

Does diversity go beyond sex and gender? Gender as social category of diversity training in health profession education – a scoping review

Abstract

Background: Sex and gender are social categories of diversity. Diversity can be perceived with an intersectional framework as it demonstrates the intersecting categories that might contribute to oppression, inequality, power and privilege. This article focused on what aspects were considered in diversity training programmes for health professions and the role of sex/gender in this context.

Method: This scoping review focuses on the social categories mentioned in diversity education of health professionals. Articles on diversity training for health professionals were searched for in the Web of Science database using the keywords gender, diversity, training, education and health professions. Twelve articles were finally included in this review. Thematic analysis was employed to summarise information deduced from articles.

Findings: Gaps in the aspects included in diversity training were identified. Findings show that culture was mostly discussed, whereas sex/gender and lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex (LGBTQI) were focused on only to a minor extent. Cultural diversity training includes self-reflection on one's own culture, whereas a comparable tool for sex/gender and LGBTQI is missing. Additionally, other social categories of diversity, such as disability or age, are largely absent.

Conclusion: Diversity should be incorporated in its full breadth in health profession education and not fragmented. Additionally, other social categories such as gender might benefit from including self-reflection on these categories in addition to reflecting on the role of power and privilege in order to increase self-awareness for diversity. In this way, othering of the population might be prevented and healthcare can be improved for all.

Keywords: academic medicine, diversity, health profession, scoping review, education

Heidi Siller¹
Gloria Tauber¹
Margarethe
Hochleitner¹

¹ Medical University of
Innsbruck, Gender Medicine
Unit, Innsbruck, Austria

Introduction

Sex and gender are emphasised as important aspects of healthcare [1], [2], [3], medical education [3], [4], [5] and medical research [3], [6], [7]. One possibility for focusing on sex and gender is to perceive these concepts as aspects of diversity, which has gained recognition in medicine over the past decades [8], often in connection with social inequality. In this sense, health professionals should reflect the diversity of the population to ensure the best possible healthcare for the population [9]. However, increasing diversity among health professionals is only one strand when providing optimal healthcare for all. An additional strand for the purpose of reacting to diversity refers to the inclusion of diversity in health profession education. In medicine, recommendations have been made on how to include various diversity aspects, for example regarding the inclusion of sex and gender

[3], [10], gender diversity [11], or lesbian, gay, bisexual, transgender (LGBT) and lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex (LGBTQI) content [12], as well as diversity in general [13].

Diversity is often described in terms of ethnicity, culture, gender, sexuality, (dis)ability, socio-economic background or class and age [14]. In Europe, these social categories of diversity are also included in the EU anti-discrimination directive as a means of combatting discrimination based on sexual orientation, age, gender, religion or belief, disability or ethnicity [15]. Importantly, these social categories are connected to specific meaning in society. For example, people might be repeatedly confronted with the social meanings of these classifications (e.g. mothers and socio-cultural expectations of childcare) and might be reduced to one or more of these categories (e.g. being predominantly a mother, not a professional). Additionally, such classification might also increase the perception of

difference between people based on one or two characteristics (e.g. religion, ethnicity, gender), thereby disregarding similarities between people or groups. Diversity is seen as opposed to contrasting people due to “difference” as difference obstructs the embedded context of diversity [14]. In this sense, some researchers emphasise that diversity as well as social categories of diversity should be understood in their complexity [16] and in relation to all social categories, not just to one such as ethnicity [13].

Framework for studying diversity

Diversity is framed by an intersectional framework that provides the opportunity to elicit oppression, power, privilege and social inequality. Intersectionality was coined by Kimberlé Crenshaw [17], who demonstrated that individual social categories (e.g. ethnicity, class, gender, sexuality) have to be considered in their interwovenness in order to understand experiences of discrimination. Today, intersectionality is an important framework that encourages acknowledging the complexity of “reality” and supports an understanding of interwoven mechanisms of social inequality, but also privilege and power. Researchers focusing on intersectionality have demanded that the complexity of “reality” also be included when teaching students, e.g. by encouraging creative skills that enhance effective learning [18]. This underlines that teaching and learning should reflect the unpredictability and complexity of relations and of human (inter)actions [18]. It was also pointed out that it is necessary to engage in self-reflection to be able to include diversity in healthcare [13]. For example, self-reflection includes examining one’s own biases in terms of personal and cultural aspects as well as considering the pitfalls of stereotyping [19], but it is also necessary to become aware of one’s own racial identity [20] and privileges. Privilege is granted by birthright, e.g. ethnicity, sexual orientation, gender [21], [22], but in some instances also socio-economic status and age are considered to be privileges [21]. Thus, self-reflection is a conscious cognitive process of reflecting on behaviour, beliefs and experiences. Self-reflection is a process ranging from a pre-encounter stage to a transcendent/transcultural stage, which allows embracing and truly including diversity [20]. Even though these stages were illustrated by using race/ethnicity examples, the same effects may be detected when focusing on other categories of diversity such as gender. Therefore, students might first be skeptical and even opposed to the concept of gender before being able to critically examine the influence of gender on healthcare, interaction, everyday life and oneself. Another approach to teaching students about diversity includes self-awareness, thus students’ own narratives of diversity. Self-awareness means understanding one’s personal history, but also attitudes and values [23]. Self-awareness is employed in particular to decrease biases and stereotypes that exist towards one’s own group. Thus, it cannot be assumed that by increasing diversity in the medical workforce to

reflect the given population [9], the result will be less inequality in patient care and a reduction in health disparities [24]. Teaching self-awareness and thus students’ own histories of culture, ethnicity, ableism and privileges is assumed to increase students’ awareness for their blind spots when dealing with patients or colleagues [25], [26]. Such an approach is also good when teaching cultural humility, which includes self-awareness, and self-reflection [27].

Despite several recommendations on various aspects of diversity, it is less clear how different aspects of diversity and foremost sex and gender are included in diversity education for health professionals. For this reason, a scoping review was conducted to explore the practices of including sex and gender in diversity education for health professionals. For this purpose, an intersectional framework is considered one tool for focusing on diversity. Our research was guided by the following questions:

1. what social categories of diversity are included in health profession education and, specifically, how is sex/gender as a social category of diversity included?
2. what gaps can be identified in current diversity training in health profession education?

Thus, this scoping review aims to explore the use of sex and gender in diversity training for health professionals. To discuss these questions we searched research articles for descriptions of health profession education and training offerings regarding diversity.

Materials and methods

The recommendations for scoping analysis as developed by Arksey and O'Malley [28] were used for this review. Scoping reviews aim to provide an overview of “the extent, range and nature of research activity” (p.21) in a given field [28]. This can also be described as a mapping of literature [29], which was intended here. To conduct a scoping review Arksey and O'Malley [28] propose several steps:

1. formulate the research question(s),
2. identify relevant studies in a given field,
3. select studies based on criteria deduced from the research question,
4. chart data as extracted from the articles,
5. collate, summarise and report results.

For the purpose of this review we searched the Web of Science database using the Web of Science Core Collection on 19 March 2018. We intended to collect a broad range of literature and to limit these search results step by step. This process is similar to that proposed by Levac, Colquhoun [29]. Thus, we initially started with a broad research question that served as the basis for our search strategy. For this purpose, we used open keywords to search the database. Keywords used in the search included: gender or diversity and health profession and education or training. These key words were used in

various combinations. We limited the results by language (only English or German) and date of publication and thus used only those results published after 2000 in order to include a broad range of findings. After extracting more than 3000 articles, we narrowed these findings. In a first step we used feasibility criteria and excluded duplicates, books and book chapters, meeting abstracts or conference abstracts. From recommendations made by Levac, Colquhoun [29], we clarified our scope of research and included the clarification results in our article selection process. Thus, inclusion criteria were defined as follows:

1. the target group was health professionals or health profession students; thus, articles were included if they defined health professions according to sub-major group 22 “health professionals” of the International Classification of Occupations ISO-08 [30]. Health professionals were thus defined as medical doctors; nursing and midwifery professionals; traditional and complementary medicine professionals; paramedical practitioners; other health professionals (dentists, pharmacists, environmental and occupational health and hygiene professionals, physiotherapists, dieticians and nutritionists, audiologists and speech therapists, optometrists and ophthalmic opticians, health professionals not otherwise specified). However, not all occupations as listed here were represented in the articles. We excluded psychologists, psychotherapists and social workers as these occupations are classified as legal, social and cultural professionals (sub-major group 26), as well as other professions that form the basis of the health workforce, but are not classified in sub-major group 22 [30]. We included articles that referred to health professionals/health profession students or included other professions in addition to health professionals as classified above.
2. articles had to focus on diversity or social categories of diversity in training or education of health professions (students); such a focus was given by explicitly referring to one or more social categories of diversity or naming diversity explicitly in the context of training.
3. furthermore, articles were included if authors described training content for the explicit purpose of being able to extract information about training content. These inclusion criteria were applied in several steps employed to select eligible research articles (see figure 1).

Article selection also included reviewing all articles based on their title, thus including only those articles that dealt with education or training and mentioned these or related terms in the title. Additionally, articles had to refer to diversity, culture, gender, sex, LGBTQI or other social categories of diversity in their title. Articles were excluded if they failed to do so. A next step included consulting abstracts in order to reduce the number of articles on education or training by focusing on diversity aspects, such as gender, social class, ability, sexuality, age, culture, ethnicity as defined in the EU Anti-Discrimination Directive

[15]. Finally, full texts were consulted to finalise article selection. Here, all articles that engaged in aspects other than training students or health professionals in diversity, targeted professionals other than health professionals, or did not focus on training, but on studying abroad were excluded. This also means that articles were excluded if they focused on increasing diversity in health professionals and described pipeline programmes; focused on inter-professional collaboration only; focused on training or studying diverse populations, but not health professionals; focused on professional identity, empathy or communication styles; failed to provide information on the training delivered; or provided general recommendations on how to include diversity aspects without focusing explicitly on the training content or mode of delivery, were not possible to retrieve. Ultimately, 12 articles were included in this scoping review. Steps conducted to refine results are shown in figure 1.

Two researchers selected and summarised articles. All steps were discussed before moving to the next article selection step. If uncertain whether to exclude an article, for example if no consensus regarding inclusion/exclusion could be reached on the basis of the abstract, the full text was consulted to decide on inclusion or exclusion.

