

# Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban

Marek Erika dr.<sup>1</sup> ■ Németh Tímea dr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Művelési Medicina Tanszék, Pécs

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet, Pécs

A 2013-as évet követő, fokozódó nemzetközi migrációs nyomás váratlan kihívások elé állította az európai uniós tranzit- és célországok egészségügyi ellátórendszeit és szakembereit. Európa-szerte is egyre inkább előtérbe került az olyan, ún. 'kulturálisan kompetens' egészségügyi ellátórendszerek kialakításának fontossága, amelyek képesek alkalmazkodni és megfelelő választ adni a változó összetételű populációk szükségleteire, valamint figyelembe veszik a kulturális, vallási és nyelvi sokszínűséget. Ma már köztudott, hogy az egészségi állapotban mutatkozó egyenlőtlenségek hátterében főként társadalmi-gazdasági tényezők állnak, és hogy ezek az egyenlőtlenségek egyes etnikai és kulturális kisebbségek körében különösen nyilvánvalóak. Esetükben ehhez hozzáadódik, hogy gyakran még az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is komoly akadályokba ütközik, beleértve a nyelvi és kulturális különbségekből eredő akadályokat, amelyek elsődlegesen az ellátórendszer és a beteg közötti kommunikáció és egyéb interakciók során manifesztálódnak. A kommunikációs nehézségek és félreértések az ellátók körében frusztrációhoz és előítéletekhez, a betegek részéről pedig az orvossal való együttműködés hiányához is vezethetnek, így hosszú távon hozzájárulhatnak a betegek rosszabb egészségi mutatóihoz. Mindezek alapján nyilvánvaló, hogy a lehető legjobb minőségű egészségügyi ellátás biztosítása érdekében a többségi társadalomtól eltérő nyelvű, kultúrájú, vallású migráns, etnikai vagy más kisebbségi populációk ellátása során egyre nagyobb figyelmet kell fordítani a különbözőségekből fakadó nehézségek leküzdésére, és ennek egyik fontos lépése az interkulturális kompetenciák fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben. Közleményünkben az interkulturális kompetencia fogalmát, tartalmát és fejlesztési lehetőségeit járjuk körül klinikai és egészségügyi környezetben.

Orv Hetil. 2020; 161(32): 1322–1330.

**Kulcsszavak:** egészségügyenlőtlenség, interkulturális kompetencia, orvosképzés, ellátás minősége, migráció, migránsok

## Intercultural competence in healthcare

International migration is a current and growing phenomenon, which has become an increasingly critical issue in Europe since 2013 and this has posed new challenges to the healthcare systems of the European Union (EU). The need for 'culturally competent' healthcare systems that can adapt and respond to the needs of a changing population while taking into account cultural, religious, linguistic and gender diversity, has become more and more an agenda across Europe. Nowadays, it is widely accepted that inequalities in health conditions are mainly due to socio-economic factors, and disparities are particularly evident among certain ethnic and cultural minority groups. Additionally, minorities often face difficulties during their attempts in accessing healthcare, including linguistic and cultural barriers. These barriers are primarily manifested in communication and other interactions between the patient and the healthcare provider. Communication difficulties and misunderstandings may lead to frustration and prejudice among caregivers and also to a lack of cooperation from patients, and consequently, may contribute to poorer health outcomes. Therefore, in order to ensure the highest quality of care for migrants, ethnic or other minority populations in our increasingly diverse societies, it is of crucial importance to overcome the difficulties arising from linguistic, cultural and religious differences. To achieve these goals, an important step is the development of intercultural competences within the healthcare system. Our paper discusses the concept, content and opportunities for the development of intercultural competence in clinical and healthcare settings.

**Keywords:** health inequalities, intercultural competence, medical education, quality of care, migrants, migration

Marek E, Németh T. [Intercultural competence in healthcare]. Orv Hetil. 2020; 161(32): 1322–1330.

(Beérkezett: 2020. április 7.; elfogadva: 2020. április 22.)

## Rövidítések

ÁOK = Általános Orvostudományi Kar; EU = (European Union) Európai Unió; PTE = Pécsi Tudományegyetem; SDH = (social determinants of health) az egészség társadalmi meghatározói; UNESCO = (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) az Egyesült Nemzetek Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

2013 első félévétől kezdődően korábban soha nem látott mértékű menekültáradat érte el Európát, amely váratlan kihívások elé állította az európai uniós tranzit- és célországok egészségügyi ellátórendszeit és szakembereit. Az új kihívások kezelésére 2015 őszén az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) „Menekültek és migránsok egészsége” címmel csúcstalálkozót szervezett (*High-level Meeting on Refugee and Migrant Health*), melynek záródokumentuma felhívja a tagországok figyelmét az ún. „migránsérzékeny” egészségügyi ellátórendszerek kialakításának fontosságára, amelyek képesek alkalmazkodni és megfelelő választ adni a folytonosan változó összetételű bevándorló- és más migránspopulációk<sup>1</sup> szükségleteire, valamint figyelembe veszi a kulturális, vallási és nyelvi sokszínűséget [1]. Az utóbbi évek nemzetközi tudományos szakirodalmában is egyre több közlemény hívja fel a figyelmet az ún. ’interkulturális kompetenciák’ szerepére a többségi társadalomtól eltérő kulturális háttérrel rendelkező populációk egészségügyi ellátásában, beleértve az egyes hazai etnikai, vallási vagy más kisebbségek ellátását is, valamint hangsúlyozza az egészségügyben dolgozók ilyen irányú képzésének szükségességét [2–5]. Az interkulturális kompetenciákra az egészségügyben azonban nemcsak a menekültek és más migráncsoportok vagy kisebbségek ellátásakor van szükség, hanem a hazai felsőoktatásban tanuló külföldi orvostanhallgatók oktatása, illetve nemzetközi orvos- és kutatócsoportokban való hatékony együttműködések során egyaránt.

Pontosan mit is jelent az ’interkulturális kompetencia’ fogalma klinikai, egészségügyi környezetben, van-e jelentősége a betegellátásban, hatással lehet-e, és ha igen, milyen hatással lehet az ellátás minőségére, valamint az egyének és közösségek egészségi állapotára? Többek között ezekre a kérdésekre kívánunk közleményünkben reflektálni.

