© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# KULTUROWE KOMPETENCJE PIELĘGNIAREK W OPIECE NAD PACJENTEM NA ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

## *CULTURAL COMPETENCES OF NURSES IN PATIENT CARE IN ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE UNITS*

Robert Deka[1], Danuta Dyk[2, a], Anna Wałdoch[3]

[1] Szpital Wojewódzki w Poznaniu
[2] Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3] Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp

a) https://orcid.org/0000-0003-2435-9424

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.2

STRESZCZENIE

**Wstęp.** Gdy Polska została objęta strefą Schengen i wstąpiła do Unii Europejskiej nastąpiło otwarcie granic, co spowodowało masowe napływanie ludności wyznającej inne wartości, o innym sposobie życia i odrębności kulturowej. Społeczeństwo zaczęło borykać się z problemami wynikającymi z niedostatecznej wiedzy dotyczącej znajomości innych kultur i obyczajów.
**Cel.** Celem pracy była analiza kompetencji kulturowych pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na terenie Polski oraz określenie zależności między danymi socjodemograficznymi a kompetencjami kulturowymi.
**Materiał i metody.** Badanie objęło grupę 292 pielęgniarek/pielęgniarzy. Badania przeprowadzono od sierpnia 2019 do końca stycznia 2020 roku. Wykorzystano w nich metodę przekrojową, a jako narzędzia badań użyto Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego (HPCCI – wersja polska). Kwestionariusze były rozprowadzone na oddziałach intensywnej terapii, w placówkach medycznych na terenie Poznania, Gorzowa Wlkp., Piły, Bydgoszczy i Chojnic.
**Wyniki.** Wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT) dominuje wiedza przeciętna dotycząca znajomości kultur, religii oraz zwyczajów pacjentów spoza kultury polskiej. Badania wykazały pozytywne zachowania ankietowanych w odniesieniu do kompetencji kulturowych i komunikacji z pacjentem w aspektach otwartości personelu na informacje zwrotne od pacjenta, rodziny czy współpracowników na temat tego, jak odnoszą się do osób pochodzących z odmiennych kultur. Z drugiej strony problemem w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo jest bagatelizowanie i niechęć do uwzględniania zwyczajów i zasad, które obowiązują w wielu innych kulturach. Pielęgniarki/pielęgniarze pracujący na oddziałach OIT nie dokumentują i nie biorą pod uwagę w procesie pielęgnowania uwarunkowań kulturowych oraz nie widzą potrzeby poszerzania swojej wiedzy na ten temat.

ABSTRACT

**Introduction.** When Poland became a member of the Schengen area and joined the European Union, the borders were opened, and as a result, there was a mass influx of people of different values, people with a different way of life and cultural identity. Poland has experienced cultural and ethnic changes. Thus, society has started to face problems resulting from insufficient knowledge of other cultures and their customs.
**Aim.** The aim of the study is to analyze the cultural competence of nurses working in anaesthesiology and intensive care units in Poland.
**Material and methods.** The study included 292 nurses. It was conducted from August 2019 to the end of January 2020. The questionnaires were distributed in intensive care units, in medical facilities in Poznań, Gorzów Wielkopolski, Piła, Bydgoszcz and Chojnice. The research used the cross-sectional design with the use of a standardized questionnaire "Scale of Cultural Competence of Medical Personnel".
**Results.** The results revealed that knowledge of cultures, religions and customs of patients from outside Polish culture among the personnel working in anaesthesiology was at medium level. It has been shown that a problem in caring for a patient who is culturally different is the downplaying and reluctance to take into account the customs and rules that apply in many other cultures. Despite the knowledge of nurses in ITUs, they do not document and do not take into account cultural conditions in the process of nursing and do not see a need to expand their knowledge on this subject.

**Wnioski.** Pielęgniarki/pielęgniarze są świadomi istotności wpływu kultury na proces opieki nad pacjentem i wiedzą o roli indywidualnego podejścia do pacjenta z innej kultury, lecz wyrażają niechęć do współpracy z takim pacjentem. Istnieje potrzeba organizowania dodatkowych szkoleń z zakresu wielokulturowości oraz kompetencji kulturowych. Dane socjodemograficzne nie wpływają znacząco na kompetencje kulturowe, ale znajomość języków obcych ułatwia komunikację z pacjentem odmiennym kulturowo.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjent odmienny kulturowo, pielęgniarka, wielokulturowość.

**Conclusions.** The level of knowledge in the field of transcultural nursing among personnel working in ITUs is average. Research has shown that there is a need for additional training lectures covering the scope of transcultural nursing.

KEYWORDS: culturally different patient, nurse, multiculturalism.