Articles were summarised with an intersectional lens, thus focusing on intersection of social categories and its relevance in training. From the selected articles, we extracted information on the target group, the type of social category used in the training and in the article, the mode and content of training provided for the health professional students and on the question whether any outcome or improvement was found after training (see attachment 1). This charting of data [29] was used as a first step to categorise data retrieved from the articles and dissect the data accordingly. This procedure was based on thematic analysis [31]; we thus established several broad themes for categorising relevant information from the articles. These themes included social category of diversity, training, and evaluation (if applicable). Codes allocated to these themes were defined from information given by the articles. As a first step, we familiarised ourselves with the articles included in the review by reading and re-reading them. We subsequently selected relevant data and drafted codes accordingly. The next steps included collating the codes to the themes and reviewing themes, re-defining and sharpening the terms used for themes. We used this analysis technique to compile and discuss information on the social categories of diversity as used in these articles, training set-up and evaluations of diversity training programmes, if presented. An intersectional lens is provided as our understanding of diversity is interwoven with intersectionality. Thus, in our opinion diversity includes an understanding of interwoven, intersecting social characteristics that may affect health, access to healthcare and treatment. In this sense, intersectionality and reflexivity are important paths to acknowledging and including diversity in health systems and medical education [32]. To include an intersectional lens in illustrating the findings it is essential that the in-

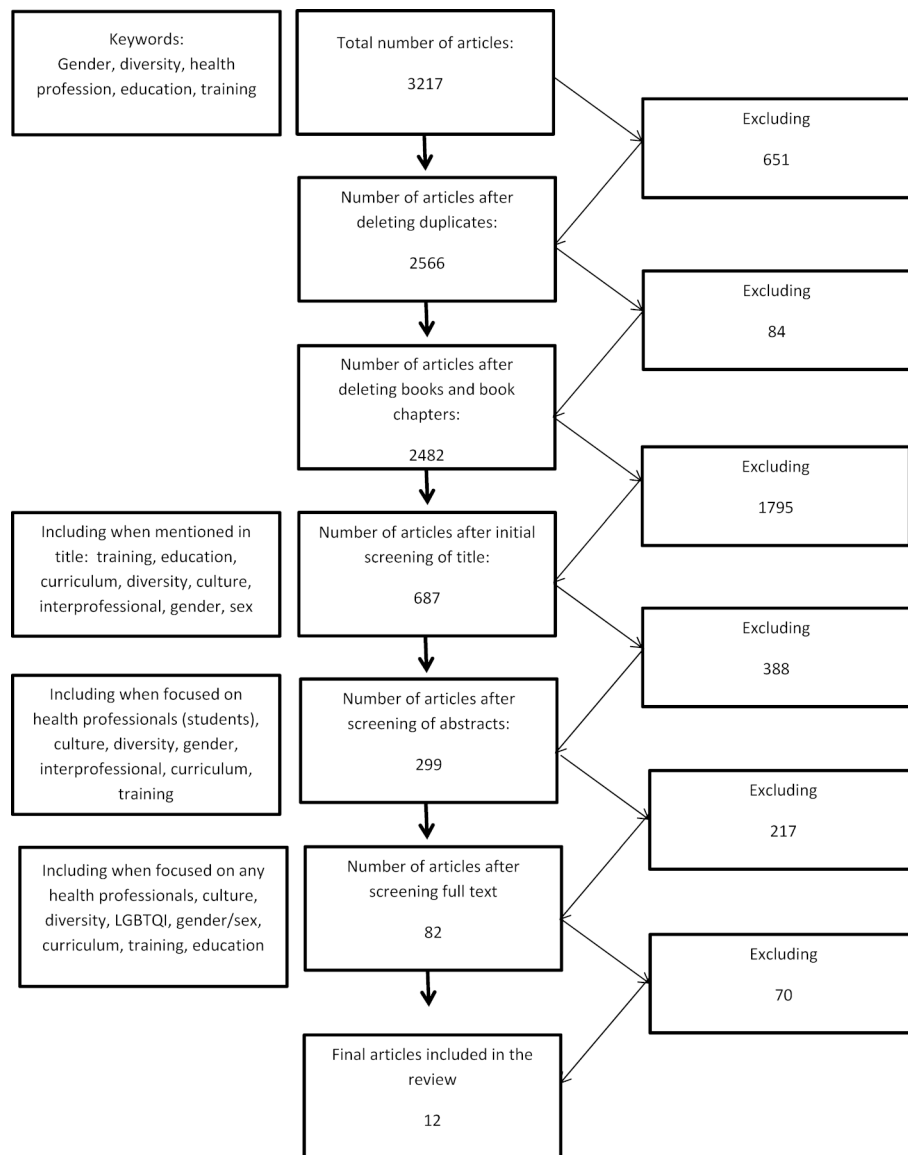


Figure 1: Article selection process

formation derived from the articles be contextualised. When contextualising the information, we took into account structural, historical and social conditions. This contextualisation refers to embeddedness in the curriculum, support or resistance to diversity training; impact of diversity training on participants.

Results

Social category of diversity

Diversity was connected to specific aspects of diversity and to a lesser extent was discussed in its broad range. Thus, two articles focused on lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) or lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersexual (LGBTQI) aspects in training or curriculum [33], [34], another two articles on sex and/or gender aspects [35], [36], two articles on diversity in general [37], [38] and six articles discussed cultural aspects [39], [40], [41], [42], [43], [44] (see attachment

1). A specific intersectional notion was evident in some definitions of the given social category targeted in the training programmes. In this sense, diversity was seen as interconnected categories [37] or the influence of socio-cultural interaction on gender [36]. Definitions without such a specific intersectional reference focused on the variations between groups or individuals (e.g. cultural groups) [42], set of behaviour, skills, values [38], [42] or the fluidity of concepts (e.g. gender identity) [34]. Most often, diversity was connected to culture and the acquiring of cultural competence. In this context, culture was implicitly connected to ethnicity, migration and minority groups. Diversity appears to be included in health profession education by focusing on individual parts, but only to a small extent by focusing on the whole construct. However, it is also necessary to understand diversity in its complexity and to interconnect the individual parts of diversity as diversity is more than the sum of its parts.

Training and evaluation

As can be deduced from attachment 1, a broad range of health professions were included in the training programmes (see attachment 1). These health professionals and health professional students participated in diversity training programmes set up as elective courses [33], [39], advanced training programmes [37] or online courses for professionals [35], [36]. However, not every article mentioned structural embedding of courses.

In diversity training and in particular in cultural competence training, focus was not only placed on knowledge and skills, but on awareness and self-reflection. It is important that we avoid seeing culture only in “others” and that we increase cultural awareness and cultural competence by starting to dissect culture in students or staff themselves [40]. The other diversity aspects such as sex/gender [35], [36], LGBT/LGBTQI [33], [34] and at least one training course on the overall diversity approach [37] focused mainly on transfer of knowledge, increasing awareness and stimulating discussion on these subjects in science, teaching and healthcare practice. In cultural competence training programmes, self-awareness for one’s own ethnicity and culture is addressed with a view to working with a culturally diverse population, e.g. medical students caring for refugees [39], but also on a general level [38]. Writing one’s own cultural autobiography [40] was another means of fostering self-reflection on one’s own cultural values, attitudes and norms. However, changes in cultural awareness were small or moderate after training [38], [40]. These minor changes were attributed to the process of becoming self-aware [38], [40]. However, not all courses discussed in this review explicitly reported that they included such self-awareness for one’s own culture [41]. The other articles did not explicitly mention whether they included self-reflection in their training [42], [43], [44].

Other aspects of diversity, such as LGBTQI, were included in an interprofessional Health Forum [33], but were also described as lacking in a range of medical topics (e.g. mental health, chronic disease) and health professions [34]. Sex and gender aspects in health were illustrated by including these diversity aspects in diseases with known sex/gender differences (e.g. in cardiology) [35], [36] and providing this knowledge in online courses [35], [36]. Both articles used an online approach to delivering knowledge on sex and gender aspects in health and their relevance in healthcare.

Two articles described not only gender or cultural diversity in the curriculum, but also presented diversity training programmes for health professionals concerning gender, ethnicity/race and socioeconomic status [38], as well as further diversity aspects such as sexuality, ability, religion [37]. In this way, diversity was focused on with regard to increasing awareness for diversity when providing care [37] and with regard to increasing knowledge and skills [38].

Contextualisation of diversity trainings

Including diversity and specific aspects of diversity in the training of health professionals also means having to deal with difficulties in implementing such training because of deficits in targeting the importance of diversity (aspects) in health and illness [45], and in health disparities, failure to include diversity (aspects) training in core curricula or advanced training programmes [33], [34], [36], [37], [42], [44] as well as a lack of student interest in this topic [33], [35], [38], [43], [44]. Thus, efforts to develop and implement diversity training in health professions are strongly connected to hesitation, skepticism and disaffirmation. Such attitudes are noticeable in students, but also in faculty and stakeholders. Differences in implementing courses may also stem from regional differences. Thus, some articles [38], [39], [42] mention that teaching cultural competence is a requirement, while other diversity aspects lack such support.

Discussion

This scoping review aims to illustrate what aspects of diversity are focused on when delivering training for health professionals, and what gaps can be identified. In total, 12 articles were included in the review. An intersectional framework is used to show that diversity is hardly included as a whole construct, but fragmented into several aspects. With Celik, Abma [37] and to some extent Ryan, Ali [42] being an exception, intersections of the social categories are often not addressed to the extent needed to illustrate the complexity of diversity. The largest share of these diversity fragments is based on culture. It can be argued that culture is not necessarily related only to ethnicity, but also encompasses all societal aspects of living together, e.g. gender roles, norms and values. However, culture is often discussed in relation to e.g. language, ethnic minority populations, cultural health beliefs [41], [44] or migration [39], [44]. However, intersections between social categories are lacking.

When teaching diversity it is also important to start with self-awareness in order to illustrate that it is not about “the others”. Another gap identified in this review relates to the neglect of other social categories of diversity, such as (dis)ability or age that fall short and are hardly discussed in this context. Even topics such as sex/gender and LGBTQI are found only to a small extent when searching for diversity in health profession education. Especially regarding sex/gender, various guidelines have been introduced in the past years that emphasise the importance of including sex/gender in research, teaching and clinical practice [1], [2], [4], [5], [6], [7]. Thus, the small extent to which sex/gender is included in diversity training programmes is surprising. In contrast, the greater extent of cultural competence in health professionals’ training programmes might be due to accreditation requirements in some countries, as mentioned by Evans and Hanes [38], Griswold, Kernan [39] and Ryan, Ali [42].

From this we see the importance of stakeholders and politics in the process of including and implementing diversity in health profession education.

Approaches to including categories of diversity highlight that the diverse populations are perceived as the “others”, thereby othering patients and the population. This illustrates that difference is highlighted to an unnecessary extent. It should be made clear that diversity is not something to be treated in others [38], [40] but is also reflected in ourselves. Such self-reflection on and self-awareness for one’s culture were addressed in some articles [38], [40]. However, in this context especially the power and privilege of those providing healthcare need to be addressed explicitly, especially when racism, sexism, heterosexism and inequalities are discussed [32]. This was also emphasised by Griswold, Kernan [39], who pointed out that awareness for one’s privilege and power is an integral part of cultural awareness. Regardless of the mode of training, such as experiential learning or classroom teaching, self-reflection does not necessarily encompass reflecting on power and privilege, as also emphasised by Harkess and Kaddoura [45] when they state that “contact alone [does] not necessarily foster insights” (p. 220).