## Az ’interkulturális kompetencia’ definíciójának fejlődése

### A kultúra és az egészség kapcsolata

Az Egyesült Nemzetek Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete (UNESCO) 2001-ben fogadta el egyetemes nyilatkozatát a kulturális sokszínűségről, melyben a kultúra fogalmát az alábbiak szerint definiálja: „*egy társadalom vagy társadalmi csoport sajátos lelki, tárgyi, szellemi és érzelmi jegyeinek együttese, mely magában foglalja a művészeteket és az irodalmat kívül az életstílust, az együttélés módjait, az értékrendszert, a hagyományokat és a hiedelmeket*” [6]. Mivel az egyes társadalmak felépítése rendkívül komplex, a populáció számos különböző kultúrából és szubkultúrából épül fel, amelyek egymás között elemeikben átmenetet képezhetnek, ráadásul az összetétele folyamatosan változik, ezért soha nem tekinthető homogén halmaznak, így a kultúra fogalmát is érdemes komplex, folyamatosan változó és alkalmazkodó fogalomként kezelni. Számos modell ismert, melyek a kultúra különböző rétegeit, megnyilvánulási szintjeit különítik el, például Hofstede hagyománymodellje vagy a közismert ún. jéghegymodell [7, 8]. Ezek mindegyike megkülönbözteti a kultúrának a külső szemlélő számára is látható elemeit (például nyelv, öltözködés, szokások) a szemmel nem látható, sokkal mélyebben gyökerező normáktól, hit- és értékrendszertől.

Köztudott, hogy a kulturális háttér az élet számos területére hatással van, beleértve a nyelvet, a vallást, a világlátást, a tér és idő értelmezését, a családszerkezetet, a hiedelmeket, a rituálét, a diétát, a viselkedést, a betegséghez és a fájdalomhoz való hozzáállást stb. Mindezek pedig közvetve és akár közvetlenül is hatással lehetnek az egyén és a közösségek egészségére, illetve az egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolatukra. A kultúrkör, amelybe születünk és amelyben élünk, nem tisztán, önmagában határozza meg az egészséggel kapcsolatos hiedelmeinket és egészségmagatartásunkat, hanem számos más tényezővel együttesen. Ilyen tényezők lehetnek egyes egyéni, személyes tényezők (például nem, kor, személyes tapasztalatok, fizikai és érzelmi állapot), az iskolázottság (beleértve egy adott vallási szubkultúrába való ’beiskolázottságot’ is), illetve egyes társadalmi-gazdasági tényezők, melyeknek része a szociális támogató környezet vagy annak hiánya és az esetleges diszkrimináció is [9]. Viselkedésünket egy-egy szituációban különböző mértékben befolyásolja kultúránk és a többi tényező: vannak helyzetek, melyekben reakcióinkat elsődlegesen a sokkal mélyebben gyökerező kultúránk határozza meg, semmint az iskolázottságunk, a pillanatnyi érzelmi állapotunk vagy egyéb külső vagy ’szerzett’ tényező [9]. Hofstede holland szociálpszichológus az 1970-es évek végén publikálta modelljét a kultúra egyes dimenzióiról, és munkája nagymértékben hozzájárult a kultúrák közötti különbségek megértéséhez [10]. Néhány példa szemléltetésképpen egészségügyi megközelítésből: pél-

<sup>1</sup> A cikkben migráns gyűjtőfogalom alatt értjük a hazánkban jogszerűtlenül tartózkodó irreguláris migránsokat, továbbá a menedékkérőket és elismert státusszal rendelkezőket (menedékes, oltalmazott, menekült vagy befogadott), valamint a hosszabb-rövidebb ideig Magyarországon élő, tartózkodási és/vagy letelepedési engedéllyel rendelkező bevándorlókat és más külföldi állampolgárokat (diplomáták, külföldi vendéghallgatók és munkavállalók stb.). További információ: [www.iom.int/key-migration-terms](http://www.iom.int/key-migration-terms)

dául az olyan kultúrákban, ahol jellemzően nagy a 'hatalmi távolság' ('power distance'), nagyobb az orvos (mint hatalom) tekintélye és az orvossal szembeni elvárások is (például Irán, Törökország), mint az olyan kultúrákban, ahol a hatalmi távolság kisebb, és az orvos inkább mint egyenrangú fél, vagy 'barát' megbeszéli a beteggel a lehetséges kezelési opciókat, és szinte közösen hoznak döntéseket (például Norvégia). Egy 'kollektivista' kultúrában egészen más a család szerepe a beteg ápolásában és támogatásában (például a nagy rokonság egyszerre látogatja meg a beteget, mint a roma etnikai kisebbség vagy egyes muszlim vallású csoportok esetében), mint az ún. 'individualista' társadalmakban (például Hollandia).

## Az 'interkulturális kompetencia' definíciója

A fokozódó társadalmi mobilitással és a társadalmak etnikai és kulturális szempontból egyre sokszínűbbé válásával mindinkább felmerült az igény az orvos-beteg kommunikáció hatékonyabbá tételére és ezáltal az ellátás minőségének javítására. A 'kulturális kompetencia' koncepciója megjelent és gyorsan népszerűvé vált, elsőként – nem meglepő módon – az amerikai egészségpolitikai tervezésben és egészségügyi ellátórendszerben. Maga a 'kompetencia' kifejezés latin eredetű szó (competentia), etimológiai gyökere a 'competo', azaz 'egybeesik valamivel, illő, elegendő valamihöz', és a szó számos értelmezéséből a 'képes valamire' jelentés áll a legközelebb a mai nyelvhasználatához [11]. A kompetencia fogalmát Chomsky amerikai nyelvész alkotta meg és vezette be a köztudatba az 1950-es évek végén, majd a nyelvészetből honosodott meg fokozatosan a humán és társadalomtudományokban, és megszületett a 'kommunikatív kompetencia' fogalmi kerete, amely a beszélők közötti diskurzusokra fókuszált [11]. A szociális, majd az egészségügyi területeken a hetvenes–nyolcvanas években kezdett érlelődni a 'kulturális kompetencia' fogalma, párhuzamosan az emberjogi mozgalmak kibontakozásával, valamint olyan orvosi, antropológiai kutatásokkal, melyek sajátos, kultúraspecifikus szindrómákat és ún. „népbetegségeket” tártak fel, amelyek kizárólag egy-egy helyi kultúra határain belül találhatók, és amelyekről a nyugati orvostudománynak azt megelőzően nem sok fogalma volt [11, 12].

A 'kulturális kompetencia' és 'interkulturális kompetencia' fogalmakat mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalom szinte egyenértékű, egymással felcserélhető fogalmakként használja, teoretikusan azonban az 'interkulturális', vagy magyarosabban 'kultúrközi' kifejezés kifejezőbben utal a kompetenciáknak az egymástól eltérő kultúrák közötti mibenlétére. Elterjedt, de viszonylag ritkábban használt, rokon értelmű kifejezés még a 'multikulturális' kompetencia, illetve a 'transznacionális' kompetencia is, sőt szórványosan még az amerikai irodalomból átvett 'krosszkulturális' kifejezés is megjelenik [13]. Ugyanakkor a következő kifejezések használata mögött már koncepcióbeli különbségek is állnak: például

'kulturális sokszínűség' (cultural diversity), 'kulturális érzékenység' (cultural sensitivity), valamint 'sokszínűség-érzékenység' (diversity sensitivity). Ez utóbbi kifejezések elsődlegesen a társadalmi, kulturális sokszínűség (diverzitás) szemszögéből közelítik az egészségügyi egyenlőtlenségeket és speciális szükségleteket, és a fő hangsúlyt elsősorban a sokszínűségekre helyezik, például nemi, kulturális, vallási), és kevésbé a migránsokat, illetve etnikai kisebbségeket érintő, kultúrák közötti kontextusra [14].

