

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Kulturna kompetentnost v slovenski bolnišnični prehrani: kvalitativna opisna raziskava

Cultural competence in Slovenian hospital nutrition: A qualitative descriptive study

Helena Kristina Halbwachs<sup>1, 2, \*</sup>, Marija Ovsenik<sup>1</sup>

**Ključne besede:** raznolikost; kultura; prilagajanje; prehrana; izzivi; razvoj

**Key words:** diversity; culture; adaptation; nutrition; challenges; development

<sup>1</sup> Alma Mater Europaea- ECM, Slovenska 17, 2000 Maribor, Slovenija

<sup>2</sup> SeneCura, Lassallerstrasse 7, Dunaj, Avstrija

\* Korespondenčni avtor/  
Corresponding author:  
hk.halbwachs@gmail.com

### IZVLEČEK

**Uvod:** Upoštevanje prehranskih omejitev in načel v zvezi s kulturnim ozadjem pacientov je v bolnišnični prehrani pomembno, saj prehrana vpliva na zdravstvene izide in dolžino in stroške hospitalizacije. Ta način zahteva organizacijsko in individualno kulturno kompetentnost. Namen raziskave je bil preučiti pogled odgovornih s področja bolnišnične prehrane na kulturno kompetentnost, oceniti, ali se prehrana v bolnišnicah prilagaja kulturnemu ozadju pacientov, in identificirati izzive na tem področju.

**Metode:** Opravljena je bila kvalitativna raziskava z delno strukturiranimi intervjuji. Intervjuvanih je bilo štirinajst vodstvenih kadrov (vodij prehranskih služb) in drugih strokovnjakov s področja prehrane (dietetikov) iz osmih slovenskih bolnišnic. Pridobljeni podatki so bili analizirani z deduktivno vsebinsko analizo v programu Atlas.ti.

**Rezultati:** Sogovorniki so se zavedali raznolikosti pacientov in pomena prilagajanja prehrane kulturnemu ozadju, čeprav je koncept kulturne kompetentnosti nepoznan. Pri prilagajanju prehrane obstajajo omejitve. Znanja o kulturnih vidikih prehrane so pomanjkljiva, izobraževanja s tega področja komajda obstajajo. Razvoj kulturne kompetentnosti onemogočajo še drugi izzivi, kot so organizacijski, tehnološki in komunikacijski izzivi.

**Diskusija in zaključek:** S podobnimi izzivi, kot se pri nas, se srečujejo tudi v tujini. Ne glede na to, da imajo po mnenju sogovornikov pacienti v preučevanih bolnišnicah na razpolago veliko možnosti za prilagajanje prehrane, o kulturni kompetentnosti še ne moremo govoriti, saj ta koncept zajema tudi druge veščine. Za razvoj kulturne kompetentnosti tega področja se zahtevajo dodatne raziskave, možnosti izobraževanja o kulturnih vidikih prehranjevanja in zavedanje o pomembnosti storitev prehrane na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

### ABSTRACT

**Introduction:** Adherence to dietary restrictions and principles related to the cultural background of patients is important in hospital nutrition, as nutrition has an impact on health outcomes, as well as on the length and cost of hospitalisation. This approach requires organisational and individual cultural competence. The purpose of the study was to explore the perspective of those responsible for hospital nutrition on cultural competence, assess whether hospital nutrition is adapted to patients' cultural background and identify the challenges in this area.

**Methods:** A qualitative research using semi-structured interviews was conducted. We interviewed 14 food service managers and nutritionists from eight Slovenian hospitals. The data were analysed using a deductive content analysis within Atlas.ti software.

**Results:** The respondents were aware of the diversity of the patients and the importance of adapting the diet to the cultural background, although the concept of cultural competence is unfamiliar. There are limitations in adapting diets. Knowledge on cultural aspects of nutrition is scarce and training in this area is almost unavailable. Other challenges such as organisational, technological and communication challenges hinder the development of cultural competence.

**Discussion and conclusion:** Similar challenges to ours are also faced abroad. Although, according to the respondents, patients have many possibilities to adapt their diet, it would be difficult to claim that cultural competence exists, as this concept encompasses other skills as well. Further research, educational opportunities on the cultural aspects of nutrition and awareness of the importance of nutritional services at all levels in the healthcare system are needed to further develop cultural competence in this area.



Prejeto/Received: 9. 11. 2021  
Sprejeto/Accepted: 7. 6. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3149>

## Uvod

Nesporno je, da naše telo za preživetje zahteva hrano in vodo, vendar je pomen prehranjevanja in pitja že zdavnaj presegel le osnovni namen preživetja (Waldstein, 2018; European Ageing Network, 2021). Prehranjevanje je v času milijonov let človeškega razvoja pod vplivom različnih kulturnih okolij postalo predmet množice raznolikih pogledov, navad in okusov (Waldstein, 2018) ter fizična manifestacija kulturnih vrednot družbe (Reddy & Anitha, 2015; Poulain, 2017; Carolan, 2022). Kulturno okolje opredeljuje, katera živila bomo izbrali, kdo jih pripravi, na kak način in s kakšnimi začimbami se pripravljajo, kako pogosti so obroki, kako jih uživamo in s kom se med prehranjevanjem družimo (Moffatt & Prowse, 2010; Waldstein, 2018). Prehranjevanje ni raznovrstno le med kulturnimi skupinami, temveč tudi znotraj iste kulture, saj nanj vpliva še veliko dejavnikov, kot so družbeni položaj, spol, starost, izobrazba, zaposlitev, ekonomski status, osebnost in okus (Helman, 2007). Prav tako postajajo ob vse večji individualizaciji družbe, za katero so značilni edinstveni načini življenja posameznikov in njihova pravica do lastnega mnenja (Hofstede, 2011), tudi prehranske navade in prepričanja vse bolj individualna.

Prehranjevanje je pomembno v vseh življenjskih obdobjih in okoliščinah, še posebno, kadar je nujna potreba po hospitalizaciji. Takrat vpliva na dolžino in stroške hospitalizacije ter na zdravstvene rezultate (Tappenden et al., 2013). Hospitalizacije so že same po sebi zelo stresne za paciente, zato se priporoča, da pacienti niso izpostavljeni dodatnemu stresu zaradi prehrane. Stres lahko povzroča prehrana, ki jim ni znana, ni pripravljena po njihovem okusu, ali ni v skladu z njihovimi navadami, prepričanja in verovanja (Alpers, 2017 cited in Alpers, 2019).

Upoštevanje kulturnega ozadja pacientov v prehrani lahko pripomore k boljšemu zaupanju do zdravstvenih delavcev in zdravstvenega sistema (Alpers, 2017 cited in Alpers, 2019) in k večjemu zadovoljstvu z zdravstveno obravnavo. Sovpada tudi s sodobnimi usmeritvami zdravstvene oskrbe, ki naj bi bila osredotočena na posameznega pacienta (Bond, 2013). Uresničevanje tega načina zahteva kulturno kompetentnost izvajalcev zdravstvene oskrbe (Seeleman, Suurmond, & Stronks, 2009; Sharifi, Adib-Hajbaghery, & Najafi, 2019).

Kulturno kompetentnost so leta 1989 v eni najbolj citiranih definicij opredelili kot skupek skladnih vedenj, odnosov in načel, ki omogočajo učinkovito delovanje v medkulturnih okoliščinah (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989; Handtke, Schilgen, & Mösko, 2019). Prosen (2018, p. 79–80) pravi, da so medicinske sestre in babice prve, od katerih se pričakuje, da bodo prepoznale potrebe pacientov, ki izhajajo iz kulturnega ozadja, ter (med)kulturne kompetence opredeljuje kot »takšno obliko zdravstvene ali babiške nege, ki ne

zanika vrednot, prepričanj, običajev in navad pacienta/-ke, ampak jih vključuje v načrtovanje njegove/njene oskrbe«. Tudi na področju prehrane in dietetike velja kulturna kompetentnost za eno najpomembnejših veščin in izzivov. Pomembne komponente kulturnih kompetenc na področju prehrane so občutljivost za kulturne razlike, pripravljenost spoznavati različna kulturna ozadja, prožnost v prehranskem načinu s pomočjo različnih intervencij (Curry, 2000), znanje o prehranskih navadah, željah in praksah raznolikih skupin in spoštovanje prepričanja ter vrednot pacientov (Goody & Drago, 2009). Nanaša se na skladno obravnavo vseh vrst raznolikosti (Jongen, McCalman, Bainbridge, & Clifford, 2018), kar skupaj z upoštevanjem etničnih, jezikovnih, geografskih in verskih okoliščin zajema tudi množico duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti posameznikov ali družbenih skupin, kot tudi načine sobivanja, načine življenja, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja (UNESCO, 2009, p. 20–21).