Additionally, self-reflection is not mentioned in articles concerning sex/gender content in health profession training and education. Therefore, it could be advantageous to also include self-reflection on and self-awareness for one’s gender role, privilege and power due to gender in order to not only cover sex/gender content in disease, but to also make it more visible when providing healthcare. Self-reflection and self-awareness are thus not restricted to cultural competence, but should be included when teaching all social characteristics of diversity [32]. This study is not without limitations. We focused on articles concerning diversity education for health professionals. However, the search strategy employed by us might have caused us to miss articles that included social categories of diversity, but did not name these diversity aspects. Furthermore, some studies might have used keywords that were not reflected in the keywords we searched for. However, we believe our main messages would remain unchanged even if other articles were included in this review. Another way to conduct this review would have been to search for various social categories of diversity to elucidate how diversity is incorporated in health profession education. However, we intended to focus on the social categories referred to when diversity education is offered to health professionals. Even though recommendations already exist on how to include diversity in health professions as well as how to include various categories of diversity (e.g. sex/gender), to our knowledge no scoping review discusses the aspects mostly considered or neglected when talking about diversity. Additionally, not all studies included an evaluation of their courses. Thus, there is still a need to study the effects of diversity courses on students, professionals and healthcare practice. Without rigorous evaluation of the curriculum, its courses, and advanced programmes we

cannot ensure that students and professionals benefit from the courses in the manner they are intended to. Future research on diversity in health profession education should focus on identifying specific barriers to including diversity in health profession education. In this sense, the hidden curriculum, which transfers values, norms and other cultural subtext of a profession on an informal level and alongside the formal curriculum [46], should be considered in order to overcome such barriers. Additionally, research needs to determine what we consider diversity to be. For example, similar to research in prototypical successful academic persons envisioned as male individuals [47], diversity might be imagined as referring to culture and ethnicity, while disregarding other aspects of diversity.

Conclusion and implications for practice

Self-reflection and self-awareness are seen as core components of cultural competence, but have not been discussed when focusing on other social categories of diversity, such as gender. Similar to culture, gender affects every individual and is influential when it comes to health, disease and inequality [3]. Thus, gender is also not something that is present only in “others”. Self-reflection can be used as a tool to avoid othering patients, thus acknowledging and reflecting on oneself to elucidate how social categories (e.g. gender, age, ethnicity) influence oneself. This is important if we are to improve our understanding of the interaction and intersections of these categories in human (inter)action, discrimination, inequality, power and privilege and consequently to improve healthcare. This implies that diversity training should include such self-awareness in order to deconstruct health disparities, increase quality of care by socially competent health professionals, who are not only trained in treating a diverse population, but also acknowledge that they are part of the diversity. However, when focusing on diversity, it needs to be emphasised that sex and gender do not become invisible and are thus a hidden part of diversity. This also applies to all other social categories of diversity. Additionally, social categories should not be perceived as being isolated from each other. As proposed by intersectionality, inequality as well as power and privilege are influenced by intersecting social categories as well as by experiences. Such an approach also indicates that we have to reflect on the complexity and unpredictability of “reality” [18] when teaching diversity. Understanding diversity and inequality, but also providing healthcare for all, starts with reflecting on these aspects in ourselves.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001318.shtml>

1. Attachment_1.pdf (99 KB)

Overview of studies included in scoping review

References

1. Gelb K, Pederson A, Greaves L. How have health promotion frameworks considered gender? *Health Promot Int.* 2012;27(4):445-452. DOI: 10.1093/heapro/dar087
2. Regitz-Zagrosek V. Why do we need gender medicine? In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V, editors. *Sex and gender aspects in clinical medicine*. 1st ed. Heidelberg: Springer London; 2012. p.1-4. DOI: 10.1007/978-0-85729-832-4_1
3. Verdonk P, Benschoep Y, de Haes H, Lagro-Janssen T. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14(1):135-152. DOI: 10.1007/s10459-008-9100-z
4. Hochleitner M, Nachtschatt U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int.* 2013;34(1):3-13. DOI: 10.1080/07399332.2012.721419
5. Siller H, Komlenac N, Fink H, Perkhofer S, Hochleitner M. Promoting gender in medical and allied health professions education: Influence on students' gender awareness. *Health Care Women Int.* 2017;1:17. DOI: 10.1080/07399332.2017.1395881
6. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev.* 2016;1(1):2. DOI: 10.1186/s41073-016-0007-6
7. Ritz SA, Antle DM, Cote J, Derooy K, Fraleigh N, Messing K, Parent L, St-Pierre J, Vaillancourt C, Mergler D. First steps for integrating sex and gender considerations into basic experimental biomedical research. *FASEB J.* 2014;28(1):4-13. DOI: 10.1096/fj.13-233395
8. Chevannes M. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *J Adv Nurs.* 2002;39(3):290-298. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02276.x
9. Kuo AA, Verdugo B, Holmes FJ, Henry KA, Vo JH, Perez VH, Inkelas M, Guerrero AD. Creating an MCH Pipeline for Disadvantaged Undergraduate Students. *Matern Child Health J.* 2015;19(10):2111-2118. DOI: 10.1007/s10995-015-1749-3
10. Miller VM, Rice M, Schiebinger L, Jenkins MR, Werbinski J, Nunez A, Wood S, Viggiano TR, Shuster LT. Embedding Concepts of Sex and Gender Health Differences into Medical Curricula. *J Womens Health (Larchmt).* 2013;22(3):194-202. DOI: 10.1089/jwh.2012.4193
11. Kellett P, Fitton C. Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nurs Inq.* 2017;24(1). DOI: 10.1111/nin.12146
12. Muller A. Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *Afr J Health Prof Educ.* 2015;7(1):4-7.
13. Dogra N, Bhatti F, Ertubey C, Kelly M, Rowlands A, Singh D, Turner M. Teaching diversity to medical undergraduates: Curriculum development, delivery and assessment. *AMEE GUIDE No. 103.* *Med Teach.* 2016;38(4):323-337. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1105944
14. Magnusson E. Women, men, and all the other categories: Psychologies for theorizing human diversity. *Nordic Psychol.* 2011;63(2):88-114. DOI: 10.1027/1901-2276/a000034
15. European Union (EU). *Treaty of Lisbon: Amending the treaty on European Union and the treaty establishing the European Community*. Brüssel: EuropeanUnion; 2007.
16. Trentham B, Cockburn L, Cameron D, Iwama M. Diversity and inclusion within an occupational therapy curriculum. *Austr Occu Ther J.* 2007;54:S49-S57.
17. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Chicago: University of Chicago Legal Forum;* 1989. p.139-167.
18. Siri A, Del Puente G, Martini M, Bragazzi NL. Ethnopsychiatry fosters creativity and the adoption of critical and reflexive thinking in higher education students: insights from a qualitative analysis of a preliminary pilot experience at the Faculty of Medicine and Surgery, University of Genoa, Italy. *Adv Med Educ Pract.* 2017;8:321-324. DOI: 10.2147/AMEP.S114473
19. Seeleman C, Sellegger V, Essink-Bot ML, Bonke B. Teaching communication with ethnic minority patients: Ten recommendations. *Med Teach.* 2011;33(10):814-819. DOI: 10.3109/0142159X.2011.600646
20. Murray-Garcia JL, Harrell S, Garcia JA, Gizzi E, Simms-Mackey P. Self-reflection in multicultural training: Be careful what you ask for. *Acad Med.* 2005;80(7):694-701. DOI: 10.1097/00001888-200507000-00016
21. Black LL, Stone D. Expanding the Definition of Privilege: The Concept of Social Privilege. *J Multicult Couns Develop.* 2005;33(4):243-255. DOI: 10.1002/j.2161-1912.2005.tb00020.x
22. McIntosh P. Reflections and Future Directions for Privilege Studies. *J Soc Iss.* 2012;68(1):194-206. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2011.01744.x
23. Saunders PA, Tractenberg RE, Chaterji R, Amri H, Harazduk N, Gordon JS, Lumpkin M, Haramati A. Promoting self-awareness and reflection through an experiential Mind-Body Skills course for first year medical students. *Med Teach.* 2007;29(8):778-784. DOI: 10.1080/01421590701509647
24. Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L. Viewpoint: Physician, Know Thyself: The Professional Culture of Medicine as a Framework for Teaching Cultural Competence. *Acad Med.* 2008;83(1):106-111. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31815c6753
25. Teal CR, Shada RE, Gill AC, Thompson BM, Fruge E, Villarreal GB, Haidet P. When Best Intentions Aren't Enough: Helping Medical Students Develop Strategies for Managing Bias about Patients. *J Gen Intern Med.* 2010;25 Suppl 2:S115-S8. DOI: 10.1007/s11606-009-1243-y
26. White AA, Logghe HJ, Goodenough DA, Barnes LL, Hallward A, Allen IM, Green DW, Krupat E, Llerena-Quinn R. Self-Awareness and Cultural Identity as an Effort to Reduce Bias in Medicine. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2018;5(1):34-49. DOI: 10.1007/s40615-017-0340-6
27. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural Humility: A Concept Analysis. *J Transcult Nurs.* 2016;27(3):210-2107. DOI: 10.1177/1043659615592677
28. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Intern J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
29. Levac D, Colquhoun H, O'Brien K. Scoping Studies: Advancing the Methodology. *Implement Sci.* 2010;5:69. DOI: 10.1186/1748-5908-5-69

30. International Labour Office (ILO). International standard classification of occupations. ISCO-08. Geneva: International Labour Office; 2012.
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
32. Verdonk P, Abma T. Intersectionality and reflexivity in medical education research. *Med Educ*. 2013;47(8):754-756. DOI: 10.1111/medu.12258
33. Braun HM, Ramirez D, Zahner GJ, Gillis-Buck EM, Sheriff H, Ferrone M. The LGBTQI health forum: an innovative interprofessional initiative to support curriculum reform. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1306419. DOI: 10.1080/10872981.2017.1306419
34. Muller A. Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. *BMC Med Educ*. 2013;13:174. DOI: 10.1186/1472-6920-13-174
35. Plank-Bazinet JL, Sampson A, Miller LR, Fadiran EO, Kallgren D, Agarwal RK, Barfield W, Brooks CE, Begg L, Mistretta AC, Scott PE, Clayton JA, Cornelison TL. The science of sex and gender in human health: online courses to create a foundation for sex and gender accountability in biomedical research and treatment. *Biol Sex Differ*. 2016;7(Suppl1):47. DOI: 10.1186/s13293-016-0100-z
36. Seeland U, Nauman AT, Cornelis A, Ludwig S, Dunkel M, Kararigas G, Regitz-Zagrosek V. eGender-from e-Learning to e-Research: a web-based interactive knowledge-sharing platform for sex- and gender-specific medical education. *Biol Sex Differ*. 2016;7(Suppl1):39. DOI: 10.1186/s13293-016-0101-y
37. Celik H, Abma TA, Klinge I, Widdershoven GAM. Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Eval Program Plan*. 2012;35(1):54-65. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001
38. Evans L, Hanes PJ. Online Cultural Competency Education for Millennial Dental Students. *J Dent Educ*. 2014;78(6):867-875.
39. Griswold K, Kernan JB, Servoss TJ, Saad FG, Wagner CM, Zayas LE. Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. *Med Educ*. 2006;40(7):697-703. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02514.x
40. Hunter JL, Krantz S. Constructivism in Cultural Competence Education. *J Nurs Educ*. 2010;49(4):207-214. DOI: 10.3928/01484834-20100115-06
41. Melamed E, Wyatt LE, Padilla T, Ferry RJ. Patient-based Cultural Competency Curriculum for Pre-Health Professionals. *Fam Med*. 2008;40(10):726-733.
42. Ryan M, Ali N, Carlton KH. Community of communities: An electronic link to integrating cultural diversity in nursing curriculum. *J Prof Nurs*. 2002;18(2):85-92. DOI: 10.1053/jpnu.2002.32345
43. Wagner J, Arteaga S, D'Ambrosio J, Hodge C, Ioannidou E, Pfeiffer CA, Reisine S. Dental Students' Attitudes Toward Treating Diverse Patients: Effects of a Cross-Cultural Patient-Instructor Program. *J Dent Educ*. 2008;72(10):1128-1134.
44. Marino R, Hawthorne L, Morgan M, Bata M. Transcultural skills content in a dental curriculum: a comparative study. *Eur J Dent Educ*. 2012;16(1):E33-E40. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2010.00670.x
45. Harkess L, Kaddoura M. Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art. *Nurs Forum*. 2016;51(3):211-222. DOI: 10.1111/nuf.12140
46. Hafferty FW, Gaufberg EH, O'Donnell JF. The role of the hidden curriculum in "on doctoring" courses. *AMA J Ethics*. 2015;17(2):130-139.
47. Stoeger H, Ziegler A, David H. What is a specialist? Effects of the male concept of a successful academic person on the performance in a thinking task. *Psychol Sci*. 2004;46(4):514-530.

