

Strokovni članek/Professional article

## KULTURNE KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC CULTURAL COMPETENCES OF NURSES AND MIDWIVES

*Irena Loredan, Mirko Prosen*

**Ključne besede:** kultura, kulturne kompetence, zdravstvena nega, babiška nega, neenakosti v zdravstvu

### IZVLEČEK

V obdobju globalne migracije se kaže potreba po znanju medicinskih sester in babic o različnosti kultur, s katerimi sobivajo, da bi lahko zagotavljale kulturno kompetentno zdravstveno in babiško nego. Medicinske sestre ali babice morajo prepoznati kulturne vrednote in njihov pomen za pacienta, družino ali širšo družbeno skupnost ter se na podlagi tega usmerjeno odločati in ohranjati kulturno integriteto pri izvajanju zdravstvene in babiške nege. Kulturne kompetence so opredeljene kot proces, v katerem uporabimo znanje o kulturi, iz katere izhaja pacient, na način, da je zdravstvena ali babiška nega prilagojena njegovim potrebam. V zdravstvu je najpogosteje uporabljen model oblikovanja kulturnih kompetenc model kulturnih kompetenc po Campinha-Bacote. Le-ta je označen kot dinamični proces, ki vključuje integracijo kulturnega zavedanja, poznavanja kultur, kulturne spretnosti oz. veščine, srečanje kultur in željo po kulturni osveščenosti. Izvajanje kulturnih kompetenc predstavlja integralni element v prizadevanju za odpravo neenakosti v zdravstvu.

**Key words:** culture, cultural competences, nursing, midwifery, disparities in health care

### ABSTRACT

In the times of global migration, it is of utmost importance that nurses and midwives possess adequate knowledge of different cultures that enables them to provide effective and culturally competent nursing and midwifery care. Nurses and midwives must recognize cultural differences, values and their importance for the patient, their family or wider community. These observations present grounds for decision making and preservation of cultural integrity during nursing and midwifery care delivery. Cultural competence is defined as a process to achieve the ability to interact effectively with people of different cultures in accordance with the cultural context and background of a client. The model of Campinha-Bacote cultural competence is the most widely used model of cultural competence in everyday health care delivery. This model is defined as a dynamic ongoing process which involves the integration of cultural awareness, cultural knowledge, cultural skill, cultural encounters and cultural desire which are the five constructs of cultural competence. Cultural competence represents an integral element in the elimination of disparities in health care.

---

Irena Loredan, dipl. m. s.; Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Jadranska cesta 31, 6280 Ankaran  
Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: irena.loredan@yahoo.it

viš. pred. mag. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.; Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Irene Loredan *Kulturne kompetence medicinskih sester na primeru kulture rojevanja* (2012), ki ga je pod mentorstvom viš. pred. mag. Mirka Prosen izdelala na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

*Prispelo/Received: 20. 11. 2012 Sprejeto/Accepted: 31. 1. 2013*

## Uvod

Kulturo neke družbe ali družbene skupine oblikujejo številni povezujoči dejavniki, vključno z raso, etničnostjo, nacionalnostjo, jezikom in spolom. Poleg naštetega je kultura tudi produkt, povezan z družbenoekonomskim statusom, fizično ali umsko sposobnostjo, spolno usmerjenostjo in poklicem, ki ga posameznik opravlja. Te dejavnike lahko opišemo kot sociokulturne dejavnike, ki oblikujejo naše vrednote in prepričanja ter motivirajo naše vedenje (Betancourt, Green, Carrillo, 2002). V zdravstvenem sistemu se srečujemo s številnimi kulturami, pri čemer so sociokulturni dejavniki lahko vzrok za neenakopravno obravnavo.

