

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Medkulturna kompetentnost v pediatrični onkološki zdravstveni negi: deskriptivno-interpretativna raziskava

Cultural competency in paediatric oncology nursing: A descriptive interpretative study

Nataša Čulibrk^{1,*}, Tina Ferfolja, Marina Lukič¹, Sabina Ličen², Maja Čemažar^{2,3}, Mirko Prosen²

Ključne besede:

medkulturnost; onkologija; zdravstvena nega; otrok; kulturne kompetence

Key words: multiculturalism; pediatric; nursing; oncology; cultural competence

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

³ Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za eksperimentalno onkologijo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
natasa.culibrk@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod: Medicinske sestre v pediatrični onkološki zdravstveni negi se srečujejo s pacienti in njihovimi družinami iz različnih kulturnih okolij. Namen raziskave je bil preučiti ključne elemente medkulturne zdravstvene oskrbe, ki jih prepoznajo medicinske sestre v pediatrični onkologiji, ter izzive, s katerimi se srečujejo v praksi.

Metode: Raziskava temelji na kvalitativnem deskriptivno-interpretativnem pristopu. Podatki so bili pridobljeni z individualnimi, delno strukturiranimi intervjuji na namenskem vzorcu sedmih medicinskih sester z izkušnjami na področju pediatrične onkološke zdravstvene nege. Podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine.

Rezultati: Identificirali smo tri teme: (1) značilnosti medosebnih odnosov in medkulturno komunikacijo, (2) spregledane vidike medkulturne zdravstvene nege in (3) zaznavanje lastne medkulturne prakse. Zaposleni v onkološki pediatrični zdravstveni negi so medosebne odnose in medkulturno prakso označili kot zelo pomembno za razumevanje težav in zagotavljanje potreb onkoloških pacientov, zato je zelo pomembno začetno spoznavanje in vzpostavitev dobrega medsebojnega sodelovalnega odnosa, ki temelji na odprti komunikaciji, prilagodljivosti in spoštovanju kulturnih razlik. Sodelujoči opažajo, da na zdravje vplivajo medkulturne razlike in predvsem osebna prepričanja pacientov.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve kažejo, da na pediatričnem onkološkem oddelku poznajo pomen dobrega medosebnega odnosa med zaposlenimi v pediatrični zdravstveni negi, otroki in njihovim starši ter upoštevajo njihove potrebe glede kulturno pogojenih vzorcev vedenja, na primer glede prehranjevanja in lajšanja bolečine. Prav tako pa se kaže potreba po dodatnem izobraževanju zaposlenih.

ABSTRACT

Introduction: Nurses in pediatric oncology communicate with patients, and their families, from very diverse cultural backgrounds. The aim of this study was to identify the elements of intercultural healthcare that nurses in pediatric oncology consider crucial, and the challenges they face in clinical practice.

Methods: The study employed a qualitative descriptive-interpretive approach. Data were obtained through semi-structured interviews with a purposive sample of seven nurses with experience in paediatric oncology nursing. The data obtained were analysed using content analysis.

Results: Three themes were identified: (1) characteristics of interpersonal relationships in paediatric oncology nursing, (2) overlooked aspects of paediatric oncology nursing, and (3) perceptions of own intercultural practice. Paediatric oncology nurses identified interpersonal relationships and intercultural practice as very important for understanding the problems faced by oncology patients and for meeting patients' needs. It is therefore very important that the patient and the nurse get to know each other at their first meeting and establish a good working relationship. Participants also noted that health is influenced by intercultural differences and especially by patients' personal beliefs.

Discussion and conclusion: The results of this study suggest that nurses working on the pediatric oncology ward recognise the importance of a good interpersonal relationship between the pediatric nurse, the child, and the child's parents, and the significance of being responsive to their needs in terms of culturally determined behaviours, for example, in relation to eating or pain relief. Furthermore, nurses also recognise the need for additional staff training.



Prejeto/Received: 6. 5. 2023
Sprejeto/Accepted: 22. 8. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Medicinske sestre v onkologiji imajo pomembno vlogo pri oskrbi pacientov s hudimi, življenje ogrožajočimi boleznimi. Njihovo delo je vključeno v vse faze zdravljenja, v kar štejemo postavitev diagnoze, proces zdravljenja in včasih tudi konec oziroma smrt otroka (Günüşen et al., 2017). Ob postavitvi diagnoze rak postane grožnja otrokovemu življenju, saj povzroča otroku in njegovi družini veliko stisko in izzive, zato je lahko ogrožena tudi varnost družine (Mackay & Gregory, 2011).

Na pediatričnih oddelkih je poudarjena kulturna občutljivost z namenom zagotavljanja oskrbe, ki je usmerjena in prilagojena glede na specifične kulturne potrebe vsake družine. Otroci in njihove družine postanejo središče pediatrične onkološke zdravstvene nege (Aghajari et al., 2019), zato je zelo pomembno, da medicinske sestre v oskrbo vključijo celotno družino in pri tem upoštevajo tudi njihovo kulturno ozadje. Živimo namreč v vse bolj kulturno raznoliki družbi. Naraščajoča kulturna raznolikost nedvomno vpliva na zdravstveni sistem, ki se mora tem izzivom prilagoditi, da lahko zagotavlja kakovostno in varno obravnavo za ljudi različnih kultur (Breznik et al., 2019).

V Sloveniji smo si morda predolgo zatiskali oči pred pomenom in vlogo kulture v zdravstvu, čeprav je bila ta vedno del našega vsakdanjega dela, še vedno pa ostaja vprašanje, če se je v celoti zavedamo (Prosen, 2018). V zdravstvu smo vrsto let kulturo pogosto pojmovali kot nekaj, kar je omejeno na etičnost in raso (Butler et al., 2016), a danes prevladuje mnogo širše razumevanje kulture in kulturne raznolikosti (Jongen et al., 2017). Čeprav smo zdravstveni delavci etično in zakonsko zavezani k spoštovanju vseh ljudi in enaki obravnavi, Keršič Svetel et al. (2016) ugotavljajo, da je danes kompleksnost družbe in s tem kompleksnost kultur ter prepričanj tako zahtevna, da samo zavezanost zakonodaji in etiki ni dovolj, temveč za pridobitev kulturnih kompetenc na tem področju potrebujemo še veliko znanja. Medicinska sestra se mora v celoti zavedati svoje lastne kulture, da lahko prepozna in razume kulturne značilnosti drugih, kar je eno izmed osnovnih načel kulturne kompetentnosti (Komidar, 2019).