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti pogled odgovornih s področja bolnišnične prehrane na koncept kulturne kompetentnosti in pokazati prve ugotovitve o stanju kulturne kompetentnosti na področju slovenske bolnišnične prehrane. Cilj je bil ugotoviti, kako sogovorniki vidijo trenutno stanje in izzive na področju kulturne kompetentnosti v bolnišnični prehrani, v skladu s tem pa podati priporočila za nadaljnji razvoj tega področja.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je pogled odgovornih na področju bolnišnične prehrane na koncept kulturne kompetentnosti?
- V kolikšni meri se pri pripravi bolnišnične prehrane upoštevajo kulturno ozadje, vrednote in prepričanja pacientov?
- Kakšni so izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane?

## Metode

Uporabili smo opisno kvalitativno metodologijo. Ta omogoča podrobno in poglobljeno razumevanje pojavov ali izkušenj, obogati ugotovitve in zagotovi vpogled in možnost za obravnavano tematiko (Kim, Sefcik, & Bradway, 2017; Doyle et al., 2020). Tudi v zdravstvu, v katerem so v preteklosti tradicionalno prevladovali kvantitativne metode, pripomorejo kvalitativne metode k poglobljenemu razumevanju klinične realnosti (Bradshaw, Atkinson, & Doody, 2017).

## Opis instrumenta

Izvedli smo delno strukturirane intervjuje, ki so najbolj običajna metoda zbiranja kvalitativnih podatkov v zdravstvu (Holloway & Galvin, 2016), saj

omogočajo kompleksno obravnavo raziskovalne teme (Galletta, 2013). Na podlagi zastavljenih raziskovalnih vprašanj smo oblikovali navodila za intervju, ki so nam pomagala pri opravljanju intervjujev. Vsebovala so trinajst vprašanj v treh sestavnih delih. Prvi sestavni del se je nanašal na pogled intervjuvanca na koncept kulturne kompetentnosti (na primer: Kako razumete izraz »kulturna kompetentnost«? Kako ocenjujete potrebe po kulturni kompetentnosti v vašem delovnem okolju?). Drugi del je obravnaval prakse prilagajanje prehrane glede na kulturno ozadje in prepričanja pacientov (na primer: Na kak način pridobivate podatke o potrebah po prilagajanju prehrane glede na kulturno ozadje?). V zadnjem delu smo povpraševali o ovirah v nadaljnjem razvoju kulturne kompetentnosti v bolnišnični prehrani (na primer: Katere ovire bi morali premagati, da bi lahko omogočili večjo izbiro prehrane v skladu s kulturnim ozadjem pacientov?).

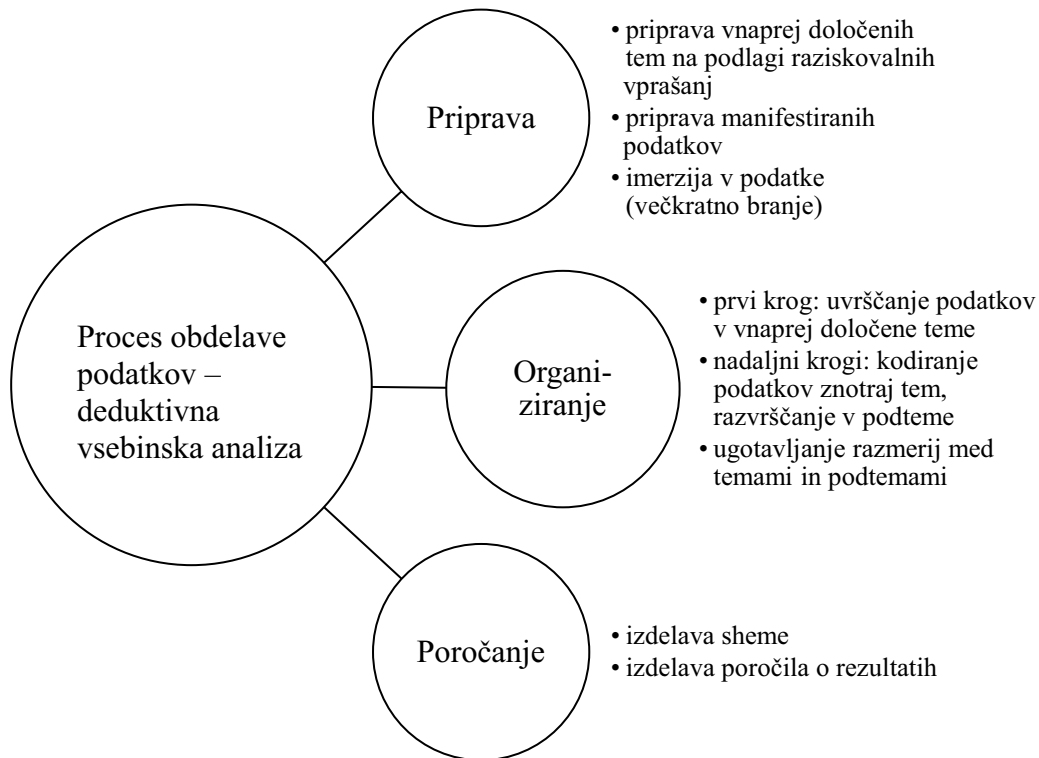
### Opis vzorca

Vzorčenje sogovornikov je potekalo neslučajnostno in namensko do principa zasičenosti. Intervjuvali smo štirinajst vodstvenih kadrov in strokovnjakov s področja prehrane iz osmih slovenskih bolnišnic, od teh štiri moške in deset žensk. Polovica sogovornikov je imela dokončano izobrazbo nezdravstvene smeri (šest oseb je končalo študij živilske tehnologije, ena

oseba pa študij gostinstva), polovica sogovornikov ima opravljen študij zdravstvene nege. Vsi so imeli pridobljena različna dodatna znanja na področju klinične prehrane. Vzorec je bil geografsko uravnotežen, saj so sogovorniki prihajali iz bolnišnic, ki se nahajajo v različnih slovenskih regijah.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Intervjuje smo opravili v obdobju med marcem in septembrom 2019. Sogovornike smo seznanili z namenom in načinom poteka raziskave ter varovanjem osebnih podatkov in pridobili njihovo pisno soglasje. Opravili smo pet posamičnih intervjujev, tri diadne (z dvema sogovornikoma hkrati) in enega triadnega (trije sogovorniki hkrati). Intervjuje smo posneli z aplikacijo Voice memos. Povprečno trajanje intervjuja je bilo 29,3 minute (najdaljši 42 minut, najkrajši 17 minut). Intervjuje smo sproti transkribirali in dokumente vnašali v aplikacijo Atlas.ti, verzija 8.4.4., pri čemer je potekala nadaljnja obdelava podatkov. Pri obdelavi tekstov smo uporabili metodologijo usmerjene (deduktivne) vsebinske analize z vnaprej določenimi temami. Za tako metodologijo smo se odločili, saj je priporočljiva pri obsežnih tekstovnih podatkih (Pope, Ziebland, & Mays, 2000). Obdelavo podatkov smo izvajali po stopnjah, priporočenih od avtorjev Elo & Kyngäs (2008) (Slika 1), pri čemer je



**Slika 1:** Prikaz obdelave podatkov (Elo & Kyngäs, 2008)

**Picture 1:** Display of Data Processing (Elo & Kyngäs, 2008)

organiziranje podatkov potekalo v aplikaciji Atlas.ti. Zaradi obsežnosti podatkov smo relevantne podatke (citate) najprej uvrstili v teme, nakar smo pri nadaljnjih branjih znotraj glavnih tem podatkom določili kode in jih razvrstili v podteme. Pri tem smo si pomagali s konceptualnimi omrežji, s katerimi smo vizualno prikazali povezave med temami in podtemami.

