen zagovorništva je, da poveča občutek moči posameznika, da lahko uveljavlja pravice, ki mu pripadajo. Obenem pa izraz zagovorništvo tudi pomeni, da se kolektivno, javno izbojuje za pravice, ki bi jih kot člani družbe morali imeti.

Zagovorništvo obstaja na mnogih področjih (v šolstvu, zdravstvu, socialnih ustanovah). Potrebe po zagovorništvu lahko opazimo, ko pozornost usmerimo na izkušnjo uporabnikov pri srečevanju z institucijami. Kot pomembno podporno dejavnost (predvsem na področju duševnega zdravja) je zagovorništvo prepoznala tudi Svetovna zdravstvena organizacija, ki ima to prakso zapisano v temeljnih listinah (Urek in drugi 2011: 3).

Potrebe po zagovorništvu je v Sloveniji najprej opazilo socialno delo na področju duševnega zdravja v 90. letih (Flaker 1993; Lamovec 1998, 2006 [1995]). Socialno delo je prepoznalo veliko družbenih dejavnikov, ki vplivajo na psihosocialne stiske, s katerimi se srečujejo uporabniki psihiatričnih storitev.

Ločimo lahko med neformalnim zagovorništvom, ki je pogosto spontano, in formalnim, ki je institucionalizirano.

- **Neformalno zagovorništvo**

Samoniklo se zagovorniška dejavnost vzpostavi kot odgovor na potrebe družbeno podrejenih delov populacije (migrantov, izbrisanih, gluhih in naglušnih, slepih in slabovidnih, ljudi s težavami v duševnem zdravju, brezdomnih oseb in drugih). Med najpogostejše zagovorniške »intervencije« sodijo spremstva na zdravstvene in druge obravnave, krepitev moči in podpora za samostojno življenje, informiranje o različnih pravicah in podobno.

- **Formalno zagovorništvo - zastopništvo**

Institucionalni odgovor na te potrebe se razlikuje od države do države. Na Škotskem denimo obstaja vrsta organizacij, ki se ukvarjajo primarno z zagovorništvom na različnih področjih (z osebami v psihosocialnih stiskah, z osebami z motnjo v razvoju in drugo). Te organizacije so pomembne predvsem zaradi svoje neodvisnosti od drugih institucij, kar jim omogoča lažje in boljše delo (SIAA 2012). Formalizirano obliko zagovorništva imenujemo zastopništvo. V Sloveniji poznamo kar nekaj vrst zastopnikov:

-
- »koordinatorje obravnave v skupnosti« (KOS) in »zastopnike pravic na področju duševnega zdravja«;
 - zastopnike za mladoletne begunce brez spremstva;
 - zastopnike pacientovih pravic.

Zastopnik pacientovih pravic

Osnovna naloga zastopnika je, da daje pacientu osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve tudi na področjih uveljavljanja pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Na zastopnika se lahko obrne vsak uporabnik zdravstvenih storitev pri kateremkoli izvajalcu zdravstvenih storitev in vsakdo, ki potrebuje osnovne informacije, strokovno pomoč ali konkretne usmeritve.

Na zastopnika se lahko obrnemo vedno, kadar kot uporabniki zdravstvenih storitev potrebujemo nasvet, pomoč ali zastopanje in ko se srečamo s problemom, ki se nanaša na katerokoli od pacientovih pravic določenih v Zakonu o pacientovih pravicah. Na izvajalce lahko kadarkoli naslovi predloge, mnenja, kritike ali priporočila, ki so jih ti dolžni obravnavati in nanje v roku, ki ga določi zastopnik, odgovoriti.