Poudarek na prehrani, običajih in tradicijah v pediatrični onkološki oskrbi spodbuja kulturno občutljivost. Hkrati pa medicinski sestri, ki je opremljena z znanjem o kulturi, omogoča pridobivanje informacij o normah, vrednotah in odnosih različnih etničnih skupin (Aghajari et al., 2019). Kulturna občutljivost pomeni zavedanje razlik in tudi podobnosti, ki so prisotne v različnih kulturah, pri čemer teh razlik ni treba dihotomizirati kot »dobre ali slabe« in »pravilne ali napačne«. Zagotavljanje kulturno občutljive oskrbe pacientov iz različnih kultur in etničnih skupin je temeljnega pomena, saj je takšna oskrba najboljši pristop za

povečanje zadovoljstva pacientov in družin ter njihove pripadnosti zdravljenju (Aghajari et al., 2019). Zamisel o kulturni usposobljenosti je za zdravstvene delavce že dolgo pomembna, saj je splošno sprejeto, da morajo izvajalci zdravstvenih storitev zagotavljati kulturno kompetentno oskrbo, kar pomeni, da morajo razumeti pomen družbenih in kulturnih vplivov na zdravje pacientov, njihova prepričanja in vedenje (Poillucci & Page, 2019).

Kolar et al. (2019) navajajo, da je za zdravstvene delavce medkulturna zdravstvena nega ključnega pomena zaradi vse večje kulturne raznolikosti družbe in uporabnikov zdravstvenih storitev. Izvajanje kulturno kompetentne oskrbe pomeni celostno, k pacientu usmerjeno oskrbo, ki se mora izvajati v vseh okoljih. Slednje je še toliko bolj specifično na področju pediatrične onkološke zdravstvene nege, saj se medicinske sestre soočajo še z drugimi izzivi negovanja mladih pacientov.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti vidike medkulturne zdravstvene oskrbe na področju onkološke pediatrične zdravstvene nege, kjer je zaradi narave dela in posebnosti populacijske skupine pacientov doveznost za zagotavljanje celostne zdravstvene oskrbe toliko bolj v ospredju. Cilj raziskave je bil podrobno raziskati dožemanje in zaznavanje medkulturne zdravstvene nege med medicinskimi sestrami na področju pediatrične onkologije ter prepoznati potrebe in izzive pri nudenju zdravstvene nege na tem področju.

V raziskavi smo si zastavili raziskovalno vprašanje: Kako medicinske sestre na področju onkološke pediatrične zdravstvene nege doživljajo in izkusijo medkulturnost pri nudenju zdravstvene nege ter izzive, ki jih ta prinaša?

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna paradigma, v okviru katere smo izbrali deskriptivno-interpretativni pristop. Slednji omogoča izčrpen povzetek vsakdanjih dogodkov in s tem tudi natančnost pri raziskavi (Polit & Beck, 2014), saj je bil naš namen preučiti pogled medicinskih sester na kulturno kompetentnost na področju pediatrične onkološke zdravstvene nege ter ugotoviti, s katerimi izzivi se v zvezi s tem soočajo v praksi. Zaradi narave preučevanega fenomena je bila izbrana interpretativna opisna metoda, ki temelji na premisi razumevanja človekovega doživljanja kot kompleksne interakcije med psihosocialnimi in biološkimi dejavniki. Znanje ustvarja s pomočjo odkrivanja ponavljajočih se vzorcev ali skupnih realnosti, ga združuje v teme in vzorce, ki obdajajo subjektivno perspektivo, pri čemer upošteva tudi razlike med posamezniki (Thompson Burdine et al., 2020).

Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z individualnim delno strukturiranim intervjujem. Dobro zasnovan delno strukturiran intervju mora zagotoviti zajem podatkov na ključnih področjih, hkrati pa udeležencem omogočiti prožnost, da v razpravo vnesejo svojo osebnost in svoj pogled (Noble & Heale, 2019). Vprašanja so odprtega tipa, lahko sledijo določenemu predhodnemu okviru in razporedu ali pa so popolnoma prosta. S tem lahko dobro preiščemo novo področje raziskovanja, saj lahko odkrijemo, kje so problemi, kako ljudje gledajo nanje, kako se o njih pogovarjajo. Tak intervju je fleksibilnejši, z njim se bolj približamo afektivni in vrednostni ravni, odgovori so bolj spontani, konkretni, povedni in osebni (Kordeš & Smrdu, 2015).

Vnaprej smo pripravili vprašanja, razvita na podlagi pregleda literature ter ciljev raziskave. Primeri vprašanj: Opišite svoje dosedanje izkušnje pri delu z onkološkimi bolniki iz različnih kulturnih okolij? Ali menite, da so potrebe onkoloških bolnikov, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, v zdravstvu slišane in izpolnjene? Ali imajo onkološki bolniki in njihovi starši posebne potrebe pri prehranjevanju in pitju? Kakšne potrebe imajo onkološki bolniki in starši pri zagotavljanju verske in duhovne oskrbe v bolnišnici? Kakšen odnos imajo onkološki bolniki in njihovi starši do bolečine in umiranja?

Opis vzorca

Namenski vzorec je vključeval sedem oseb. Vključitveni kriterij za sodelovanje v raziskavi je zaposlitev na področju onkološke pediatrične zdravstvene nege ter delo z različnimi kulturami. Vzorec je vseboval dva moška in pet žensk, starih od 25 do 41 let. Povprečna starost vzorca je bila 33,6 leta. Vzorec je vključeval pet diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, magistra zdravstvene nege in tehnika zdravstvene nege. Samo ena oseba se je predhodno udeležila izobraževanja o medkulturnosti v zdravstveni negi.

Pri vzorčenju smo sledili načelu informacijske moči, ki se je kazala že pri šestem intervjuju. Koncept informacijske moči v kvalitativnem raziskovanju poudarja, da več informacij v vzorcu omogoča manjše število udeležencev v raziskavi. Ta moč je odvisna od cilja raziskave, specifičnosti vzorca, uporabe teorije, kakovosti dialoga in strategije analize. Raziskovalcem omogoča oceniti potrebno število udeležencev za odgovorno analizo, pri čemer je med raziskovalnim procesom to oceno mogoče prilagajati. Informacijska moč je danes prepoznana kot ključni koncept pri načrtovanju kvalitativnih raziskav, določanju optimalne velikosti vzorca in izvajanju kakovostne analize (Malterud et al., 2016).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Delno strukturirane intervjuje smo izvedli v novembru in decembru 2022, vsak pa je trajal približno pol ure. Intervjuji so potekali v mirnem prostoru, ki je zagotavljal dobre pogoje za sproščen pogovor. Zapiske opažanj smo pisali takoj po vsakem intervjuju. Določeni podatki so bili analizirani med intervjujem, vprašanja v nadaljnjih intervjujih pa so bila nato spremenjena, da bi še bolj izpopolnili in razvili nastajajoče kategorije.

