

NAČELA ZDRAVSTVENE OSKRBE LJUDI IZ DRUGIH KULTUR

Josip Car¹, Janez Rifel²

UVOD

Kulturna raznolikost je značilnost večine evropskih dežel, vključno s Slovenijo. V takih družbah so postali posveti, kjer se srečata bolnik in zdravnik različnih kultur, del rutinske prakse. Takšni medkulturni posveti ne zajemajo samo bolnike etničnih manjšin, ampak tudi bolnike, ki iščejo zdravniško pomoč pri zdravnikih drugega etničnega porekla. Tako je veliko posvetov v medicini medkulturnega značaja.

Ali smo primerno opremljeni za srečanja z bolniki glede na vidik kulturnih razlik? Ali cenimo in razumemo ter kako pristopimo k bolnikom iz drugih kultur? Razumevanje osnovnih načel zdravstvenega varstva bolnikov iz različnih kultur nas bo opremilo za uspešno medkulturno sporazumevanje tudi z bolniki, katerih kulture ne poznamo. V tem preglednem članku predstavljamo glavne teme iz sporazumevanja, ki jih mora upoštevati zdravnik, ki skrbi za bolnike iz različnih kultur. V zajemanju primerov za ilustracijo pogloblitnih načel smo vzeli kot primer pljučne bolezni.

Dandanes je pomembnost sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom prepoznana kot temelj uspešnega zdravljenja in je postala bistven del medicinskega dodiplomskega študija in podiplomskega usposabljanja. Zmožnost sporazumevanja je posebej pomembna v medkulturnih srečanjih. Zdravniki morajo ob premagovanju jezikovnih ovir upoštevati bolnikova sociokulturna prepričanja, verovanja in spremenljivo prevalenco nekaterih najpogostejših bolezni med bolniki iz različnih kultur.

Številne študije so pokazale, da učinkovito sporazumevanje ne poveča le bolnikovega in zdravnikovega zadovoljstva ampak izboljša tudi fiziološke izide bolezni kot na primer umiritev simptomov, čustveno zdravje in obvladovanje bolečine (1-3). Sporazumevanje je še bolj pomembno pri bolnikih iz drugih kultur,

¹ Asist. mag. Josip Car, dr. med., Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College London.

² Janez Rifel, dr.med., Katedra za družinsko medicino MF, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

kjer jezik in razlike v prepričanjih in navadah predstavljajo dodaten izziv za zdravnike pri iskanju skupnih temeljev za oskrbo bolnikove zdravstvene težave.

EPIDEMIOLOGIJA

V Sloveniji je v letu 2002 živel okrog dva milijona ljudi (4). Leta 2002 se je 83,06 % prebivalcev Slovenije opredelilo kot Slovenci. Avtohtonih manjšin Italijanov je 0,11 %, Madžarov 0,32 % prebivalstva. Romov je bilo leta 2002 v Sloveniji 0,17%. Druge narodnostne skupine prebivalstva so Srbi 1,98 %, Hrvati 1,81 %, Bošnjaki 1,10 % in Muslimani kot etnična skupina 0,53 %, Bosanci 0,41 %, Makedonci 0,20 %, Črnogorci 0,14 %. Ta številka je pol manjša, kot jo navajajo centri za socialno delo. Leta 2002 ni odgovorilo na vprašanje o narodni pripadnosti 2,47 % ljudi, za 6,43 % ljudi pa je narodna pripadnost neznana, kar skupaj predstavlja skoraj 9 % prebivalstva.

Zdravniki v mnogih deželah lahko pričakujejo, da bodo morali skrbeti za bolnike iz različnih etničnih okolij. Velik izziv za vse zdravstvene sisteme je omogočanje visoke kakovosti zdravstvene oskrbe vedno bolj raznoliki populaciji (5). Vztrajanje etničnih razlik v dostopu do zdravstvenih storitev in njihovi kakovosti ter izidom zdravljenja (6), je v izziv tako zdravstvenemu sistemu (7) kot posameznikom, ki se trudijo za izničenje razlik. En način za doseg cilja je povečanje kulturne kompetentnosti zdravstvenega osebja, kar je lahko cilj že sam po sebi ali pa pomožno sredstvo za zmanjševanje razlik.