## Wprowadzenie

W ostatnich latach mamy do czynienia z największą migracją ludności od czasów II wojny światowej. Chociaż nadal główną przyczyną są prześladowania i wojny, to na pierwsze miejsce wysuwa się poszukiwanie lepszych warunków ekonomicznych czy lepsza praca. Dodatkowo korzystnie wpływa także rozwój środków transportu oraz coraz lepsza znajomość języków obcych, które pozwalają kontynuować naukę poza granicami swojego kraju. Widoczne jest to zwłaszcza w Europie (migracja ludności z krajów afrykańskich i Europy Wschodniej) oraz w Stanach Zjednoczonych (migracja ludności z Meksyku i krajów Ameryki Południowej). Zjawisko to stanowi wyzwanie dla wielu krajów europejskich, w tym Polski [1, 2]. Przystąpienie naszego kraju do związku Unii Europejskiej doprowadziło do otwarcia granic i znacząco nasiliło ruchy migracyjne w naszym państwie. Wzrosła liczba osiedlających się osób odmiennych kulturowo i religijnie (np. muzułmanie), a problemy wynikające z braku wiedzy na temat innych kultur i obyczajów zaczęły dotykać polskie społeczeństwo [3, 4]. Pielęgniarstwo we współczesnym świecie musi wychodzić naprzeciw coraz to bardziej zróżnicowanej wielokulturowo populacji [5, 6]. Świat ulega globalizacji. W Polsce mamy coraz bardziej heterogeniczne społeczeństwo, więc polskie pielęgniarki coraz częściej mają na względzie nie tylko zapewnienie pacjentowi potrzeb biologicznych, społecznych i psychicznych, ale także jego uwarunkowania kulturowe [7, 8]. Pielęgniarstwo transkulturowe zwraca uwagę na zdeterminowane uwarunkowaniami kulturowymi aspekty świadczenia opieki zdrowotnej, które mogą mieć wpływ na postrzeganie choroby, zdrowia i zarządzanie dobrostanem człowieka. „Pielęgniarstwo transkulturowe to formalny obszar humanistycznej i naukowej wiedzy, a także praktyk skupionych na fenomenie holistycznej opieki kulturowej oraz na kompetencjach do asystowania jednostce lub grupie w utrzymaniu lub odzyskaniu zdrowia (lub dobrego samopoczucia) i w radzeniu sobie z niepełnosprawnością, umieraniem lub innymi ludzkimi stanami w kulturowo przystających i korzystnych warunkach" [6, 8]. Od 2012 r. nauka zawodu pielęgniarki oparta jest o podstawowe standardy kształcenia, które wskazują, jakie określone kompetencje zawodowe (złożone z wiedzy, umiejętności i postaw) powinien osiągnąć student pielęgniarstwa. Wymóg ten jest kontynuowany w nowych standardach kształcenia z 2019 roku. Również w znowelizowanym w 2003 roku Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP w części ślubowania zawarty jest zapis o równym traktowaniu pacjentów: „należy zapewnić pomoc każdemu bez względu na jego rasę, religię, narodowość, poglądy polityczne, status finansowy i inne różnice". Dodatkowo ów dokument mówi o tym, że pielęgniarka, na życzenie pacjenta lub jego rodziny, powinna umożliwić kontakt z duchownym oraz dołożyć wszelkich starań, aby opieka nad chorym i umierającym przebiegała w pełni poszanowania jego wartości i godności [9–11].

W modelu kompetencji kulturowych Campinha-Bacote kompetencje te są postrzegane jako proces, a nie jako punkt końcowy, w którym dąży się do osiągnięcia zdolności do skutecznej pracy w kontekście osoby, rodziny lub społeczności z różnych środowisk kulturowych. Identyfikuje on świadomość kulturową, wiedzę kulturową, umiejętności kulturowe, spotkania kulturowe i pragnienie kulturowe jako składowe kompetencji kulturowej [7]. Według tego modelu kompetencje kulturowe wymagają ciągłego rozwoju i doskonalenia własnej zdolności do zapewnienia skutecznej opieki zdrowotnej. Personel pielęgniarski może podnosić swoje kompetencje kulturowe poprzez uczestniczenie w różnych formach kształcenia: konferencjach, warsztatach, kursach, szkoleniach, czytając publikacje lub oglądając programy edukacyjne [12]. Nieznajomość norm kulturowych i religijnych często prowadzi do powstawania stereotypów i postrzegania kogoś w perspektywie etnocentrycznej, co może w późniejszych fazach kontaktów prowadzić do konfliktów, rozczarowań, nieporozumień

czy mowy nienawiści [13, 14]. Nikt z nas nie jest wolny od stereotypów i uprzedzeń, ale należy sobie uświadamiać i zrozumieć powody ich istnienia, zatrzymywać wtedy, gdy się uruchamiają i podejmować działania, które pomogą w zmianie naszych postaw [13–15].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza kompetencji kulturowych pielęgniarek pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz określenie zależności pomiędzy danymi socjodemograficznymi a kompetencjami.

## Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone od sierpnia 2019 r. do końca stycznia 2020 r. wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT) na terenie miasta Poznania, Gorzowa Wlkp., Piły, Bydgoszczy i Chojnic.

Udział w przedmiotowym badaniu był dobrowolny i anonimowy, za zgodą ustną badanych osób. Rozdano 350 ankiet, a zebrano zwrotnie 292, co stanowiło 83,42% całości. Zebrane ankiety posłużyły jako baza do dalszej analizy.

Respondenci otrzymali informację na temat celu badania i procesu zbierania danych we wstępie do narzędzia badawczego. Każdy uczestnik był zapewniony o anonimowości i poufności zebranych danych oraz poinformowany o prawie do dobrowolnego wycofania się z badania w każdej chwili.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietyzacji. Jako narzędzia badań użyto polskiej wersji Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego, będącego adaptacją the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument (HPCCI). Polska wersja skali została opracowana przez międzynarodową grupę w ramach projektu OPIEKA WIELOKULTUROWA NA ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII W EUROPIE. Kwestionariusz został przygotowany w języku angielskim i poddany adaptacji kulturowej w krajach uczestniczących w projekcie. Opracowaniem opisującym zastosowanie tego narzędzia w Polsce jest raport z badań nt. Kompetencji i potrzeb edukacyjnych pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej [10].