Potencialno sodelujoče smo pridobili s pomočjo osebnih poznanstev in metode snežne kepe. Sodelujoči so bili osebno povabljeni k sodelovanju v raziskavi. Pri tem smo jim razložili namen in cilj raziskave ter jih povabili k prenosu informacije med znanca, ki bi prav tako želeli sodelovati. Glede na njihovo razpoložljivost smo se individualno dogovorili za datum in uro intervjuja. Zaradi upoštevanja etičnosti raziskave so sodelujoči podpisali t. i. informirano soglasje, ki jih je ponovno seznanilo z namenom raziskave, potekom, tveganji, koristmi, predvidenim trajanjem intervjuja, zaupnostjo podatkov in prostovoljnim sodelovanjem. Posebej je bilo poudarjeno, da lahko kadarkoli med intervjujem prekinemo sodelovanje ali ne odgovorijo na vprašanje. Z informiranim soglasjem so udeleženi pisno privolili tudi v snemanje intervjuja za lažjo obdelavo podatkov. Intervjuji so potekali individualno. Vsak od udeležencev je dobil 10 vprašanj in podvprašanj, na katera je odgovarjal opisno. Podatke, ki so bili pridobljeni z anketiranjem, smo posneli in nato citirali v raziskavi. Zaradi zagotavljanja varovanja podatkov in anonimnosti smo udeležence poimenovali s črkami.

Pridobljene podatke smo analizirali po korakih Elliott & Timulak (2005): (1) transkripte smo večkrat prebrali, da smo lahko dobili celotno sliko; (2) med začetnim branjem in po njem smo pričeli urejati podatke, pri čemer smo izpustili odvečno vsebino in ponavljanja; (3) besedilo smo v naslednji fazi fragmentirali na značilne pomenske enote in bili pri tem bili pozorni na posredovanje ustreznega števila informacij; (4) vsako pomensko enoto smo nato poimenovali – kodirali; (5) v naslednjem koraku smo iskali podobnosti med kodami in posamezne kode združevali v večje skupine – pod teme; (6) oblikovanje kategorij smo končali z razvrščanjem, ki opisujejo celoten pojav zbranih podatkov; (7) v končni fazi smo definirane skupine oziroma pod teme združili v večje teme.

V besedilu smo izmenično uporabljali izraza »onkološki bolnik« in »pacient«. Z izrazom »onkološki bolnik« smo želeli izpostaviti specifično naravo določene perspektive ali koncepta, medtem ko izraz »pacient« ponuja širši pogled na obravnavano tematiko. Intervjuvanci so največkrat govorili o otrocih in ne pacientih ali bolnikih, kar smo poskušali v največji možni meri ohraniti tudi v zapisu.

V raziskavi smo uporabili metodo triangulacije, ki vključuje več raziskovalcev. Pri triangulaciji

raziskovalcev je v postopek zbiranja, analiziranja in/ali razlage podatkov vključen več kot en raziskovalec/ocenjevalec, da bi ocenili, v kolikšni meri so raziskovalci prišli do podobnih zaključkov (Noble & Heale, 2019). Analizo sta prva in druga avtorica izvedli vsaka zase in se v končni fazi z zadnjim avtorjem uskladili glede končnega koncepta.

Rezultati

Z metodo analize besedila intervjujev smo določili tri teme, ki pojasnjujejo medkulturne (1) značilnosti medosebnih odnosov v pediatrični onkološki zdravstveni negi, (2) spregledane vidike pediatrične onkološke zdravstvene nege skozi prizmo medkulturnosti, (3) zaznavanje lastne medkulturne prakse (Tabela 1).

Značilnosti medosebnih odnosov in medkulturna komunikacija

Zaposleni na otroškem onkološkem oddelku se pri svojem delu velikokrat srečujejo s pacienti, ki izhajajo iz različnih kultur. Sodelujoči poudarjajo, da je v procesu zdravljenja ključnega pomena medosebno sodelovanje med zdravstvenim osebjem, otroki in starši. Otroci in njihovi starši, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, so ob hospitalizaciji težko znajdejo, saj so prestrašeni in potrebujejo več časa, da dojamajo trenutno zdravstveno stanje. Zato sta pomembna začetno spoznavanje in vzpostavitev dobrega sodelovalnega odnosa že ob hospitalizaciji. Tako se otroci in njihovi starši počutijo sprejete na oddelku in lažje komunicirajo. Zdravstveni delavci vložijo veliko truda v prilagajanje, poslušanje ter upoštevanje njihovih želja in potreb.

Na našem oddelku družino dobro spoznamo in se po zmožnostih prilagajamo, da se počutijo čim bolj domače. Poslušamo njihove potrebe ter jih skušamo tudi izpolniti. Prav tako je večina bolnikov zelo hvaležnih in razumevajočih in cenijo naš trud. (A)

Predvsem starši ob hospitalizaciji doživljajo veliko stisko, čemur se zdravstveni delavci primerno prilagajajo. Pri komuniciranju je potrebno kaj večkrat ponoviti ali ponovno razložiti navodila, da bi se izognili šumu v komunikaciji ali celo konfliktom. Sodelujoči

opažajo, da so starši pred otrokom navidezno močni ter negativnih čustev pred njimi ne izražajo. Ko pa so sami ali s partnerjem, pokažejo svoja prava čustva, večkrat tudi jokajo. Zdravstvenim delavcem se tudi zaupajo in si želijo pogovora z njimi. Sodelujoči opažajo, da je poznavanje jezika pacienta in družine ključnega pomena pri vzpostavljanju interakcije ter razumevanju njihovih vrednot in prepričanj.