Primer razlik v prevalenci in incidenci bolezni med etničnimi skupinami so bolezni dihal. Razlike so dobro poznane, a jih je večkrat težko odpraviti. Najbolj očitne razlike so pri tuberkulozi (8) in pri kajenju (9). Pri tem nam morda lahko pomaga tudi, če se ozremo na nekatere učinke kulturnih razlik v nekaterih drugih evropskih državah, kjer so le-te bolj preučevane.

Na primer pri astmi v Veliki Britaniji lahko vidimo, da te razlike lahko pripišemo tudi težavam pri sporazumevanju, dostopu do informacij in odnosom (10, 11). Pri bolnikih s kroničnimi stanji, kot na primer pri astmi, sta bila pogosto izpostavljena pomembna vpliva kakovostnega sporazumevanja in razvoja partnerstva med zdravnikom in bolniki pri njihovi oskrbi. Še posebej pomemben je vpliv partnerstva med bolnikom in zdravnikom pri oskrbi manjšinskih etničnih skupin.

V Veliki Britaniji imajo ljudje južnoazijskega porekla z astmo višje tveganje sprejema v bolnišnico v primerjavi z Evropejci (12-15). Ni jasnih dokazov o razlikah v težavnosti ali prevalenci astme; predpisanih zdravilih, izobraževanju o astmi ali in v resnosti akutnih epizod med sprejetimi bolniki iz dveh etničnih skupin (13, 16-18). Višje tveganje je le delno posledica socioekonomskega statusa (19).

Kvalitativne raziskave z bolniki različnih kultur z astmo v Londonu v Veliki Britaniji so pokazale, da sta sporazumevanje in odnos med zdravnikom in bolnikom ključnega pomena za razumevanje bolezni in uspešnost zdravljenja, ki pomembno prispevata k različnim zdravstvenim izidom astme (10, 11). Te raziskave so tudi ugotovile, da so bolniki drugih kultur pogosto imeli manj zaupen odnos s svojim družinskim zdravnikom, težji dostop do zdravnika, navedli so težave v teh odnosih in kar je najpomembnejše, pogosteje so pogrešali občutek partnerstva s svojim družinskim zdravnikom. Avtorji raziskav so zaključili, da je za nekatere bolnike iz drugih kultur težje razviti partnerstvo z zdravniki, ki bi vodilo v boljši nadzor astme, bodisi zaradi zdravnikove rigidnosti v odnosu do bolnika in poudarjanju nekaterih načel (kot na primer uporaba redne profilakse), ki jih bolniki niso navajeni iz kulturnih okolij, iz katerih izhajajo (11).

Številne druge raziskave potrjujejo pomen razumevanja posebnih potreb bolnikov iz različnih kulturnih okolij (20-22).

RASA, ETNIČNOST, KULTURA

V strokovni literaturi se pogosto uporabljajo izrazi, kot so bolnikova rasa, nacionalnost in kultura, zato te izraze na kratko opredeljujemo. Definicije rase, nacionalnosti in kulture se pogosto spreminjajo in s tem odražajo zahtevnost tega občutljivega področja.

RASA

Tradicionalna antropologija je poznala štiri velike človeške rase: belo (evropsko ali kavkaško), črno (afriško ali negroidno), rumeno (azijsko ali mongoloidno) in avstralsko (rasa Aboriginov). Rase naj bi bile biološki znanstven koncept, ki razlaga pomembne biološke razlike med različnimi populacijami. Moderna genetika je pokazala, da je več kot 99 % človeškega genetskega materiala skupnega vsem rasam in da je tradicionalna opredelitev ras znanstveno neutemeljena. Razlike so le zunanje, kot na primer oblika obraza, barva kože in las.

KULTURA

Kultura oblikuje osebna doživljanja, poglede na zdravje in bolezen ter kako premagati slednjo. Je sistem skupnih prepričanj, vrednot, navad in obnašanj, ki jih uporabljajo člani družbe ali skupnosti pri življenju v svetu in drug z drugim. Kultura temelji na 'dogovorjenih' simbolnih pomenih in razumevanjih, ki si jih delijo. Vsebuje vsaj tri sestavine: kaj ljudje mislijo, kaj delajo in materialni proizvodi, ki jih proizvajajo. Kultura se nauči in se jo prenaša med generacijami s pomočjo učenja. Ni le preprosto podedovana (avtomatsko določena glede na narodnost). Pomembna značilnost vseh kultur je, da so v stalnem stanju spremenljivosti – se prilagajajo in vključujejo – oblikujejo jih dejavniki, kot so bližina, izobraževanje, spol in starost.