Zastopnik pomaga tako, da:

- na primeren način svetuje o vsebini pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja v času pred ali med zdravljenjem in kadar so te kršene;
- uporabniku poda konkretne usmeritve za uveljavljanje pravic in predlaga možne rešitve;
- uporabniku ponudi pomoč pri vlaganju pravnih sredstev po Zakonu o pacientovih pravicah;
- opravlja potrebne poizvedbe v zvezi z domnevnimi kršitvami pri izvajalcih zdravstvenih storitev;
- uporabnika napoti na pristojno pravno ali fizično osebo ali na pristojni državni organ;
- v okviru uporabnikovega pooblastila vloga pravna sredstva in daje predloge, pojasnila in druge izjave v uporabnikovem imenu in v njegovo korist za hitro in uspešno razrešitev spora (Ministrstvo za zdravje, Pristojnosti in naloge zastopnika).

Veliko zagovorniškega dela v Sloveniji opravljajo tudi različne nevladne organizacije. Navajamo nekatere nevladne organizacije, ki nudijo zagovorništvo na področju:

- duševnega zdravja: Društvo Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju; Slovensko združenje za duševno zdravje ŠENT; Nacionalno združenje za kakovost življenja Ozara; Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa VEZI; Slovensko združenje za kakovost življenja Novi Paradoks;
- brezdomstva: Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice;
- odvisnosti od prepovedanih substanc: Društvo Stigma - zmanjševanje škode zaradi jemanja drog;
- migracij: Društvo za razvoj in povezovanje družbenih ved in kultur Odnos; Slovenska filantropija; Migrantska pisarna (ZSSS); Info točka za tujce (ZRSZ IN ZSSS); Antirasistična fronta in drugi.



Katere organizacije v vašem lokalnem okolju nudijo zagovorništvo in na katerem področju? Kako z njimi sodelujete?

Potrebe po zagovorništvu so različne. Lahko se nanašajo na zagovarjanje uporabnikovih potreb v življenju z bližnjimi. Največkrat pa ljudje potrebujejo pomoč pri soočanju z institucijami: pri postopkih pridobivanja različnih socialnih prejemkov, ob morebitnem kršenju človekovih pravic v različnih institucijah in drugo. Lahko pa se zgodi, da uporabnik potrebuje zagovornika tudi pri zdravstveni obravnavi. Čeprav obstaja mnogo zdravstvenih delavcev, ki sprejemajo zagovornike kot pomembne partnerje v obravnavi uporabnika, se zagovornikovo prisotnost ponekod še vedno razume kot poseganje v medicinsko delo.

Primer: *Sogovornica, koordinatorica obravnave v skupnosti, je skušala opolnomočiti uporabnico psihiatričnih storitev v odnosu z osebno zdravnico. Uporabnica je imela močno alergijo. Medicinske preiskave niso pokazale ničesar, simptomi pa so ostajali. Koordinatorica se je z uporabnico dogovorila, da osebno stopi v stik z njeno zdravnico.*

»In ko sem jaz poklicala, so imeli občutek, da posegam v njihovo delo. Ko zagovarjaš človeka in prosiš v njegovem imenu, ker te sam uporabnik prosi, da pokličeš. In potem sem gospo naslednjič vprašala, kako je bilo. Rekla je, da ji je dala napotnico in dodala, da drugič ne rabi sociale vmešavat.«

Ko komentira svoje intervencije v odnosu do zdravstvenega osebja, pravi: *»Hitro vzamejo takšne klice kot osebni poseg v njihovo delo. Kar po eni strani razumem. Ampak ni namen, da zdravstvenemu delavcu govorim, kaj naj dela - naj da konkreten razlog, zakaj noče poslati naprej, med tem ko se uporabnica pred tabo praska skoraj do krvi«* (Škraban 2015: 37).

Uporabnikom lahko podporo nudijo strokovni delavci iz vrst socialnega dela, zdravstveni delavci, prijatelji in drugi bližnji ter različne skupine za samopomoč. Zagovornik, formalni ali neformalni, vam je lahko v pomoč pri zdravstveni obravnavi, saj je najverjetneje dobro seznanjen z okoliščinami, ki jim je uporabnik izpostavljen. Prisotnost zagovornika je največkrat jasen znak, da se uporabnik počuti ogroženega ali nemočnega.

Uporabljena literatura in viri

Flaker, Vito. 1993. *Advocatus diaboli*. *Socialno delo, časopis za teorijo in prakso* 32 (3-4): 5–10.