Corresponding author:

Heidi Siller

Medical University of Innsbruck, Gender Medicine Unit, Innrain 66, A-6020 Innsbruck, Austria, phone: +43 (0)512 504 25714, Fax: +43 (0)512 504 25719
heidi.siller@i-med.ac.at

Please cite as

Siller H, Tauber G, Hochleitner M. Does diversity go beyond sex and gender? Gender as social category of diversity training in health profession education – a scoping review. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc25.
DOI: 10.3205/zma001318, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013184

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001318.shtml>

Received: 2018-11-30

Revised: 2019-04-09

Accepted: 2019-05-28

Published: 2020-03-16

Copyright

©2020 Siller et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Reicht Diversität über Sex und Gender hinaus? Gender als soziale Kategorie von Diversitäts-Training in der Ausbildung von Gesundheitsberufen – ein Scoping Review

Zusammenfassung

Hintergrund: Sex und Gender sind soziale Diversitätskategorien. Diversität kann dabei mit einem intersektionalen Blick wahrgenommen werden, der aufzeigt, wie intersektionale Kategorien zu Unterdrückung, Ungleichheit, Machtunterschieden und Privilegien beitragen können. Dieser Artikel befasst sich damit, welche Aspekte in Diversitätskursen in der Ausbildung von Gesundheitspersonal berücksichtigt werden und welche Rolle Sex/Gender dabei spielt.

Methode: Dieser Scoping Review bezieht sich auf sozialen Kategorien, die in Diversitätskursen in Gesundheitsberufen genannt werden. Artikel zu Diversitätskursen in Gesundheitsberufen wurden in der Datenbank Web of Science anhand der Schlagwörter gender, diversity, training, education und health professions gesucht. Zwölf Artikel wurden schlussendlich in diesem Review inkludiert. Die daraus gewonnenen Informationen wurden mittels thematischer Analyse analysiert.

Ergebnisse: Es wurden einige Lücken bezüglich Diversitätsaspekte in Kursen festgestellt. In den Ergebnissen zeigte sich, dass der Aspekt „Kultur“ am häufigsten besprochen wurde, wohingegen Sex/Gender und lesbische, schwule, bisexuelle, transgender, queere und intersex (LGBTQI) Themen nur in einem geringen Ausmaß berücksichtigt wurden. Kulturelle Diversitätskurse inkludierten Selbstreflexion über die eigene Kultur, während vergleichbare Instrumente für Sex/Gender und LGBTQI fehlten. Zusätzlich waren weitere Diversitätskategorien wie Behinderung oder Alter weitgehend nicht vorhanden.

Schlussfolgerung: Diversität sollte nicht nur fragmentarisch, sondern in ihrer Gesamtheit in der Ausbildung von Gesundheitspersonal inkludiert werden. Zusätzlich könnten soziale Kategorien, wie beispielsweise Gender, von Selbstreflexion über die Bedeutung der Kategorien profitieren. Zudem sollte die Rolle von Macht und Privilegien reflektiert werden, um das Bewusstsein von Diversität zu fördern. Dabei könnte ein „othering“ vermieden und Gesundheitsversorgung verbessert werden.

Schlüsselwörter: Akademische Medizin, Diversität, Gesundheitsberufe, Scoping Review, Ausbildung

Heidi Siller¹
Gloria Tauber¹
Margarethe
Hochleitner¹

1 Medizinische Universität
Innsbruck, Gemeinsame
Einrichtung für Gender
Medizin, Innsbruck,
Österreich

Einleitung

Sex und Gender sind wichtige Aspekte in der Gesundheitsversorgung [1], [2], [3], der medizinischen Ausbildung [3], [4], [5] und der medizinischen Forschung [3], [6], [7]. Eine Möglichkeit den Fokus auf Sex und Gender zu legen, ist, diese Konzepte als Aspekte von Diversität zu begreifen. Diversität hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung in der Medizin gewonnen [8], häufig in Verbindung mit sozialer Ungleichheit. In diesem Sinn sollte das Gesundheitspersonal auch die Diversität der Bevölkerung reflektieren, um eine bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu ermöglichen [9]. Al-

lerdings ist die Diversität des Gesundheitspersonals nur ein Weg, um optimale Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Ein weiterer Weg, um auf Diversität zu reagieren bezieht sich auf die Inklusion von Diversität in die Ausbildung des Gesundheitspersonals. In der Medizin wurden Empfehlungen ausgesprochen, wie verschiedene Diversitätsaspekte eingebaut werden können, beispielsweise hinsichtlich Sex und Gender [3], [10], Gender-Diversität [11], oder lesbisch, schwule, bisexuelle, transgender (LGBT) und lesbische, schwule, bisexuelle, transgender, queere und intersex (LGBTQI) Themen [12], sowie Diversität im Allgemeinen [13]. Diversität wird dabei oft in Bezug auf Ethnizität, Kultur, Gender, Sexualität, Behinderung, sozioökonomischer Hintergrund oder Klasse, und Alter beschrieben [14]. In Europa sind diese sozialen

Kategorien von Diversität auch in der EU-Anti-Diskriminierungsvorschrift enthalten, welche ein Mittel gegen Diskriminierung darstellt [15]. Dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass diese sozialen Kategorien eine spezifische Bedeutung in der Gesellschaft haben. Beispielsweise können Personen wiederholt mit der sozialen Bedeutung einer dieser Klassifikationen konfrontiert sein (z.B. Mütter und soziokulturelle Erwartungen in Bezug auf Kindererziehung) und auf eine oder mehrere dieser Kategorien reduziert werden (z.B. als Mutter wahrgenommen werden, aber nicht als Expertin in ihrem Beruf). Zusätzlich können solche Klassifikationen die Wahrnehmung von Unterschieden zwischen Menschen nur aufgrund von einer oder zwei Charakteristika (z.B. Religion, Ethnizität, Geschlecht) hervorheben und dabei die Gemeinsamkeiten zwischen Personen oder Gruppen vernachlässigt werden. Diversität tritt dabei einer Kontrastierung von Menschen aufgrund ihrer „Unterschiede“ entgegen, da die Fokussierung auf Unterschiede den Kontext von Diversität hemmen [14]. In diesem Sinne betonen manche Forscher*innen, dass Diversität sowie auch soziale Kategorien der Diversität in ihrer Komplexität [16] und in Bezug auf alle sozialen Kategorien und nicht nur anhand einer einzelnen wie Ethnizität [13] verstanden werden sollte.

Ein System um Diversität zu erforschen

Diversität kann mit einem intersektionalen Blick wahrgenommen werden, der die Möglichkeit bietet, Unterdrückung, Macht, Privilegien und soziale Ungleichheit zu beleuchten. Der Begriff Intersektionalität wurde von Kimberlé Crenshaw [17] geprägt, die aufzeigte, dass einzelne soziale Kategorien (z.B. Ethnizität, Klasse, Geschlecht, Sexualität) in ihrer Wechselwirkung berücksichtigt werden müssen, um Erfahrungen von Diskriminierung zu verstehen. Heute ist Intersektionalität ein wichtiges Konzept, das dazu anregt, die Komplexität der „Realität“ anzuerkennen und ein Verständnis der miteinander verflochtenen Mechanismen sozialer Ungleichheit, aber auch von Privileg und Macht zu unterstützen. Forscher*innen, die sich mit Intersektionalität beschäftigen, haben unter anderem gefordert, dass die Komplexität der „Realität“ auch in die Lehre einbezogen wird, z.B. durch die Förderung kreativer Fähigkeiten für effektives Lernen [18]. Dies unterstreicht, dass Lehren und Lernen die Unvorhersehbarkeit und Komplexität der Beziehungen und der menschlichen (Inter-) Aktionen widerspiegeln sollten [18]. Es wurde auch auf die Notwendigkeit der Selbstreflexion hingewiesen, um Diversität in die Gesundheitsversorgung einbeziehen zu können [13]. Selbstreflexion beinhaltet zum Beispiel die Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen hinsichtlich persönlicher und kultureller Aspekte sowie die Berücksichtigung von Stereotypisierungen [19], aber auch das Bewusstsein über die eigene Identität [20] und Privilegien. Privilegien werden meist durch das Geburtsrecht gewährt, z.B. ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, Geschlecht [21], [22], aber in einigen Fällen

werden auch sozioökonomischer Status und Alter als Privilegien betrachtet [21]. Selbstreflexion ist also ein bewusster kognitiver Prozess über die Reflexion von Verhalten, Überzeugungen und Erfahrungen. Selbstreflexion ist ein Prozess, der von einer Vorbereitungsphase bis hin zu einer transzendent/transkulturellen Phase reicht, die es ermöglicht, Vielfalt zu erfassen und wirklich miteinzubeziehen [20]. Auch wenn diese Phasen anhand von Beispielen aus dem Bereich Ethnizität veranschaulicht wurden, lassen sich die gleichen Effekte feststellen, wenn man sich auf andere Kategorien der Diversität, wie das Geschlecht, konzentriert. Daher könnten Studierenden zunächst skeptisch und sogar gegen das Geschlechterkonzept sein, bevor sie den Einfluss des Geschlechts auf Gesundheit, Interaktion, Alltag und sich selbst kritisch hinterfragen können. Ein weiterer Ansatz, um den Studierenden etwas über Diversität beizubringen, ist die Selbsterkenntnis, also die eigene Darstellung von Diversität. Selbsterkenntnis bedeutet, die eigene persönliche Geschichte zu verstehen, aber auch Einstellungen und Werte [23]. Die Eigenwahrnehmung wird insbesondere eingesetzt, um Vorurteile und Stereotypen gegenüber der eigenen Gruppe abzubauen. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass durch die zunehmende Diversität der medizinischen Fachkräfte, die der jeweiligen Bevölkerung entspricht [9], eine geringere Ungleichheit in der Patient*innenversorgung und eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten [24] die Folge sein wird. Es wird davon ausgegangen, dass die Vermittlung von Selbsterkenntnis und damit der eigenen Geschichte über Kultur, Ethnizität, Fähigkeiten und Privilegien, das Bewusstsein der Studierenden für ihre blinden Flecken im Umgang mit Patient*innen oder Kolleg*innen erhöht wird [25], [26]. Ein solcher Ansatz ist auch gewinnbringend, wenn man kulturelle Demut lehrt, welche Selbsterkenntnis und Selbstreflexion einschließt [27].