ETNIČNOST

Tako kot kultura je tudi etničnost (nacionalnost) večdimenzionalen koncept. Beseda etničnost izhaja iz grške besede *ethnos*, ki pomeni narod, ljudstvo, pleme. Etničnost vključuje v svoj pomen skupno poreklo in tradicijo v smislu zgodovinskih, geografskih in verskih korenin. Te skupaj pogosto ustvarijo verovanja, pričakovanja, jezik in občutek pripadnosti, ki si ga ljudje iste etnične skupine delijo (23). Temelj vsake etnične skupine, ki jo povezuje, je njena kultura, je način bivanja in sožitja (24).

Vendar se etničnost pogosto ne ujema s kulturnimi, z jezikovnimi, s prehrabnenimi ali z verskimi izbirami in potrebami. Nekdo, ki sploh ne govori slovensko, se še vedno lahko opredeli za Slovenca. Etnično in kulturno ozadje je težko meriti in opisati, zato je najbolje čimveč zvedeti o določenem človeku in njegovem kulturnem okolju. Izogibati se moramo predsodkom ali posploševanju vzorcev obnašanja iz določenih kultur na posameznike.

Zdravstveno osebje poleg svoje osebne kulture deli tudi drugo posebno kulturo – 'medicinsko'. Pridobili so določene poglede in stališča, ki jih lahko poimenujemo 'medicinska' kultura. Pri medkulturnih stikih se je pomembno zavedati vplivov svoje lastne kulture in možnih biomedicinskih 'predsodkov' ali (omejenih) predstav zaradi zdravstvene kulture.

POMEMBNEJŠI IZZIVI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA BOLNIKOV IZ DRUGIH KULTUR

Posebej zahtevna so srečanja z bolniki drugih kultur, kjer ima lahko vpliv kulture pomembno vlogo pri razumevanju zdravljenja (25). Med ta lahko uvrstimo teme, povezane z avtoriteto, s telesnim ali z očesnim stikom, z načini sporazumevanja, s spolom, s spolnostjo, z družino, z odnosom do smrti in s pravili oblačenja itd. Neupoštevanje morebitne pomembnosti kulturnih pravil lahko ogrozi učinkovitost medkulturnih srečanj (25).

Ko se začnemo zavedati nekaterih kulturnih prepričanj in stališč, ki vplivajo na zdravstveno nego naših bolnikov, pridemo v skušnjava, da bi posplošili, da imajo vse osebe iz določene kulture enaka prepričanja in stališča. Poznavanje »tipičnih« vrednot, navad in prepričanj bolnikov iz različnih kultur je koristno, vendar je izjava, da se člani določene etnične ali rasne skupine obnašajo na tipične načine, preveč stereotipna poenostavitev. Večina kultur je heterogenih. Še več, nekateri posamezniki lahko ohranijo svoje stare navade, medtem ko gredo ostali skozi proces inkulturacije, kar pogosto povzroči mešanico starega in novega. Pogosto je družina dvokulturna in nekateri člani ohranijo več od ene ali druge kulture. Situacija vsakega posameznika je edinstvena. Nanjo ima vpliv kultura kot tudi osebni in socialni dejavniki. Lažje in pravilneje, kot se poskušati naučiti enciklopedijo problemov

značilnih za posamezne kulture, je k vsakemu posamezniku kot edinstvenemu zakladu pristopiti z razumevanjem načel kulturno občutljivega sporazumevanja. V pomoč pri razumevanju in v izogib kulturnim pastem nam je lahko pogovor z drugimi predstavniki iste kulturne skupine.

Prvi zdravnik splošne medicine v Sloveniji, ki se je posvetil tematiki medkulturne obravnave bolnikov, je bil primarij dr. Jože Zadavec, specialist splošne medicine in doktor medicinskih znanosti iz Beltincev v Prekmurju. Zato kot primer posebnih značilnosti določene kulturne skupine v Sloveniji še posebej opisujemo Rome (okvir 1).