Lamovec, Tanja. 1998. *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

--- 2006 [1995]. *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. 2. izdaja. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

SIAA. 2012. *More for Less? Independent Advocacy — More demand, less funding: SIAA research into delivering advocacy in the recession*. Scottish Independent Advocacy Alliance. Dostopno na: http://www.siaa.org.uk/wp-content/uploads/2014/02/SIAA_More_for_Less.pdf (20. 11. 2015).

Škraban, Juš. 2015. *Družbena moč oseb s težavami v duševnem zdravju. Medicinskoantropološka študija*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

Urek, Mojca et al. 2011. *Smernice in etična načela delovanja zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja na podlagi izkušenj zastopnikov v praksi in na podlagi mednarodno sprejetih standardov: predlog skupine za spremljanje zastopnikov*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. Dostopno na: <http://www.fsd.uni-lj.si/mma/Smernice/2012122619012823/> (11. 5. 2015).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. *Pacientove pravice – Zastopniki pacientovih pravic: Pristojnosti in naloge zastopnika*. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/pacientove_pravice/zastopniki_pacientovih_pravic/pristojnosti_in_naloge_zastopnika (23. 12. 2015).

STANDARD ZA ZAGOTAVLJANJE ENAKOSTI V ZDRAVSTVENI OSKRBI RANLJIVIH SKUPIN

Mednarodna mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah je bila ustanovljena leta 1990 pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije z namenom, da bi se v delo zdravstvenih ustanov pričelo sistematično vključevati aktivnosti krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju (tako za uporabnike in zaposlene v zdravstvenih ustanovah kot tudi za lokalno skupnost). Leta 2015 je bilo v mrežo vključenih okrog 900 zdravstvenih ustanov iz 40 držav sveta, med njimi tudi 6 slovenskih (HPH Task Force MFCCHC 2014).

Znotraj mreže se povezujejo nacionalne in regionalne mreže, posamezne zdravstvene ustanove in številne delovne skupine. Ena od delovnih skupin je Delovna skupina za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo, ki je bila ustanovljena leta 2005.

Ta delovna skupina pri svojem delovanju izhaja iz ugotovitve, da so bile v evropskih sistemih zdravstvenega varstva prepoznana štiri področja, ki bi jih bilo potrebno prednostno izboljšati, in sicer:

- vzpostavitev sistematičnega spremljanja zdravja migrantov, etničnih manjšin in drugih ranljivih skupin prebivalstva;
- zagotovitev pravice do zdravstvenega varstva in dostopa do zdravstvenih storitev tem skupinam;
- spodbujanje uvedbe dobrih praks pri zagotavljanju kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe in
- povečanje vključenosti migrantov, etničnih manjšin in drugih ranljivih skupin prebivalstva v načrtovanje politik zdravja in organiziranje zdravstvenih storitev (HPH Task Force MFCCHC 2014).

Kljub temu da so številne evropske države sprejele nacionalne politike na področju varovanja zdravja migrantov in etničnih manjšin, je njihovo udejanjanje v klinični praksi zelo počasno, izvajani ukrepi pa niso vedno učinkoviti.

Kot odgovor na prepoznane pomanjkljivosti evropskih sistemov zdravstvenega varstva na področju zagotavljanja zdravstvenih potreb migrantov, etničnih manjšin in drugih ranljivih skupin prebivalstva so leta 2011 v omenjeni delovni skupini pripravili prvo različico Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin. Hkrati se je pokazalo, da je potrebno za izvajalce zdravstvenih storitev pripraviti preprosto in uporabno orodje, s katerim bi lahko svoja prizadevanja na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin ocenjevali in prepoznavali področja za možne izboljšave. Končni izdelek je tako orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin, ki temelji na procesu nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe, prepoznavanja področij za izboljšave, razvoja akcijskega načrta in njegovega udejanjanja ter ponovnega ocenjevanja stanja (krog načrtuj, izvajaj, preverjaj, ukrepaj) (HPH Task Force MFCCHC 2014).