Trotz mehrerer Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten der Diversität ist kaum sichtbar, wie verschiedene Diversitätsaspekte und vor allem Geschlecht in die Ausbildung von Gesundheitspersonal einbezogen werden. Aus diesem Grund wurde ein Scoping Review durchgeführt, um die Einbeziehung von Diversität und Geschlecht in die Ausbildung von Gesundheitspersonal zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurde ein intersektionaler Rahmen als Instrument angewandt, um sich auf Diversität zu konzentrieren. Unsere Forschung wurde von folgenden Fragen geleitet:

1. Welche sozialen Kategorien von Diversität sind in der Ausbildung von Gesundheitsberufen enthalten und insbesondere, wie wird Geschlecht als soziale Kategorie von Diversität miteinbezogen?
2. Welche Lücken lassen sich in der Diversitätsausbildung in Gesundheitsberufen aktuell identifizieren?

Dieser Scoping Review zielt darauf ab, die Verwendung von Geschlecht in Diversitätskursen für Gesundheitspersonal zu untersuchen. Um diese Fragen zu diskutieren, haben wir Artikel mit Beschreibungen von Aus- und Weiterbildungsangeboten zum Thema Diversität im Gesundheitswesen gesucht.

Material und Methoden

Die von Arksey und O'Malley [28] entwickelten Empfehlungen für die Scoping Analyse wurden herangezogen. Scoping Reviews sollen einen Überblick über Umfang und Art der Forschungstätigkeit [“the extent, range and nature of research activity” (p.21)] in einem bestimmten Bereich geben [28]. Dies kann auch als eine Zuordnung der Literatur [29] beschrieben werden, was auch hier beabsichtigt wurde. Um einen Scoping Review durchzuführen, schlagen Arksey und O'Malley [28] mehrere Schritte vor:

1. die Forschungsfrage(n) formulieren,
2. relevante Studien in einem bestimmten Bereich identifizieren,
3. Studien anhand von Kriterien auswählen, die aus der Forschungsfrage abgeleitet wurden,
4. extrahierte Daten aus den Artikeln erfassen,
5. Ergebnisse sammeln, zusammenfassen und berichten.

Für diesen Review haben wir am 19. März 2018 in der Datenbank Web of Science mit Hilfe der Web of Science Core Collection recherchiert. Wir wollten zunächst ein breites Spektrum an Literatur zusammentragen und diese Suchergebnisse danach Schritt für Schritt weiter eingrenzen. Dieser Prozess ist ähnlich wie von Levac, Colquhoun [29] beschrieben. So haben wir zunächst mit einer umfassenden Forschungsfrage begonnen, die als Grundlage für unsere Suchstrategie diente. Zu diesem Zweck haben wir offene Schlagwörter verwendet. Zu den Schlagwörtern, die bei der Suche verwendet wurden, gehörten: Geschlecht oder Diversität und Gesundheitsberuf und Ausbildung oder Training [auf englisch: gender or diversity and health profession and education or training]. Diese Schlagwörter wurden in verschiedenen Kombinationen verwendet. Wir haben die Ergebnisse in Bezug auf Sprache (nur Englisch oder Deutsch) und Erscheinungsdatum eingegrenzt und so nur die nach dem Jahr 2000 veröffentlichten Artikel herangezogen, um ein breites Spektrum an Ergebnissen einzubeziehen. Nachdem wir mehr als 3000 Artikel extrahiert hatten, wurden diese Ergebnisse weiter begrenzt. In einem ersten Schritt haben wir Machbarkeitskriterien verwendet und Duplikate, Bücher und Buchkapitel, Meeting- oder Tagungsabstracts ausgeschlossen. Ausgehend von den Empfehlungen von Levac, Colquhoun [29], haben wir unseren Forschungsrahmen spezifiziert und bezogen diese Spezifikationen in unseren Artikelauswahlprozess mit ein. So wurden die Einschlusskriterien wie folgt definiert:

1. Die Zielgruppe war Gesundheitspersonal oder Studierende der Gesundheitsberufe; deshalb wurden Artikel aufgenommen, wenn sie Gesundheitsberufe nach dem Berufssegment 22 „medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsberufe“ der Internationalen Klassifikation der Berufe ISO-08 [30] definierten. Als Mitglieder der Gesundheitsberufe zählen wir: Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Pflegepersonal, Hebammen, Heilpraktiker*innen, sowie alle Anbieter*innen

der traditionellen und komplementären Medizin, sowie Apotheker*innen, Umwelt- und Arbeitsmediziner*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungswissenschaftler*innen, Logopäde*innen, Augenoptiker*innen, Angehörige der Gesundheitsberufe soweit nicht anders angegeben. Allerdings waren nicht alle hier aufgeführten Berufe in den Artikeln abgebildet. Wir haben Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen ausgeschlossen, da diese Berufe als Rechts-, Sozial- und Kulturbederufe (Untergruppe 26) sowie andere Berufe eingestuft werden, die zwar zum Fundament der Gesundheitsberufe gehören, aber nicht in die Untergruppe 22 [30] fallen.

2. Artikel mussten sich auf Diversität oder soziale Kategorien der Diversität in der Ausbildung von Gesundheitsberufen (bzw. Studierende) konzentrieren; ein solcher Fokus war durch einen ausdrücklichen Verweis auf eine oder mehrere soziale Kategorien der Diversität oder die explizite Benennung von Diversität im Rahmen der Ausbildung gegeben.
3. Darüber hinaus wurden Artikel aufgenommen, wenn Autor*innen Ausbildungsinhalte mit expliziten Informationen zu den Kursen beschrieben. Diese Einschlusskriterien wurden in mehreren Schritten für die Auswahl geeigneter Forschungsartikel angewandt (siehe Abbildung 1).

Die Artikelauswahl beinhaltete auch die Überprüfung aller Artikel auf der Grundlage ihres Titels, so wurden nur die Artikel mit einbezogen, die sich mit Training oder Ausbildung befassten und diese oder ähnliche Begriffe im Titel verwendeten. Darüber hinaus mussten die Artikel in ihrem Titel auf Diversität, Kultur, Geschlecht, LGBTQI oder andere soziale Kategorien der Diversität verweisen. Artikel wurden ausgeschlossen, wenn sie dies nicht taten. Ein nächster Schritt bestand darin, Abstracts heranzuziehen und so die Anzahl der Artikel einzugrenzen. Es wurden nur die Artikel einbezogen, die im Abstract auf Training oder Ausbildung zu Diversitätsaspekten wie Geschlecht, soziale Klasse, Behinderung, Sexualität, Alter, Kultur, Ethnizität im Sinne der EU-Antidiskriminierungsrichtlinie [15] verwiesen. Schließlich wurden Volltexte herangezogen, um die Artikelauswahl zu finalisieren. Hier wurden alle Artikel exkludiert, die sich mit anderen Aspekten als der Ausbildung von Studierenden oder Angehörigen der Gesundheitsberufe zu Diversität befassten, sich mit anderen Berufsgruppen als Gesundheitsberufe, und sich nicht auf Trainings oder Ausbildung, sondern sich auf ein Auslandsstudium bezogen. Dies bedeutet auch, dass Artikel ausgeschlossen wurden, wenn sie sich auf die zunehmende Diversität der Angehörigen der Gesundheitsberufe und die beschriebenen Programme konzentrierten; sich nur auf die interprofessionelle Zusammenarbeit konzentrierten; sich auf die Ausbildung oder das Studium verschiedener Bevölkerungsgruppen, aber nicht auf Angehörige der Gesundheitsberufe konzentrierten; sich auf die berufliche Identität, das Einfühlungsvermögen oder den Kommunikationsstil konzentrierten; keine Informationen über die durchgeführte Ausbildung lieferten; oder

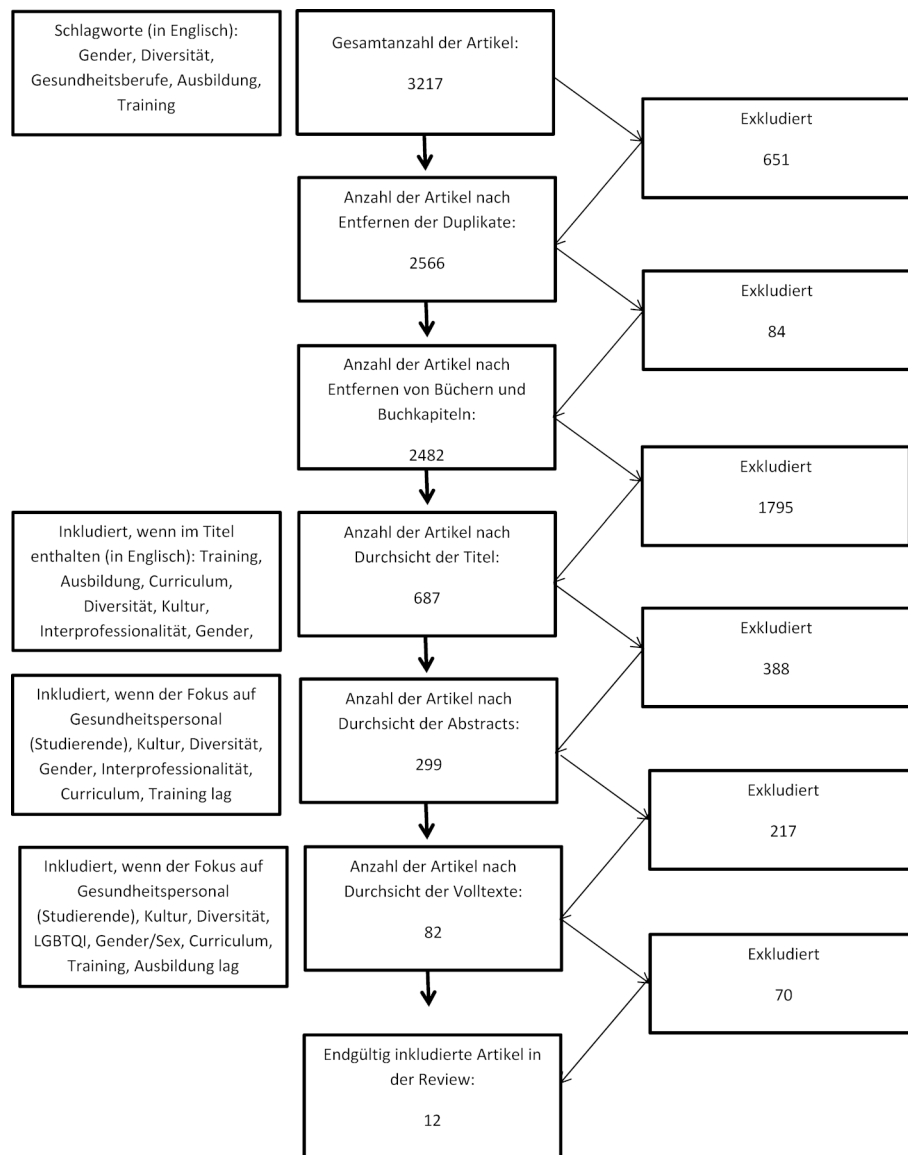


Abbildung 1: Artikel Auswahl

allgemeine Empfehlungen zur Einbeziehung von Diversitätsaspekten abgaben, ohne sich ausdrücklich auf den Inhalt oder die Art der Durchführung zu konzentrieren, oder nicht abrufbar waren. Letztendlich wurden 12 Artikel in diesen Scoping Review aufgenommen. Die Schritte zur Auswahl der Artikel sind in Abbildung 1 dargestellt.