Nekatere značilnosti romske kulture

Romi so tudi avtohtoni prebivalci Slovenije vendar se njihova kultura in način življenja razlikujeta od slovenske. Vplivi romske kulture so bolj ali manj izraženi. Upoštevat je treba mnenja razširjene družine ali cele romske skupnosti, ki živi na nekem področju. Pridobiti je treba zaupanje vodilne osebe v romski skupnosti. Prizadevati si je treba tudi za ureditev najpomembnejših zdravstveno-higienskih ukrepov, kot na primer zagotovitev pitne vode in elektrike, kjer to še ni zadovoljivo urejeno.

Romska kultura je zelo različna od slovenske in predstavlja zdravstvenim delavcem velik izziv. Romi izhajajo s področja Indije in so na svoji poti do Slovenije ohranjali svojo bogato kulturo in način življenja ter hkrati v svojo kulturo vključevali vplive ljudstev, ki so jih srečali na svoji poti. V drugi polovici dvajsetega stoletja pa se je dolgoletni nomadski način življenja Romov začel spreminjati predvsem zaradi stalnega naseljevanja, izobraževanja in stalnih virov zaslužka. Vendar so bile te spremembe pri nekaterih Romih bolj in pri drugih manj izražene. Nekateri Romi bivajo v zidanih hišah, hodijo v službo in se od ostalih državljanov sploh ne ločijo. Drugi Romi še vedno živijo v improviziranih bivališčih in se selijo z enega mesta na drugega, nimajo stalne zaposlitve, redne prehrane, pitne vode, elektrike, so nepismeni in odvisni od socialne pomoči in priložnostnih del. V Prekmurju je socialno-ekonomski položaj Romov boljši kot na Dolenjskem, v Posavju in Beli Krajini. Razlike v socialno-ekonomskem položaju, načinu življenja, izobrazbi, delovnih navadah, verski pripadnosti in običajih so velike tudi med t. i. netradicionalno naseljenimi Romi, ki večinoma živijo v večjih mestih (Ljubljana, Maribor, Celje, Jesenice in Velenje) (26). Romi so tako zelo raznolika skupina, zato je zelo pomembno za vsakega posameznega bolnika ugotoviti, koliko mu še pomeni romska kultura in tudi na primer romsko zdravilstvo.

Med Romi je največ boleznih dihal, prebavil, obtočil, živčevja in čutil. Najpogostejši so psihosomatski simptomi (nespečnost, anksioznost, nemir, depresije, glavobol,

razdražljivost, vrtoglavice in preutrujenost). To so tudi najpogostejši vzroki za predčasno upokožitev.

Na zdravje Romov zelo slabo vpliva kajenje in uživanje alkohola. Kajenje in cigarete so za mnoge Rome že del njihove kulture. Kaditi začnejo že otroci, celo že pri sedmih letih. Običajno začnejo kaditi zaradi kadilskih navad v njihovi okolici. Zavedajo se škodljivosti kajenja, veliko kadilcev ima kronično obstruktivno bolezen, uporabljajo zdravila v aerosolih in celo aparate za trajno zdravljenje s kisikom, vendar je motivacija za prenehanje kajenja zelo majhna ali je sploh ni (27).

Na zdravstveno stanje Romov vpliva tudi prehrana, v kateri običajno primanjkuje beljakovin, kar se odraža posebej slabo pri nosečnicah.

Pri Romih v Prekmurju izstopajo v primerjavi s preostalim prebivalstvom razne genetsko pogojene okvare, ki so večinoma posledice krvnega sorodstva, razne infekcijske in parazitarne bolezni (toksoplazmoza, toksokarioza, črevesni paraziti), bolezni dihal (astma in kronični bronhitis), kronične revmatske bolezni, psihonevroze, alkoholizem, tabletomanije. Umrljivost romskih otrok je bila konec osemdesetih let prejšnjega stoletja tri- do štirikrat večja kot pri ostalih prebivalcih. Manj kot pri neromskih prebivalcih je med Romi debelosti, sladkorne bolezni, visokega krvnega tlaka, kapi, raka in samomorov.