## Rezultati

Znotraj treh vnaprej določenih tem smo identificirali štiriindvajset kod, ki smo jih uvrstili v deset podtem (Tabela 1). Odnose med temami in podtemami smo opredelili s pomočjo konceptualnega omrežja v orodju Atlas.ti (Slika 2).

### Tema 1: Pogled na kulturno kompetentnost

Podteme in kode teme Pogled na kulturno kompetentnost ter njihovi odnosi so prikazane s pomočjo konceptualnega omrežja na Sliki 3.

Potrebe po kulturni kompetentnosti se nanašajo na raznolikosti pacientov, čeprav podatki kažejo, da so si mnenja o pojavnosti raznolikosti nasprotujoča. Pridobili smo tako mnenja, da se raznolikost povečuje, kot tudi mnenja, da jo je bilo v preteklosti več.

»Ja, tega je več. Iz drugih kultur so se ljudje v Slovenijo kar precej preselili, tako da je tega kar precej.« (KK-PR-6)

»Včasih ... ko je bil še prostor bivše Jugoslavije, ko smo imeli paciente, ki so prihajali iz Iraka, Irana in vseh nerazvitih držav. Smo imeli mogoče več tega, več smo se s tem ukvarjali, več smo se srečevali z njimi, zdaj pa tu pa tam s kakšnim se srečamo.« (KK-PR-1)

Ni le raznolikost tista, ki narekuje potrebe po kulturni kompetentnosti, temveč so to predvsem vse večje zahteve in pričakovanja pacientov.

»To postaja čedalje bolj aktualno, zato ker pacienti in starši otrok prihajajo s čedalje bolj kompliciranimi svojimi načeli prehranjevanja in kulturnimi navadami in prehranskimi navadami in tudi osebnostno dejansko pričakujejo, kot da se bo čedalje več tega njihovega upoštevalo.« (KK-PR-11)

Sam koncept kulturne kompetentnosti je bil sicer našim sogovornikom nepoznan. Predvidevali so, da je povezan s kulturo prehranjevanja ali prilagajanjem prehrane v skladu s kulturnim ozadjem, vendar zanj še niso slišali.

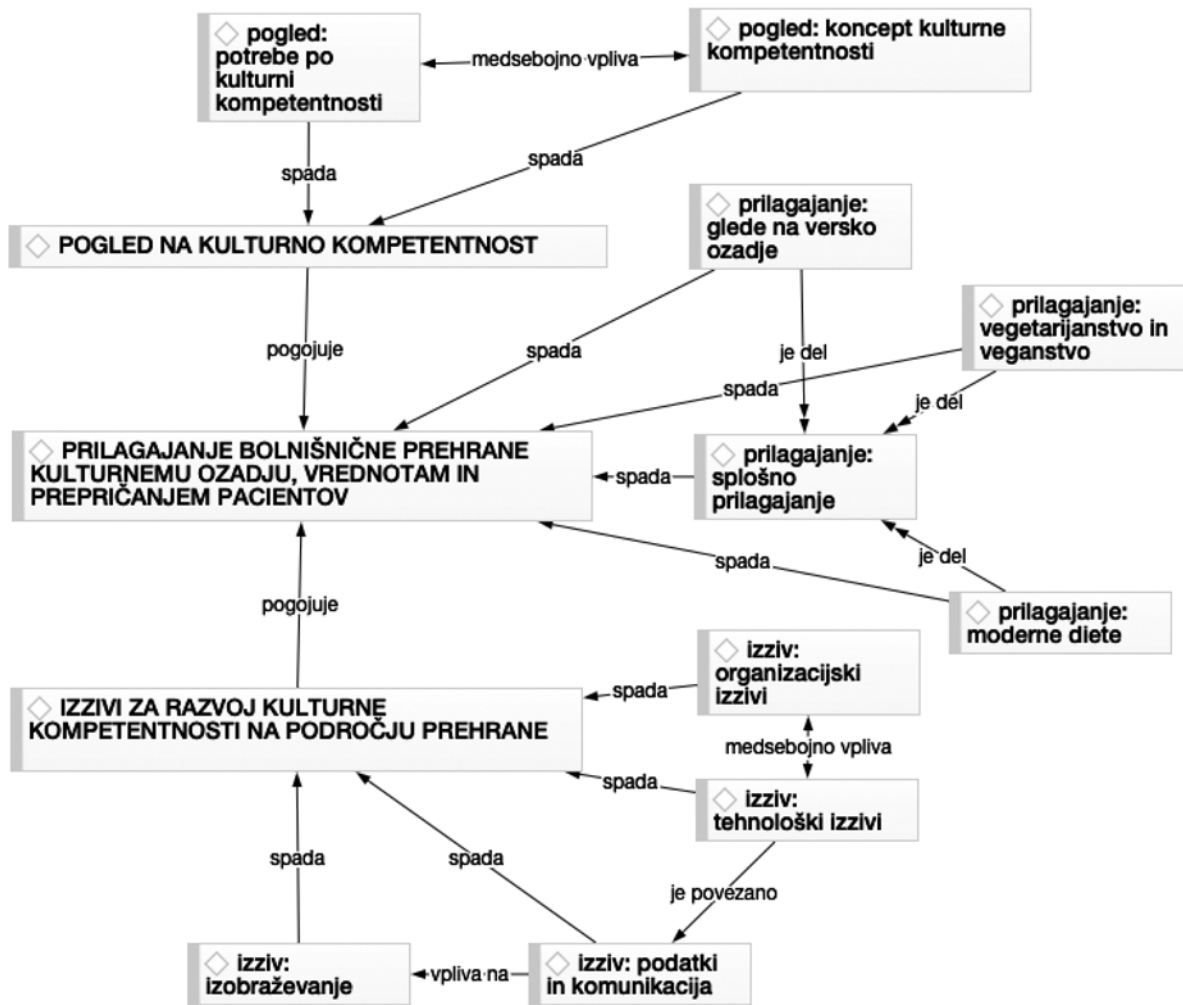
»Koliko imamo možnost tolerirati različne kulturne razlike, nekaj v tem stilu.« (KK-PR-9)

Ne glede na nepoznavanje samega koncepta kulturne kompetentnosti, smo izluščili podatke, ki so govorili o tem, da obstaja pripravljenost na prilagajanje prehrane v skladu s kulturnim ozadjem oziroma se prilagajanje v praksi že izvaja in je prilagajanje nujno.