V določeni meri kulturne razlike vplivajo na zdravje z vidika, da imajo različne kulture različen življenjski slog. Ostajajo pa še vedno bolezni, na katere sami z življenjskim slogom nimamo vpliva in tako tudi kulturne razlike nimajo vpliva. (A)

Na zdravje ne vpliva samo kultura, ampak predvsem osebna prepričanja. (C)

Vsaka kultura oziroma oseba ima neka svoja pravila, omejitve ali drugačno razmišljanje. /.../ Vse to lahko privede do različnega ovrednotenja pojma zdravja, pa naj bo to dobro ali slabo. (B)

Mislím, da otroci iz drugih kulturnih okolij v našem okolju niso bolj bolni kot npr. ostali otroci iz Slovenije. /.../ To je odvisno od človeka samega ne glede na to, iz katere kulture prihaja. (F)

Tudi v zdravstvenem timu je prisotna medkulturnost, vendar ta ne vpliva na proces zdravljenja. Vsi zaposleni namreč stremijo k istemu cilju ter delujejo skladno v korist in zadovoljstvo onkoloških bolnikov. Na prisotnost medkulturnosti v timu gledajo s pozitivnega vidika, saj so prepričani, da jo lahko pri odnosu s pacienti dobro izkoristijo. Poudarjajo, da jim koristi pri razumevanju in zdravstveni obravnavi pacientov iz drugih kultur. Med drugim pa prispeva tudi k izboljšanju delovne klime med zaposlenimi.

Naš tim je sestavljen iz različnih kultur, ampak mislim, da je to zelo dobro in koristno. Nikoli ni bilo nobenih problemov z nestrpnostjo med kulturami, ampak to izboljšuje klimo med zaposlenimi. (C)

To nam pride zelo prav, na podlagi različnosti v timu se lahko bolje približamo bolnikom in se znajdemo z njimi. (D)

Spregledani vidiki medkulturne zdravstvene nege

Pri pogovoru s sodelujočimi spregovorimo o treh spregledanih vidikih v pediatrični onkološki

Tabela 1: Identificirane teme

Table 1: Identified themes

Teme/Themes	Podteme/Subthemes
Značilnosti medosebnih odnosov in medkulturna komunikacija.	Osebné izkušnje. Sodelovanje v medosebnih odnosih. Prisotna čustva.
Spregledani vidiki medkulturne zdravstvene nege.	Duhovnost. Bolečina. Prehrana.
Zaznavanje lastne medkulturne prakse.	Dobre medkulturne prakse. Slabe medkulturne prakse.

zdravstveni negi: duhovnosti, bolečini in prehrani. Onkološki bolniki v pediatriji imajo posebno onkološko dieto, ki izključuje nekatera živila, poleg tega pa imajo pacienti iz drugih kulturnih okolij lahko posebne želje oziroma potrebe, ki so v veliki meri upoštevane.

Muslimani na primer ne jedo svinjine. (E)

Veliko potreb imamo pri otrocih, nekateri ne jedo, nekateri ne smejo, nekateri bi, pa ne morejo, ker jim je vedno slabo. Nekaterim tečejo parenteralne, drugi imajo napitke, tretjim ugajamo, da izpolnijo, kaj bi jedli za vse obroke, in se tudi v kuhinji potrudijo, da jim ugodijo. (B)

Zdravstveni delavci skupaj z dietetikom in starši otroku oblikujejo ustrezen jedilnik glede na njihove želje in potrebe. Poleg tega starše izobražujejo o pomenu dobre prehranjenosti otroka, ki jo dosežejo s pomočjo ustrezne prehranske podpore ob zdravljenju ter po odpustu v domače okolje. Starši informacije dobro sprejemajo. Otrokom je omogočena tudi hrana po želji.

Starši so glede prehrane precej sprejemljivi za naše informacije, saj starši to resno vzamejo in želijo najboljše otroku. (C)

Otrokom je omogočena hrana po želji, ki omogoča, da zaužijejo več kot bi sicer. Kljub temu se jih veliko poslužuje hrane, ki je pripravljena izven bolnišnice s pomočjo dostave. Določeni pa imajo v času intenzivnega zdravljenja težave s prehranjevanjem v bolnišničnem okolju in se običajno normalno prehranjujejo v domačem okolju. (G)

Prav tako zaznavamo dobro sodelovanje med zdravstvenimi delavci in starši, ko je treba otroku lajšati bolečino. Vsi si namreč prizadevajo, da otrok ne bi trpel in da bi mu olajšali bolečino ali da bi ta celo izzvenela. Vsak posameznik ima drugačen odnos do bolečine in njenega zaznavanja, kar je odvisno tudi od kulturne raznolikosti. Starejši otroci si želijo pogovora o bolečini in smrti, svoje bolečine se zavedajo ter jo sprejmejo. Najtežje je pri najstnikih, saj se zavedajo resnosti bolezni in vedo, da bodo za marsikaj prikrajšani.

Zelo odvisno od starosti in osebnosti otroka. Najtežje je pri najstnikih, saj vedo, za kaj gre pri bolezni, in vedo, da bodo za marsikaj prikrajšani. Bolečino enako doživljajo zdravi in bolni otroci. Mlajši otroci bolečino doživljajo kot nekakšno kazen. (C)

Pri starših je včasih mogoče zaznati zanikanje bolezni pri otroku. Nekateri starši se ob pogledu na trpečega otroka intenzivno odzovejo v odnosu do zdravstvenih delavcev.

Spomnim se enega primera, ko se starši niso strinjali z aplikacijo morfija, saj so to povezovali z umiranjem. Na koncu smo jih uspeli prepričati in so bili olajšani, ko so videli da otroku pomaga. (C)

S starši se je treba iskreno pogovarjati o diagnozi in zdravstvenem stanju otroka. Tako pridobimo njihovo zaupanje in olajšamo njihovo čustveno

breme. Nekateri starši se z boleznijo in/ali umiranjem otroka skušajo sprijazniti, drugi pa skušajo z uporabo neobičajnih metod preprečiti otrokovo smrt. Staršem je omogočeno, da izpeljejo katerega izmed posebnih protokolov po/ob smrti otroka. Odnos do umiranja je zelo različen, odvisen od njihovega doživetja in zavedanja. Nekaterim omogočijo, da otrok umre doma, drugi pa tega ne zmorejo in si želijo bolnišnične podpore. Tretji si želijo duhovno podporo, kar jim brez težav omogočijo. Ob duhovnih potrebah jim zagotovijo, da so sami v sobi in se v miru lahko sproščajo ali molijo.