V obdobju globalne migracije se kaže potreba, da imajo medicinske sestre in babice znanje o različnosti kultur, s katerimi sobivajo, da bi lahko zagotavljale kakovostno zdravstveno in babiško nego. Govorimo o t. i. kulturnih kompetencah medicinskih sester in babic. Pojem kulturne kompetence medicinskih sester in babic, ki se je pred desetletji pojavil v tujih, zlasti v angleško govorečih državah, predstavlja sposobnost medicinske sestre ali babice, da uporabi znanje o kulturi pacienta na takšen način, da je zdravstvena ali babiška nega prilagojena njegovim potrebam (Ricci Scott, 2007). Za pridobitev ustreznih kulturnih kompetenc morajo medicinske sestre in babice razumeti ljudi iz različnih kultur, njihov način dojemanja življenjskih dogodkov in zdravstvenega sistema, v katerem se znajdejo. Pacienti pričakujejo, da bodo zadovoljene njihove fiziološke in psihološke potrebe ter da bodo spoštovana njihova kulturna in verska prepričanja. Medicinske sestre in babice morajo torej prepoznati kulturne vrednote in njihov pomen za pacienta, družino ali širšo družbeno skupnost ter se na podlagi tega usmerjeno odločati ter ohranjati kulturno integriteto pri izvajanju zdravstvene oskrbe babiške nege. Čeprav kulturne kompetence v našem okolju niso predmet številnih razprav, Železnik (2008) pravi, da je neprestano razvijanje sposobnosti, spretnosti in znanj posameznika in posledično skupin v današnjem tekmovalnem in spreminjajočem se svetu ključnega pomena za obstoj in razvoj praks zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe. Pritiski in spremembe so in bodo ostali del kliničnega okolja, kar pomeni, da se bo nadaljevala tudi potreba po razvoju novih kompetenc in spretnosti v omenjenih dejavnostih.

Namen prispevka je predstaviti kulturne kompetence, njihov razvoj in elemente ter model kulturnih kompetenc po Campinha-Bacote.

## Metode

Tema je predstavljena na podlagi pregleda literature, objavljene med letoma 2002 in 2012. Do literature smo dostopali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI, baz podatkov Willey Online

Library, ScienceDirect ter ProQuest v oktobru 2012. Pri splošnem iskanju smo uporabili ključne besede kulturne kompetence, medicinska sestra, babica in Campinha-Bacote, v slovenskem in angleškem jeziku. Z upoštevanjem časovnega, jezikovnega in vsebinskega kriterija je bilo izbranih enaindvajset enot literature, od katerih smo jih devet uvrstili v končni pregled. Upoštevani so bili le viri, ki so omogočali dostop do celotnih besedil. Uporabljena je bila tudi dodatna literatura kot podpora pri pojasnjevanju nekaterih pojmov oz. primerov v besedilu.

## Rezultati

### *Kultura in kulturne skupine*

Kultura v veliki meri določa, kako pripadniki družbe razmišljajo in čutijo: usmerja njihovo delovanje in določa njihov pogled na življenje. Člani družbe svojo kulturo navadno dojemajo kot samoumevno. Postala je del njih do takšne mere, da se pogosto ne zavedajo njenega obstoja (Haralambos, Holborn, 2005). Kulturo lahko torej opredelimo kot pogled na svet, kot skupek tradicij, ki jih uporabljajo družbene skupine in se prenašajo iz roda v rod. Kultura ne vpliva zgolj na socializacijo posameznika, ampak tudi na njegove izkušnje v zvezi z zdravjem in zdravstvenimi intervencijami. Kultura je kompleksen pojav, ki vključuje številne komponente, kot so veroizpoved, vrednote, jezik, čas, osebni prostor, pogled na svet in podobno, vse to pa oblikuje posameznika, njegova vedenja in dejanja (Ricci Scott, 2007). Ottani (2002) pravi, da gre pri kulturi za znanje, skupne vrednote, prepričanja, norme in način življenja neke družbe, ki ima svoja mnenja, razmišljanja, odločitve in ukrepe. Kultura se oblikuje tudi glede na spol, starost, spolno usmerjenost in tudi na podlagi nekaterih že omenjenih elementov. Podobne elemente navaja tudi Lewallen (2011), ki ugotavlja, da gre pri kulturi za integrirani vzorec človekovega vedenja, ki vključuje jezik, misli, komunikacijo, dejanja, prepričanja, vrednote, rasne institucije, etnične, verske ali družbene skupine.