»Bi rekla, da je to pomembno, zato ker prehrana v bolnišnici je v končni fazi tudi del terapije. Če nekdo tu leži pet, deset, ali dvajset dni, to ni važno, in če ne bo nič

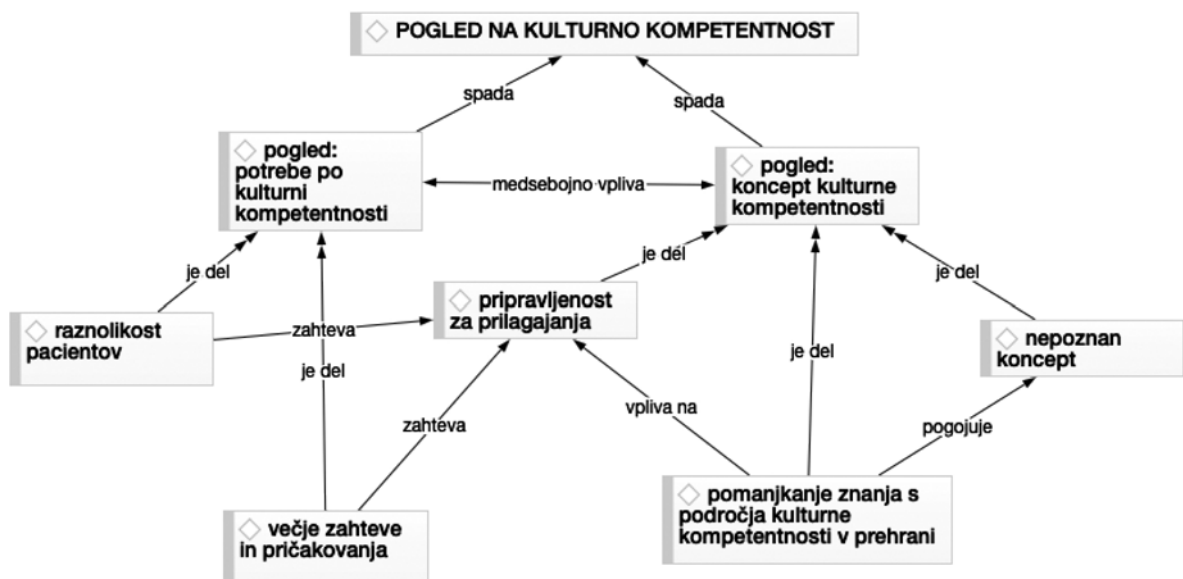
**Tabela 1:** Prikaz rezultatov raziskave o kulturni kompetentnosti v bolnišnični prehrani  
**Table 1:** Presentation of the research results on cultural competence in hospital nutrition

Tema/Theme	Podtema/Sub-theme	Koda/Code
Pogled na kulturno kompetentnost	Potrebe po kulturni kompetentnosti	Raznolikost pacientov Večje zahteve in pričakovanja
	Koncept kulturne kompetentnosti	Nepoznan koncept Pripravljenost za prilagajanja Pomanjkanje znanja s področja kulturne kompetentnosti v prehrani
Prilagajanje bolnišnične prehrane kulturnemu ozadju, vrednotam in prepričanju pacientov	Splošno prilagajanje prehrane	Pridobivanje informacij Medicinske indikacije Veliko možnosti prilagajanja Omejitve pri prilagajanju
	Prilagajanje glede na versko ozadje	Spoštovanje verskih načel Meje v prilagajanju versko skladne prehrane
	Vegetarijanstvo in veganstvo	Standarden izbor Nesprejemanje veganstva Prehransko svetovanje
	Sodobne diete	Priljubljenost sodobnih diet Škodljivost modernih diet
Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane	Podatki in komunikacija	Pomanjkanje podatkov o potrebah prilagajanja Pomanjkanje primernih informacij za uporabnike Pomanjkanje multidisciplinarnega sodelovanja Odnos do storitev prehrane
	Tehnološki izzivi	Informacijska podpora
	Organizacijski izzivi	Kadrovske ovire Prostorske ovire
	Izobraževanje	Odsotnost izobraževanja



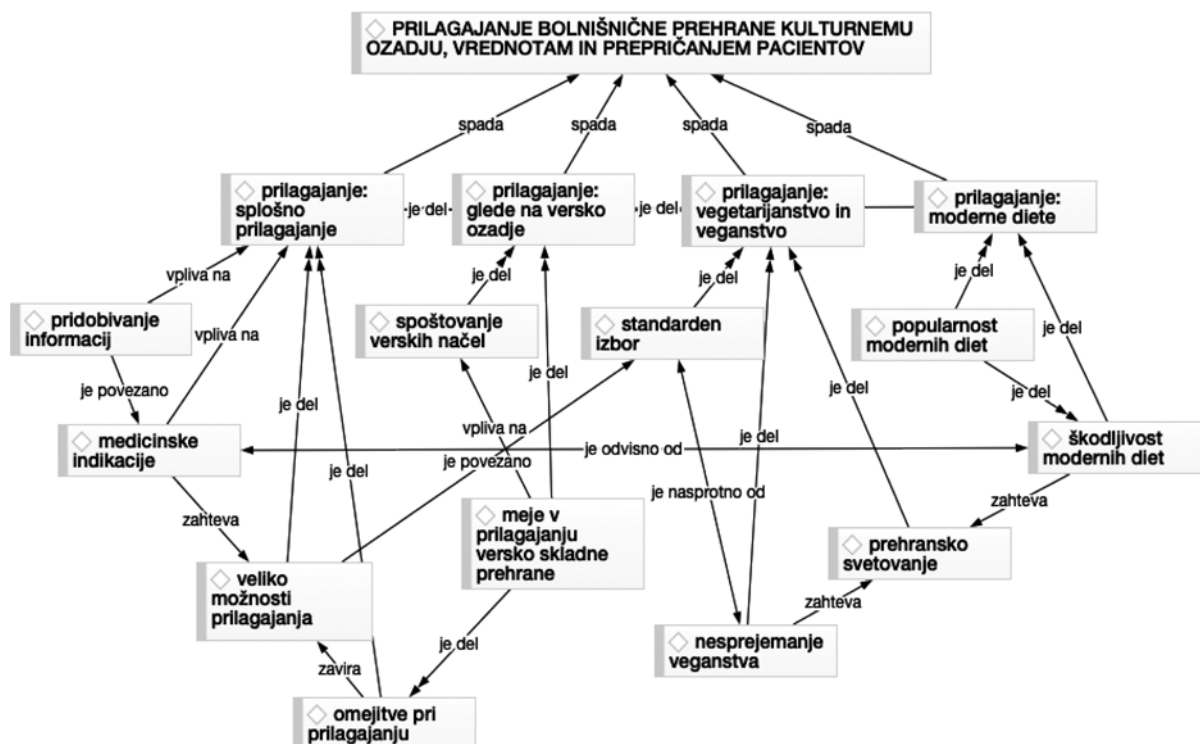
Slika 2: Konceptualno omrežje tem in podtem raziskave o kulturni kompetentnosti v bolnišnični prehrani

Figure 2: Conceptual network of themes and sub-themes in research on cultural competence in hospital nutrition



Slika 3: Konceptualno omrežje kod in podtem teme Pogled na kulturno kompetentnost

Figure 3: Conceptual network of codes and sub-themes of the theme View on cultural competence



**Slika 4:** Konceptualno omrežje kod in podteme Prilaganje bolnišnične prehrane kulturnim okoliščinam, vrednotam in prepričanju pacientov

**Figure 4:** Conceptual network of codes and sub-themes of the theme Adapting hospital diets to the cultural background, values and beliefs of patients

jedel, ni tako enostavno. Ne smemo tega prezreti. To ni luksuz, ampak je to nuja.» (KK-PR-8)

Kljub pripravljenosti in nujnosti prilaganja prehrane kulturnim okoliščinam je zbir podatkov kazal na pomanjkanje znanja o kulturnih vidikih priprave prehrane.

»Mi znanja veliko nimamo ... Bi bilo potrebno, mislim, da kot vodja bi morala zagotoviti, da imajo ta znanja, ali vsaj kakšno knjigo, da lahko v tistem trenutku pogledaš ...« (KK-PR-2)

## Tema 2: Prilaganje bolnišnične prehrane kulturnim okoliščinam, vrednotam in prepričanju pacientov

Podteme in kode teme Pogled na kulturno kompetentnosti in njihovi odnosi so prikazane s pomočjo konceptualnega omrežja na Sliki 4.

Prehrana v bolnišnici je predpisana predvsem glede na medicinsko indikacijo, vendar se upoštevajo tudi individualne želje posameznega pacienta. Praviloma ob sprejemu zdravnik predpiše dieto na podlagi kataloga diet, individualne želje pa dokumentirajo predvsem medicinske sestre na oddelkih. Sogovorniki niso bili enotni v mnenjih, v kolikšni meri pacienti na oddelkih dejansko izrazijo svoje želje o prehrani, sploh tiste, ki so povezane s kulturnimi okoliščinami oziroma v kolikšni meri prejmejo informacije o možnostih

prilaganja prehrane. Pridobili smo tako podatke o zanesljivem pridobivanju teh občutljivih informacij na oddelkih kot tudi o pomanjkljivem pridobivanju informacij oziroma o potrebi po izboljšanju pridobivanja informacij. Prehranski strokovnjaki so vključeni v neposredno pridobivanje informacij le pri pacientih, pri katerih obstaja indikacija za njihovo vključevanje.