Določeni posamezniki, predvsem starši obolelih otrok, so si med intenzivnim zdravljenjem želeli občasne prisotnosti duhovnika. [...] Nekaj staršev pa je izrazilo željo po bolniškem maziljenju. Tudi to jim je bilo omogočeno. (G)

Zaznavanje lastne medkulturne prakse

Iz pogovora izvemo, da sodelovanje med zdravstvenimi delavci in otroki ter starši, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, poteka brez večjih težav. Največkrat omenjeni težavi s strani sodelujočih sta otežena verbalna komunikacija in stopnja zdravstvene pismenosti pacientov. Zaradi nerazumevanja jezika pride do nejasnosti glede poteka zdravljenja s strani pacienta, hkrati pa je zavrta tudi dejavna vloga pacienta pri zdravljenju. Posledično lahko pride do manj kakovostne zdravstvene nege. Pomembno je, da si tako zdravstveni delavci kot tudi otrok in starši želijo odnosa, ki sprejema drugačnost. Pri razumevanju in komuniciranju s pacienti, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, si zdravstveni delavci pomagajo na različne načine. V veliko pomoč so jim predvsem tolmači, največkrat pa se poslužujejo spletnih prevajalnikov.

Največkrat je težava tuj jezik in posledično se bolniku ne moreš približati na osebni ravni, da bi mu zagotovil domačnost in sproščeno komunikacijo ter zaupanje. Problem pri razumevanju pa se pojavi tudi, ko je treba razložiti pomembne informacije o bolezni, zdravljenju ali poteku posegov. Zgodilo se je, da starši niso razumeli anesteziologa, in so bili na preiskavi zavrtni. Na oddelku smo si pri tujem jeziku pomagali z Google prevajalnikom, tudi sami smo naredili prevode najpomembnejših besed, da smo se lahko sporazumevali. (A)

Sodelujoči povedo, da imajo težave s sodelovanjem z Romi, ki jim je treba jasno postaviti meje. Veliko pa se srečujejo tudi z albansko govorečimi, pri katerih opažajo, da je zaradi njihove zadržanosti težko vzpostaviti sodelovalni odnos.

Izkušnje imamo predvsem z albanskimi bolniki, ki so zadržani, ni razvidne želje po sodelovanju. Tudi če se jim želimo približati s pogovorom, ostajajo distancirani v svojem krogu, tudi če so dlje časa hospitalizirani. Komuniciramo zgolj najnujnejše o poteku zdravljenja. (D)

Pri razumevanju drugačnosti kultur ima velik pomen lastna medkulturna kompetentnost, pridobljena predvsem s pomočjo izobraževanj o medkulturnosti. Zgolj ena od sedmih sodelujočih se je udeležila izobraževanja o medkulturnosti v sklopu šolanja na fakulteti. Sodelujoči si želijo, da bi imeli možnost dodatnega izobraževanja o navadah in običajih različnih kultur. Omenijo, da v Sloveniji zaostajamo na področju izobraževanja o medkulturnosti. Želijo si, da bi imeli informacije o tem, kje lahko dobijo podporo oziroma pomoč, ko jo potrebujejo.

Izobraževanja na to temo se nisem udeležila. Verjetno bi pa vsako dodatno izobraževanje, znanje in izkušnje doprinesli k boljšemu razumevanju tuje kulture, njihovega počutja. Menim pa, da ni vse v izobraževanju, ker določenih stvari (normalne komunikacije, poslušanja, razumevanja, empatije) se ne moreš naučiti, kupiti, ampak imaš to v sebi. (B)

Sodelujoči se zavedajo, da je v sodobnem svetu potrebnega vse več znanja s področja medkulturnosti. Pomembno se jim zdi, da delujejo v skladu z lastno intuicijo ter upoštevajo enakovrednost pacientov.

Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti razumevanje kulturne kompetentnosti zaposlenih v pediatrični onkološki zdravstveni negi in prepoznati izzive, s katerimi se soočajo ob svojem delu. Ugotovitve kažejo, da je srečevanje s pacienti, otroki in njihovimi starši, ki prihajajo iz drugih kultur, del vsakdana, zato so vprašanja, povezana s kulturnim dojemanjem bolečine, prehranskih zahtev in soočanja s smrtjo, neizogibna. Cohen et al. (2015) ugotavljajo, da otroci, oboleli za rakom, pri prehranjevanju doživljajo pomembne stranske učinke, kot so slabost, bruhanje, mukozitis in driska, ki lahko vodijo v izgubo telesne teže in podhranjenost. Poudarek je na preprečevanju izgube telesne teže med zdravljenjem, da bi ohranili ustrezno rast in razvoj. Njihove ugotovitve se ujemajo z ugotovitvami naše raziskave, da so starši med zdravljenjem raka pri svojem otroku spremenili svoj vzgojni slog glede hrane in dovolili, da je otrok jedel, kar je želel. Takšno prehranjevanje lahko zahteva premik od spremljanja zdravih prehranjevalnih navad in pregledovanja hranilnih vrednosti celotne prehrane, pri čemer zdravstveni delavci sodelujejo z družinami, da bi obvladovali simptome zdravljenja, povezane s hrano. Posebno pozornost je treba nameniti tudi prehranjevalnim navadam otrok in družin iz drugih kultur in vzpostavljanju dolgoročnih zdravih prehranskih vzorcev, da bi se izognili tveganjem za dolgoročno zdravje (Cohen et al., 2015; Diller et al., 2009; Oeffinger et al., 2006).

Kulturne razlike pomembno vplivajo na človekovo zaznavanje bolečine. Čeprav je kulturni kontekst ključni dejavnik pri ocenjevanju bolečine, ga pogosto spregledamo, kar lahko privede do neustreznega