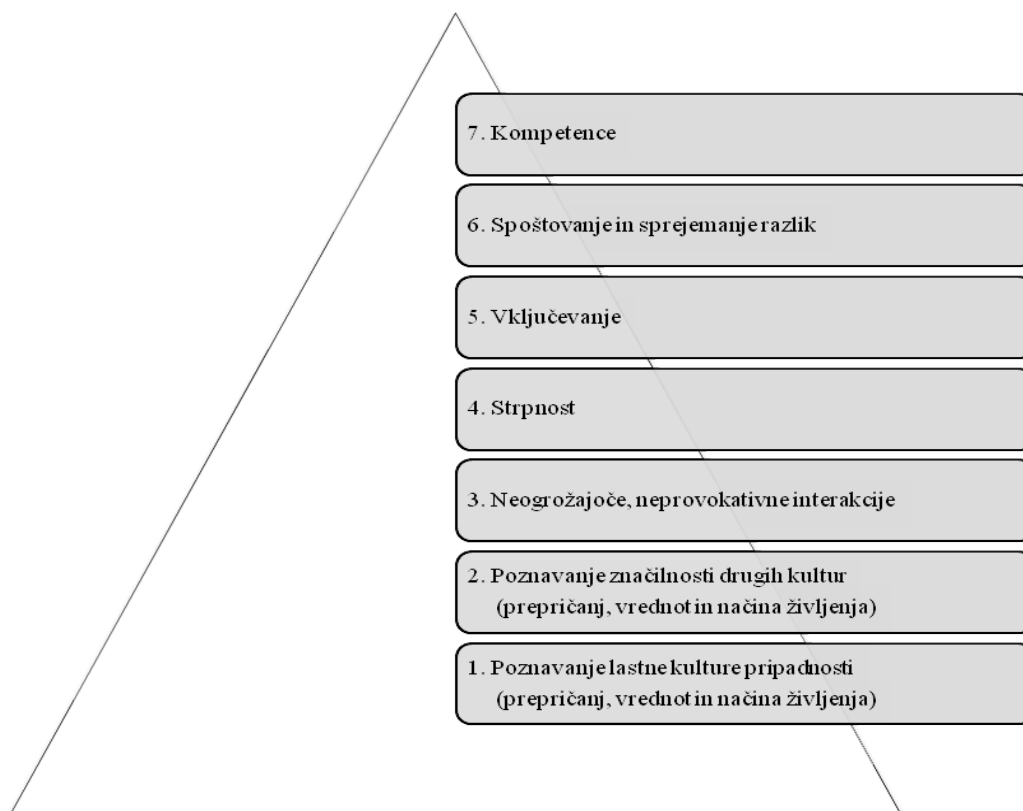
Z vidika družbene strukture Wong, et al. (2006) razločujejo med dominantnimi in manjšinskimi družbenimi skupinami. Dominantna ali prevladujoča kulturna skupina je pogosto največja. Kot skupina ima avtoriteto nadziranja vrednot in sankcij družbe. Dominantna ali večinska kultura ima tudi največji vpliv na naše zdravje. Manjšinske kulturne skupine obstanejo v svojih skupnostih in ohranijo nekatere svoje tradicije in vrednote iz ene generacije v drugo le, če se vključujejo v prevladujočo družbo. Medicinske sestre in babice se morajo zavedati z zdravjem povezanih vrednot in praks vsake kulturne skupine. Rastoča raznolikost ima pomembne posledice za zdravstveni sistem.