»Da pa bi imeli prav kakšne želje, imamo samo eno, če pride kakšen v našo ustanovo, teh nejasnosti, imam še vedno občutek, da pacient tudi ne pove, da kakšnih stvari ne uživa.« (KK-PR-4)

Vsekakor so vsi sogovorniki ocenjevali, da obstaja množica raznolikih diet, ki gradijo na medicinskih indikacijah. Njihova mnenja kažejo, da so možnosti prilaganja izjemno velike in se vse želje in potrebe, ki jih izrazi pacient, upoštevajo. Kljub temu smo ugotovili, da obstajajo omejitve v prilaganju. Te se pokažejo predvsem takrat, kadar ima pacient preveč zahtev, ali kadar so zahteve v nasprotju s potrebami glede na medicinsko diagnozo oziroma s strokovnimi načeli.

»Zmišljevanja, tega pa ne moremo upoštevati ...« (KK-PR-1)

»Tukaj je treba neko realno mejo postaviti. Se mi zdi, da vedno najdemo nek kompromis, včasih moraš pa tudi biti odločen in po stroki povedati, to pa ne gre in ne smemo.« (KK-PR-11)

Podatki kažejo, da se zahteve po prilagajanju prehrane zavoljo verskega ozadja načeloma spoštujejo. Opazili smo, da gre tu predvsem za izločanje svinjine, medtem ko so zahteve po posebni pripravi živil (na primer halal ali kosher) težje izvedljive in pogosto manj sprejemljive.

»Kar je kulturno izogibanje določenim vrstam mesa ... to sprejmemo, v to se sploh ne spuščamo. Verska prepričanja sprejemamo in tu sploh ni nobene težave. Malo večje težave imamo, kadar pridejo s halal zahtevami ...« (KK-PR-8)

»Seveda ne bomo muslimane posiljevali s svinjskim mesom, če tega ne mara, ampak način priprave, to bi pa morali akceptirati, to je moje čisto osebno mnenje.« (KK-PR-10)

Glede na vegetarijanstvo in veganstvo se prakse prilagajanja razlikujejo. Medtem ko je vegetarijanska dieta že v vseh preučevanih ustanovah standarden izbor, so bila mnenja o ponudbi veganskih diet močno deljena.

»Veganstvo itak sprejmemo in je pri nas ena od standardiziranih vrst prehrane.« (KK-PR-8)

»Veganske prehrane ne podpiramo in kot take nimamo proste izbire, je pa v zadnjem času veliko večja težnja ... Kot izbor tega še nismo notri dali, ker kljub vsemu se mi zdi, da je veliko zdravstvenih stanj, kjer ti dejansko tega ne moreš vključiti kot normalno hrano, ker narediš zdravstveno škodo.« (KK-PR-12)

Intervencija prehranskega svetovanja se je naibogosteje boraiala prav pri veganskem načinu

prehranjevanja, posebno v primerih, ko se na ta način prehranjujejo ogrožene skupine (otroci, nosečnice, doječe matere).

Največ težav in kritičnih pogledov so imeli sogovorniki v zvezi s ponudbo tako imenovanih sodobnih diet, čeprav smo tudi tu opazili nekaj izjem. Najpogosteje se pojavljajo želje po dietah, kot so presnojedstvo, makrobiotika, paleolitska dieta in dieta z nizko vsebnostjo ogljikovih hidratov. Take diete so vse pogostejše in po mnenju sogovornikov ogrožajo zdravje pacientov.

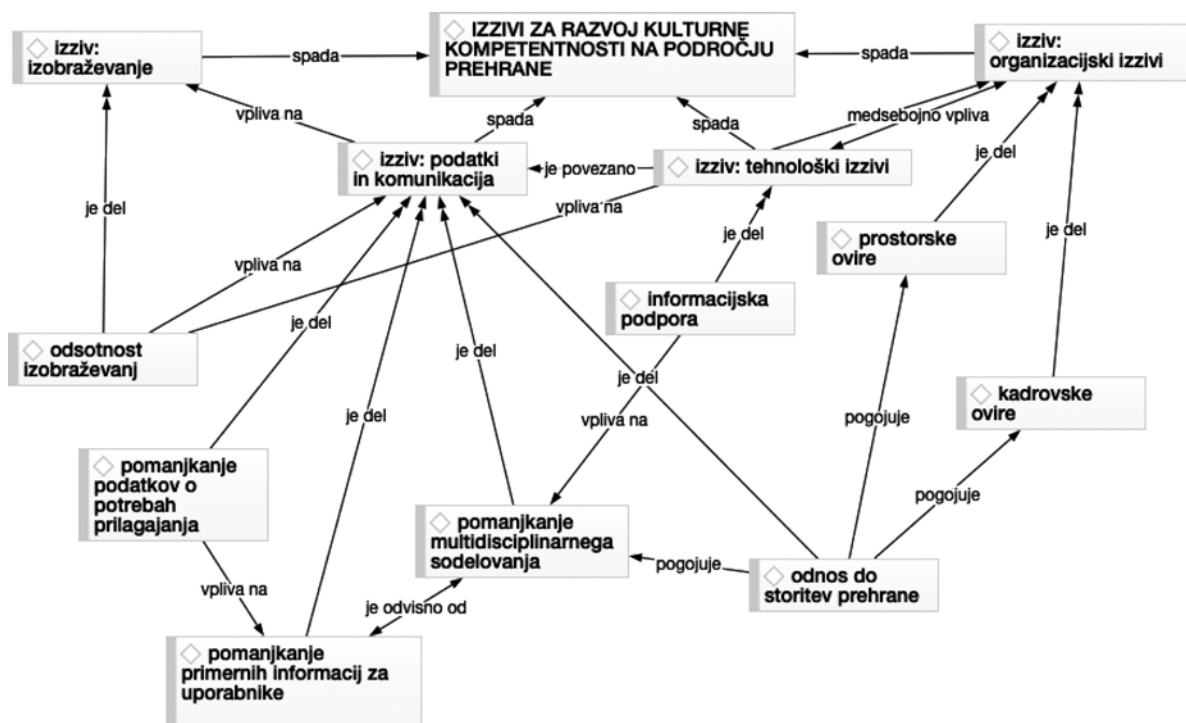
»Mi jih nimamo vpeljane, tudi kot režim prehrane jih našim pacientom ne ponujamo, zato ker so modnega značaja in tako enostransko obremenjuje organizem, da zdravju škodujejo ...« (KK-PR-11)

### Tema 3: Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane

Podteme in kode teme Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane so prikazane s pomočjo konceptualnega omrežja na Sliki 5.

Kot pomemben izziv smo prepoznali pomanjkanje različnih podatkov in premalo komuniciranja. V nobeni izmed preučevanih bolnišnic ni na razpolago dovolj sistematičnih podatkov o potrebah po prilagajanju prehrane glede na kulturne okoliščine.

»Ne vem, bi morala pretehtati, preceniti, kakšne so slobodno zahteve.« (KK-PR-3)



Slika 5: Konceptualno omrežje kod in podteme teme Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane

Figure 5: Conceptual network of codes and sub-themes of the theme Challenges for the development of cultural competence in hospital nutrition

Prav tako sami pacienti pred hospitalizacijo praviloma nimajo možnosti pridobiti informacij o možnostih prilagajanja prehrane v bolnišnici, razen če samoiniciativno pokličejo oddelek.

»Lahko vpraša na oddelku, kjer bo sprejet...« (KK-PR-9)

Spoznali smo tudi želje po boljšem multidisciplinarnem sodelovanju in odnosu do osebja in storitev prehrane v bolnišnicah, ki so ga sogovorniki pogosto poudarili kot podcenjujoč in premalo opazen, in sicer tako od bolnikov kot ostalih zdravstvenih delavcev.