obvladovanja bolečine, še posebej pri pripadnikih rasnih in etničnih manjšin. Razumevanje kulturnih značilnosti prispeva k boljšemu razumevanju, kako posamezna kulturna skupina dojema bolečino. Ni treba posebej poudarjati, da ima kultura pomembno vlogo pri doživljanju in izražanju bolečine ali z bolečino povezanega vedenja, zato je mogoče pričakovati medkulturne razlike v razširjenosti, intenzivnosti bolečine in z bolečino povezani invalidnosti (Prosen, 2019). Medicinske sestre navajajo, da otroci, oboleli za rakom, v primerjavi z otroki brez kronične bolezni doživljajo več bolečin in stisk ter so podvrženi številnim ponavljajočim se bolečim postopkom (Bisogni et al., 2014). Cahalan et al. (2022) navajajo, da telesna bolečina, povezana s postopki, zdravljenjem in napredovanjem bolezni, povzroča tudi čustveno trpljenje in skrb za prihodnost. Otroci z rakom doživljajo čustveno stisko in trpljenje, njihovi starši pa se srečujejo z največjo psihološko stisko v svojem življenju, saj se spopadajo z vprašanjem, kako potolažiti svoje otroke, medtem ko v sebi čutijo popolno nemoč. Cırık et al. (2019) v svoji raziskavi prav tako navajajo, da morajo medicinske sestre razširiti svoje znanje, uporabljati ustrezna orodja in tehnike ocenjevanja, predvideti boleče izkušnje in ustrezno posredovati, uporabljati multidisciplinarni pristop, kadar je to mogoče, vključiti družino in se zavzemati za uporabo učinkovitega zdravljenja bolečine pri otrocih, obolelih za rakom. Otroci, ki so oboleli za rakom, in njihove družine imajo zapletene potrebe, povezane s simptomi, odločanjem, načrtovanjem oskrbe v času celotnega poteka bolezni. Med hospitalizacijo otrok zdravstveni delavci spoznavajo njihove potrebe in želje, s tem vzpostavijo dobro sodelovanje, razumejo njihove potrebe in razvijejo dober medosebni odnos. Larsen et al. (2021) ugotavljajo, da s pristopom, ki ne upošteva kulturnih razlik, ni mogoče doseči cilja kakovostne zdravstvene nege. Individualna in celostna obravnava zahteva poznavanje in spoštovanje tako kulturnih kot družbenih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na otroke in njihove starše, na drugi strani pa omogoča ukrepanje v skladu z njihovimi potrebami in prepričanji. Loredan & Prosen (2013) opisujeta, da velja kulturno zavedanje pri medicinskih sestrah za enega izmed prvih korakov na poti h kulturnim kompetencam. Razvoj kulturnih kompetenc zahteva, da posameznik najprej prepozna lastno kulturno pripadnost ter se zave lastnih prepričanj in vrednot. Poleg tega omenjata, da se kulturne kompetence ne razvijajo zgolj s pridobivanjem znanja o posamezni kulturi, ampak je njihov razvoj povezan z interakcijo s pripadniki druge kulture. To pomeni, da sta za razvoj kulturnih kompetenc ključnega pomena zavedanje lastne kulturne pripadnosti in odprtost za interakcijo s pripadniki drugih kultur.

Ugotovili smo, da je pri srečanjih s kulturno in jezikovno različnimi starši onkoloških otrok še vedno največ komunikacijskih težav. Pokorn & Lipovec

Čebren (2019) opisujeta, da je tolmačenje za potrebe zdravstvene oskrbe pogosto tudi čustveno zelo stresno, še posebej, če je nekomu treba sporočiti, da ima terminalno bolezen in da bo v kratkem umrl. Otroci takšne pritiske še posebej težko prenašajo. Medicinske sestre navajajo, da si včasih pomagajo z gestikulacijo in pisnimi prevodi, ki jih ustvarijo same. Podobno ugotovitvam naše raziskave tudi Ušaj et al. (2022) opisujejo, da so sodelujoči v anketi izpostavili neverbalni del komunikacije, ki je posebej učinkovit v primerih, ko je potrebna obravnava bolnika iz tuje kulture, ki ne govori slovenskega jezika. Tuohy (2019) ugotavlja, da neučinkovita medkulturna komunikacija lahko povzroči škodljive posledice za paciente, kot so neoptimalna kakovost oskrbe, neustrezno zdravljenje bolečine, okrnjen odnos med medicinsko sestro in bolnikom ter pomanjkanje razumevanja zdravstvenih vprašanj, režimov zdravljenja, nasvetov in navodil. V skladu s tem zaključuje, da je razvoj ustreznih verbalnih in neverbalnih komunikacijskih veščin za medicinske sestre temeljnega pomena, saj omogoča učinkovito medkulturno komunikacijo. Treba je razumeti jezikovne ovire, uporabljati preproste besede ter se izogibati strokovnim izrazom, ki jih pacienti morda ne razumejo. Prav tako poudarja uporabo neverbalne komunikacije, kot so geste in mimika, ki lahko prispevajo k lažjemu razumevanju in vzpostavljanju stika s pacienti iz različnih kultur. Starši onkoloških otrok pričakujejo, da bodo zadovoljene otrokove fiziološke in psihološke potrebe ter da bodo spoštovana njihova kulturna in verska prepričanja.

Medicinske sestre morajo torej prepoznati kulturne raznolikosti in vrednote ter njihov pomen za otroka in njegovo družino ter se na podlagi tega zavestno odločati in ohranjati kulturno celovitost pri izvajanju onkološke zdravstvene nege. Neposredna interakcija s pacienti iz različnih kultur jim omogoča, da pridobijo globlje razumevanje določene kulture, kar prispeva k izboljšanju ali prilagajanju njihovih obstoječih prepričanj. Za zagotavljanje uspešnosti v raznolikem svetu je bistveno razviti medkulturne kompetence, kar predstavlja ključno sposobnost zdravstvenega osebja ter omogoča varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov iz različnih kulturnih okolij. Pravilno razvijanje medkulturnih kompetenc je pomembno za razumevanje kulturnega konteksta pacientov ter zagotavljanje učinkovite in kulturno ustrezne zdravstvene oskrbe. To vključuje sprejemanje in razumevanje značilnosti lastne kulture, razvijanje pozitivnega odnosa do drugih kulturnih skupin ter povečanje sposobnosti razumevanja in interakcije z njimi. Medkulturna kompetenca olajša zagotavljanje kulturno prilagojene oskrbe, pri čemer se potrebe in želje družin uskladijo s ponudniki znanja, odnosov in veščin (Rakić et al., 2022). To zagotavlja prilagojeno zdravstveno nego, usmerjeno k individualnim potrebam pacientov, in predstavlja postopno razvito sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje varne in kakovostne

zdravstvene nege ne glede na kulturno ozadje pacientov (Razlag Kolar et al., 2019).

Shahzad et al. (2021) omenjajo, da medicinske sestre in študenti zdravstvene nege opozarjajo, kako učinkovito zagotavljanje medkulturne zdravstvene nege zahteva globlje razumevanje različnih kulturnih in družbenih vrednot ter odprt odnos do prepoznavanja in upoštevanja kulturnih razlik pri zdravstvenem osebjem, pacientih in njihovih družinah. Poleg tega je omenjeno, da je medkulturna zdravstvena nega sestavni del zdravstvene nege, saj medicinskim sestram omogoča, da cenijo socialne in kulturne potrebe ter želje pacientov in njihovih družin. Pomembno je tudi, da se medicinske sestre opremijo z ustreznimi medosebnimi in psihološkimi veščinami za komunikacijo in razvijanje terapevtskih odnosov z jezikovno in kulturno raznoliko populacijo pacientov. Prav tako je omenjeno, da sta za izboljšanje oskrbe pacientov z različnimi kulturami in etničnimi pripadnostmi pomembni kulturna občutljivost in sposobnost učinkovitega medkulturnega komuniciranja.