## Kulturne kompetence

Kulturne kompetence lahko opišemo kot sposobnost, kjer uporabimo znanje o kulturi, iz katere izhaja pacient, na način, da je zdravstvena nega prilagojena njegovim potrebam (Ricci Scott, 2007). Burke (2011) meni, da so kulturne kompetence proces, v katerem si zdravstvena ali babiška nega ves čas prizadeva doseči sposobnosti za učinkovito delo v kulturnem kontekstu pacienta. Zaveza k socialni pravičnosti v zdravstveni in babiški negi je obvezna sestavina kulturnih kompetenc. Chun (2010) opredeljuje pojem širše in pravi, da je to skupek vedenj, stališč in pravil, ki se združujejo v širši sistem in omogočajo učinkovito delo v različnih kulturnih situacijah. Pri tem gre za neprekinjen proces, dodaja Wilson (2010), v katerem si medicinske sestre in babice nenehno prizadevajo doseči čim bolj učinkovito zdravstveno oziroma babiško nego v kontekstu kulture pacienta, družine ali skupnosti. Pri tem medicinska sestra ali babica ohranja odprt odnos in uporablja znanja ter ukrepe, primerne kulturi pacienta. Kulturna zavest, znanje o kulturi in kulturne spretnosti so ključni sestavni deli kulturnih kompetenc. Kulturne kompetence predstavljajo stalni poskus, da bi razumeli vrednote, prepričanja, navade in običaje različnih kulturnih skupin (McCabe, 2006).

## Razvoj kulturnih kompetenc

Razvoj kulturnih kompetenc ni statičen dosežek. Kulturna kompetenca tudi ni recept, v katerem združujemo določen nabor sestavin pod določenimi pogoji, da bi zagotovili ustrezno delo. Razvijanje kulturne kompetence je proces, ki ga ni mogoče vklopiti ali izklopiti. Gre za način življenja, ki vključuje vse vidike bivanja. Kulturna kompetenca zato ni artefakt, je namreč kakovost, ki spoštuje pravičnost in enakost (Vujašković, 2011). Wong, et al. (2006) ugotavljajo, da so pristopi, ki zagotavljajo kulturno kompetentno zdravstveno oziroma babiško nego, (1) razvoj kulturne zavesti in občutka za različnost, (2) pridobivanje znanja o kulturnih vrednotah, prepričanjih in načinu življenja posameznika ter drugih družbenih skupin, (3) razvijanje veščin o kulturnem ocenjevanju kot podlagi za zdravstvenonegovalne intervencije, (4) sodelovanje pri srečanju kultur in (5) poglobljanje v kulturna doživetja. Ti pristopi, ki upoštevajo kulturno integriteto posameznika, po njihovem mnenju postavljajo temelje za učinkovito načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege. Willis (1999) meni, da se kulturne kompetence razvijajo skozi sedem stopenj (Slika 1), pri čemer ni nujno, da posameznik skozi razvoj doseže vse stopnje oziroma pride do najvišjega, sedmega nivoja.



Slika 1: Sedem stopenj razvoja kulturnih kompetenc (Willis, 1999)

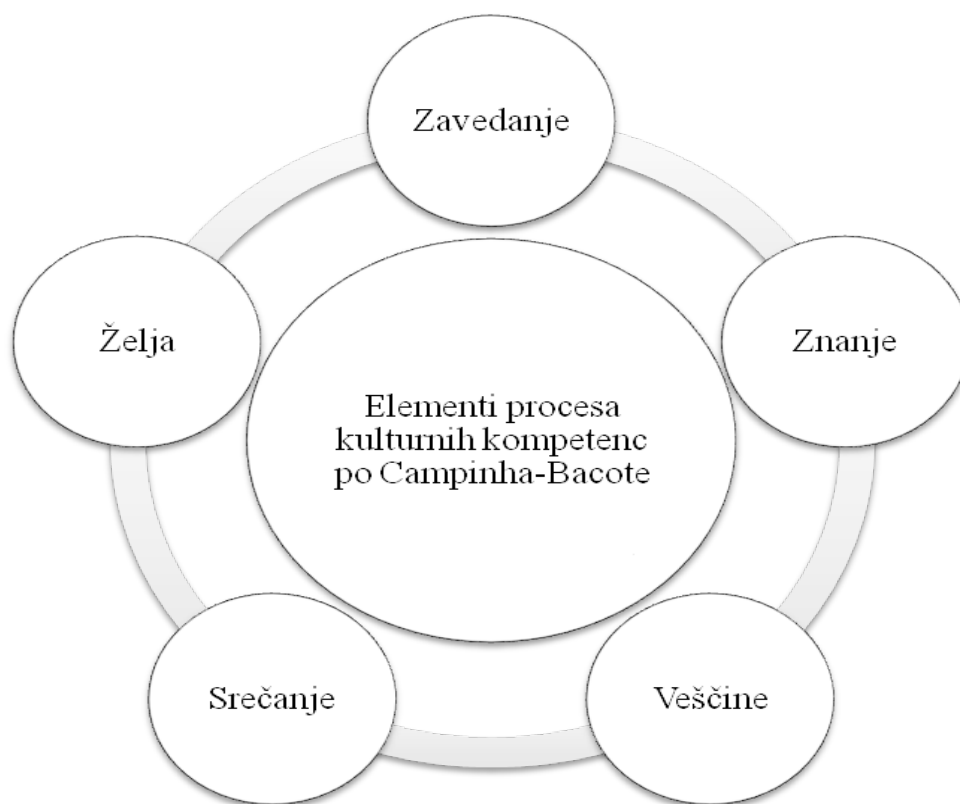
Figure 1: Seven-step framework for cultural competences (Willis, 1999)