To orodje je bilo pilotno testirano v številnih zdravstvenih ustanovah (tudi v eni od slovenskih), končna različica pa je bila nato prevedena v več jezikov. V okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, je bilo orodje jezikovno in vsebinsko prilagojeno slovenskemu sistemu zdravstvenega varstva ter izdano v posebni publikaciji (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebren 2016).

Pet zahtev Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin

Med razvojem Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin je bilo prepoznano naslednjih pet področij, ki jih moramo upoštevati pri zagotavljanju enakosti v zdravstveni oskrbi:



Slovenska izdaja Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov.

Zahteva 1: Enakost v politikah

Prva zahteva ima namen spodbujati enakost preko zagotavljanja pravičnih možnosti, zmanjševanja neenakosti v zdravju in razvijanja trajnostnih ter stroškovno učinkovitih politik. Da bi ustanova dosegla korenite spremembe v smeri enakosti, je potrebno zagotoviti stalno usposabljanje zaposlenih, še posebej na področju ozaveščanja o vplivu diskriminacije, oviranem dostopu do zdravstvene oskrbe ter razvijanju bolj senzibilnega in kulturno kompetentnega pristopa do ranljivih skupin.

Zahteva 2: Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev

Cilj druge zahteve je spodbuditi zdravstvene ustanove k premoščanju ovir do kakovostnih zdravstvenih storitev. Po eni strani je treba zagotoviti fizično dostopnost in ustrezno geografsko porazdelitev zdravstvenih storitev - tudi za najbolj ranljive skupine prebivalstva. Po drugi strani pa je potrebno izboljšati komuniciranje z uporabniki, vključno z odpravljanjem posledic neravnovesja moči v komunikaciji med uporabnikom in zdravstvenim delavcem. S tem izpostavlja pomen zaupanja, spoštovanja, odprtosti in empatije v odnosu z uporabniki. Ta zahteva spodbuja zdravstvene ustanove, da tudi za osebe, ki formalno nimajo pravic do zdravstvene oskrbe, priskrbijo potrebne informacije, oskrbo in podporo.

Zahteva 3: Enaka kakovost zdravstvene oskrbe

Namen tretje zahteve je, da ustanova zagotavlja visoko kakovostno, na posameznika osredotočeno zdravstveno oskrbo za vse uporabnike ter pri tem upošteva raznolike značilnosti in potrebe posameznika pri ukrepih za izboljšanje njegovega zdravja in počutja. Izvajalci morajo pri načrtovanju procesa zdravstvene oskrbe upoštevati posameznikove izkušnje in mnenja. V primeru migrantov zato izvajalcev ne moremo usposobiti za ustrezno odzivanje s poenostavljenim izobraževanjem, temveč jih je potrebno spodbujati, da se naučijo premostiti razlike in graditi odnose, iz katerih se bodo učili.

Zahteva 4: Enakost pri sodelovanju

Četrta zahteva si prizadeva zagotoviti enake možnosti za uporabnike storitev in lokalno skupnost, da sodelujejo v načrtovanju, izvedbi in vrednotenju zdravstvene oskrbe. Spodbujanje aktivnega sodelovanja ne pomeni povezovanja izključno z dobro organiziranimi skupinami, ki niso nujno sposobne zastopati potreb posameznika ali potreb manjših, slabše organiziranih ali povsem marginaliziranih skupin prebivalstva. Zato želi ta zahteva zagotoviti predvsem udeležbo tistih posameznikov in družbenih skupin, ki jim grozi, da bodo iz tovrstnih aktivnosti izključeni.

Zahteva 5: Spodbujanje enakosti

Peta zahteva spodbuja ustanovo, da promovira svoje aktivnosti na področju enakosti v drugih družbenih resorjih. Ustanova naj dejavno sodeluje v omrežjih in raziskovalnih projektih s področja enakosti, kot so partnerstva za zagotavljanje bolj kakovostnih storitev za ranljive skupine prebivalstva in medresornih pobudah za celovitejšo obravnavo determinant zdravja (Cattacin 2013; HPH Task Force MFCCHC 2014).