Egységes, univerzális 'interkulturális kompetencia' definíció nincs az irodalomban, használata erősen tudományterület- és kontextusfüggő (például egészen más jelentéssel bír az üzleti vagy műszaki tudományos életben, és mással például klinikai környezetben). Talán az egyik leggyakrabban hivatkozott definíció Cross és mtsai általános meghatározása 1989-ből, miszerint „...a kulturális kompetencia olyan egymással összhangban álló attitűdök, magatartásformák és irányelvek összessége, amelyek egy rendszerben, szakmai közegben vagy szakemberek között egymással összekapcsolódnak, és hatékony együttműködést tesznek lehetővé számukra kultúrközi helyzetekben” [15]. Betancourt és mtsai 2002-es meghatározása szerint a 'kulturális kompetencia' egészségügyi környezetben „...az ellátórendszer azon képessége, miszerint olyan ellátást tud olyan formában biztosítani a különféle (kulturális) értékekkel, meggyőződésekkel és magatartással rendelkező betegek számára, amely megfelel a betegek szociális, kulturális és nyelvi szükségleteinek” [16].

Végül fontos megemlíteni, hogy bár az 'interkulturális kompetencia' fogalma történetileg nyelvészeti és kommunikációs eredetű, és funkcionalitásában szorosan összefügg az 'interkulturális kommunikációval', a tartalmuk nem ekvivalens, ezért a két fogalom egymással nem keverendő: az interkulturális kommunikációs képesség – a szerzők értelmezése szerint – az interkulturális kompetenciáknak egy fontos részét képezi, míg az 'interkulturális kompetencia' attól sokkal tágabb, több dimenziót magában foglaló koncepció. A kommunikációtudomány egyes értelmezései szerint viszont éppen fordított a helyzet: az 'interkulturális kompetenciák' és a 'kommunikatív kompetenciák' képezik részét a tágabb, ún. 'interkulturális kommunikatív kompetencia' halmaznak [17, 18].

## Az interkulturális kompetencia összetevői

Ahogy nincs univerzális 'interkulturális kompetencia' definíció, hasonlóképpen számos különböző 'interkulturális kompetencia' modellt találhatunk az irodalomban, eltérő számú és jelentésű komponenssel. Az orvos-, illetve egészségtudományban használt legegyszerűbb modellek a következő három fő komponenset veszik alapul: ismeretek ('knowledge'), készségek ('skills') és attitűdök ('attitudes') [19, 20]. Egyes modellek külön kategóriába sorolják az ún. 'kulturális tudatosságot' ('awareness') (például a saját kulturális identitás ismerete, a saját előítéletek, illetve sztereotípiák felismerése) [21], míg mások ezen szempontokat az 'attitűdök' kategóriáján belül

értelmezik [19, 22]. *Papadopoulos és mtsai* 2006-os modellje szerint a kulturális kompetencia mint cél eléréséhez a kulturális tudatosságon és ismereteken kívül elengedhetlen az ún. 'kulturális érzékenység' ('cultural sensitivity'), beleértve a kulturális empátiát, tiszteletet, elfogadást és bizalmat is [21].

A jelen tanulmány szerzői 2016 és 2018 között mértek fel az interkulturális kompetenciát a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának medikus hallgatóinak körében. A kutatáshoz az amerikai *Like* által szerkesztett, ún. 'klinikai kulturális kompetencia kérdőív' hazai viszonyokra adaptált változatát használták [22]. Ez a kérdőív a demográfiai adatokra és az interkulturális képzéseken való részvételre vonatkozó szekciókon túl az interkulturális kompetenciák négy fő dimenzióját vizsgálta: a 'szokásos' ismeretek, készségek és attitűdök hármasan kívül külön szekcióban értékelte az ún. 'szociokulturális felkészültséget igénylő helyzetekben való komfortszintre' vonatkozó kérdéskört.

Az, hogy milyen témák tartozhatnak az interkulturális kompetencia egyes komponensei közé az egészségtudományok területén, szintén nagy változatosságot mutat a nemzetközi szakirodalomban. Ebbe a legjobban az interkulturális kompetencia felmérésére irányuló kutatások eszközeinek (például kérdőívek, interjúvázlatok) vizsgálatával nyerhetünk bepillantást. Mivel a *Like* által eredetileg orvosokra kifejlesztett és számos más nemzetközi kutatócsoportban alkalmazott és publikált kérdőív állt a leginkább összhangban saját kutatási céljainkkal, és mi is ennek a medikusokra adaptált és kiegészített változatát alkalmaztuk felméréseinkhez, az alábbiakban azt ismertetnénk, hogy ennek a kérdőívnek az egyes szekciói milyen kérdésköröket érintettek [22–25]. Ezek nagyrészt lefedhetik az interkulturális kompetencia egy-egy komponensének tartalmát is klinikai, egészségtudományi területen. A kérdések többségét a válaszadóknak 5 fokozatú Likert-skálán kellett megválaszolniuk, és egyelőre a hazai felmérések első részeredményeiből született közlemény [23].

A kutatás 'ismeretekre' irányuló kérdéscsoportja az alábbi témákra fókuszált (1. táblázat):

A táblázat utolsó öt kérdése nem volt része az eredeti, *Like* által kifejlesztett kérdőívnek, ezeket saját kutatási céljaink miatt tettük hozzá. *Koehn és Swick* kanadai kutatók 2006-os tanulmányukban ráirányítják a figyelmet az egészségi állapotban és ellátásban mutató egyenlőtlenségek politikai szintű (szabályozási), szociális, valamint egyéni meghatározottságára is (migrációs okok, háttér, egyéni életemények, traumák, például kényszerű, üldöztetés, diszkrimináció stb.), valamint hangsúlyozzák ezen tartalmak orvospépzésbe integrálását [13]. Ezzel egyetértésben, és tekintettel a 2013-as évet követő fokozott migrációs nyomásra, az orvos- és egészségtudomány területén mi is fontosnak tartjuk az interkulturális ismeretek közé integrálni az esetleges migráció-egészségügyi vonatkozásokat, beleértve a migrációs történetet, hátteret (ún. 'push faktorok'), életeményeket. Gondoljunk csak a természeti katasztrófáknak, háborúknak vagy kín-

1. táblázat | Az interkulturális kompetencia 'ismeretek' komponensének egyes témakörrei