Tucker et al. (2017) opisujejo, da razvoj medkulturnih kompetenc zahteva osredotočenost na razvoj kulturne ozaveščenosti, občutljivosti ter odgovornosti pri zagotavljanju oskrbe. Pomembno je prepoznavati potrebe otrok in njihovih družin, kot so zagotavljanje udobja, spoštovanje ter vzpostavljanje zaupanja med pacientom in zdravstvenim osebjem. V ospredju je tudi sodelovanje z družino in osredotočenost na njene potrebe, kar vključuje opolnomočenje kot temeljno načelo kulturno občutljive oskrbe. Pri skrbi za bolne otroke je bistveno, da se medicinske sestre znajo odzvati na njihova stališča, občutke in identiteto ter jim tako zagotovijo občutek udobja, spoštovanja in zaupanja. Kulturno občutljiva zdravstvena nega je prilagojena potrebam vsakega posameznega pacienta in družine, vključno s prehranjevalnimi navadami, verskimi ter jezikovnimi potrebami. Hkrati je osredotočena na celostno nego ter razumevanje njihovih potreb in želja. Zato je pomembno, da se medicinske sestre in študente zdravstvene nege spodbuja k vključevanju v reflektivno prakso in vaje samozavedanja, osredotočene na prepoznavanje osebnih in pacientovih kulturnih ter družbenih vrednot. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da je na področju medkulturnih odnosov še veliko možnosti za napredek in učenje ter razvijanje medkulturnih kompetenc. Potrebe po učenju in izobraževanju o medkulturnosti niso samo zaželeni, ampak tudi nujni, saj v Sloveniji glede izobraževanja o medkulturnosti močno zaostajamo za drugimi državami. Razlag Kolar et al. (2019) opisujejo, da je učenje kulturnih kompetenc treba vključiti v obstoječe dodiplomske in podiplomske študijske programe zdravstvene nege. Loredan & Prosen (2013) navajata, da kulturne kompetence v zdravstvu temeljijo na prepoznavanju kulturnih prepričanj, navad in vrednot pacienta; so neizogibna sestavina kakovostnih zdravstvenih storitev ter hkrati varovalo pred neenako obravnavo

pacientov. Prav tako ugotavljamo, da bi se sodelujoči, ki so že končali formalno šolanje, radi udeleževali izobraževanju o medkulturni zdravstveni negi.

Ugotovitve naše raziskave so pokazale, da zaposleni v pediatrični onkološki zdravstveni negi dobro in uspešno razvijajo medosebne odnose z otroki in njihovimi starši, ki prihajajo iz drugih kultur, ter se uspešno izogibajo morebitnim konfliktom. Prav tako razumejo njihove potrebe glede prehranjevanja, lajšanja bolečin in omiljenja trpljenja, upoštevajo njihove želje ter vedno delajo v dobro otroka.

Med omejitvami raziskave lahko izpostavimo začetno pomanjkanje večšin prvih dveh avtoric za kvalitativno raziskovanje (Anderson, 2010), vendar so ostali avtorji s svojimi predlogi usmerjali raziskavo in analizo. Na rezultate je lahko vplivala neposredna prisotnost raziskovalcev, vendar se je to poskušalo minimalizirati s splošnimi začetnimi vprašanji, katerih namen je bil vzpostaviti pristnejši stik s sogovorniki in jih na ta način sprostiti. Vzorec v raziskavi ni bil velik, vendar v okvirih priporočil za tovrstne interpretativne raziskave; dovoljšno mero nasičenosti je izkazoval tudi ob sedmem intervjuju.

Zaključek

Naša družba postaja čedalje bolj pisana in raznolika, zato je dobro poznati svojo lastno kulturo ter pomen poznavanja in sprejemanja drugih kultur in njihovih posebnosti. Otroci, oboleli za rakom, in njihovi starši se včasih bojijo izraziti svoje želje in prepričanja, tako da je v času hospitalizacije bistveno prisluhniti njihovim željam in potrebam. Poleg kulturnih raznolikosti in stiske, ki jo otroci na onkologiji in njihovi starši doživljajo ob spopadanju s hudo boleznijo, se moramo tudi sami zavedati njihove stiske ter ob tem sprejemati drugačnost in individualnost. Če želimo izvajati zdravstveno oskrbo, usmerjeno k družini, moramo spoznati in razumeti njeno kulturo in njen način življenja. Slednje pa je mogoče, če najprej razumemo sebe. Imeti moramo sposobnost razumevanja, spoštovanje, empatijo, čustveno inteligenco, samozavedanje in samoobvladovanje ter biti ob tem motivirani za delo s pediatričnimi onkološkimi bolniki in njihovimi starši.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje/Funding

Raziskava je bila izvedena v okviru ARIS (Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije) raziskovalnega programa P3-0003./The study was carried out under the ARIS (Slovenian Research and Innovation Agency) research programme P3-0003.

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Soglasje za to izvedbo je bilo pridobljeno s strani Komisije Univerze na Primorskem za raziskave, ki vključujejo delo z ljudmi (Št.: 4264-16-3/2022)./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). Ethical approval for this study was obtained from the Commission of the University of Primorska for Ethics in Human Subjects Research (No: 4264-16-3/2022).

Prispevek avtorjev/Author contributions

NC – konceptualizacija raziskave, izvedba raziskave, analiza in interpretacija podatkov, zapis osnutka članka/conceptualisation of the research, implementation of the research, analysis and interpretation of data, drafting of the article; TF – konceptualizacija raziskave, izvedba raziskave, analiza in interpretacija podatkov/conceptualisation of the research, conduct of the research, analysis and interpretation of the data; ML – konceptualizacija raziskave, izvedba raziskave, analiza in interpretacija podatkov/conceptualisation of the research, conduct of the research, analysis and interpretation of the data; SL – kritični pregled članka, dokončna odobritev članka/critical revision of the article, final approval of the article; MČ – kritični pregled članka, dokončna odobritev članka/critical revision of the article, final approval of the article; MP – konceptualizacija raziskave, analiza podatkov, analiza in interpretacija podatkov/MP – conceptualisation of the research, data analysis, data analysis and interpretation.