»Zelo si želimo več sodelovanja tudi z vidika zdravstvenega osebja, da bi to prepoznali, da je to potreba.« (KK-PR-8)

»Nekako se nam zdi to čisto samo po sebi umevno, da je vedno toplo, vedno pripravljeno, vedno kvalitetno in vedno na razpolago, redko kdo pa se vpraša, da je tu zadaj velika organizacija, strokovni kader, da so zadaj strogi pogoji za pripravo hrane, in to se po navadi kar zanemarljivo ... Nekako je to podcenjeno.« (KK-PR-10)

Naslednji sestavni del izzivov smo opredelili kot organizacijske izzive. Med njimi so bile močno poudarjene težave v zvezi s pomanjkanjem in/ali nezadostnim zaposlovanjem kadrov, in sicer tako v kuhinji kot v neposrednem prehranskem svetovanju pacientov, ter pomanjkanjem primernih prostorov za pripravo prehrane.

»... ampak v zadnjih par letih se pa pojavlja drastično pomanjkanje kvalitetnega kadra. ... Bojim se, kaj bo čez par let, ko se bodo ti starejši kvalificirani kuharji upokojili ali pa če kdo samoiniciativno zamenja službo, bo zelo težko.« (KK-PR-10)

Pomembno prepreko je predstavljala tudi sodobna informacijska podpora, tako med oddelki in kuhinjo kot tudi na področju nabave živil, kar preprečuje hitro in učinkovito nabavo specifičnih živil.

»Tehnologija je zastarela. Tudi komunikacija pacient–kuhinja, tega tudi nimamo razvitega, kot je to v tujini, ni možnosti, da bi vsak pacient imel možnost do neke ure na eno tablico odtipkat, kaj bi si želel. Seveda so to neki izzivi za prihodnost. Potem bi bilo dosti lažje ... absolutno bi imeli tudi malo bolj povezavo naročanje živil od dobavitelja, zdaj imamo spet ene druge programe in veliko ročnega dela, pa so potem prisotni človeški faktorji ... Optimizirati informacijsko, tehnološko in bi bilo lažje.« (KK-PR-8)

Kot pomemben izziv smo prepoznali še zelo očitno pomanjkanje izobraževanja s področja kulturnih vidikov prehranjevanja.

»Tukaj smo bosi vsi, cela Slovenija. So delavnice v smislu mogoče kakšnih diet, ne pa v smislu kulturnih posebnosti.« (KK-PR-4)

## Diskusija

Ugotovili smo, da je bil koncept kulturne kompetentnosti našim sogovornikom praviloma neznan, kljub temu da so se zavedali kulturne

raznolikosti in vse večjih zahtev pacientov po upoštevanju njihovih potreb in prepričanj. Nepoznavanje koncepta ni presenetljivo, saj so se prvi članki o kulturni kompetentnosti na področju zdravstva v slovenskem prostoru pojavili šele v zadnjem desetletju, tema pa je postala bolj aktualna po migrantski krizi leta 2015, ko so potrebe po kulturni kompetentnosti v zdravstvu postale očitne (Goriup, 2016). Naši rezultati kažejo, da se pojmovanje kulturne kompetentnosti pri sogovornikih nanaša predvsem na prilagoditve prehrane. Vendar kulturna kompetentnost ne pomeni le prilagajanje storitev, temveč vključuje tudi druge vidike in veščine, kot so na primer zavedanje o lastnem kulturnem ozadju in prikritih predsodkih in stereotipih, odnos do odprtosti, spoštovanja in radovednosti, ter komunikacijske spretnosti (Jager et al., 2020). Kulturne kompetence imajo pomembno vlogo pri pridobivanju prehranskih informacij. Ko so kulturni vidiki prezrti, so pridobljene informacije nepopolne (Edelstein, 2010). Naši sogovorniki so menili, da se upošteva kulturne vidike in prepričanja pacientov, po drugi strani pa smo opazili tudi ocene, da se ne pridobi dovoljšnjih informacij. Dejstvo je, da pridobivanje podatkov o kulturnih okoliščinah prehrane zahteva veščine kulturne kompetentnosti (Alpers, 2019), a zanesljivih podatkov o prisotnosti in uporabi teh veščin pri pridobivanju prehranskih podatkov v slovenskih bolnišnicah zaenkrat nimamo. Presenetilo nas je dejstvo, da nismo pridobili nobenih podatkov o obstoju jezikovnih ovir ob pridobivanju prehranskih podatkov. Obširna slovenska raziskava je namreč pokazala, da so komunikacijske težave s pacienti, ki ne znajo slovensko, pogoste. Z njimi se je srečalo že 94 % zdravstvenih delavcev (Pokorn, 2019), relativno pogosto pa se te težave porajajo tudi v povezavi s prehranskimi navadami (Lipovec Čebon, 2019).

V nadaljevanju smo ugotovili, da se v bolnišnicah trudijo priti naproti pacientom glede kulturno pogojenih želj in potreb, vendar do določene meje. Meje, do katere so želeli ali so imeli možnost ustreči, so se precej razlikovale. Vprašanje, kje so meje v željah in zahtevah pacientov, se poraja tudi drugim strokovnjakom (Alpers, 2019), vendar imajo pacienti pravico pričakovati, da bodo njihove prehranske potrebe med hospitalizacijo izpolnjene (Beck et al., 2002, p. 354). Že leta 2003 so v evropski resoluciji o prehranski oskrbi v bolnišnicah, ki jo je sprejela tudi Slovenija, zapisali, da morajo imeti pacienti zagotovljeno prehrano v skladu z njihovo starostjo, veroizpovedjo, njihovim etničnim ali kulturnim ozadjem (Council of Europe, 2003). Prehranjevalne navade so namreč zaradi svoje kompleksnosti in globoke kulturne zakoreninjenosti ene izmed najbolj »rezistentnih« navad. Človeka tudi ob spremembi življenjskega okolja, kot so na primer migracije v drugo kulturno okolje, spremljajo najdlje, kljub temu da se običajno privadi na nekaj lokalnih prehranjevalnih



navad (Kittler, Sucher, & Nelms, 2017). Nezaupanje v upoštevanje kulturnega ozadja pri pripravi in obdelavi hrane v bolnišnicah lahko povzroči premajhen vnos hranil, slabo počutje, zmanjšano zadovoljstvo pacientov in tveganje za njihovo zdravje (Alpers, 2019).

Ugotovili smo, da obstaja precej težav s sprejemanjem in prilagajanjem prehrane pri tako imenovanih sodobnih dietah in pri veganski dieti. Tudi pri tem smo opazili velike razlike, saj je bila veganska dieta v nekaterih bolnišnicah že del standardne diete, v drugih pa še popolnoma nesprejemljiv način prehranjevanja. Kljub upravičenim pomislekom prehranskih strokovnjakov v zvezi s prehranjevalno polnovrednostjo veganskih diet je treba razumeti, da je veganstvo pogosto več kot le modna dieta. Je javna deklaracija identitete, morale in načina življenja – je filozofija in etika (Greenebaum, 2012). Lahko bi rekli, da gre za kulturo posameznika, ki jo je treba spoštovati. Ob tem je prehransko svetovanje, ki se je v naši raziskavi pogosto omenjalo pri veganskih pacientih, zelo pomembno, saj lahko pri veganski prehrani pride do pomanjkanja mikrohranil (Bakaloudi et al., 2020). Podobno lahko pride do pomanjkljive prehranjenosti pri izbirčnosti, posebno pri mladostnikih (Špindler, Cilar Budler, Klanjšek, & Kegl, 2021), pri čemer je lahko izbirčnost pogojena tudi s kulturno sprejemljivostjo določene prehrane (Tan et al., 2015).