Ismeretek önértékelése az alábbi témakörökben
A különböző nemzetiségek, etnikai csoportok demográfiája
A különböző nemzetiségek, etnikai csoportok szociokulturális sajátosságai (például vallás, családszerkezet stb.)
A különböző nemzetiségek, etnikai csoportok által tapasztalt egészségügyi kockázatok
A különböző nemzetiségek, etnikai csoportok által tapasztalt egészségügyi egyenlőtlenségek
Szociokulturális ismeretek az alábbi témakörökben:
a) egészségfejlesztés/betegségmegelőzés
b) reprodukív egészség/várandósság
c) gyerekek egészsége
d) serdülőkorúak egészsége
e) felnőttek egészsége
f) geriátria
g) női egészség
Etnofarmakológia (például a különböző etnikumok eltérő válasza a terápiára)
Különböző tradicionális gyógyító eljárások (például ayurvédikus medicina, hagyományos kínai orvoslás stb.)
A rasszizmus, diszkrimináció és előítéletek egészségre, egészségügyre gyakorolt hatásai egyes népcsoportoknál a történelem során vagy napjainkban
Országos vagy regionális szakmai irányelvek, ajánlások a kulturális sokszínűség kezelésére az egészségügyi ellátásban
A migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos ismeretek (jogosultságok stb.)
A migrációval összefüggő egészségügyi kockázatok
A migrációval kapcsolatos foglalkozás-egészségügyi aspektusok
A roma populáció egészségügyi ellátásával kapcsolatos ismeretek (egészségkép, kulturális különbözőség stb.)
Interkulturális kommunikációval kapcsolatos ismeretek (például alacsony vs. magas kontextusú kommunikáció)

Forrás: saját szerkesztés *R. C. Like* klinikai kulturális kompetencia kérdőíve alapján adaptálva [22]

zásoknak, üldöztetéseknek, az emberkereskedelemnek és embercsempészetnek a fizikai és mentális egészségre gyakorolt hatásaira, melyeket nem lehet figyelmen kívül hagyni az ellátás során. Továbbá egészségtudományi területen szorosan idetartoznak a leggyakoribb eredetországoknak, földrajzi régióknak az epidemiológiai helyzetével kapcsolatos ismeretek is: például egyes, a fogadó országokban már ritka vagy eradikálnak tekinthető betegségek gyakoribb előfordulása a küldő országokban, a védőoltásokkal való lefedettség, a közegészségügyi ellátórendszer állapota, vallási előírások, kulturális szokások, egészségkép, hiedelmek. Ez megegyezik egy német és holland kutatócsoport álláspontjával, amely szintén fontosnak tartja az orvostanhallgatók interkulturális képzésébe beépíteni az epidemiológiai szempontokat is. Közleményükben az alábbi 4 fő témát javasolják a képzésbe integrálni: „epidemiológia: a betegségek epidemiológiájának és terápiáira adott reakcióinak etnikai variációi”; „kultúra, etnicitás és identitás”; „szociális, gazdasági és



jogi aspektusok”; valamint „kommunikáció” [26]. Végül, de nem utolsósorban, az interkulturális ismeretek tárgykörének fontos részét kell, hogy képezzék a többségi társadalomtól eltérő kulturális háttérrel rendelkező etnikai kisebbségek egészségével és egészségügyi ellátásával kapcsolatos speciális ismeretek, különös tekintettel arra a tényre, hogy hazánkban a roma etnikai kisebbség születéskor várható átlagos élettartama 10–15 évvel elmarad a nem roma emberekéétől, és ennek hátterében főként szociokulturális és életmódbeli tényezők állnak [27, 28]. Ezen háttérismeretek nélkül nehéz interkulturálisan kompetens ellátásról beszélni, ezért fontos ezen ismereteket lehetőség szerint az orvosképzésbe és más egészségügyi dolgozók képzésébe beépíteni.

Az interkulturális kompetencia 'attitűd' komponensének felmérésére az idézett pécsi kutatás az alábbi részterületekre vonatkozóan tett fel kérdéseket. Elsőként egyes, egészségügyenlétlenségekhez vezető tényezők szerepét értékelték a résztvevők 5 fokozatú Likert-skálán (például életmód, környezet, szegénység, iskolázottság, rasszizmus). Három kérdés vizsgálta a válaszadók önismeretét, tudatosságát ('awareness') a saját etnikai, kulturális identitásukra, esetleges sztereotípiáikra és előítéleteikre vonatkozóan, és összesen hat kérdés vonatkozott a munkavégzés során a szociokulturális tényezők szerepének, valamint a kulturáliskompetencia-képzés fontosságának értékelésére. Hasonlóképpen, számos más szerző is az interkulturális kompetencia 'attitűd' komponensének fogalomkörében értelmezi az egészségügyenlétlenségekhez vezető tényezők (így például a szociokulturális háttér) kritikai értékelését, a saját kulturális háttérre való önreflexió képességét, kiegészítve a más kultúrák iránti érzékenységgel, nyitottsággal és a kulturális különbségek iránti tisztelettel [20]. *Seeleman és mtsai* szintén az 'attitűdök' komponens alatt értékeli annak felismerését és elfogadását, hogy a kultúra milyen hatással van az egyének viselkedésére és gondolkodására [19]. Az idézett hazai kutatás és annak előzményei az interkulturális kompetencia 'képesség' komponensének tartalmát illetően a 2. táblázatban felsorolt készségeket tartják fontosnak klinikai környezetben, így az orvosképzés során ezen készségek fejlesztésére is érdemes törekedni és a hallgatók számára lehetőséget biztosítani ezek gyakorlására [4, 22, 23–25].

*Like* egészségügyi dolgozók klinikai kulturális kompetenciájának felmérésére irányuló kérdőívében egy külön szekció vizsgálja a válaszadók 'komfortérzetét szociokulturális felkészültséget igénylő helyzetekben' (3. táblázat) [22]. Más kutatások viszont a táblázatban részletezett helyzetekre való felkészültséget általában a 'készségek' ('skills') komponenshez sorolják [19, 21]. A két megközelítés között alapvetően nincs ellentmondás, inkább csak a kérdések fókuszában van az eltérés: *Like* kérdőíve a válaszadó által értékelt komfortérzetre fókuszál a munkavégzése során, melynek alacsony szintje adódhat például egyéni készségek vagy célzott képzésen való részvétel, felkészítés hiányából, és éppen ebben van a kulcs, hogy a komfortérzet a készségek fejlesztésével

2. táblázat | Az interkulturális kompetencia 'készségek' komponensének egyes témakörei

Készségek önértékelése az alábbi témakörökben
Betegek fogadása, üdvözlése kulturálisan megfelelő módon (például kézfogás mely kultúrákban elfogadott, stb.)
Kideríteni a páciens nézőpontját az egészség/betegség vonatkozásában (például etiológia, kezelés, lefolyás, prognózis stb.)
Feltárni a páciens által alkalmazott népi vagy más alternatív gyógymódokat
Feltárni, hogy a páciens bevont-e a gyógyításába népi vagy más alternatív gyógyító személyeket
Kulturálisan megfelelő (szenzitív) fizikális vizsgálat
Kulturálisan megfelelő (szenzitív) kezelési terv előírása, megbeszélése
Kulturálisan megfelelő (szenzitív) betegtájékoztató és tanácsadás végzése
Kulturálisan megfelelő (szenzitív) prevenciók szolgáltatások nyújtása (oltás, szűrés stb.)
Kulturálisan megfelelő (szenzitív) életvégi ellátás nyújtása
A páciens aktív egészségismeretének, egészségértésének (health literacy) felmérése (például mennyire érti meg a kezelési tervet)
Együttműködés orvosi, egészségügyi tolmácsokkal
A diagnózissal, kezeléssel kapcsolatos kultúrközi konfliktusokkal való megküzdés
Megküzdés a kultúrközi problémákkal a beteg együttműködésének (compliance) és az utasítások pontos betartásának területén
Megküzdés a kultúrközi etikai konfliktusokkal, ellentétekkel
Elnézést kérni a kultúrák különbözőségéből adódó félreértések, hibák miatt