Vsi Romi imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo, v ambulate hodijo otroci in ženske radi, manj pa moški. Če je potrebno, gredo v bolnišnice pozimi, poleti pa se jih razen otrok vsi izogibljejo. Ko pridejo v ambulanto, hočejo zdravila, neradi se pregledajo. V zdravnikovi prisotnosti se Romi med seboj pogovarjajo v svojem jeziku. Zaposleni Romi velikokrat obiščejo zdravnika zaradi bolniškega staleža, s katerim opravičijo svojo odsotnost z dela. Bolniški izostanki pri Romih se povečajo zlasti v času izplačilnih dni.

Romi so v tesnem stiku z naravo spoznali celo vrsto naravnih zdravilnih sredstev: zdravilnih rastlin, mineralnih snovi in fizikalne medicine. Ustvarili so svojo tipično farmakopejo, ki se uvršča v družino primitivnih znanj s področja zdravilstva. Njihova medicina vsebuje mnogo elementov zdravilstva izmečkov. Za zdravljenje se uporablja razne izločke človeškega ali živalskega izvora, meso in mast raznih živali, insekti. Še danes je cenjeno zdravilo plesniv kruh, jabolka, zabela. Izvajalke romske medicine so bile predvsem ženske.

Če je v preteklosti kak Rom zbolel, so svojci najprej počakali, da bi se bolezen sama pozdravila, po nekaj dneh so poskušali z domačim zdravilom rastlinskega izvora; če to ni zaleгло so poklicali domačega zdravilca; če je ta ugotovil, da bolniku ni pomoči, so ga pustili umreti. Le redki so šli k zdravniku. Večinoma zaradi poškodb ali infekcij. Danes gre večina Romov k zdravniku, nekaj se jih zdravi samo doma,

večinoma starejši. Romi raje kot drugi prebivalci pokličejo zdravnika na dom, v velikih primerih pa so razlogi za obiske na domu nemedicinski.

V preteklosti so Romi slabo skrbeli za stare in onemogle. Po eni strani so se bali smrti; za Roma ni večje kazni, kot če mora gledati, kako umira njegov sotrpin, po drugi strani pa so bili stari ljudje tudi veliko ekonomsko breme. Včasih je bilo razširjeno mnenje, da bolnik lažje umre, če je sam v sobi, svojci so tudi hoteli poslati bolnika v bolnišnico, da bi tam umrl. Romi težko sprejmejo bivanje v domu za ostarele, saj se počutijo ujete. Vendar se tudi na tem področju stvari hitro spreminjajo.

Med Romi je bistveno manj samomorov kot med ostalimi prebivalci Slovenije. Romi živijo od danes do jutri in so zadovoljni s tem, kar imajo. V takšni družbi človek težko obupa. Romi samo delno verjamejo v življenje po smrti, zato se mogoče težje odločijo za nasilno prekinitev življenja (28).

Pristope, ki se običajno uporabljajo pri posvetih z namenom izboljšanja odnosa med bolnikom in zdravstvenim osebjem, kot na primer humor, je treba uporabljati s previdnostjo pri bolnikih iz etničnih manjšin, saj obstaja možnost, da se šala razume v neki drugi kulturi drugače, kot v zdravnikovi.

JEZIK

Dejstvo, da bolnik ne govori jezika dežele, v kateri živi, je najpomembnejši sprožilec, ki zdravstvenega delavca opomni na možnost razlik v kulturnih prepričanjih in običajih. Bolniki, pripadniki etničnih manjšin, pogosto iščejo zdravnika, ki govori njihov jezik ali le enostavno želijo prejeti zdravstveno oskrbo od nekoga, ki pozna njihovo kulturo. Jezik je ključna sestavina kulture in jezikovne razlike pogosto ovirajo dobro zdravstveno oskrbo (29). Vendar je lahko zavajajoče, če merimo stopnjo inkulturacije s stopnjo uporabe jezika dežele, v kateri živi. Zaradi različnih motivov in razlogov se ljudje naučijo (ali pa ne) jezik dežele, v kateri živijo. Vendar to ne pomeni, da so tudi posvojili (ali se naučili) kulturnih običajev te dežele.

Jezikovne ovire negativno vplivajo na dostopnost do zdravstvene oskrbe in na posvet (30). Na primer, raziskava o bolnikih z bolečino je pokazala, da le-ti običajno niso ravnali po zdravnikovih navodilih glede analgetikov, ker niso razumeli navodil (31).