Poskusite samooceniti delovanje svoje ustanove na osnovi spodaj izbranih elementov prve in druge zahteve:

Zahteva 1

Ustanova zagotavlja, da bodo zaposleni na vseh ravneh izboljšali ozaveščenost, si pridobili znanje in povečali kompetence za zmanjševanje neenakosti v zdravstveni oskrbi.

Ustanova ima celosten program usposabljanja, s katerim razvija področje enakosti (na primer: načrt izobraževanja za zaposlene vključuje izobraževanje s področja enakosti za vse zaposlene, tudi za vodstvo ustanove).

Se udejanja

Se delno udejanja

Se ne udejanja

Temeljno usposabljanje v ustanovi vključuje izobraževanje o enakosti (na primer: področje enakosti je del temeljnega izobraževanja za novozaposlene v ustanovi in vseh nadaljnjih izobraževanj).

Se udejanja

Se delno udejanja

Se ne udejanja

Ustanova spremlja in vrednoti učinke usposabljanja, s katerim razvija področje enakosti (na primer: na voljo so podatki o številu zaposlenih, ki so zaključili usposabljanje s področja enakosti; vzpostavljeno je vrednotenje sprememb v ozaveščenosti, znanju in veščinah zaposlenih (ovrednotenje pred usposabljanjem in po njem; odzivi uporabnikov)).

Se udejanja

Se delno udejanja

Se ne udejanja

Zahteva 2

Ustanova nenehno razvija, udejanja in spremlja pobude za zmanjševanje ovir pri informiranju in sporazumevanju.

Ustanova ima politike, s katerimi zagotavlja, da se bo v primeru jezikovnih ovir uporabnik (in njegov skrbnik) lahko sporazumeval z zaposlenimi v zdravstveni ustanovi (na primer: določila o tolmačenju, medkulturnem mediatorstvu in drugih oblikah podpore pri sporazumevanju; določila vsebujejo napotke, kako naj zaposleni uporabljajo storitve tolmačenja in medkulturnega mediatorstva ter kriterije, kdo je upravičen do teh storitev).

Se udejanja

Se delno udejanja

Se ne udejanja

Ustanova se pri sporazumevanju prilagodi potrebam uporabnikov, ki imajo slušne, kognitivne in govorne motnje ter motnje vida (na primer: določila o tolmačenju, drugimi oblikami podpore pri sporazumevanju; določila predvidevajo podporo uporabnikom s težavami pri branju ali pisanju ter uporabnikom s telesno in/ali duševno oviranostjo).

Se udejanja

Se delno udejanja

Se ne udejanja

Ustanova zagotavlja sodelovanje zaposlenih s tolmači, medkulturnimi mediatorji in ostalimi osebami, ki nudijo pomoč pri sporazumevanju (na primer: usposabljanje zaposlenih za sodelovanje s tolmači, prevajalci in medkulturnimi mediatorji; vključitev tovrstnega usposabljanja v temeljno usposabljanje za novozaposlene; spodbujanje tolmačenja in medkulturnega mediatorstva v ustanovi).

Se udejanja

Se delno udejanja

Se ne udejanja

Uporabljena literatura in viri

Cattacin, Sandro, Antonio Chiarenza in Dagmar Domenig. 2013. Equity Standards for Health Care Organisations: A Theoretical Framework. *Diversity and Equality in Health and Care 2013* (4): 249–58.

Chiarenza, Antonio et al. for HPH Task Force MFCCHC. 2014. *Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation*. Copenhagen: The Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services.

Farkaš Lainščak, Jerneja in Uršula Lipovec Čebtron, ur. 2016. *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Priročniku Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba na pot

Dokler nisem prebrala priročnika, sem bila prepričana, da kar nekaj vem o kulturni kompetenci in pacientu prijazni oskrbi v zdravstvu. Ob branju sem spoznala, da se moram še veliko naučiti in da bom z novo pridobljenim znanjem izboljšala svoje delo.