Polska wersja kwestionariusza Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego jest w dyspozycji autorów ww. projektu [10].

Kwestionariusz składał się z 49 stwierdzeń podzielonych na pięć sekcji, które określały: 1) świadomość i wrażliwość w odniesieniu do kompetencji kulturowych, 2) zachowania pielęgniarek w odniesieniu do kompetencji kulturowych, 3) komunikację, w której centrum jest pacjent, 4) orientację praktyczną, 5) samoocenę kompetencji kulturowych.

Ankieta została uzupełniona metryczką własnego autorstwa, w której zawarto 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza ankiety – metryczki, jak i twierdzenia kwestionariusza opisano za pomocą liczebności (n) i procentów (%).

Dane poddano wstępnym przekształceniom w arkuszu programu Microsoft Excel 2010 PL, a analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem pakietu Stat Soft Statistica 10 PL. Wyniki opisano liczebnościami w liczbach bezwzględnych „n" – wielkość próby oraz przedstawiono ich wartość procentowo. Następnie po przypisaniu wartości rangowych kategoriom odpowiedzi wyznaczono stopień zgadzania się ze stwierdzeniami w skali 0–6 dla sekcji I (stwierdzenia 1–11) oraz w skali 0–4 dla sekcji IV (stwierdzenia 31–40) i V (stwierdzenia 41–49) oraz częstość postępowania w skali 0–6 dla sekcji II (stwierdzenia 12–27) i w skali 0–5 dla sekcji III (stwierdzenia 28–30). Obie zmienne opisano za pomocą podstawowych parametrów: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe (odch. std.), mediana oraz wartość minimalna i maksymalna (min. i maks.), a także dodatkowo wartość modalną (moda) oraz liczność i częstość dla mody. Do analizy statystycznej użyto testów nieparametrycznych: test U Manna-Whitneya – do sprawdzenia istotności różnicy w dwóch grupach oraz test Kruskala-Wallisa – do sprawdzenia istotności różnicy w co najmniej trzech grupach. Do dokładnego sprawdzenia, między którymi parami grup występują istotne różnice, zastosowano test porównań wielokrotnych.

## Wyniki

Badaniem objęto pielęgniarki/pielęgniarzy czynnych zawodowo. Znaczną przewagę stanowiły kobiety – 85,6% w przedziale wiekowym 20–30 lat (32,2%) i 40–50 lat (31,2%), ze stażem pracy powyżej 6 lat (58,2 %) i wyznaniem katolickim (75,7%). Najliczniejszą grupę stanowili respondenci zamieszkujący w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców (29,5%). Ponad połowa badanych posługiwała się językiem obcym (59,2%) i rzadko odwiedzała obce kraje (48,3%). Zdecydowana większość respondentów nie brała udziału w szkoleniach na temat pielęgniarstwa wielokulturowego – 75,7% osób.

## Ocena kompetencji kulturowych personelu medycznego

### SEKCJA I: Świadomość i wrażliwość w odniesieniu do kompetencji kulturowych

Analizując odpowiedzi z sekcji I najwięcej osób nie zgadzało się ze stwierdzeniem, że jeśli posiadamy wiedzę na temat danego kręgu kulturowego, z którego pocho-

dzi osoba, to nie musimy już oceniać jej osobistych preferencji dotyczących opieki zdrowotnej. Podobny wynik otrzymało pytanie numer 8 dotyczące barier językowych. Aż 89,0% ankietowanych uważało, że duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych, a tym samym będzie to wpływało na opiekę nad takim pacjentem. Największe trudności sprawiało ostatnie pytanie, ponieważ aż 38,4% respondentów nie miało zdania na ten temat lub to pytanie ich nie dotyczyło.