Forrás: saját szerkesztés *R. C. Like* klinikai kulturális kompetencia kérdőíve alapján adaptálva [22]

javítható. A készségek közül kiemelendő az interkulturális kommunikációs készség (beleértve a nem verbális kommunikációs jelek felismerésének és értelmezésének készségét és a tolmácsokkal való együttműködés készségét stb.); továbbá a multikulturális környezetben és munkatársakkal való munkavégzés képessége és a derogáló, diszkriminatív megjegyzésekkel való megküzdési készségek is.

## Az interkulturálisan kompetens egészségügyi ellátás szintjei

### *Rendszer- és szervezeti szintű interkulturális kompetenciák*

Az interkulturális kompetencia fentiekben részletezett összetevői alapvetően az egyéni ismeretekre, tudatosságra, attitűdökre és készségekre vonatkoztak. Ha valódi, átfogó, interkulturálisan kompetens egészségügyi ellátásról beszélünk, az túl kell, hogy mutasson az egyéni kompetenciákon, és ki kell, hogy terjedjen szakmai, szervezeti és rendszerszintű kompetenciákra is: szándéokra és célokra és az azok megvalósulását elősegítő tevékenységekre (például rendeletek, útmutatók, az egyes célokhoz rendelt források, képzések, monitorozás).

3. táblázat | Komfortérzet egyes, szociokulturális felkészültséget kívánó helyzetekben

Komfortérzet önértékelése az alábbi kultúrközi helyzetekben
Kulturálisan eltérő háttérű betegek ellátása
Magyarul nem vagy nem jól beszélő betegek ellátása
Ha olyan betegeket kell ellátni, akik ragaszkodnak a népi vagy alternatív gyógyítók bevonásához a kezelésbe
Ha olyan hiedelmeket vesz észre, amelyek a beteg által nem kimondottak, de akadályozhatják a kezelési terv sikerességét
Ha olyan nem verbális kommunikációs jeleket vesz észre, amelyeknek eltérő jelentésük lehet a különböző kultúrákban
A fájdalom, aggodás, szenvedés kultúráként eltérő megnyilvánulásainak észlelése, értelmezése
Ha olyan tanácsot kell adni a betegnek az egészségromboló magatartásának megváltoztatására, amely az ő kulturális hiedelmeivel van összefüggésben
Ha indirekt módon kell a beteggel beszélnie a betegségéről, mivel esetében ez a kulturálisan megfelelő
Ha először a beteg családjával kell közölnie a „rossz híreket”, és nem a beteggel, mivel esetében ez a kulturálisan megfelelő
Kulturálisan eltérő háttérű egészségügyi dolgozókkal való munka, együttműködés
Olyan kollégával együtt dolgozni, aki derogáló megjegyzést tesz eltérő kulturális háttérű páciensekre
Olyan pácienssel kezelni, aki derogáló megjegyzést tesz az Ön eltérő kulturális háttérére
Olyan páciensekkel foglalkozni, akik derogáló megjegyzést tesznek más páciensek eltérő kulturális háttérére
A beteget kísérő vagy látogató nagyszámú családtaggal való foglalkozás
Olyan páciensekkel foglalkozni, akiknek kulturális okokból eltérő táplálkozási szokásaik vannak (például böjt, ramadán stb.)
Páciensek vallási szükségleteinek támogatása

Forrás: saját szerkesztés R. C. Like klinikai kulturális kompetencia kérdőíve alapján adaptálva [22]

Törvényi vagy rendeleti szinten Magyarországon nincs erre vonatkozó szabályozás, viszont a négy legnagyobb hazai egyetem orvostudományi karai által közösen jóváhagyott, az orvosi diplomához köthető általános kompetenciáknak fontos részét képezi a beteggel és a hozzátartozókkal való hatékony kommunikáció, beleértve többek között a tolmács segítségével történő kommunikációt is, amely egyben interkulturális kommunikációs készségeket is feltételez [29]. Bár a kompetencialistán nincs szó szerint megfogalmazva, hogy az orvos képes legyen 'interkulturálisan kompetens' ellátásokat nyújtani, az alkalmazott 'hatékony' kifejezés ezt magában foglalhatja (például rossz hírközlés, életvégi ellátás, kezelési terv megbeszélése esetén). Szervezeti szinten az interkulturálisan kompetens ellátás többnyire a vezetői szándék, motiváció és elkötelezettség, valamint a rendelkezésre álló források (pénzügyi és humánerőforrások stb.) függvénye.

Kórházak, egészségügyi szolgáltatók szintjén egy európai kezdeményezést, 'jó gyakorlatot' említenénk az interkulturális kompetencia szervezeti szintű megvalósu-

lásának példaként: 2003 és 2005 között zajlott egy, az Európai Unió által finanszírozott program, az ún. „migránsérzékeny kórház” projekt (migrant-friendly hospitals) [30]. A program nyolc európai klinikát foglalt magában, melyekben kísérleti jelleggel átfogó szervezeti fejlesztéseket és más beavatkozásokat hajtottak végre ('whole health system approach').

Fejlesztések és beavatkozások történtek például a következő területeken:

- a kórházi vezetés és menedzsment megnyerése és elköteleződése a cél érdekében;
- együttműködések erősítése a helyi hatóságokkal, a szociális ellátórendszerrel és önkéntesekkel;
- tolmács és interkulturális mediátor szolgáltatások szervezése és elérhetővé tétele az egészségügyi ellátórendszer számára;
- 'interkulturális kompetencia' képzések szervezése a klinika dolgozói számára;
- migránsok számára adaptált információs és edukációs anyagok és szolgáltatások fejlesztése;
- végül, de nem utolsósorban, fontos eleme volt a fejlesztéseknek a migránsközösségek bevonása a tervezés és a megvalósítás teljes folyamatába.

A projekt záródokumentuma, az ún. 'amszterdami nyilatkozat' ('Amsterdam Declaration') a két éven át tartó, intenzív fejlesztéseket magában foglaló program tapasztalatai alapján első európai ajánlásomagként fogalmaz meg javaslatokat az EU tagállamai számára a bevándorlók, illetve a többségi társadalomtól eltérő etnikumú populációk sajátos igényeinek kielégítése és a fogadó országok egészségügyi ellátórendszereinek fejlesztése érdekében [30, 31].