### Model kulturnih kompetenc po Campinha-Bacote

Med najbolj praktične in največkrat uporabljene modele kulturnih kompetenc v zdravstvu in znotraj tega v zdravstveni in babiški negi (Ingram, 2012) prav gotovo sodi model procesa kulturnih kompetenc, ki ga je izoblikovala Campinha-Bacote (2002). Model je bil uporabljen v številnih kliničnih okoljih in državah (Ingram, 2012), saj omogoča prilagoditev kulturnemu kontekstu neke družbe. V svojih izhodiščih izhaja iz tega, da se zdravstveni delavci že v začetku zavedajo, da postajajo skozi proces pridobivanja kulturnih kompetenc kompetentni in ne da v njega vstopajo že s pridobljenimi kompetencami. Ta proces, kot pravi Campinha-Bacote (2002), vključuje integracijo kulturnega zavedanja, poznavanja kultur, kulturnih

spretnosti oz. veščin, srečanja kultur in želje po kulturni osveščenosti. Izhajajoč iz slednjega model sestavljajo naslednje predpostavke:

- Kulturne kompetence so proces in ne dogodek.
- Kulturne kompetence sestavlja pet struktur: kulturno zavedanje, poznavanje kultur, kulturne spretnosti oz. veščine, srečanje kultur in želja po kulturni osveščenosti.
- Raznolikost znotraj posamezne etnične skupine je večja kot med različnimi etničnimi skupinami (znotrajetnična raznolikost).
- Stopnja kompetentnosti zdravstvenih delavcev je neposredno povezana z njihovo sposobnostjo, da zagotavljajo kulturno odzivne zdravstvene storitve.
- Kulturna kompetenca je osnovna komponenta za zagotavljanje kulturno odzivnih zdravstvenih storitev etnično raznolikim pacientom.



Slika 2: Elementi modela procesa kulturnih kompetenc po Campinha-Bacote (Burke, 2011)  
Figure 2: Components of Campinha-Bacote's process of cultural competence model (Burke, 2011)

Burke (2011) pravi, da so elementi, ki jih prikazuje Slika 2, v medsebojno odvisnem razmerju. *Kulturno zavedanje* pomeni vpogled v lastno kulturno ozadje (notranjost) prepričan in vrednot. Posameznikovi predsodki, stereotipi in pristranskost do drugih kultur ne zagotavljajo pogojev za kulturno dovzetno zdravstveno in babiško nego (Burke, 2011; Campinha-Bacote,

2002). Pri tem v medsebojnih odnosih s pacienti obstaja tveganje, da zdravstveni delavci do neke druge kulture delujejo vsiljujoče (Campinha-Bacote, 2002). Ingram (2012) pravi, da je kulturno zavedanje proces, ki medicinskim sestram, bobicam in drugim zdravstvenim delavcem omogoča raziskovanje vrednot in prepričan drugih kultur, ne da bi pri tem uveljavljali svoja lastna

prepričanja. Kulturno zavedanje velja za enega izmed prvih korakov na poti h kulturnim kompetencam.