Die Forscher*innen haben die Artikel ausgewählt und zusammengefasst. Alle Schritte wurden besprochen, bevor zum nächsten Artikelauswahlschritt übergegangen wurde. Bei Unsicherheiten über den Ausschluss eines Artikels, z.B. wenn auf der Grundlage des Abstracts kein Konsens über Ein-/Ausschluss erzielt werden konnte, wurde der Volltext herangezogen, um über Ein- oder Ausschluss zu entscheiden.

Die Artikel wurden mit Hilfe einer intersektionalen Perspektive zusammengefasst und konzentrieren sich somit auf die Intersektionen der sozialen Kategorien und deren Relevanz in der Ausbildung. Aus den ausgewählten Artikeln haben wir Informationen über die Zielgruppe, die Art der sozialen Kategorie, die im Kurs und im Artikel verwendet wird, die Art und den Inhalt des Trainings für die Stu-

dierenden der Gesundheitsberufe sowie über die Frage, ob nach dem Kurs ein Outcome oder eine Verbesserung festgestellt wurde, gezogen (siehe Anhang 1). Diese Erfassung der Daten [29] wurde als erster Schritt verwendet, um die aus den Artikeln gewonnenen Daten zu kategorisieren und die Daten entsprechend zu analysieren. Dieses Vorgehen basierte auf der thematischen Analyse [31]; wir haben daher mehrere ausführliche Themen zur Kategorisierung relevanter Informationen aus den Artikeln festgelegt. Zu diesen Themen gehörte die soziale Kategorie der Diversität, Training und Ergebnis (falls zutreffend). Die diesen Themen zugeordneten Codes wurden anhand der Informationen aus den Artikeln definiert. In einem ersten Schritt haben wir uns mit den in der Review enthaltenen Artikeln vertraut gemacht, indem wir sie mehrmals durchgelesen haben. Anschließend wählten wir die relevanten Daten aus und entwarfen dementsprechende Codes. Die nächsten Schritte umfasste die Zusammenstellung der Codes zu Themen und die Überprüfung der Themen, die Neudefinition und Schärfung der für Themen verwendeten Begriffe. Wir haben diese Analysetechnik

verwendet, um Informationen über die sozialen Kategorien der Diversität, wie sie in diesen Artikeln verwendet werden, zusammenzustellen und zu diskutieren, sowie über den Aufbau und die Evaluation von Kursprogrammen für Diversität, falls vorhanden. Eine intersektionale Perspektive zeigt sich, da unser Verständnis von Diversität mit Intersektionalität verwoben ist. So inkludiert Diversität unserer Meinung nach ein Verständnis von verwobenen, sich überschneidenden sozialen Merkmalen, die sich auf die Gesundheit, den Zugang zur Gesundheitsversorgung und zur Behandlung auswirken können. In diesem Sinne sind Intersektionalität und Reflexivität wichtige Möglichkeiten zur Anerkennung und Einbeziehung von Diversität in Gesundheitssystemen und medizinischer Ausbildung [32]. Um eine intersektionale Perspektive in die Darstellung der Ergebnisse einbeziehen zu können, ist es unerlässlich, die aus den Artikeln abgeleiteten Informationen zu kontextualisieren. Bei der Kontextualisierung der Informationen haben wir strukturelle, historische und soziale Bedingungen berücksichtigt. Diese Kontextualisierung bezieht sich auf die Einbettung in den Lehrplan, Unterstützung oder Widerstand gegen Diversitätskurse, Auswirkungen der Diversitätskurse auf die Teilnehmer*innen.

Ergebnisse

Soziale Kategorien von Diversität

Diversität war mit spezifischen Aspekten der Vielfalt verbunden und wurde in geringerem Maße in einem umfangreichen Spektrum diskutiert. So konzentrierten sich zwei Artikel auf lesbische, schwule, bisexuelle und transgender (LGBT) oder lesbische, schwule, bisexuelle, transgender, queere und intersexuelle (LGBTQI) Aspekte in der Ausbildung oder im Lehrplan [33], [34], weitere zwei Artikel auf sexuelle und/oder geschlechtsspezifische Aspekte [35], [36], zwei Artikel auf Diversität im Allgemeinen [37], [38] und sechs Artikel auf kulturelle Aspekte [39], [40], [41], [42], [43], [44] (siehe Anhang 1). Ein spezifischer intersektionaler Begriff war in einigen Definitionen der jeweiligen sozialen Kategorie, die in den Ausbildungsprogrammen angesprochen wurden, offensichtlich. In diesem Sinne wurde Diversität als miteinander verbundene Kategorien [37] oder der Einfluss soziokultureller Interaktion auf das Geschlecht [36] verstanden. Definitionen ohne einen solchen spezifischen intersektionalen Bezug konzentrierten sich auf die Unterschiede zwischen Gruppen oder Individuen (z.B. kulturelle Gruppen) [42], Verhaltensweisen, Fähigkeiten, Werte [38], [42] oder die Fluidität von Konzepten (z.B. Geschlechtsidentität) [34].

Meistens war Diversität mit Kultur und dem Erwerb von kultureller Kompetenz verbunden. In diesem Zusammenhang war Kultur implizit mit Ethnizität, Migration und Minderheiten verbunden.

Diversität scheint in die Ausbildung von Gesundheitsberufen mit einbezogen zu werden, indem man sich auf einzelne Fragmente konzentriert, aber nur zu einem kleinen Ausmaß auf das gesamte Konstrukt fokussiert.

Es ist aber auch notwendig, Diversität in ihrer Komplexität zu verstehen und die einzelnen Teile der Diversität zu verbinden, denn Diversität ist mehr als die Summe ihrer Teile.

Training und Evaluation

Wie aus Anhang 1 ersichtlich ist, wurde ein breites Spektrum von Gesundheitsberufen in die Ausbildungsprogramme mit einbezogen (siehe Anhang 1). Das Gesundheitspersonal und die Studierenden der Gesundheitsberufe nahmen an Diversitätsprogrammen teil, die als Wahlfächer [33], [39], Weiterbildungsprogramme [37] oder Online-Kurse für Gesundheitspersonal [35], [36] eingerichtet wurden. Nicht jeder Artikel erwähnte jedoch die strukturelle Einbettung der Kurse.

Im Diversitätskurs und insbesondere im kulturellen Kompetenztraining wurde nicht nur auf Wissen und Fähigkeiten, sondern auch auf Bewusstsein und Selbstreflexion gesetzt. Es ist wichtig, dass wir Kultur nicht nur bei „den anderen“ sehen, und dass wir das kulturelle Bewusstsein und die kulturelle Kompetenz stärken, indem wir Kultur bei Studierenden oder Mitarbeiter*innen selbst analysieren [40]. Die anderen Diversitätsaspekte wie Geschlecht [35], [36], LGBT/LGBTQI [33], [34] und ein Training zum Gesamtkonzept der Diversität [37] konzentrierten sich hauptsächlich auf Wissenstransfer, Sensibilisierung und anregende Diskussionen zu diesen Themen in Wissenschaft, Lehre und Gesundheitsversorgung. In Kursprogrammen für kulturelle Kompetenz wird Selbsterkenntnis für die eigene Ethnie und Kultur angesprochen mit Blick auf die Arbeit mit einer kulturell vielfältigen Bevölkerung, z.B. Medizinstudierende, die Flüchtlinge betreuen [39], aber auch auf allgemeiner Ebene [38]. Das Schreiben der eigenen kulturellen Autobiographie [40] war ein weiteres Mittel, um die Selbstreflexion über die eigenen kulturellen Werte, Einstellungen und Normen zu fördern. Allerdings waren die Veränderungen im kulturellen Bewusstsein nach dem Kurs gering oder moderat [38], [40]. Diese kleinen Änderungen wurden dem Prozess der Selbsterkenntnis zugeschrieben [38], [40]. Nicht alle in dieser Review inkludierten Artikel berichteten über eine Selbsterkenntnis der eigenen Kultur [41]. In den anderen Artikeln wurde nicht ausdrücklich erwähnt, ob sie die Selbstreflexion in ihre Ausbildung mit einbeziehen [42], [43], [44].

Andere Aspekte der Diversität, wie z.B. LGBTQI, wurden in einem interprofessionellen Gesundheitsforum [33] behandelt, aber wurden auch als fehlend in einer Reihe von medizinischen Themen (z.B. psychische Gesundheit, chronische Krankheiten) und Gesundheitsberufen [34] beschrieben. Sex- und Genderaspekte in der Gesundheit wurden durch die Einbeziehung dieser Diversitätsaspekte bei Krankheiten mit bekannten Geschlechtsunterschieden (z.B. in der Kardiologie) [35], [36] und die Bereitstellung dieses Wissens in Online-Kursen [35], [36] veranschaulicht. Beide Artikel verwendeten einen Online-Ansatz, um Wissen über Sex- und Genderaspekte im Gesundheitswe-

sen und deren Relevanz in der Gesundheitsversorgung zu vermitteln.

In zwei Artikeln wurden nicht nur das Geschlecht oder die kulturelle Vielfalt im Lehrplan beschrieben, sondern auch Diversitätsprogramme für Gesundheitspersonal zu Geschlecht, Ethnizität und sozioökonomischem Status [38] sowie weitere Diversitätsaspekte wie Sexualität, Behinderung, Religion [37] vorgestellt. Auf diese Weise wurde Diversität im Hinblick auf die Stärkung des Bewusstseins für Diversität bei der Pflege und Versorgung [37] und im Hinblick auf die Erweiterung der Kenntnisse und Fähigkeiten [38] fokussiert.