**Tabela 1.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji I
*Table 1. Responses to the statements in section I*

| Stwierdzenie/ *Statement* | Nie zgadzam się/ *I disagree* | | Nie wiem/ *I don't know* | | Tak, zgadzam się/*Yes, I agree* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1. Pochodzenie etniczne jest najważniejszym czynnikiem określającym przynależność kulturową człowieka/*Ethnicity is the most important factor in determining a person's cultural affiliation* | 102 | 34,9 | 34 | 11,6 | 156 | 53,4 |
| 2. Osoby pochodzące z tego samego kręgu kulturowego myślą i działają podobnie/ *People from the same cultural background think and act similarly* | 90 | 30,8 | 26 | 8,9 | 176 | 60,3 |
| 3. Wiele aspektów kulturowości wpływa na zdrowie i opiekę zdrowotną/ *Many aspects of cultural background affect health and health care* | 36 | 12,3 | 18 | 6,2 | 238 | 81,5 |
| 4. Aspekty różnorodności kulturowej powinny być oceniane dla każdej pojedynczej osoby, grupy i organizacji/*Aspects of cultural diversity should be assessed for each individual, group and organization* | 38 | 13,0 | 44 | 15,1 | 210 | 71,9 |
| 5. Jeśli mam wiedzę na temat kręgu kulturowego, z którego pochodzi dana osoba, nie muszę już oceniać jej osobistych preferencji dotyczących opieki zdrowotnej/*If I have knowledge of a person's cultural background, I no longer have to judge their personal health care preferences* | 185 | 63,4 | 24 | 8,2 | 83 | 28,4 |
| 6. Duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych/ *Spirituality and religious beliefs are important to many cultural groups* | 21 | 7,2 | 11 | 3,8 | 260 | 89,0 |
| 7. Człowiek może identyfikować się z więcej niż jedną grupą kulturową/ *A person can identify with more than one cultural group* | 48 | 16,4 | 30 | 10,3 | 214 | 73,3 |
| 8. Bariery językowe są jedynymi trudnościami dla osób, które niedawno imigrowały do Polski/ *Language barriers are the only difficulties for people who have recently immigrated to Poland* | 180 | 61,6 | 16 | 5,5 | 96 | 32,9 |
| 9. Rozumiem, że ludzie z różnych kręgów kulturowych mogą definiować pojęcie "opieka zdrowotna" w różny sposób/ *I understand that people from different cultural backgrounds may define "health care" in different ways* | 23 | 7,9 | 17 | 5,8 | 252 | 86,3 |
| 10. Myślę, że wiedza na temat różnych grup kulturowych pomaga mi w pracy z osobami, rodzinami, grupami i organizacjami/*I think knowledge about different cultural groups helps me when working with individuals, families, groups, and organizations* | 24 | 8,2 | 24 | 8,2 | 244 | 83,6 |
| 11. Lubię pracować z ludźmi, którzy są kulturowo odmienni ode mnie/ *I enjoy working with people who are culturally different from me* | 64 | 21,9 | 112 | 38,4 | 116 | 39,7 |

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

## SEKCJA II: Zachowania pielęgniarek dotyczące kompetencji kulturowych

W sekcji II najwięcej odpowiedzi było „rzadko" lub „często", proporcjonalnie rozkładających się na wszystkie pytania. Największe odchylenie jednak wystąpiło w stwierdzeniu 14, dotyczącym posiadania książek o tematyce wielokulturowości i opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo. Odpowiedź „zawsze" podało

tylko 1% ankietowanych, „często” wskazało 17,5% badanych, a rzadko – 43,8%. Pozostali wskazali na odpowiedzi „nigdy”, „nie jestem pewien”, „nie dotyczy”; – 37,7%. Zadowalający wynik osiągnęło pytanie numer 23, dotyczące informacji zwrotnych od współpracowników na temat tego, jak pielęgniarka/pielęgniarz odnosi się do pacjentów odmiennych kulturowo – odpowiedź „zawsze” podało 29,8% osób. Odpowiedź w kategorii „często” wskazało 44,9% badanych, w pytaniach 25 i 26 dotyczących dokumentacji, duże grono osób, średnio 30% pielęgniarek/pielęgniarzy zaznaczało odpowiedzi: „nigdy”, „nie jestem pewien”, „nie dotyczy”.

**Tabela 2.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji II
*Table 2. Responses to the statements in section II*