Felsőoktatási 'szervezeti' szinten az egyetemi vagy például (orvos)kari vezetés szándéka lehet a kar dolgozói és hallgatói interkulturális kompetenciáinak fejlesztése mind közvetlen, mind közvetett módokon. Ennek egy, az utóbbi években egyre nagyobb hangsúlyt kapott közvetett formája az ún. nemzetköziesítési törekvések vezetői támogatása, például hallgatói, oktatói mobilitások (például Erasmus) és kutatói együttműködések ösztönzése, vendégoktatók fogadása, a külföldi hallgatói létszám növelése, nemzetközi rendezvények (például 'international evening') és más kezdeményezések támogatása [32]. A közelmúltból egy ilyen népszerű kezdeményezésnek tekinthető a Pécsi Tudományegyetemről (PTE) az '50 étel a nagyvilágból' című különleges szakácskönyv kiadása, melyben az egyetem különböző karain tanuló magyar és külföldi hallgatók mutatják be egy-egy népszerű hazai receptjüket [33]. Egy közvetlenebb, de szintén 'szervezeti szintű' módja lehet a dolgozók interkulturális kompetencia-fejlesztésének az ún. oktatói készségfejlesztő workshopok szervezése. 2018 őszén került sor például a PTE Általános Orvostudományi Karán (ÁOK) egy ilyen rendezvényre „Kulturális sokféleség a PTE ÁOK oktatásában – az interkulturális kompetencia fejlesztésének lehetőségei” címmel, és a rendezvény rendkívül kedvező fogadtatásban és pozitív visszhangban része-

sült a kari dolgozók részéről. A workshop során az ún. 'World Café' módszerrel, meghívott bikulturális vendégek bevonásával zajlott forgószínpad-szerűen az egyes kultúrkörökből származó hallgatói csoportokkal kapcsolatos kötetlen beszélgetés. A workshop eredményeképpen a részt vevő oktatók és adminisztratív dolgozók jobban megérthették az egy-egy kultúrkörhöz tartozó hallgatók magatartásának kulturális hátterét, valamint ötleteket kaphattak a hatékonyabb kommunikációhoz, a sikeresebb együttműködéshez, és a rendezvény tapasztalatairól egy kari kiadvány is megjelent [34].

### *Szakmai és egyéni szintű kompetenciák: interkulturális kompetencia-képzések*

Bár szervezeti szintű támogatottságot igényel (akkreditáció, curriculumba építési szándék), mégis szakmai szintű kompetenciafejlesztési tevékenységnek tekinthetjük a PTE ÁOK képzési palettáján egyre szélesebb körben megjelenő, hallgatói interkulturális kompetenciák fejlesztését célzó választható kurzusok indítását, melyek magas látogatottsággal nagy népszerűségnek örvendenek a karon mind a magyar, mind a külföldi hallgatók körében.

Alapvetően két fő megközelítés ismert az interkulturális kompetencia-képzési programokban. Az ún. kultúrákon átívelő (*cross-cultural*) megközelítés elsődlegesen a kommunikáció folyamatára és olyan közös kulturális és szociális tényezőkre fókuszál, amelyek több kultúrában is jelen vannak (például kirekesztettség, nemi szerepek, rasszizmus) [2]. Ilyen kurzusok például a hallgatók kisebbségek iránti érzékenyítését és toleranciaerősítését célzó „*Interkulturális kommunikáció az orvostudományban*” című kurzus magyar és német nyelven a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézetének gondozásában; továbbá az Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet által meghirdetett, az interkulturális kommunikációs készségeket és attitűdök fejlesztését célzó „*Intercultural competence in doctor-patient communication*” angol nyelvű kurzus, valamint 2019 óta a „*Gyakorlati orvosi kommunikáció*” című elektív kurzus „*A társadalmi és kulturális sokféleség kezelése az orvosi kommunikációban*” modulja, magyar nyelven. A másik, hagyományosabb, ún. „*kategorikus*” megközelítés során az egyes kulturális csoportokkal kapcsolatos ismereteket, hiedelmeket és magatartásformákat tanítanak a résztvevőknek, és ennél a módszernél különösen fontos, hogy az egyes kultúrkörök, etnikai csoportok tárgyalása során kerüljük a sztereotipizálást. Ilyen jellegű kurzusok a 2019 óta elérhető „*A roma, a hajléktalan, a menekült és a szexmunkás: a legsérülékenyebb társadalmi csoportok egészségproblémái és egészségügyi ellátásuk kihívásai*” elnevezésű választható kurzus magyar és angol nyelven, és 2020 tavaszán, szintén két nyelven indult a „*Migránsok és etnikai kisebbségek ellátása az EU-ban: egészségföldrajzi és interkulturális aspektusok*” kurzus, mindkettő a PTE ÁOK Művelti Medicina Tanszékének gondozásában. Ez utóbbi két kurzus kifejezetten a többségi társadalomtól eltérő szociokultu-

rális háttérű populációk kulturálisan érzékeny ellátásával kapcsolatos ismeretekkel, készségekkel hivatott a hallgatókat, a jövő orvosait felvértezni, valamint fejleszteni az egyéni szintű interkulturális kompetenciáikat. Ezen kurzusok kifejlesztését előzte meg mintegy 'szükségletfelmérésként' a korábban említett, klinikai interkulturális-kompetencia-felmérés több mint 1200 medikushallgató bevonásával. A felmérés első részeredményeit 2019-ben publikáltuk, és a kurzusok fejlesztése és szervezése során igyekeztünk a hallgatói ötleteket, javaslatokat lehetőség szerint minél jobban figyelembe venni (például hiteles vendégoktatók felkérése, limitált csoportlétszám, változatos, interaktív és gyakorlati, szituatív pedagógiai módszerek alkalmazása, lehetőség biztosítása kötetlen vitákra, véleményütköztetésre, felkészülni az esetleges konfliktusok moderálására és mérsékelt, változatos számonkérési formák alkalmazása) [23]. A kutatás során számos specifikus, fejlesztendő területet is azonosítottunk, mint például a kulturálisan szenzitív életvégi ellátást, valamint a munkatársak, páciensek derogáló megjegyzéseivel szembeni megküzdést; ez utóbbi témában a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézetének munkatársai kínálnak választható kurzusokat, illetve szükség esetén mentálhigiénés szolgáltatásokat.