Zagotovitev visoko kakovostnega prevoda v primeru, da bolnik in zdravstveni delavec nista večča skupnega jezika, je ključnega pomena. Običajno prevajajo kar bolnikovi sorodniki, čeprav se je treba prizadevati omogočiti profesionalne prevajalce. Sorodniki se običajno čutijo dolžni prevod prirediti in lahko spremenijo pomen besed, tako da bolj ustrezajo svojemu lastnemu razumevanju in željam.

Zdravstveni delavci se lahko naučijo nekaj besed jezika bolnikov, s katerimi se pogosto srečujejo. To poda pozitivno sporočilo spoštovanja in zanimanja za bolnika.

RAZUMEVANJE POMENA BOLEZNI

Pogosto opisujemo zdravstvena prepričanja kot posameznikovo razumevanje procesa ohranjanja zdravja ali obolevanja. Bolnikovo kulturno in etnično ozadje oblikuje njihove poglede na bolezen in blagostanje tako v fizičnem kot duhovnem smislu in vpliva na ocene zdravstvene nege in izidov terapije. Veliko kultur ima razvite modele, ki razlagajo zdravje in bolezen, ki se močno razlikujejo od zahodnega znanstvenega modela. V nekaterih primerih bomo šele po pogovoru s »kulturnim informatorjem« (članom iste kulture, ki je lahko zdravstveni delavec, prevajalec, duhovnik, socialni delavec, predstavnik bolnikov ali drugo) zmožni razumeti »skrivnostne« raznolike razlage bolezni (razlagalni modeli), ki nam jih bodo predstavili bolniki.

Pomembno je, da zdravstveni delavci razvijejo odnos s svojimi bolniki, ki temelji na spoštovanju, tako da se počutijo sproščeni, da se z bolniki lahko pogovorijo tudi o temah, ki niso neposredno medicinske, pa vendar lahko vplivajo na bolnikovo zdravje – na primer post (32). Če poznamo bolnikovo vero in kulturo, se nam odprejo priložnosti za sinergijo med običaji in odločitvami, ki izhajajo iz njih in imajo hkrati zdravstvene prednosti. Primer je nasvet o prenehanju kajenja med postnim časom ali ramadanom za tiste, ki povezujejo post s prenehanjem kajenja (32).

Nekatere bolezni so stigmatizirane v nekaterih kulturah; med respiratornimi boleznimi so primeri astma, pljučni rak in tuberkuloza. Posledično lahko bolniki predstavijo svoje simptome na način, ki je socialno in kulturno sprejemljiv v njihovi kulturi. Na primer, bolniki z astmo lahko zahtevajo zdravila proti kašlju zaradi njihovega nočnega kašljanja in prebujanja ali imajo za zdravljenje raje »bele tablete« kot »pumpico«, ker tablete niso tako stigmatirajoče kot inhalatorji.

Če obstajajo obdobja brez simptomov (na primer pri astmi), nekatere kulture to razložijo z ozdravitvijo. Ko raziskujemo bolnikove razlage za bolezen, so zdravstvenim delavcem lahko v pomoč naslednja vprašanja: »Kako poimenujete svoje težave v svojem jeziku? Katero ime ima? Ali se česa bojite zaradi svoje bolezni? Katero vrsto zdravljenja mislite, da morate prejeti?« Dejstvo, da se okrog 80 % vseh bolezni oskrbi zunaj tradicionalnega zdravstvenega sistema, dokazuje pomembnost zgornjih vprašanj (33).

SKUPNO ODLOČANJE PRI MEDKULTURNIH POSVETIH

V medicini je bil tradicionalno razširjen paternalistični način odločanja o bolnikovi oskrbi: zdravnik je najbolje vedel, kaj je dobro za bolnika in bolnik je brez vprašanja

sprejel navodila (34, 35). Oskrba osredotočena na bolnika, ima zdaj osrednjo vlogo in obvezno je vprašati bolnike o njihovem mnenju o izbiri zdravljenja in skupnem odločanju. Vendar v mnogih kulturah ljudje obiščejo zdravnika, ker vidijo v njem/njej nekoga z modrostjo, znanjem in izkušnjami, ki bo izboljšal njihovo stanje. Če zdravnik povpraša bolnika o njegovem/njenem mnenju o izbiri diagnostičnega testa ali zdravljenja, si lahko bolnik to razlaga kot pomanjkanje znanja in strokovnosti ali v najboljšem primeru kot nepripravljenost prevzeti odgovornost za bolnikovo zdravje. V takih situacijah je občutljiva raba avtoritete zdravstvenega delavca življenjskega pomena. Zdravstveni delavci se vedno bolj zavedajo pomembnosti bolnikove kulture ne samo pri sporazumevanju, ampak tudi pri pogajanju uspešnega samonadzora respiratorne bolezni.