| Stwierdzenie/ *Statement* | Nigdy/ *Never* | | Rzadko/ *Rarely* | | Często/ *Frequently* | | Zawsze/ *Always* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 12. Uwzględniam kwestie kulturowości podczas oceny sytuacji pacjenta lub rodziny/*I consider cultural issues when assessing a patient or family situation* | 26 | 8,9 | 80 | 27,4 | 138 | 47,3 | 48 | 16,4 |
| 13. Podczas wykonywania pracy zawodowej poszukuję informacji dotyczących potrzeb kulturowych moich nowych pacjentów i rodzin/I *seek out information regarding the cultural needs of my new patients and families while doing my professional work* | 37 | 12,7 | 132 | 45,2 | 106 | 36,3 | 17 | 5,8 |
| 14. Posiadam książki i inne dostępne materiały, które pomagają mi w zdobyciu informacji o pacjentach i rodzinach pochodzących z różnych kultur/ *I have books and other resources available to help me learn more about patients and families from different cultures* | 110 | 37,7 | 128 | 43,8 | 51 | 17,5 | 3 | 1,0 |
| 15. Korzystam z różnych źródeł, aby poznać dziedzictwo kulturowe innych ludzi/*I use a variety of sources to learn about other people's cultural heritage* | 31 | 10,6 | 177 | 60,6 | 73 | 25,0 | 11 | 3,8 |
| 16. Proszę pacjentów i ich rodziny o wyjaśnienie mi tego, jak oni sami postrzegają zdrowie i chorobę/ *I ask patients and their families to explain to me how they themselves view health and illness* | 44 | 15,1 | 138 | 47,3 | 96 | 32,9 | 14 | 4,8 |
| 17. Proszę pacjentów i ich rodziny, aby powiedzieli mi o swoich oczekiwaniach co do opieki zdrowotnej/*I ask patients and their families to tell me about their expectations for health care* | 29 | 9,9 | 121 | 41,4 | 122 | 41,8 | 20 | 6,8 |
| 18. Unikam stosowania uogólnień, aby nie stereotypizować grup ludzi/*I avoid using generalizations to avoid stereotyping groups of people* | 31 | 10,6 | 62 | 21,2 | 147 | 50,3 | 52 | 17,8 |
| 19. Dostrzegam potencjalne trudności w procesie świadczenia usług, na które mogą napotykać osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych/*I recognise the potential difficulties in the service delivery process that people from other cultural backgrounds may encounter* | 14 | 4,8 | 100 | 34,2 | 158 | 54,1 | 20 | 6,8 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. Działam w kierunku usuwania przeszkód, które mogą napotkać osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych wtedy, gdy je dostrzegę/*I work to remove obstacles that people from other cultural backgrounds may face when I see them* | 25 | 8,6 | 120 | 41,1 | 122 | 41,8 | 25 | 8,6 |
| 21. Usuwam przeszkody napotkane przez pacjentów i rodziny z innych kręgów kulturowych, wtedy gdy mi je zgłoszą/*I remove obstacles encountered by patients and families from other cultural backgrounds when they report them to me* | 17 | 5,8 | 94 | 32,2 | 140 | 47,9 | 41 | 14,0 |
| 22. Jestem otwarta/y/ na informacje zwrotne od pacjentów i ich rodzin na temat tego, jak odnoszę się do osób pochodzących z odmiennych kultur/*I am open to feedback from patients and their families about how I relate to people from different cultures* | 16 | 5,5 | 55 | 18,8 | 144 | 49,3 | 77 | 26,4 |
| 23. Jestem otwarta/y/ na informacje zwrotne od współpracowników na temat tego, jak odnoszę się do osób pochodzących z odmiennych kultur/*I am open to feedback from colleagues on how I relate to people from different cultures* | 10 | 3,4 | 64 | 21,9 | 131 | 44,9 | 87 | 29,8 |
| 24. Znajduję sposoby, aby dostosować swoją opiekę do preferencji moich pacjentów i ich rodzin/*I find ways to tailor my care to the preferences of my patients and their families* | 16 | 5,5 | 74 | 25,3 | 153 | 52,4 | 49 | 16,8 |
| 25. Dokumentuję przeprowadzoną ocenę uwarunkowań kulturowych w opiece nad pacjentem/*I document the assessment conducted of cultural considerations in patient care* | 91 | 31,2 | 102 | 34,9 | 71 | 24,3 | 28 | 9,6 |
| 26. Dokumentuję modyfikacje świadczonych usług, poczynione wspólnie z pacjentami i ich rodzinami/*I document modifications to services provided, made in conjunction with patients and their families* | 81 | 27,7 | 96 | 32,9 | 87 | 29,8 | 28 | 9,6 |
| 27. Uczę się od moich współpracowników na temat ludzi z różnym dziedzictwem kulturowym/*I learn from my colleagues about people with different cultural heritage* | 29 | 9,9 | 128 | 43,8 | 106 | 36,3 | 29 | 9,9 |

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

## SEKCJA III: Komunikacja, w której centrum jest pacjent

Dla dwóch pierwszych pytań z sekcji III dotyczących komunikacji, w której centrum jest pacjent, odpowiedzi równo podzieliły się na kategorie „rzadko" lub „często". Niewielki odsetek odpowiedzi „nigdy" w tych pytaniach osiągnął podobną wartość, kolejno 8,6% i 6,2%. W pytaniu trzecim zaś, mówiącym o tym, czy ankietowani proszą pacjenta i jego rodzinę by wzięli odpowiedzial-

ność za opiekę, odpowiedzi: „często", „dość często" i „bardzo często" podało 34,6% osób. Odpowiedź „rzadko" wskazało 50,3% badanych. Pozostałe 15,1% respondentów wskazało na odpowiedź „nigdy".

**Tabela 3.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji III
*Table 3. Answers to the statements in section III*

| Stwierdzenie/ *Statement* | Nigdy/ *Never* | | Rzadko/ *Rarely* | | Często/ *Often* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| 28. Gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki, daję pacjentowi i jego rodzinie możliwość wyboru przy podejmowaniu decyzji/*When there are many possible ways to provide care, I give the patient and family choices when making decisions* | 25 | 8,6 | 145 | 49,7 | 122 | 41,8 |
| 29. Gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki, podejmuję starania, aby pacjent i jego rodzina mieli kontrolę nad opieką/*When there are many possible ways to provide care, I make an effort to ensure that the patient and family are in control of the care* | 18 | 6,2 | 156 | 53,4 | 118 | 40,4 |
| 30. Gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki, proszę pacjenta i jego rodzinę by wzięli odpowiedzialność za opiekę/*When there are many possible ways to provide care, I ask the patient and family to take responsibility for their care* | 44 | 15,1 | 147 | 50,3 | 101 | 34,6 |

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

## SEKCJA IV: Orientacja praktyczna

Na pierwsze pytanie z sekcji IV znaczna część respondentów zgodziła się ze stwierdzeniem, że rozumie zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną – 65,41% ankietowanych. Na resztę pytań z tej sekcji średnio około 40% odpowiedzi stanowiły „zdecydowanie się nie zgadzam", „nie zgadzam się". Średnio 20–25% respondentów nie wiedziało, jak się ustosunkować do danego twierdzenia. Od reszty wyróżniały się jednak odpowiedzi na twierdzenie 36 i 38. W tych twierdzeniach ponad 60% badanych zaznaczyło odpowiedzi należące do kategorii „nie zgadzam się", a kolejno 9,6% i 14,7% zgadzało się lub zdecydowanie zgadzało się z tym zdaniem.