Ugotovili smo tudi, da je poznavanje kulturno pogojenih konceptov prehranjevanja pomanjkljivo. Podobne težave opažajo tudi v drugih državah (Alpers, 2019; Jager et al., 2020) in opozarjajo, da imajo prehranski strokovnjaki težave z upoštevanjem kulturno družbenih vidikov prehrane (Ng & Wai, 2021). Vprašanje je, kakšno znanje je pomembno za kulturno kompetentnost v klinični prehrani. Znanje o vseh kulturah je nemogoče pridobiti, prav tako lahko taki način poglobi stereotipe. Razlike med posamezniki znotraj kultur so namreč velike. Kljub temu je pomembno, da prehranski strokovnjaki spoznavajo različne kulturne vidike prehrane (Jager et al., 2020). Predvsem pa je pomembno, da vstopijo v proces pridobivanja kulturne kompetentnosti (Goody & Drago, 2009), kot ga opredeljuje v svojem znamenitem modelu Campinha Bacote. Poleg znanja o kulturah je pri tem modelu pomembna motivacija, (samo)zavedanje o lastni kulturi, soočenje z različnimi kulturami in kulturne veščine, ki se nanašajo predvsem na spretnost pridobivanja občutljivih kulturno relevantnih informacij (Campinha Bacote, 2003). Vendar naši rezultati kažejo, da možnosti pridobivanja kulturnih kompetenc na področju prehrane bodisi preko formalnih ali neformalnih izobraževanj v slovenskem prostoru praktično ne obstajajo. Izobraževanja se nanašajo predvsem na biomedicinske vidike prehranjevanja. Strokovnjaki opozarjajo, da bi bilo treba že v kurikule formalnih izobraževanj na področju prehrane in zdravstva uvrstiti vsebine o

raznolikosti in kulturni kompetentnosti (Wall-Bassett & Harris, 2017; Cuerda et al., 2019), prav tako pa je za razvoj kulturnih kompetenc pomembno nadaljnje neformalno izobraževanje in druge strategije (Jongen, McCalman, & Bainbridge, 2018).

V nadaljevanju smo ugotovili, da obstaja na področju bolnišnične prehrane še nekaj drugih izzivov za razvoj kulturne kompetentnosti, kot so pomanjkanje kadrov, prostorov, informacijske podpore, podatkov o potrebah po prilagajanju, nezadostno multidisciplinarno sodelovanje in neustrezen odnos do storitev prehrane v bolnišnicah. Nekatere izmed teh ovir so raziskovalci s področja bolnišnične prehrane opisali že pred dvema desetletjema. Kot največje zapreke so navedli pomanjkanje znanja in možnosti izobraževanja o prehrani med vsemi skupinami osebja, pomanjkanje vpliva pacientov in pomanjkanje sodelovanja med različnimi skupinami osebja in vodstvom bolnišnice (Beck et al., 2001, 2002).

Pravi napredek na področju kulturne kompetentnosti v prehrani bo dosežen, šele ko bodo vsi ključni deležniki v bolnišnicah razumeli vpliv, ki ga ima prehrana pacientov na njihovo zdravje. Pridružujemo se mnenjem strokovnjakov, ki pravijo, da so možnosti prehranskega ukrepanja in potrebni človeški viri v ustanovah, kjer ni zavedanja o pomembnosti prehrane, pogosto omejeni. Ustvariti je treba institucionalno kulturo, v kateri vsi ključni deležniki cenijo prehranske storitve (Tappenden et al., 2013; Cardenas et al., 2021). Ne nazadnje je prehrana v bolnišnici del spoštovanja človeškega dostojanstva in avtonomije posameznika (Cardenas et al., 2021).

V skladu z izsledki naše raziskave so priporočljivi ukrepi za razvoj kulturne kompetentnosti v bolnišnični prehrani večpomenski. Pomembna je senzibilnost odločevalcev, vodstvenih struktur in zdravstvenih delavcev o pomenu kulture in socioloških determinant na zdravje, vključno s pomenom kulturnih vidikov prehranjevanja v času hospitalizacije. V formalnem izobraževanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju prehrane bi bilo treba dati več poudarka na pomen kulturnih vidikov prehranjevanja na zdravje in osvajanje veščin kulturne kompetentnosti, prav tako pa zagotoviti možnosti pridobivanja teh veščin tudi v poznejših oblikah neformalnega izobraževanja. Pospešiti je treba raziskave in pridobiti sistematične podatke o potrebah prilagajanja prehrane kulturnemu ozadju pacientov in o morebitnih posledicah pomanjkljivega prilagajanja in pomanjkanja kulturne kompetentnosti. Ne nazadnje je treba uvesti strategije za učinkovito in spoštljivo meddisciplinarno sodelovanje, ki postavlja v središče pacienta in njegovo avtonomijo.

Naša raziskava je trčila tudi ob nekaj omejitvah, kljub temu da smo se poslužili podatkovne triangulacije (intervjuji z različnimi profili delujočih na področju bolnišnične prehrane). Predvsem je treba upoštevati, da nismo pridobili neposrednih podatkov od pacientov in drugih članov zdravstvenega tima, ki sodelujejo

pri pridobitvi prehranskih podatkov. Druga omejitev je ta, da so se s sodelovanjem v raziskavi verjetno strinjali predvsem tisti sogovorniki, ki so obravnavani temi bolj naklonjeni.

## Zaključek

V preučevanih slovenskih bolnišnicah obstaja veliko možnosti prilagajanja prehrane željam in potrebam pacientov, vendar o kulturni kompetentnosti v bolnišnični prehrani, kot je opredeljena v literaturi, še ne moremo govoriti. Kulturna kompetentnost se nanaša na mnogo več kot le na upoštevanje želja pacientov, ki jih izrazijo, ali pa tudi ne. Raziskava je pokazala, da med bolnišnicami obstajajo razlike v možnostih in pripravljenosti po prilagajanju prehrane glede na kulturno ozadje in prepričanja pacientov, pri čemer igra vlogo preplet mnogih dejavnikov. S tem se poraja mnogo vprašanj, ki bi jih bilo v luči nadaljnega razvoja kulturne kompetentnosti dobro raziskati. Tako vprašanje je na primer, v kolikšni meri pridobivamo informacije o kulturnem ozadju prehrane od pacientov, v kolikšni meri so te potrebe uresničene in kateri so vplivi na zadovoljstvo in zdravstvene izide pacientov, kar kaže na potrebo po vključevanju pacientov in ostalih članov multidisciplinarnega tima v raziskave. Tudi odnose do storitve bolnišnične prehrane bi veljalo podrobneje raziskati, saj lahko gradimo kulturno kompetentnost na tem področju le ob spoštovanju prehranskih storitev in zagotavljanju dobrih pogojev na tem področju. Medtem lahko v vsakdanji praksi uvedemo možnosti, ki bodo vodile v večjo občutljivost zaznavanja kulturnih vidikov prehrane, izboljšale meddisciplinarno izmenjavo prehranskih informacij in vodile v nadaljnje pridobivanje kulturnih kompetenc.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors confirm that there are no known conflicts of interest associated with this publication.

## Financiranje/Funding

Raziskava ni bila finančno podprta./The study received no funding.

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je bila opravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prispevek je del raziskave v okviru doktorske naloge prve avtorice, ki je opravila pregled teoretičnih izsledkov, zasnovala in izvedla raziskavo, jo analizirala, obrazložila in razpravljala o izsledkih. Druga avtorica je mentorica doktorske naloge, kar vključuje mentorstvo ob pripravi članka in je s svojimi nasveti pomembno vplivala na zasnovo članka. Obe avtorici sta prispevali h kritičnemu pregledu članka in soglašali o dokončni oddaji članka. Obe avtorici soglašata, da sta odgovorni za vse vidike dela in da bodo vprašanja v zvezi z natančnostjo ali celovitostjo katerega koli dela ustrezno raziskana in rešena./The paper is part of the PhD thesis research of the first author, who reviewed the theoretical findings, designed and conducted the research, analysed, explained and discussed the findings. The second author is the PhD supervisor, who mentored the preparation of the paper, and has contributed significantly to the design of the paper, to the critical review of the paper, and to the final approval of the submission of the paper. Both authors agree that they are responsible for all aspects of the work and that any issues relating to the accuracy or integrity of any work will be investigated and resolved accordingly.