V mnogih nezahodnih kulturah so prej kot bolniki, sorodniki ali starešine tisti, ki odločajo o zdravstveni oskrbi (36, 37). Lahko se celo pričakuje, da zdravnik o diagnozi in prognozi ne razpravlja neposredno s bolnikom (38-40). Poudarjanje posameznikovih pravic in poudarek na bolnikovi pravici do informacij in informiranega pristanka so tuji mnogim kulturam. Veliko bolnikov polaga večjo pomembnost družinski povezanosti kot osebnim pravicam.

Kultura lahko kot tudi drugi dejavniki, kot na primer socialni položaj, povzroči razlike v pričakovanjih, načrtih, pomenih, skrbeh in vrednotah, ki zadevajo bolnike in zdravnike. Zdravnik, strokovnjak za bolezni, sreča bolnika, strokovnjaka za osebno izkušnjo bolezni in osebnega stanja. Moramo razumeti bolnikovo (kulturno) okolje, preden lahko soglašamo o načrtu oskrbe s bolnikom. Da bi bili zmožni pogajati se med kulturami na primer glede na razlago bolezni, je potrebno ugotoviti, koliko se bolnikov model razlage bolezni razlikuje od našega (biomedicinskega) in kako trdno bolnik stoji za svojim modelom. Zelo pomembno je, da zdravnik opiše znanstven model bolezni in njenega nadzora v preprostem in razumljivem jeziku ter ugotovi bolnikovo stopnjo razumevanja in sprejemanja. Ko pomagamo bolnikom sodelovati pri sklepanju odločitev in postavljanju vprašanj, jih aktivno vključimo v nadzor bolezni, ki jo bodo na koncu koncev morali sami nadzirati večino časa oziroma vsaj med obiski zdravstvenih delavcev.

SKLEP

Ne glede na bolnikovo kulturno ozadje mora zdravnik graditi zaupen odnos, ki temelji na medsebojnem spoštovanju od začetka. Posveti na stičišču različnih kultur pogosto trajajo dlje, vendar je daljši čas, ki je bolniku namenjen, bogato nagrajen. Pri medicinski obravnavi bolnikov iz drugih okolij ima zelo pomembno vlogo dobro sporazumevanje. Temelj uspešnega posveta je sprejemanje medsebojne drugačnosti s spoštovanjem in razumevanjem. Odnos med zdravnikom in bolnikom naj temelji na partnerstvu.

Zdravnik, ki bi rad dosegel dobre rezultate pri medkulturnih posvetih mora postati kulturno usposobljen, kar je nenehen razvojni proces. Kulturna usposobljenost obsega nabor akademskih in osebnih veščin, ki povečajo razumevanje in spoštovanje kulturnih razlik med različnimi skupinami. Kulturno usposobljeni zdravstveni delavci se ne čutijo užaljene in odbite, ko se srečajo z različnimi kulturami, ampak sprejmejo sodelovanje (41).

Literatura

1. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians--a one year prospective study. The Headache Study Group of The University of Western Ontario. *Headache* 1986;26:285-94.
2. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
3. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane database of systematic reviews* 2001;4:CD003267.
4. Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj 2002. Statistični urad Republike Slovenije. <http://www.stat.si/popis2002/si/default.htm>
5. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Smedley, B. D., Stith, A. Y., and Nelson, A. R. 2002. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy Press.
6. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 2003;93:277-84.
7. Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, Forster M, Fullerton D, Sheldon T et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy* 1996;1:93-103.
8. Trends in tuberculosis--United States, 1998-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:209-14.
9. Bush J, White M, Kai J, Rankin J, Bhopal R. Understanding influences on smoking in Bangladeshi and Pakistani adults: community based, qualitative study. *BMJ* 2003;326:962.
10. Hussein S, Partridge M. Perceptions of asthma in South Asians and their views on educational materials and self-management plans: a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2002;48:189-94.
11. Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *Br Med J* 2001;323:962.
12. Moudgil H, Honeybourne D. Differences in asthma management between white European and Indian subcontinent ethnic groups living in socioeconomically deprived areas in the Birmingham (UK) conurbation. *Thorax* 1998;53:490-4.
13. Ormerod LP. Adult Asian acute asthma admissions reassessed: Blackburn 1991-1992. *Respir Med* 1995;89:415-7.