Kontextualisierung von Diversitätskurse

Die Einbeziehung von Diversität und spezifischen Aspekten von Diversität in die Ausbildung von Gesundheitsberufen bedeutet auch, dass man sich mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer solchen Ausbildung auseinandersetzen muss. Es gibt Defizite, wenn es um die Bedeutung von Diversität bei Gesundheit und Krankheit [44] geht. Es wird vom Scheitern bei der Aufnahme von Diversitäts(-aspekten) in der Ausbildung in Pflichtcurricula oder in Weiterbildungsprogrammen [33], [34], [36], [37], [42], [44] sowie vom mangelnden Interesse der Studierenden an diesem Thema [33], [35], [38], [43], [44] berichtet. Die Bemühungen zur Entwicklung und Umsetzung von Diversitätskursen in Gesundheitsberufen sind daher sehr mit Skepsis und Ablehnung verbunden. Solche Einstellungen sind bei Studierenden, aber auch bei Lehrenden und Verantwortlichen spürbar. Unterschiede bei der Durchführung von Kursen können sich auch aus der regionalen Situation ergeben. So wird in einigen Artikeln [38], [39], [42] erwähnt, dass die Lehre von kultureller Kompetenz eine Voraussetzung ist, während anderen Diversitätsaspekten eine solche Unterstützung fehlt.

Diskussion

Dieser Scoping Review zielt auf die Darstellung von Diversitätsaspekten ab, die in Ausbildungen von Gesundheitsberufen enthalten sind, sowie auch auf die Identifizierung von Lücken in diesem Kontext. Insgesamt wurden 12 Artikel in den Review inkludiert. Eine intersektionale Perspektive wurde für diese Studie gewählt, um zu zeigen, dass Diversität kaum als gesamtes Konstrukt inkludiert wurde, sondern mittels verschiedener Fragmente. Mit der Ausnahme von Celik, Abma [37] und zu einem bestimmten Grad auch Ryan, Ali [42], wurden Intersektionen der sozialen Kategorien häufig nicht im nötigen Ausmaß adressiert, um die Komplexität von Diversität aufzuzeigen. Das größte Teil der Diversitätsfragmente ist Kultur. Es kann argumentiert werden, dass Kultur sich nicht notwendigerweise nur auf Ethnizität bezieht, sondern auch auf die gesellschaftlichen Aspekte des Zusammenlebens, z.B. Geschlechterrollen, Normen und Werte. Kultur wird häufig diskutiert in Bezug auf z.B. Sprache, ethnische

Minderheitsbevölkerung, kulturelle Gesundheitsüberzeugungen [41], [44] oder Migration [39], [44]. Allerdings fehlen Intersektionen zwischen den sozialen Kategorien. Wenn Diversität gelehrt wird, ist es auch wichtig mit Selbsterkenntnis zu beginnen, um aufzuzeigen, dass es nicht um „die Anderen“ geht. Eine weitere Lücke, die sich in dieser Review gezeigt hat, bezieht sich auf die Vernachlässigung anderer sozialer Diversitätskategorien, wie Behinderung oder Alter, welche in diesem Kontext zu kurz kommen und kaum diskutiert werden. Selbst Themen wie Sex/Gender und LGBTQI sind nur in einem geringen Ausmaß vorhanden, wenn es um Diversität in der Ausbildung von Gesundheitsberufen geht. Insbesondere in Bezug auf Sex/Gender wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Guidelines eingeführt, welche die Wichtigkeit der Inkludierung von Sex/Gender in Forschung, Lehre und klinischer Praxis aufzeigen [1], [2], [4], [5], [6], [7]. Daher ist der geringe Anteil von Sex/Gender in Diversitätskursen überraschend. Im Gegensatz dazu, ist der größere Anteil von kulturellen Kompetenzprogrammen in Gesundheitsberufen wohl auch Akkreditierungsvorschriften einiger Länder geschuldet, wie auch von Evans and Hanes [38], Griswold, Kernan [39] und Ryan, Ali [42] aufgezeigt. Daraus abgeleitet erkennen wir die Wichtigkeit von Interessensvertretungen und Politik im Prozess der Inkludierung und Implementierung von Diversität in Gesundheitsberufsausbildungen.

In Ansätzen zur Inkludierung von Diversitätskategorien wird betont, dass die diverse Bevölkerung als „die Anderen“ wahrgenommen werden, welches zu „othering“ von Patient*innen und der Bevölkerung führt. Das illustriert, dass Differenz in einem unnötigen Ausmaß hervorgehoben wird. Es muss deutlich gemacht werden, dass Diversität nicht etwas ist, dass in anderen vorkommt [38], [40] sondern es sollte auch in uns selbst reflektiert werden. Diese Selbstreflexion und Selbsterkenntnis in Bezug auf die eigene Kultur wurden in einigen Artikeln angesprochen [38], [40]. Jedoch sollte in diesem Kontext, insbesondere bei denjenigen, die Gesundheitsversorgung anbieten, Macht und Privilegien explizit adressiert werden, besonders dann, wenn Rassismus, Sexismus, Heterosexismus und Ungleichheiten diskutiert werden [32]. Dieser Gedanke wurde auch von Griswold, Kernan [39] betont, die aufgezeigt haben, dass das Bewusstsein für die eigenen Privilegien und Macht ein integraler Bestandteil von kulturellem Bewusstsein ist. Unabhängig von der Art des Kurses, wie erfahrungsbasiertes Lernen oder Lehren, beinhaltet Selbstreflexion nicht unbedingt die Reflexion bezüglich Macht und Privilegien, wie auch von Harkess and Kaddoura [45] hervorgehoben, als sie erklärten „contact alone [does] not necessarily foster insights“ (p. 220).

Selbstreflexion wird in den Artikeln zu Sex/Gender Inhalten in der Ausbildung und in Kursen von Gesundheitsberufen nicht erwähnt. Dabei könnte es von Vorteil sein, Selbstreflexion und Selbsterkenntnis bezüglich der eigenen Geschlechterrolle, Privilegien und Macht aufgrund von Geschlecht zu inkludieren, um weiter nicht nur Sex/Gender Inhalte in Bezug auf Krankheiten abzude-

cken, sondern sie auch sichtbarer zu machen, wenn es um das Anbieten von Gesundheitsversorgung geht. Selbstreflexion und Selbsterkenntnis sind daher nicht beschränkt auf kulturelle Kompetenz, sondern sollten in der Lehre von (allen) sozialen Charakteristika von Diversität inkludiert sein [32].

Diese Studie ist nicht ohne Limitationen. Wir haben uns auf Artikel zu Diversitätsausbildung bei Gesundheitsberufen fokussiert. Durch die eingesetzte Suchstrategie könnten uns Artikel entgangen sein, welche soziale Diversitätskategorien inkludiert haben, diese jedoch nicht als Diversitätsaspekte gekennzeichnet haben. Zudem könnten einige Studien Schlagwörter verwendet haben, die sich nicht in unseren Schlagwörtern für die Suche wiedergespiegelt haben. Dennoch sind wir davon überzeugt, dass die Hauptbotschaft unseres Artikels unverändert bleibt, selbst wenn noch weitere Artikel inkludiert wären. Eine weitere Möglichkeit diesen Review zu gestalten, wäre nach den einzelnen sozialen Kategorien zu suchen, um aufzuzeigen, wie Diversität in der Gesundheitsberufsausbildung abgebildet ist. Dennoch haben wir intendiert, den Fokus auf die sozialen Kategorien zu legen, die in Diversitätsausbildungen bereits eingebaut werden. Selbst wenn es bereits Empfehlungen gibt, wie Diversität in Gesundheitsberufen und wie verschiedene Kategorien (z.B. Sex/Gender) inkludiert werden können, gibt es unseres Wissens noch keinen Scoping Review, welcher Aspekte inkludiert und welche negiert werden bei Diversität. Zudem haben nicht alle Studien eine Evaluation ihrer Kurse beinhaltet. Daher gibt es noch immer die Notwendigkeit den Effekt von Diversitätskursen auf Studierende, Gesundheitspersonal und Gesundheitsversorgung zu untersuchen. Ohne rigorose Evaluationen der Curricula, Kurse, Weiter- und Fortbildungen, können wir nicht mit Sicherheit sagen, dass Studierende und Gesundheitspersonal davon profitieren in der Art wie es intendiert ist. Zukünftige Forschung zu Diversität in Gesundheitsberufsausbildungen sollte sich auf spezifische Barrieren zur Inkludierung von Diversität in Gesundheitsberufsausbildungen fokussieren. In diesem Sinne sollte das versteckte Curriculum, welches Werte, Normen und anderen kulturellen Subtext eines Berufs auf einem informellen Level neben dem formellen Curriculum transportiert, [46], ebenfalls bei der Berücksichtigung von der Überwindung von Barrieren bedacht werden. Zusätzlich sollte Forschung aufzeigen, was wir als Diversität empfinden. Zum Beispiel, ähnlich der Forschung zu prototypischen, erfolgreichen Akademiker*innen, welche häufig als männliche Individuen vorgestellt werden [47], könnte Diversität als Kultur und Ethnizität gedacht werden, während andere Aspekte unbeachtet bleiben.

Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis

Selbstreflexion und Selbsterkenntnis sind Kernkomponenten bei kultureller Kompetenz, werden aber in Zusammenhang mit anderen sozialen Kategorien, wie beispiels-

weise Gender nicht diskutiert. Ähnlich wie Kultur, betrifft Gender jedes Individuum und ist einflussreich in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Ungleichheit [3]. Daher ist auch Gender nicht etwas, dass nur in „Anderen“ vorkommt. Selbstreflexion kann hier als Instrument gebraucht werden, um ein „othering“ von Patient*innen zu vermeiden, es in sich selbst anzuerkennen und zu reflektieren, und um aufzuzeigen wie sozialen Kategorien (z.B. Gender, Alter, Ethnizität) die Person beeinflussen. Das ist wesentlich, wenn wir unser Verständnis zu den Interaktionen und Intersektionen dieser Kategorien in menschlicher (Inter)Aktion, Diskriminierung, Ungleichheit, Macht und Privilegien und damit auch Gesundheitsversorgung stärken wollen. Das beinhaltet, dass Diversitätskurse Selbsterkenntnis beinhalten sollten, um Gesundheitsdisparität zu dekonstruieren, und die Qualität der Versorgung durch sozial kompetentes Gesundheitspersonal zu erhöhen. Dieses Gesundheitspersonal ist dabei nicht nur ausgebildet eine diverse Bevölkerung zu versorgen, sondern erkennt auch an, dass sie Teil der Diversität sind. Jedoch, wenn auf Diversität fokussiert wird, muss auch die Rolle von Sex/Gender betont werden, damit diese Konstrukte nicht unsichtbar und ein versteckter Teil von Diversität werden. Das trifft auch auf alle anderen sozialen Diversitätskategorien zu. Zusätzlich sollten die sozialen Kategorien nicht als isoliert voneinander betrachtet werden. Wie bei Intersektionalität aufgezeigt, sind Ungleichheit, Macht und Privilegien von Intersektionen zwischen sozialen Kategorien wie auch Erfahrungen beeinflusst. Dieser Ansatz bedeutet auch, dass wir die Komplexität und Unvorhersehbarkeit von „Realität“ [18] reflektieren müssen, wenn wir Diversität lehren. Diversität und Ungleichheit verstehen, aber auch das Anbieten von Gesundheitsversorgung für alle, beginnt mit der Reflexion dieser Aspekte in uns selbst.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2020-37/zma001318.shtml>