Upam in želim, da bo priročnik med nami sprejet »široko razprtih rok«. Šele z razumevanjem vsega povedanega v njem in novo osvojenim znanjem ter stalnim učenjem od ljudi, ki jih vsak dan srečujemo, bomo zdravstveni delavci stopili na pot, ki bo vodila do nove dimenzije v našem delu - na novo bomo definirali odnose med zdravstvenimi delavci in pacienti, nadgradili odnos do dela in si z novim znanjem razširili obzorje. V teh razburkanih časih, ki jih doživljamo, je to pravi trenutek za osvajanje tega znanja.

Avtorjem izrekam zahvalo in jim čestitam za pogum. Ob uvajanju tega znanja v slovenski prostor naj ne bo skal na njihovi in naši poti.

Naj zaključim z mislijo Leva Nikolajeviča Tolstoja: »Življenjski cilj vsakega posameznika je isti: napredovanje v dobrem« in latinskim pregovorom : »Z duhom vidimo več kot s telesom (očmi)«.

Ksenija Jelenc, dr. med., spec. pediatrije
Zdravstveni dom Ljubljana

V kontekstu medicinske antropologije številne poglobljene raziskave oziroma etnografije zelo nazorno govorijo o kompleksnosti ter raznolikosti posameznikovih ter družbenih izkušenj in doživljanj zdravja, bolezni in zdravljenj. Predvsem pa doživljanje trpljenja, bolezni in zdravljenja tudi znotraj določene kulture ni enoznačno ali homogeno.

Z velikim časovnim zamikom smo končno tudi v slovenskem prostoru dobili prepotrebno izhodiščno gradivo, ki je namenjeno povečevanju kulturnih kompetenc med zdravstvenim osebjem. Z nazornimi primeri ter primeri iz realne vsakdanje prakse nevsiljivo spodbuja premisleke o več »samoumevnostih«, ki to niso ter odpira možnosti za kulturno kompetentne perspektive zdravstvenega osebjem.

Vsem ustvarjalkam in ustvarjalcem priročnika čestitam za vložen trud in pripravljen priročnik. Želim, da bo uspel odpreti trenutno še preveč spregledane smeri razumevanja, da v zdravstveni obravnavi upoštevanje kulturnih dimenzij ni nekaj lepega, dodatnega, obskurnega, temveč je temeljna primes medicinskih procesov zdravljenja sedanjosti in prihodnosti.

Dr. Jana Šimenc, dipl. etnol. in kult. antrop.
Znanstvena sodelavka
Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU

Priročnik, ki ga imate pred seboj, predstavlja izjemno pomembno gradivo za zdravstvene delavce. Je prvo v Sloveniji, ki kompleksno obravnava področje kulturne kompetence v zdravstvu. Prihaja v zelo aktualnem času, ki zaznamuje razcepjenost slovenskega prebivalstva zaradi strahu pred drugačnostjo. Želim si, da bi priročnik našel pot do vsakega zdravstvenega delavca, pa tudi do vsakega učitelja, študenta in dijaka v izobraževalnih sistemih različnih poklicev v zdravstvu. Predvsem pa si želim, da bi vsi pacienti, ne glede na to, od kod so prišli, koga ljubijo, h komu molijo, kako so oblečeni, kaj jedo, začutili, da jih obravnavamo kompetentno, spoštljivo, brez predsodkov in z veliko mero empatije. Le tako bomo lahko vzpostavili zaupen odnos, ki je osnova za uspeh zdravstvene oskrbe ter se ob koncu dneva brez slabe vesti pogledali v ogledalo.

Helena Kristina Halbwachs, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Mednarodna specialistka za oskrbo ran (IIWCC)

PRILOGA

Video gradivo:

Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono

Društvo Kralji ulice, intervju z Bojanom Kuljancem

Migranti in dostop do slovenskega zdravstva

Izkušnje in dostop LGBT posameznikov_ic do zdravstvenih storitev - Legebitra

Škuc – Magnus, intervju z Boštjanom Kovačcem