14. De Palo VA, Mayo PH, Friedman P, Rosen MJ. Demographic influences on asthma hospital admission rates in New York City. *Chest* 1994;106:447-51.
15. Ayres JG. Acute asthma in Asian patients: hospital admissions and duration of stay in a district with a high immigrant population. *Br J Dis Chest* 1986;80:242-8.
16. Partridge MR. In what way may race, ethnicity or culture influence asthma outcomes? *Thorax* 2000;55:175-6.
17. Ormerod LP, Myers P, Prescott RJ. Prevalence of asthma and 'probable' asthma in the Asian population in Blackburn, U.K. *Respir Med* 1999;93:16-20.
18. Pararajasingam CD, Sittampalam L, Damani P, Pattemore PK, Holgate ST. Comparison of the prevalence of asthma among Asian and European children in Southampton. *Thorax* 1992;47:529-32.
19. Gilthorpe MS, Lay-Yee R, Wilson RC, Walters S, Griffiths RK, Bedi R. Variations in hospitalization rates for asthma among black and minority ethnic communities. *Respir Med* 1998;92:642-8.
20. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999;282:583-9.
21. Department of Health. The National Survey of NHS Patients: General Practice: 1998. pp 91-6. 1999.
22. Freeman GK, Rai H, Walker JJ, Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M. Non-English speakers consulting with the GP in their own language: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2002;52:36-8.
23. Department of Health. Collecting ethnic category data: guidance and training material for implementation of the new ethnic categories from April 2001. http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4005955&chk=9rnRI%2B . 2004.
24. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/in.html> . 2004.
25. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med* 1999;130:829-34.
26. Strategija vzgoje in izobraževanja Romov v Republiki Sloveniji http://www.mszs.si/container292/ECOS/0721_strategija_Romi.doc
27. Lolić D. Vpliv socialnih dejavnikov na stališča Romov do Kajenja. GERB, astma, migrena, hiperlipidemija, alergija: zbornik predavanj / IV. Fajdigovi dnevi, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003
28. Zadavec J. Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju. Pomurska založba 1989.
29. Woloshin S, Bickell NA, Schwartz LM, Gany F, Welch HG. Language barriers in medicine in the United States. *JAMA* 1995;273:724-8.
30. Karliner LS, Perez-Stable EJ, Gildengorin G. The language divide. *J Gen Intern Med* 2004;19:175-83.
31. Juarez G, Ferrell B, Borneman T. Influence of culture on cancer pain management in Hispanic patients. *Cancer Pract* 1998;6:262-9.

32. Car J, Sheikh A. Fasting and asthma: an opportunity for building patient-doctor partnership. *Prim Care Resp J* 2004;in press.
33. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88:251-8.
34. Car J, Freeman GK, Griffiths C, Sheikh A, Rhodes T, Ashcroft R et al. Exploring patient-doctor partnership in white European and south Asian adults with asthma: qualitative interview study. *Primary Care Respiratory Journal* 2004;12:69.
35. Car, J., Freeman, GK., and Sheikh, A. Patient-centred care: let's start with those who most need it. *British Medical Journal* . 2003. 4-2-2003.
36. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995;274:820-5.
37. Gostin LO. Informed consent, cultural sensitivity, and respect for persons. *JAMA* 1995;274:844-5.
38. Surbone A. Truth telling to the patient. *JAMA* 1992;268:1661-2.
39. Pellegrino ED. Is truth telling to the patient a cultural artifact? *JAMA* 1992;268:1734-5.
40. Tse CY, Chong A, Fok SY. Breaking bad news: a Chinese perspective. *Palliat Med* 2003;17:339-43.
41. <http://www.amsa.org/programs/gpit/cultural.cfm>