Betancourt és mtsai az interkulturális kompetencia-képzés „legjobb megközelítéseiként” a kultúrközi ismeretek és kommunikációs készségek egyensúlyban való oktatását ajánlják, továbbá hangsúlyozzák a betegek szociokulturális háttérének jelentőségét és hatását az orvos-kliens interakciókra, döntéshozatalra és ezeken keresztül a kliens egészségi mutatóira [2]. A Pécsi Tudományegyetem kínálatában a fentiekben említett választható kurzusok egymással szinergiában és összhangban Betancourt 'legjobb megközelítésével' lehetőséget nyújtanak a hallgatók számára, hogy mind a hagyományos, 'kategorikus', mind pedig a 'kultúrákon átívelő' megközelítésből fejleszthesék egyéni interkulturális kompetenciáikat. Annak ellenére, hogy nehézséget jelenthet egy-egy új kurzus alapképzésbe illesztése a hallgatók túlterheltsége és időhiánya miatt, biztató, hogy a felmérés résztvevői fontosnak tartják az interkulturális kompetencia fejlesztésére irányuló képzési modulok (például választható kurzusok, PhD- és orvostovábbképző kurzusok) indítását a bevándorlás aktualitása miatt, valamint a saját interkulturális ismereteik, készségeik fejlődésének érdekében [23].

### **Az interkulturálisan kompetens egészségügyi ellátás jelentősége, előnyei**

A releváns tudományos szakirodalom jelentős része hangsúlyozza a klinikai interkulturális kompetencia-tartalmak orvosképzésbe integrálásának fontosságát, és számos közlemény a kulturális kompetencia-képzési programok pozitív hatásairól számol be a kutatásban részt vevő orvosok, orvosok és egészségügyi dolgozók klinikai interkulturális ismeretei és készségei tekintetében [23–



25, 30, 35, 36], illetve a betegelégedettség vonatkozásában [5, 35, 36].

Bár egyelőre tudományosan nem igazolták, számos elismert szerző és kutatócsoport valószínűsíti, hogy az egészségügyi dolgozók fejlődő klinikai interkulturális kompetenciái közvetve pozitív hatással bírnak a betegek egészségi mutatóira is [35, 36]. Ma már köztudott, hogy az egészségügyenlétlenségekhez vezető okok multifaktoriálisak, és a legnagyobb mértékben olyan tényezők járulnak hozzá, amelyek az egészség társadalmi meghatározóival ('social determinants of health', SDH) kapcsolatosak [37, 38]. Ilyen tényezők például az alacsony iskolai végzettség és foglalkoztatás, a biztosítás hiánya és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való rosszabb hozzáférés is; tanulmányok igazolják, hogy a nyugati társadalmakban ezek az egyenlőtlenségek különösen nyilvánvalóak bizonyos etnikai és kulturális kisebbségek körében, legyen az hazai kisebbség vagy bevándorló populáció. Ez utóbbi csoportban különösképpen veszélyeztetettek tekinthetők a háborúk, illetve politikai, faji, vallási üldöztetés elől menekülő menedékkérők és a nemzetközi védelemben részesülők [9, 24, 39, 40]. Az ellátás minőségére a társadalmi meghatározókon túl számos más tényező is hatással lehet, például az ellátórendszer és a beteg közötti kommunikáció, beleértve a döntéshozatali folyamatot is. Ugyanis az orvos-beteg kommunikáció során megjelennek vagy megjelenhetnek a betegek változatos elképzelései vagy hiedelmei a betegségük eredetével, okaival és lefolyásával kapcsolatosan, illetve a kezeléssel és a gyógyulással kapcsolatos elvárásai és preferenciái. Ezeket a tényezőket pedig erősen befolyásolja a kulturális háttér, ahogy a betegek orvoshoz fordulási szokásait is. Mindehhez még hozzájárul a betegek egészségműveltsége és egészségértése, a kezelési terv és az orvosi utasítások megértésének és betartásának képessége ('health literacy') is, amelyeknek szintén lehet szociokulturális meghatározottságuk [38]. A klinikai interkulturális kompetencia-képzési programok célja mindezzel összhangban, hogy specifikus ismeretekkel, készségekkel és eszközökkel vértessze fel az egészségügyi dolgozókat ahhoz, hogy jobban megértsék és kezelni tudják az egészséggel kapcsolatos hiedelmeket, értékeket és változatos magatartásformákat a kulturálisan, illetve etnikailag sokszínű populációk ellátása során. A képzések révén fejlődhet a résztvevők kulturális tudatossága, felismerhetik és megtanulhatják kezelni esetleges meglévő előítéleteiket és sztereotípiáikat, hogy hatékonyan meg tudják előzni az ellátás során esetleg előforduló diszkriminatív megnyilvánulásokat, amelyek szintén egészségügyenlétlenségekhez vezethetnek [27]. Kutatások igazolják, hogy az orvos és a beteg közötti kommunikáció közvetlenül kapcsolódik a beteg elégedettségéhez, ami pedig hatással lehet az orvossal való együttműködésre (compliance), a megelőzést célzó intézkedések és az orvos utasításainak betartására (például szűrésen való részvétel, gyógyszer-szedés), és ezáltal, közvetve, hozzájárulhat az ellátás minőségéhez, illetve a betegek egészségéhez [2, 41].

## Következtetés

A klinikai interkulturális kompetencia-képzések igazoltan javítják az egészségügyi dolgozók ismereteit, attitűdjeit és készségeit a multikulturális környezetben való betegellátással kapcsolatban, és hozzájárulnak a hatékonyabb orvos-beteg kommunikáció megvalósulásához, ezáltal fokozzák az ellátásban részesülők elégedettségét és együttműködését. Bár jelen ismereteink szerint ezen képzések pozitív hatása a betegek egészségére közvetlenül még nem bizonyítható, a fentiek alapján erősen valószínűsíthető, ezért az orvosok és egészségügyi dolgozók képzésébe integrálása javasolt [5, 23, 35, 36, 41, 42].

*Anyagi támogatás:* A kutatás a Magyar Tudományos Akadémia 'Bolyai János Kutatói Ösztöndíj' támogatásával valósult meg. Az ösztöndíjas időszak: 2017/09/01–2020/08/31. Az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának szakmai támogatásával készült. Támogat-ta a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Kutatási Alap (PTE ÁOK-KA, nr. 2017-16).

*Szerzői munkamegosztás:* A tanulmány első változatát M. E. készítette, a közlemény végső formájának elkészítésében, szakmai és formai véleményezésében N. T. nyújtott nélkülözhetetlen segítséget. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] World Health Organization, Regional Office for Europe. Stepping up action on refugee and migrant health. Towards a WHO European framework for collaborative action. Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health, 23–24 November 2015, Rome, Italy. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf) [accessed: April 5, 2020].
- [2] Betancourt JR, Green AR, Garrillo JE, et al. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* 2003; 118: 293–302.
- [3] Reche B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013; 381: 1235–1245.
- [4] Like RC. Educating clinicians about cultural competence and disparities in health and health care. *J Contin Educ Health Prof.* 2011; 31: 196–206.
- [5] Kagawa-Singer M, Kassim-Lakha S. A strategy to reduce cross-cultural miscommunication and increase the likelihood of improving health outcomes. *Acad Med.* 2003; 78: 577–587.
- [6] UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. [UNESCO Egyetemes Nyilatkozat a Kulturális Sokszínűségről.] Available from: [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration\\_cultural\\_diversity\\_hu.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_hu.pdf) [accessed: April 5, 2020]. [Hungarian]
- [7] Hofstede G. *Cultures and organizations: software of the mind.* 2nd edition. McGraw-Hill, New York, NY, 2005.
- [8] Weaver GR. Understanding and coping with cross-cultural adjustment stress. In: Weaver GR. (ed.) *Culture, communication*