1. Anhang_1.pdf (97 KB)
Übersicht über die inkludierten Studien in der Scoping Review

Literatur

1. Gelb K, Pederson A, Greaves L. How have health promotion frameworks considered gender? Health Promot Int. 2012;27(4):445-452. DOI: 10.1093/heapro/dar087

2. Regitz-Zagrosek V. Why do we need gender medicine? In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V, editors. Sex and gender aspects in clinical medicine. 1st ed. Heidelberg: Springer London; 2012. p.1-4. DOI: 10.1007/978-0-85729-832-4_1
3. Verdonk P, Benschop Y, de Haes H, Lagro-Janssen T. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(1):135-152. DOI: 10.1007/s10459-008-9100-z
4. Hochleitner M, Nachtschatt U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int*. 2013;34(1):3-13. DOI: 10.1080/07399332.2012.721419
5. Siller H, Komlenac N, Fink H, Perkhofer S, Hochleitner M. Promoting gender in medical and allied health professions education: Influence on students' gender awareness. *Health Care Women Int*. 2017;1-17. DOI: 10.1080/07399332.2017.1395881
6. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev*. 2016;1(1):2. DOI: 10.1186/s41073-016-0007-6
7. Ritz SA, Antle DM, Cote J, Deroy K, Fraleigh N, Messing K, Parent L, St-Pierre J, Vaillancourt C, Mergler D. First steps for integrating sex and gender considerations into basic experimental biomedical research. *FASEB J*. 2014;28(1):4-13. DOI: 10.1096/fj.13-233395
8. Chevannes M. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *J Adv Nurs*. 2002;39(3):290-298. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02276.x
9. Kuo AA, Verdugo B, Holmes FJ, Henry KA, Vo JH, Perez VH, Inkelas M, Guerrero AD. Creating an MCH Pipeline for Disadvantaged Undergraduate Students. *Matern Child Health J*. 2015;19(10):2111-2118. DOI: 10.1007/s10995-015-1749-3
10. Miller VM, Rice M, Schiebinger L, Jenkins MR, Werbinski J, Nunez A, Wood S, Viggiano TR, Shuster LT. Embedding Concepts of Sex and Gender Health Differences into Medical Curricula. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(3):194-202. DOI: 10.1089/jwh.2012.4193
11. Kellett P, Fitton C. Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nurs Inq*. 2017;24(1). DOI: 10.1111/nin.12146
12. Muller A. Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *Afr J Health Prof Educ*. 2015;7(1):4-7.
13. Dogra N, Bhatti F, Ertubey C, Kelly M, Rowlands A, Singh D, Turner M. Teaching diversity to medical undergraduates: Curriculum development, delivery and assessment. *AMEE GUIDE No. 103*. *Med Teach*. 2016;38(4):323-337. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1105944
14. Magnusson E. Women, men, and all the other categories: Psychologies for theorizing human diversity. *Nordic Psychol*. 2011;63(2):88-114. DOI: 10.1027/1901-2276/a000034
15. European Union (EU). Treaty of Lisbon: Amending the treaty on European Union and the treaty establishing the European Community. Brüssel: EuropeanUnion; 2007.
16. Trentham B, Cockburn L, Cameron D, Iwama M. Diversity and inclusion within an occupational therapy curriculum. *Austr Occu Ther J*. 2007;54:S49-S57.
17. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. Chicago: University of Chicago Legal Forum; 1989. p.139-167.
18. Siri A, Del Puente G, Martini M, Bragazzi NL. Ethnopsychiatry fosters creativity and the adoption of critical and reflexive thinking in higher education students: insights from a qualitative analysis of a preliminary pilot experience at the Faculty of Medicine and Surgery, University of Genoa, Italy. *Adv Med Educ Pract*. 2017;8:321-324. DOI: 10.2147/AMEP.S114473
19. Seeleman C, Selleger V, Essink-Bot ML, Bonke B. Teaching communication with ethnic minority patients: Ten recommendations. *Med Teach*. 2011;33(10):814-819. DOI: 10.3109/0142159X.2011.600646
20. Murray-Garcia JL, Harrell S, Garcia JA, Gizzi E, Simms-Mackey P. Self-reflection in multicultural training: Be careful what you ask for. *Acad Med*. 2005;80(7):694-701. DOI: 10.1097/00001888-200507000-00016
21. Black LL, Stone D. Expanding the Definition of Privilege: The Concept of Social Privilege. *J Multicult Couns Develop*. 2005;33(4):243-255. DOI: 10.1002/j.2161-1912.2005.tb00020.x
22. McIntosh P. Reflections and Future Directions for Privilege Studies. *J Soc Iss*. 2012;68(1):194-206. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2011.01744.x
23. Saunders PA, Tractenberg RE, Chaterji R, Amri H, Harazduk N, Gordon JS, Lumpkin M, Haramati A. Promoting self-awareness and reflection through an experiential Mind-Body Skills course for first year medical students. *Med Teach*. 2007;29(8):778-784. DOI: 10.1080/01421590701509647
24. Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L. Viewpoint: Physician, Know Thyself: The Professional Culture of Medicine as a Framework for Teaching Cultural Competence. *Acad Med*. 2008;83(1):106-111. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31815c6753
25. Teal CR, Shada RE, Gill AC, Thompson BM, Fruge E, Villarreal GB, Haidet P. When Best Intentions Aren't Enough: Helping Medical Students Develop Strategies for Managing Bias about Patients. *J Gen Intern Med*. 2010;25 Suppl 2:S115-S8. DOI: 10.1007/s11606-009-1243-y
26. White AA, Logghe HJ, Goodenough DA, Barnes LL, Hallward A, Allen IM, Green DW, Krupat E, Llerena-Quinn R. Self-Awareness and Cultural Identity as an Effort to Reduce Bias in Medicine. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018;5(1):34-49. DOI: 10.1007/s40615-017-0340-6
27. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural Humility: A Concept Analysis. *J Transcult Nurs*. 2016;27(3):210-2107. DOI: 10.1177/1043659615592677
28. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Intern J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
29. Levac D, Colquhoun H, O'Brien K. Scoping Studies: Advancing the Methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69. DOI: 10.1186/1748-5908-5-69
30. International Labour Office (ILO). International standard classification of occupations. ISCO-08. Geneva: International Labour Office; 2012.
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
32. Verdonk P, Abma T. Intersectionality and reflexivity in medical education research. *Med Educ*. 2013;47(8):754-756. DOI: 10.1111/medu.12258
33. Braun HM, Ramirez D, Zahner GJ, Gillis-Buck EM, Sheriff H, Ferrone M. The LGBTQI health forum: an innovative interprofessional initiative to support curriculum reform. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1306419. DOI: 10.1080/10872981.2017.1306419

34. Muller A. Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. *BMC Med Educ.* 2013;13:174. DOI: 10.1186/1472-6920-13-174
35. Plank-Bazinet JL, Sampson A, Miller LR, Fadiran EO, Kallgren D, Agarwal RK, Barfield W, Brooks CE, Begg L, Mistretta AC, Scott PE, Clayton JA, Cornelison TL. The science of sex and gender in human health: online courses to create a foundation for sex and gender accountability in biomedical research and treatment. *Biol Sex Differ.* 2016;7(Suppl1):47. DOI: 10.1186/s13293-016-0100-z
36. Seeland U, Nauman AT, Cornelis A, Ludwig S, Dunkel M, Kararigas G, Regitz-Zagrosek V. eGender-from e-Learning to e-Research: a web-based interactive knowledge-sharing platform for sex- and gender-specific medical education. *Biol Sex Differ.* 2016;7(Suppl1):39. DOI: 10.1186/s13293-016-0101-y
37. Celik H, Abma TA, Klinge I, Widdershoven GAM. Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Eval Program Plan.* 2012;35(1):54-65. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001
38. Evans L, Hanes PJ. Online Cultural Competency Education for Millennial Dental Students. *J Dent Educ.* 2014;78(6):867-875.
39. Griswold K, Kernan JB, Servoss TJ, Saad FG, Wagner CM, Zayas LE. Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. *Med Educ.* 2006;40(7):697-703. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02514.x
40. Hunter JL, Krantz S. Constructivism in Cultural Competence Education. *J Nurs Educ.* 2010;49(4):207-214. DOI: 10.3928/01484834-20100115-06
41. Melamed E, Wyatt LE, Padilla T, Ferry RJ. Patient-based Cultural Competency Curriculum for Pre-Health Professionals. *Fam Med.* 2008;40(10):726-733.
42. Ryan M, Ali N, Carlton KH. Community of communities: An electronic link to integrating cultural diversity in nursing curriculum. *J Prof Nurs.* 2002;18(2):85-92. DOI: 10.1053/jpnu.2002.32345
43. Wagner J, Arteaga S, D'Ambrosio J, Hodge C, Ioannidou E, Pfeiffer CA, Reisine S. Dental Students' Attitudes Toward Treating Diverse Patients: Effects of a Cross-Cultural Patient-Instructor Program. *J Dent Educ.* 2008;72(10):1128-1134.
44. Marino R, Hawthorne L, Morgan M, Bata M. Transcultural skills content in a dental curriculum: a comparative study. *Eur J Dent Educ.* 2012;16(1):E33-E40. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2010.00670.x
45. Harkess L, Kaddoura M. Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art. *Nurs Forum.* 2016;51(3):211-222. DOI: 10.1111/nuf.12140
46. Hafferty FW, Gaufberg EH, O'Donnell JF. The role of the hidden curriculum in "on doctoring" courses. *AMA J Ethics.* 2015;17(2):130-139.
47. Stoeger H, Ziegler A, David H. What is a specialist? Effects of the male concept of a successful academic person on the performance in a thinking task. *Psychol Sci.* 2004;46(4):514-530.

Korrespondenzadresse:

Heidi Siller

Medizinische Universität Innsbruck, Gemeinsame
Einrichtung für Gender Medizin, Innrain 66, A-6020
Innsbruck, Österreich, Tel.: +43 (0)512 504 25714, Fax:
+43 (0)512 504 25719
heidi.siller@i-med.ac.at

Bitte zitieren als

Siller H, Tauber G, Hochleitner M. Does diversity go beyond sex and gender? Gender as social category of diversity training in health profession education – a scoping review. *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc25.
DOI: 10.3205/zma001318, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013184

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001318.shtml>

Eingereicht: 30.11.2018

Überarbeitet: 09.04.2019

Angenommen: 28.05.2019

Veröffentlicht: 16.03.2020

Copyright

©2020 Siller et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.