**Tabela 4.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji IV
*Table 4. Answers to the statements from section IV*

| Stwierdzenie/ *Statement* | Nie zgadzam się/ *I disagree* | | Nie wiem/ *I don't know* | | Tak, zgadzam się/ *Yes, I agree* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| 31. Dobrze rozumiem zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną/*I have a good understanding of the relationships between socio-cultural determinants, health and medical care* | 20 | 6,8 | 81 | 27,7 | 191 | 65,4 |
| 32. To personel medyczny powinien decydować o tym, co będzie tematem rozmowy podczas np. wizyty czy konsultacji/*It is the medical staff who should decide what the topic of the conversation will be during e. g. visit, or consultation* | 132 | 45,2 | 68 | 23,3 | 92 | 31,5 |
| 33. Często jest lepiej dla pacjenta i jego rodziny, gdy nie mają pełnej informacji na temat stanu zdrowia/*It is often better for the patient and family when they do not have full information about the condition* | 159 | 54,5 | 63 | 21,6 | 70 | 24,0 |
| 34. Pacjent i jego rodzina powinni polegać na wiedzy personelu medycznego i nie powinni próbować dowiadywać się o swoim stanie zdrowia na własną rękę/*The patient and family should rely on the expertise of the medical staff and should not attempt to find out about their condition on their own* | 112 | 38,4 | 56 | 19,2 | 124 | 42,5 |
| 35. Gdy personel medyczny zadaje wiele pytań na temat pochodzenia pacjenta i jego rodziny, ingeruje zbytnio w jego sprawy osobiste/*When medical personnel ask a lot of questions about the patient's background and family, they interfere too much in the patient's personal affairs* | 132 | 45,2 | 78 | 26,7 | 82 | 28,1 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36. Gdy personel medyczny naprawdę dobrze realizuje proces diagnozowania, leczenia i pielęgnowania, to sposób odnoszenia się do pacjenta i jego rodziny nie jest aż tak ważny/*When the medical staff is really good at carrying out the process of diagnosis, treatment and nursing, the way they relate to the patient and their family is not that important* | 225 | 77,1 | 39 | 13,4 | 28 | 9,6 |
| 37. Pacjent i jego rodzina powinni być traktowani jak partnerzy personelu medycznego, mieć taką samą pozycję i możliwość decydowania/*The patient and his/her family should be treated as partners of the medical personnel, have the same position and decision-making power* | 102 | 34,9 | 86 | 29,5 | 104 | 35,6 |
| 38. W przypadku gdy pacjent i jego rodzina nie zgadzają się z personelem medycznym, oznacza to, że personel medyczny nie zdobył ich szacunku i zaufania/*When the patient and family disagree with the medical staff, it means that the medical staff has not earned their respect and trust* | 193 | 66,1 | 56 | 19,2 | 43 | 14,7 |
| 39. Plan leczenia i/lub opieki nie może się powieść, jeśli jest niezgodny ze stylem życia i wartościami pacjenta lub jego rodziny/*A treatment and/or care plan cannot succeed if it is inconsistent with the lifestyle and values of the patient or family* | 100 | 34,2 | 92 | 31,5 | 100 | 34,2 |
| 40. Znajomość pochodzenia kulturowego pacjenta i jego rodziny nie jest szczególnie ważna w procesie leczenia i świadczenia opieki pielęgniarskiej/*Knowing the cultural background of the patient and their family, is not particularly important in the treatment and delivery of nursing care* | 149 | 51,0 | 86 | 29,5 | 57 | 19,5 |

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

## SEKCJA V: Samoocena kompetencji kulturowych

Ze stwierdzeniami sekcji V dotyczącymi samooceny zachowania i postępowania pielęgniarek i pielęgniarzy w stosunku do pacjenta odmiennego kulturowo na oddziałach AiIT zgodziło się lub zdecydowanie się zgodziło aż 70,5% do 94,9% ankietowanych. Największy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie się nie zgadzam", „nie zgadzam się" otrzymała odpowiedź numer 41, 27 osób nie wiedziało w jaki sposób zmniejszyć bariery w komunikacji z pacjentami i ich rodzinami, a tylko 3 osoby nie zgadzały się ze stwierdzeniem, że skuteczne wykorzystanie umiejętności interpersonalnych jest bardzo ważne w pracy z pacjentami i ich rodzinami. Podobne wyniki uzyskało stwierdzenie numer 44. Średnio około 14% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam", „nie dotyczy".