- and conflict: readings in intercultural relations. 2nd edition. Mass, Simon and Schuster Publishing, Needham Heights, MA, 1998; pp. 187–204.
- [9] Helman CG. Culture, health and illness. Fifth edition. CRC Press, London, 2007.
- [10] Hofstede G. Dimensionalizing cultures: the Hofstede model in context. *Online Readings Psychol Cult.* 2011; 2: 8.
- [11] Baráth Á. Cultural competence and social work. [Kulturális kompetencia és szociális munka.] *Esély* 2019; 30(2): 110–128. [Hungarian]
- [12] Landy D. (ed.) Culture, disease, and healing: studies in medical anthropology. Macmillan, New York, NY, 1977.
- [13] Koehn PH, Swick HM. Medical education for a changing world: moving beyond cultural competence into transnational competence. *Acad Med.* 2006; 81: 548–556.
- [14] Renschler I, Cattacin S. Comprehensive ‘Difference Sensitivity’ in health systems. In: Björngren-Cuadra C, Cattacin S. (eds.) *Migration and health: difference sensitivity from an organisational perspective.* IMER, Malmö, 2007; pp. 37–41.
- [15] Cross T, Bazron B, Dennis K, et al. Towards a culturally competent system of care. Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, Washington, DC, 1989.
- [16] Betancourt J, Green A, Carrillo J. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. Field report. The Commonwealth Fund, New York, NY, 2002.
- [17] Byram M. Intercultural competence in foreign languages – the intercultural speaker and the pedagogy of foreign language education. In: Deardorff DK. (ed.) *The SAGE Handbook of Intercultural Competence.* Thousand Oaks, San Francisco, CA, 2009; pp. 321–332.
- [18] Walinski J. Enhancing intercultural communicative competence in an online collaborative assessment environment: CEFcult project (2012). In: Pezik P (ed.) *Corpus data across languages and disciplines.* Peter Lang Publishing, Frankfurt am Main, 2012; pp. 55–65.
- [19] Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ.* 2009; 43: 229–237.
- [20] Watt K, Abbott P, Reath J. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. *BMC Fam Pract.* 2016; 17: 158.
- [21] Papadopoulos I. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In: Papadopoulos I. (ed.) *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners.* Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, 2006; pp. 7–24.
- [22] Like RC. Clinical cultural competency questionnaire (pre-training version). Center for Healthy Families and Cultural Diversity, Department of Family Medicine, UMDNJ – Robert Wood Johnson Medical School, 2001. Available from: [http://rwjms.umd-nj.edu/departments\\_institutes/family\\_medicine/chfcd/grants\\_projects/documents/Pretraining.pdf](http://rwjms.umd-nj.edu/departments_institutes/family_medicine/chfcd/grants_projects/documents/Pretraining.pdf) [accessed: April 5, 2020].
- [23] Marek E, Schmél D, Katz, Z, et al. Interculturality and health-care provision. [Gyógyítás és interkulturalitás.] *Egészségfejlesztés* 2019; 60(4): 30–45. [Hungarian]
- [24] Ladson GM, Lin JM, Flores A, et al. An assessment of cultural competence of first-and second-year medical students at a historically diverse medical school. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 1457–1462.
- [25] Okoro ON, Odedina FT, Reams RR, et al. Clinical cultural competency and knowledge of health disparities among pharmacy students. *Am J Pharm Educ.* 2012; 76: 40.
- [26] Knipper M, Seeleman IC, Essink ML. How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2010; 29: 54–60.
- [27] European Comission 2014: Roma health report. Health status of the Roma population. Data collection in the member states of the European Union. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/2014\\_roma\\_health\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf) [accessed: April 5, 2020].
- [28] Szirtesi Z. Health status of the Roma. [A cigányság egészségügyi helyzete.] Agroiinform Kiadó, Budapest, 1998. [Hungarian]
- [29] Competencies attached to a medical diploma. [Orvosi diplomához köthető kompetenciák.] 2012. Available from: <https://aok.pte.hu/docs/th/file/2012/Kompetencialista2012.pdf> [accessed: April 5, 2020]. [Hungarian]
- [30] Krajic K, Stramayr C, Karl-Trummer U, et al. Improving ethno-cultural competence of hospital staff by training: experiences from the European “migrant-friendly hospitals” project. *Divers Health Social Care* 2005; 2: 279–290.
- [31] The Amsterdam Declaration. Towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. In: “Hospitals in a culturally diverse Europe”. International conference on quality-assured health care and health promotion for migrants and ethnic minorities. European Commission, Amsterdam, 2004. Available from: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_annex7\\_14\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf) [accessed: April 5, 2020].
- [32] Németh T. The intercultural impact of the Erasmus programme on Hungarian students, with special regard to students of medicine and health care (PhD thesis). Faculty of Sciences, University of Pécs, 2015.
- [33] P. Horváth T, Berta A. (eds.) 50 delicacies on Earth. [50 étel a nagyvilágból.] Pécsi Tudományegyetem, Kapcsolati és Nemzetköziesítési Igazgatóság, Pécs, 2019. [Hungarian]
- [34] Faubl N, Füzesi Zs., Németh T. (eds.) Cultural diversity in the training program of the PTE AOK. Opportunities for the development of intercultural competence. Lessons from a workshop. [Kulturális sokféleség a PTE ÁOK oktatásában. Az interkulturális kompetencia fejlesztésének lehetőségei. Egy workshop tanulságai.] Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Orvosi Oktatásfejlesztési és Kommunikációs Tanszék, Pécs, 2018. Available from: [https://aok.pte.hu/docs/magtud/file/Kulturalis\\_sokfelesseg\\_a\\_PTE\\_AOK\\_oktatasanban.pdf](https://aok.pte.hu/docs/magtud/file/Kulturalis_sokfelesseg_a_PTE_AOK_oktatasanban.pdf). [Hungarian]
- [35] Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural competency: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005; 43: 356–373.
- [36] Betancourt JR, Green AR. Commentary: linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Acad Med.* 2010; 85: 583–585.
- [37] Wilkinson RG, Marmot M. (eds.) Social determinants of health: the solid facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
- [38] Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review: Strategic review of health inequalities in England post-2010. Available from: <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf> [accessed: April 5, 2020].
- [39] Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of migrants’ health. *Eurohealth* 2010; 16: 10–12.
- [40] Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. *Psychosoc Interv.* 2012; 21: 331–341.
- [41] Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978; 88: 251–258. *Focus* 2006; 88: 251–258.
- [42] Seeleman C, Hermans J, Lamkaddem M, et al. A students’ survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. *BMC Med Educ.* 2014; 14: 216.

(Marek Erika dr.,  
Pécs, Szigeti út 12., 7627  
e-mail: erika.marek@aok.pte.hu)