Literatura

- Aghajari, P., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., & Foronda, C. (2019). Cultural sensitivity in paediatric nursing care: A concept analysis using the hybrid method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 609–620. <https://doi.org/10.1111/scs.12654> PMID:30628722
- Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(8), Article 141. <https://doi.org/10.5688/aj7408141> PMID:21179252; PMCID:PMC2987281
- Bisogni, S., Dini, C., Olivini, N., Ciofi, D., Giusti, F., Caprilli, S., Gonzalez Lopez, J. R., & Festini, F. (2014). Perception of venipuncture pain in children suffering from chronic diseases. *BMC Research Notes*, 7, Article 735. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-735> PMID:25326685; PMCID:PMC4210598

- Breznik, K., Kaučič, B., & Filej, B. (2019). Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc. In *Medkulturna oskrba v zdravstvu* (pp. 97–112). Visoka zdravstvena šola Celje. <https://www.researchgate.net/publication/333719193>
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., & Przedworski, J. (2016). Improving cultural competence to reduce health disparities. In *Comparative effectiveness review*, Report: 16-EHC006-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126> PMID:27148614
- Cahalan, L., Smith, A., Sandoval, M., Parks, G., & Gresham, Z. (2022). Collaborative legacy building to alleviate emotional pain and suffering in pediatric cancer patients: A case review. *Children*, 9(1), Article 33. <https://doi.org/10.3390/children9010033> PMID:35053659; PMCID:PMC8774266
- Cohen, J., Wakefield, C. E., Tapsell, L. C., Walton, K., Fleming, A. K. C., & Cohn, R. J. (2015). Exploring the views of parents regarding dietary habits of their young cancer-surviving children. *Support Care Cancer*, 23, 463–471. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2394-x> PMID:25129397
- Çirik, V., Çiftçioğlu, Ş., & Efe, E. (2019). Knowledge, practice and beliefs of pediatric nurses about pain. *Journal of Pediatric Research*, 6(3), 220–227. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2019.48344>
- Diller, L., Chow, E. J., Gurney, J. G., Hudson, M. M., Kadan-Lottick, N. S., Kawashima, T. I., Leisenring, W. M., Meacham, L. R., Mertens, A. C., Mulrooney, D. A., Oeffinger, K. C., Packer, R. J., Robison, L. L., & Sklar, C. A. (2009). Chronic disease in the childhood cancer survivor study cohort: A review of published findings. *Journal of Clinical Oncology*, 27(14), 2339–2355. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.21.1953> PMID:19364955; PMCID:PMC2677922
- Elliott, R., & Timulak, L. (2005). Descriptive and interpretive approaches to qualitative research. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (pp. 147–159). Oxford University Press.
- Günüşen, P. N., Üstün, B., Serçekuş Ak, P., & Büyükkaya Besen, D. (2017). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), Article e12717. <https://doi.org/10.1111/ijn.12717> PMID:30561842
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Cliford, A. (2017). *Cultural competence in health: A review of evidence*. Springer. https://researchonline.jcu.edu.au/51293/1/Cultural_Competence_in_Health.pdf
- Keršič Svetel, M., Jelenc, A., Gosenca, K., Škraban, J., Pistotnik, S., Lipovec Čabron, U., Bofulin, M., & Farkaš-Lainščak, J. (2016). *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Projekt Skupaj za zdravje. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Komidar, K. (2019). Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 6(2), 3–21. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/84/86>
- Kordeš, U., & Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Založba Univerze na Primorskem. <https://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-98-5.pdf>
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2020). Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: A descriptive qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 310–317. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693> PMID:32436462; PMCID:PMC8165747
- Loredan, I., & Prosen, M. (2013). Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 83–89. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2916/2848>
- MacKay, L. J., & Gregory, D. (2011). Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1), 43–52. <https://doi.org/10.1177/1043454210377179> PMID:21098335
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444> PMID:26613970
- Noble, H., & Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence Based Nursing*, 22(3), 67–68. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103145> PMID:31201209
- Oeffinger, K. C., Mertens, A. C., Sklar, C. A., Kawashima, T., Hudson, M. M., Meadows, A. T., & Robison, L. L. (2006). Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *The New England Journal of Medicine*, 355(15), 1572–1582. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa060185> PMID:17035650

- Poillucci, V., & Page, C. Z. (2019). Diversity awareness and documentation practices among oncology advanced practice providers. *Journal of The Advanced Practitioner in Oncology*, 10(4), 347–354.
<https://doi.org/10.6004/jadpro.2019.10.4.3>
PMid:33343983; PMCID:PMC7520744
- Pokorn, N. K., & Lipovec Čebren, U. (2019). *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Založba Univerze v Ljubljani.
<https://doi.org/10.4312/9789610601364>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (p. 191, 9th ed.) Lippincott Williams & Wilkins.
- 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>
- Prosen, M. (2019). The impact of culture on perception of pain and pain related behaviour. In *1. Mednarodni simpozijum Udruženja zdravstvenih profesionalaca Srbije: Bol kao medicinski, biološki, psihološki, sociološki i kulturološki fenomen*.
<https://www.researchgate.net/publication/336486210>
- Rakić, M., Hengartner, H., Lüer, S., Scheinemann, K., Elger, B. S., & Rost, M. (2022). A national survey of Swiss paediatric oncology care providers' cross-cultural competences. *Swiss Medical Weekly*, 152(3738), Article w30223.
<https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30223>
PMid:36201172
- Razlag Kolar, T., Filej, B., & Kaučič, B. M. (2019). Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k bolniku usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo. In *Medkulturna oskrba v zdravstvu*. Visoka zdravstvena šola v Celju.
<https://www.researchgate.net/publication/333719005>
- Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*, 37(6), 1119–1131.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>
PMid:34887030
- Thompson Burdine, J., Thorne, S., & Sandhu, G. (2021). Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Medical Education*, 55(3), 336–343.
<https://doi.org/10.1111/medu.14380>
PMid:32967042
- Tucker, C. M., Herman, K. C., Pedersen, T. R., Higley, B., & Montrichard, M. (2007). Cultural sensitivity in physician-patient relationships: Perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Medical Care*, 45(6), 525–531.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31803d3d8b>
- Tuohey, D. (2019). Effective intercultural communication in nursing. *Nursing Standard*, 34(2), 45–50.
<https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11244>
PMid:31468842
- Ušaj, S., Medvešček, K., Černe, T. K., Ličen, S., & Prosen, M. (2022). Pomembnost medkulturne komunikacije v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 11(2), 124–139.
<https://doi.org/10.37886/ruo.2022.009>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Čulibrk, N., Ferfolja, T., Lukić, M., Ličen, S., Čemažar, M., & Prosen, M. (2024). Medkulturna kompetentnost v pediatrični onkološki zdravstveni negi: deskriptivno-interpretativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 175–184.
<https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.3.3245>