**Tabela 5.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji V
*Table 5. Answers to the statements in section V*

| Stwierdzenie/ *Statement* | Nie zgadzam się/ *I disagree* | | Nie wiem/ *I don't know* | | Tak, zgadam się/ *Yes, I agree* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| 41. Jako pracownik opieki zdrowotnej wiem, w jaki sposób zmniejszyć bariery w komunikacji z pacjentami i ich rodzinami/*As a healthcare professional, I know how to reduce barriers to communication with patients and their families* | 27 | 9,2 | 59 | 20,2 | 206 | 70,5 |
| 42. Prezentuję pozytywny styl komunikacji z pacjentami i ich rodzinami/ *I present a positive communication style with patients and their families* | 9 | 3,1 | 38 | 13,0 | 245 | 83,9 |
| 43. Jako pracownik opieki zdrowotnej potrafię stworzyć przyjazne środowisko dla moich pacjentów i ich rodzin/*As a healthcare professional, I am able to create a welcoming environment for my patients and their families* | 7 | 2,4 | 23 | 7,9 | 262 | 89,7 |
| 44. Staram się okazywać wysoki poziom szacunku pacjentom i ich rodzinom/ *I strive to demonstrate a high level of respect for patients and their families* | 5 | 1,7 | 10 | 3,4 | 277 | 94,9 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 45. Jako pracownik opieki zdrowotnej dokonuję stałej oceny swoich umiejętności w pracy z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami/ *As a healthcare professional, I continually assess her skills in working with diverse patient populations and their families* | 17 | 5,8 | 47 | 16,1 | 228 | 78,1 |
| 46. Staram się stworzyć atmosferę prawdziwego zaufania w relacji z pacjentami i ich rodzinami/*I strive to create an atmosphere of genuine trust with patients and their families* | 7 | 2,4 | 20 | 6,8 | 265 | 90,8 |
| 47. Dokładam wszelkich starań, aby zrozumieć wyjątkową historię każdego pacjenta i jego rodziny/ *I make every effort to understand the unique story of each patient and their family* | 19 | 6,5 | 46 | 15,8 | 227 | 77,7 |
| 48. Cenię doświadczenie życiowe każdego z moich pacjentów i ich rodzin/ *I value the life experience of each of my patients and their families* | 12 | 4,1 | 45 | 15,4 | 235 | 80,5 |
| 49. Skuteczne wykorzystanie umiejętności interpersonalnych jest bardzo ważne w pracy z moimi pacjentami i ich rodzinami/*Effective use of interpersonal skills is very important in working with my patients and their families* | 3 | 1,0 | 24 | 8,2 | 265 | 90,8 |

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

## Analiza określająca zależności pomiędzy danymi socjodemograficznymi a kompetencjami kulturowymi personelu medycznego

### Kompetencje kulturowe a wiek personelu medycznego

Analizując zależności pomiędzy kompetencjami kulturowymi a wiekiem personelu medycznego, uzyskano następujące wyniki. W sekcji I ze stwierdzeniem 9 najczęściej zgadzały się osoby młode w wieku 20–30 lat, a najrzadziej osoby powyżej 50 lat. Nie wykazano jednak istotnej różnicy dla żadnej grupy wiekowej. Ze stwierdzeniem 10 najczęściej zgadzały się osoby w wieku 20–30 lat, a najrzadziej osoby w wieku powyżej 50 lat i 41–50 lat. Wykazano istotną różnicę tylko między wiekiem 20–30 lat a 41–50 lat ($p < 0,05$). W sekcji II według stwierdzenia 19 najczęściej tak postępowały osoby w wieku 31–40 lat, a najrzadziej osoby w wieku 41–50 lat ($p < 0,05$), zaś zgodnie ze stwierdzeniami 20 i 21 najczęściej postępowały osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 41–50 lat ($p < 0,05$). Zgodnie ze stwierdzeniem 27 najczęściej postępowały osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 41–50 lat ($p < 0,05$). W sekcji IV ze stwierdzeniami 35 i 38 najczęściej zgadzały się osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 20–30 lat ($p < 0,05$). W sekcjach III i V nie wykazano żadnych istotnych zależności między wiekiem a kompetencjami kulturowymi personelu medycznego.

### Kompetencje kulturowe a płeć personelu medycznego

W przeprowadzonych badaniach ze stwierdzeniami 1, 6, 9, 44, 45, 47 i 48 najczęściej zgadzały się kobiety i to one również częściej angażowały pacjenta i jego rodzinę do podejmowania decyzji oraz uczestniczenia w procesie sprawowania opieki. Natomiast mężczyźni uważali, że często jest lepiej dla pacjenta i jego rodziny, gdy nie mają oni pełnej informacji na temat stanu zdrowia – stwierdzenie 33.

**Tabela 6.** Kompetencje kulturowe a płeć personelu medycznego
*Table 6. Cultural competences and the gender of medical personnel*