Ingram (2012) trdi, da element *poznavanje kultur* predstavlja iskanje informacij o značilnostih drugih kultur, ki jih medicinske sestre, babice in drugi zdravstveni strokovnjaki potrebujejo, da bi bolje razumeli pacientov pogled na svet, zlasti v povezavi z zdravjem in boleznijo. Dodaja, da moramo pri načrtovanju zdravstvene oziroma babiške nege poiskati zanesljive in primerne informacije. S poznavanjem pacientove kulture bo tako mogoče preprečiti nenamerno povzročene konflikte in pridobiti njegovo zaupanje. Pridobivanje znanja o z zdravjem povezanih prepričanjih in vrednotah neke kulture pripomore k boljšemu razumevanju tega, kako pacient interpretira svojo bolezen in kako le-ta vpliva na njegovo razmišljanje, delovanje in počutje (Campinha-Bacote, 2002). Campesino (2008, cit. po Burke, 2011) opozarja, da poznavanje kulture ne pomeni avtomatično tudi zagotavljanje učinkovite in kulturno kompetentne zdravstvene nege. Prepoznavanje kulturnih vzorcev neke družbene skupine tudi ni nujno povezano z zmanjševanjem predsodkov s strani zdravstvenih delavcev.

*Kulturne spretnosti oz. veščine* predstavljajo podporni element pri zbiranju informacij in postavitvi ocene stanja pacienta, ki mora biti dovolj relevantna in dovezeta, upošteva kulturo, iz katere pacient izhaja (Ingram, 2012). Campinha-Bacote (2002) pojasnjuje, da so kulturne spretnosti oz. veščine potrebne zlasti takrat, ko izvajamo oceno stanja pri etnično različnih pacientih. Medicinska sestra ali babica mora, po njenem prepričanju, vedeti, kako fizične in psihološke razlike vplivajo na izvajanje natančne in zanesljive ocene stanja.

*Srečanje kultur* in želja po kulturni osveščenosti sta komponenti modela, ki sta izrazito prežeti z medsebojnimi odnosi. Srečanje kultur je proces, ki zdravstvene delavce spodbuja, da se neposredno vključijo v medkulturne interakcije s pacienti iz različnih kultur. Z neposredno interakcijo bo zdravstveni delavec izboljšal ali spremenil obstoječa prepričanja o neki kulturi ter preprečil možno stereotipizacijo. V tem procesu mora medicinska sestra, babica ali kakšen drugi zdravstveni strokovnjak upoštevati dejstvo, da interakcija s tremi ali štirimi pripadniki neke specifične etnične skupine še ne omogoči razumevanje te kulture (Campinha-Bacote, 2002). Znotraj procesa soočenja ista avtorica izpostavlja tudi pomen jezikovnih kompetenc in poznavanja jezika kot pomembne in vplivne komponente interakcije. Želja po interakciji z različnimi kulturami vključuje aktivno iskanje in skrb za paciente iz različnih kulturnih okolij. Pogosto velja za osrednjo komponento procesa kulturnih kompetenc, saj predstavlja iskreno željo po skrbi za paciente z drugačnimi, različnimi vrednotami in prepričanji. Hkrati je to tudi priložnost, da skozi tovrstne izkušnje

gradimo medsebojne odnose (Campinha-Bacote, 2003, cit. po Ingram, 2012). Ingram (2012) pravi, da morajo medicinske sestre, babice in drugi zdravstveni strokovnjaki presoditi lastne želje po kulturnih kompetencah, pri čemer morajo biti v ospredju njihove prednosti. Izkazana želja po skrbi za paciente iz drugih kultur običajno pospeši proces pridobivanja kulturnih kompetenc.