## Literatura

- Alpers, L. M. (2019). Hospital food: When nurses' and ethnic minority patients' understanding of Islamic dietary needs differ. *Nursing open*, 6(4), 1455–1463. <https://doi.org/10.1002/nop2.343> PMID:31660173; PMCID:PMC6805268
- Bakaloudi, D. R., Halloran, A., Rippin, H. L., Oikonomidou, A. C., Dardavesis, T. I., Williams, J. ... Chourdakis, M. (2021). Intake and adequacy of the vegan diet. A systematic review of the evidence. *Clinical Nutrition*, 40(5), 3503–3521. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.11.035> PMID:33341313
- Beck, A. M., Balkn, U. N., Fürst, P., Hasunen, K., Jones, L., Keller, U. ... Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 20(5), 455–460. <https://doi.org/10.1054/clnu.2001.0494> PMID:11534942
- Beck, A. M., Balknas, U., Camilo, M., Furst, P., Gentile, M., Hasunen, K. ... Ovesen, L. A. R. S. (2002). Practices in relation to nutritional care and support—report from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 21(4), 351–354. <https://doi.org/10.1054/clnu.2002.0555> PMID:12211176
- Bond, P. (2013). A hospital nutrition improvement programme. *Nursing Times*, 109(39), 22–24. Retrieved June 14, 2021 from <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2013/09/021013-A-hospital-nutrition-improvement-programme.pdf>

- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global qualitative nursing research*, 4, 1–8.  
<https://doi.org/10.1177/2333393617742282>  
PMid:29204457; PMCID:PMC5703087
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care*. Cincinnati: Transcultural Care Associates.  
<https://doi.org/10.1177/10459602013003003>  
PMid:12113146
- Cardenas, D., Correia, M. I. T. D., Ochoa, J. B., Hardy, G., Rodriguez-Ventimilla, D., Bermúdez, C. E. ... Barazzoni, R. (2021). Clinical nutrition and human rights: An international position paper. *Clinical Nutrition*, 36, 534–544.  
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.039>  
PMid:34023070
- Carolan, M. (2022). *The sociology of food and agriculture* (3rd ed.). London: Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781003133780>
- Council of Europe, Committee of Ministers. (2003). Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. *Nutrition & Food Science*, 34 (2).  
<https://doi.org/10.1108/nfs.2004.01734bab.003>
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Retrieved April 2, 2021 from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>
- Cuerda, C., Muscaritoli, M., Donini, L. M., Baqué, P., Barazzoni, R., Gaudio, E. ... Van Gossum, A. (2019). Nutrition education in medical schools (NEMS). An ESPEN position paper. *Clinical Nutrition*, 38(3), 969–974.  
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.001>  
PMid:30772092
- Curry, K. R. (2000). Multicultural competence in dietetics and nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 100(10), 1142–1143.  
[https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00335-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00335-7)
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of research in nursing: JRN*, 25(5), 443–455.  
<https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Edelstein, S. (2010). *Food, cuisine, and cultural competency for culinary, hospitality, and nutrition professionals*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>  
PMid:18352969
- European Ageing Network. (2021). Promoting well-nutrition in elderly care. Tabor: European Ageing Network. Retrieved May 30, 2022 from <https://european-nutrition.org/good-practices/ean-guideline-promoting-well-nutrition-in-elderly-care/>
- Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York: NYU Press.  
<https://doi.org/10.18574/nyu/9780814732939.001.0001>
- Goody, C. M., & Drago, L. (2009). Using cultural competence constructs to understand food practices and provide diabetes care and education. *Diabetes Spectrum*, 22(1), 43–47.  
<https://doi.org/10.2337/diaspect.22.1.43>
- Goriup, J. (2016). Multicultural society and nursing. In B. M. Kaučič, B. Filej & B. Dobrowolska et al. (Eds.), *Multicultural society and aging: Challenges for nursing in Europe: Selected chapters* (pp. 4–14). Celje: Visoka zdravstvena šola.
- Greenebaum, J. (2012). Veganism, identity and the quest for authenticity. *Food, Culture & Society*, 15(1), 129–144.  
<https://doi.org/10.2752/175174412X13190510222101>
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare: A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PloS ONE*, 14(7), Article e0219971.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>  
PMid:31361783; PMCID:PMC6667133
- Helman, C. G., 2007. *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.  
<https://doi.org/10.1201/b13281>
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, 2(1), 2307–0919.  
<https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Holloway, I. & Galvin, K. (2016). *Qualitative research in nursing and healthcare*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23–42.  
<https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Jager, M., den Boeft, A., Leij-Halfwerk, S., van Der Sande, R., & van den Muijsenbergh, M. (2020). Cultural competency in dietetic diabetes care: A qualitative study of the dietician's perspective. *Health Expectations*, 23(3), 540–548.  
<https://doi.org/10.1111/hex.13019>  
PMid:32045075; PMCID:PMC7321725
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–15.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>  
PMid:29609614; PMCID:PMC5879833

- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018). *Cultural competence in health: a review of the evidence*. Singapore: Springer.
- Kittler, P., Sucher, K. P., & Nelms, M. (2017). *Food and Culture*. Belmont: Cengage Learning.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Retrieved from [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/kodeks\\_etike\\_v\\_zdravstveni\\_negi\\_in\\_oskrbi\\_slovenije\\_marec\\_2014.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_slovenije_marec_2014.pdf)
- Lipovec Čebren, U. (2019). Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu. In N. K. Pokorn & U. Lipovec (Eds), *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (pp. 78–91). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Moffat, T., & Prowse, T. (2010). *Human diet and nutrition in biocultural perspective: Past meets present*. Oxford: Berghahn Books.
- Ng, E., & Wai, C. (2021). Towards a definition of anti-oppressive dietetic practice in Canada. *Critical Dietetics*, 5(2), 10–14. <https://doi.org/10.32920/cd.v5i2.1407>
- Pokorn, N. (2019). Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja. In N. K. Pokorn & U. Lipovec (Eds), *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (pp. 31–47). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *BMJ* 320(7227), 114–116. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114> PMID:10625273; PMCID:PMC1117368
- Poulain, J. P. (2017). *The sociology of food: eating and the place of food in society*. London: Bloomsbury Publishing.
- Prosen, M. (2018). Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 76–80. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
- Reddy, S., & Anitha, M. (2015). Culture and its influence on nutrition and oral health. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 8(Special Oct), 613–620. <https://dx.doi.org/10.13005/bpj/757>
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x> PMID:19250349
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International journal of Nursing Studies*, 99, Article 103386. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Špindler, N., Cilar Budler, L., Klanjšek, P., & Kegl, B. (2021). Vpliv izbirljivosti v prehrani na prehranjenost otrok. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(4), 237–242. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.4.3070>
- Tan, H. S. G., Fischer, A. R. H., Tinchan, P., Stieger, M., Steenbekkers, L. P. A., & van Trijp, H. C. M. (2015). Insects as food: Exploring cultural exposure and individual experience as determinants of acceptance. *Food Quality and Preference*, 42, 78–89. <https://doi.org/10.1016/J.FOODQUAL.2015.01.013>
- Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R. (2013). Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9), 1219–1237. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015> PMID:23871528
- UNESCO. (2009). *Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue: UNESCO World Report*. Paris: UNESCO Publishing. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001852/185202e.pdf>
- Waldstein, A. (2018). Food, Anthropology of. *The International Encyclopedia of Anthropology*, 1–9. <https://doi.org/10.1002/9781118924396>
- Wall-Bassett, E., & Harris, N. (2017). Promoting cultural competency: A nutrition education model for preparing dietetic students and training paraprofessionals in an international setting. *Global Journal of Health Science*, 9(7), 108–116. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n7p108> PMID:15156839
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

*Citirajte kot/Cite as:*

Halbwachs, H. K., & Ovsenik, M. (2022). Kulturna kompetentnost v slovenski bolnišnični prehrani: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 105–116. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3149>