## Diskusija

Čprav se morda zdi, da je Slovenija zaradi svoje majhnosti majhna tudi po obsegu družbenih skupin, ki živijo na njenem območju, nekateri izmed podatkov kažejo ravno nasprotno. Že primer etnične zastopanosti kaže na prepletenost različnih kultur. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (Statistični, 2012) je bilo januarja 2012 zabeleženih 85.555 tujih državljanov, največ iz Bosne in Hercegovine, Kosova, Makedonije, Hrvaške in Srbije. Poleg evropskih prebivalcev živijo v Republiki Sloveniji tudi državljani drugih celin. V Sloveniji živijo tudi italijanska in madžarska narodnostna skupnost ter romska skupnost.

Kulturne kompetence v zdravstvu temeljijo na prepoznavanju kulturnih prepričanj, navad in vrednot pacienta. So neizogibna sestavina kakovostno nujenih zdravstvenih storitev ter hkrati varovalo pred neenako obravnavo pacientov. Anderson, et al. (2003) pravijo, da so kulturno kompetentni zdravstveni sistemi tisti, ki zagotavljajo kulturno in jezikovno ustrezne storitve. Avtorji pojasnjujejo, da v primerih, ko pacienti oziroma pacientke, ki ne razumejo jezika, s katerim se zdravstveni delavci pogovarjajo z njimi, ali ko so le-ti nedovzetni za kulturne razlike, kakovostna zdravstvena ali babiška nega ni zagotovljena. Ilustrativni primer se je zgodil v Franciji, več etnični državi, ki je cilj mnogih migrantov sveta, med katerimi so najštevilčnejši priseljenci iz severne Afrike: Maroka, Alžirije, Tunizije. Moški je prisostvoval porodu soproge, vendar je bil zaradi verbalnega nasilja odstranjen iz porodne sobe še pred rojstvom otroka. Med opravljanjem vaginalnega pregleda, ki je bil v soglasju z nosečnico, je namreč babico ožigosal za posiljevalko. Ko je skozi steklena vrata opazil, da želi babica porodnici tik pred porodom odstraniti burko, je razbil vrata in udaril babico v obraz ter zahteval, da ponovno namesti burko. Po porodu zdravega dečka so moža iz porodnišnice v Marseillu pospremili policisti. Zaradi napada je bil aretiran in obsojen na šestmesečno zaporno kazen. Sodnik je bil odločen, rekoč: »Vaše verske vrednote ne morejo biti nad zakoni te države.« (Prelec, 2012).

Pričujoči primer je večdimenzionalen, v ospredje ne postavlja zgolj kulturnih vprašanj, temveč tudi etične dileme. Betancourt, Green, Carrillo (2002) med priporočili za odpravo neenakosti v zdravstvu izpostavljajo vzpostavitev kulturnih kompetenc na treh ravneh, in sicer organizacijski, sistemski in klinični

ravni. Namen razvoja kliničnih kulturnih kompetenc je povečevanje zavedanja zdravstvenih delavcev o kulturnih vprašanjih v družbi in o z zdravjem povezanih prepričanjih različnih kulturnih skupin. Med ključne strategije razvoja kulturnih kompetenc v kliničnih okoljih lahko uvrstimo tematsko izobraževanje medicinskih sester in babic o raznolikosti kultur, s katerimi sobivamo, kar prispeva ne le k večjemu zavedanju, temveč tudi k lastnemu profesionalnemu razvoju. Poleg tega tovrstna znanja prispevajo tudi k soočanju z lastnimi občutki in nenazadnje k odpravi morebitnih lastnih predsodkov.

## Zaključek

Vsaka družba ali družbena skupina ima kulturo, ki jo sestavljajo vrednote in norme, pa tudi prepričanja, navade in običaji. Kultura kot družbeni koncept vpliva na aktivnosti in dogodke posameznikov. Posamezniki iz različnih kultur, ki vstopajo v zdravstveni sistem, se srečajo tudi z zdravstveno in babiško nego. Delovanje zdravstvene in babiške nege, zlasti če sledimo procesni metodi dela in upoštevamo celovito obravnavo, predstavlja ugotavljanje in zadovoljevanje posameznikovih osnovnih človeških potreb. Del tega pa je tudi spoštovanje posameznikovih prepričanj, navad in običajev. Medicinska sestra in babica morata zato poznati vsaj bistvene lastnosti neke kulture, da bi lahko zagotavljali kulturno kompetentno zdravstveno oziroma babiško nego.

Kelsey (2000, cit. po Vujašković, 2011) navaja, da lahko pomanjkanje tovrstnega znanja povzroči neenakomerno porazdelitev moči, neenakost in diskriminacijo. S spoznavanjem drugih kultur ne širimo le lastnega znanja, ampak tudi razvijamo spoštovanje do drugačnosti. Kulturne kompetence so zato bistvenega pomena za medicinske sestre in babice, ki delajo ali živijo v kulturno raznolikih družbenih okoljih. Omogočajo namreč ne le učinkovitejšo komunikacijo, lažje prilagajanje kulturnim razlikam in lažje predvidevanje možnosti sodelovanja pacienta v procesu zdravljenja in oskrbe, temveč tudi pripomorejo k razvoju lastne strpnosti v odnosu do drugih. Razvoj kulturnih kompetenc je proces, ki zahteva, da posameznik najprej prepozna lastno kulturno pripadnost ter se zave lastnih prepričanj in vrednot. Kulturne kompetence se ne razvijajo zgolj s pridobivanjem znanja o posamezni kulturi, ampak je njihov razvoj povezan z interakcijo s pripadniki druge kulture. V luči burnih družbenoekonomskih razmer in posledično pričakovanih demografskih sprememb, povezanih z migracijo prebivalstva, predstavljajo kulturne kompetence gradnik v prizadevanju za enakopravno obravnavo v zdravstvu ter zdravstveni in babiški negi.

## Literatura

- Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Task force on community preventive services culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2003;24(3 Suppl):68–79.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)  
 PMid:12668199
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JM. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. 2002: 1–5. Dostopno na: [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/betancourt\\_culturalcompetence\\_576.pdf](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf) (24. 1. 2013).
- Burke PM. Cultural competency of associate degree nursing faculty: doctoral thesis. Minneapolis: Capella University; 2011: 13–23.
- Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs.* 2002;13(3):181–4.  
<http://dx.doi.org/10.1177/10459602013003003>  
 PMid:12113146
- Chun MB. Pitfalls to avoid when introducing a cultural competency training initiative. *Med Educ.* 2010;44(6):613–20.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03635.x>  
 PMid:20604858
- Haralambos M, Holborn M. Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana: DZS; 2005: 11.
- Ingram RR. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs.* 2012;68(3):695–704.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x>  
 PMid:21895740
- Lewallen LP. The importance of culture in childbearing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(1):4–8.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01209.x>  
 PMid:21244491
- McCabe JA. An assignment for building an awareness of the intersection of health literacy and cultural competence skills. *J Med Libr Assoc.* 2006;94(4):458–61.  
 PMid:17082843; PMCid:1629437
- Ottani PA. Embracing global similarities: a framework for cross-cultural obstetric care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(1):33–8.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00020.x>  
 PMid:11843017
- Prelec A. Zgodba iz porodne sobe. *Utrip.* 2012;20(3):17.
- Ricci Scott S. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 32–6.
- Statistični letopis 2012. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2012. Dostopno na: [http://www.stat.si/letopis/2012/04\\_12/04-32-12.htm](http://www.stat.si/letopis/2012/04_12/04-32-12.htm) (24. 1. 2013).
- Vujašković T. Mednarodna izmenjava študentov: konceptualni model kulturne prilagodljivosti: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska Fakulteta; 2011: 13–4. Dostopno na: <http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/vujaskovic584-B.pdf> (19. 1. 2013).
- Willis WO. Culturally competent nursing care during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs.* 1999;13(3):45–59; quiz 110–1.  
 PMid:10818860

---

Wilson DW. Culturally competent psychiatric nursing care. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(8):715–24.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01586.x>  
PMid:21050338

Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk Leonard D, Wilson D. *Maternal child nursing care.* 3rd ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006: 34–8.  
Železnik D. Kompetencam na pot. *Obzor Zdr N.* 2008;42(3):165–7.

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Loredan I, Prosen M. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1): 83–9.