| Nr stwierdzenia/ *Item* | Płeć/ *Gender* | n | Średnia | SD | Min. | Maks. | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Kobieta/*Woman* | 241 | 3,44 | 1,71 | 0 | 6 | 0,008 |
| | Mężczyzna/*Man* | 41 | 2,63 | 1,84 | 0 | 6 | |
| 6. | Kobieta/*Woman* | 249 | 4,78 | 1,21 | 0 | 6 | 0,040 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 4,45 | 1,31 | 0 | 6 | |
| 9. | Kobieta/*Woman* | 246 | 4,66 | 1,19 | 0 | 6 | 0,012 |
| | Mężczyzna/*Man* | 40 | 4,25 | 1,28 | 0 | 6 | |
| 12. | Kobieta/*Woman* | 241 | 3,54 | 1,79 | 0 | 6 | 0,028 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 2,93 | 1,69 | 0 | 6 | |
| 26. | Kobieta/*Woman* | 236 | 2,50 | 2,01 | 0 | 6 | 0,002 |
| | Mężczyzna/*Man* | 39 | 1,49 | 1,60 | 0 | 5 | |
| 27. | Kobieta/*Woman* | 240 | 2,95 | 1,74 | 0 | 6 | 0,017 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 2,29 | 1,71 | 0 | 6 | |
| 28. | Kobieta/*Woman* | 236 | 2,55 | 1,28 | 0 | 5 | 0,046 |
| | Mężczyzna/*Man* | 41 | 2,12 | 1,33 | 0 | 5 | |
| 29. | Kobieta/*Woman* | 240 | 2,49 | 1,26 | 0 | 5 | 0,039 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 2,02 | 0,95 | 0 | 5 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30. | Kobieta/*Woman* | 237 | 2,14 | 1,30 | 0 | 5 | 0,035 |
| | Mężczyzna/*Man* | 41 | 1,68 | 0,91 | 0 | 3 | |
| 33. | Kobieta/*Woman* | 249 | 1,48 | 1,07 | 0 | 4 | 0,017 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 1,93 | 1,18 | 0 | 4 | |
| 44. | Kobieta/*Woman* | 249 | 3,33 | 0,60 | 0 | 4 | 0,006 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 3,00 | 0,80 | 0 | 4 | |
| 45. | Kobieta/*Woman* | 246 | 2,98 | 0,74 | 0 | 4 | 0,017 |
| | Mężczyzna/*Man* | 42 | 2,60 | 0,99 | 0 | 4 | |
| 47. | Kobieta/*Woman* | 248 | 3,00 | 0,78 | 0 | 4 | 0,000 |
| | Mężczyzna/*Man* | 41 | 2,39 | 1,07 | 0 | 4 | |
| 48. | Kobieta/*Woman* | 248 | 3,01 | 0,68 | 1 | 4 | 0,004 |
| | Mężczyzna/*Man* | 41 | 2,59 | 0,89 | 0 | 4 | |

n – liczba/*number*; $\bar{x}$ – średnia/*mean*; SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*; Min. – minimum/*minimum*; Maks. – maksimum/*maximum*

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

### Kompetencje kulturowe a wykształcenie personelu medycznego

Ze stwierdzeniami 3 i 6 najczęściej zgadzały się osoby legitymujące się tytułem magistra, a najrzadziej pielęgniarki/pielęgniarze dyplomowani. Między nimi nie wykazano żadnych istotnych różnic. Podobne wyniki uzyskano w stwierdzeniach 9, 10 i 19, ale wykazano istotną różnicę pomiędzy osobami: magister pielęgniarstwa a pielęgniarka/pielęgniarz dyplomowany, a w 9 także między licencjatem a magistrem pielęgniarstwa. W stwierdzeniu 32 osoby posiadające licencjat pielęgniarstwa najczęściej zgadzały się, że to personel medyczny powinien decydować o tym, co będzie tematem rozmowy podczas wizyty/konsultacji, a najrzadziej posiadające tytuł magistra. Między nimi wykazano istotną różnicę ($p < 0,05$).

### Kompetencje kulturowe a doświadczenie zawodowe personelu medycznego

W przypadku kompetencji kulturowych w relacji do doświadczenia zawodowego personelu pracującego na oddziałach AiIT wykazano istotną różnicę ($p < 0,05$) tylko w stwierdzeniu 1 (zależność między doświadczeniem zawodowym wynoszącym 2–6 lat i powyżej 6 lat). Najczęściej ze stwierdzeniem, że osoby pochodzące z tego samego kręgu kulturowego myślą i działają podobnie zgadzał się personel pracujący do 2 lat i powyżej 6, a najrzadziej pracujący 2–6 lat.

### Kompetencje kulturowe a miejsce zamieszkania personelu medycznego

Ze stwierdzeniami 5 i 8 najczęściej zgadzały się osoby mieszkające w mniejszych miastach do 50 tys. mieszkańców, a najrzadziej w dużych powyżej 500 tys. Między nimi zachodziły istotne różnice ($p < 0,05$). Osoby mieszkające w mieście > 500 tys. uważają, że człowiek może identyfikować się z więcej niż jedną grupą społeczną. Personel mieszkający w mieście 50–100 tys. mieszkańców najczęściej prosi pacjentów i ich rodziny o informacje dotyczące ich oczekiwań co do opieki zdrowotnej oraz uczy się od swoich współpracowników na temat ludzi z różnym dziedzictwem kulturowym, a najrzadziej mieszkający powyżej 500 tys. Przyjazne środowisko dla swoich pacjentów i ich rodzin potrafią stworzyć osoby mieszkające na wsi oraz w miastach od 100–500 tys. mieszkańców.

### Kompetencje kulturowe a udział w szkoleniach personelu medycznego

Kompetencje kulturowe personelu medycznego w sekcji I i w sekcji V pozostają na tym samym poziomie i nie zależą od ich uczestnictwa lub nie w szkoleniach. Zaś w sekcji II osoby podejmujące szkolenia z zakresu wielokulturowości częściej poszukują informacji z różnych źródeł, starają się poznać zdanie pacjenta odmiennego kulturowo oraz działają w kierunku usuwania przeszkód, jakie napotykają osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych.

**Tabela 7.** Kompetencje kulturowe a udział w szkoleniach personelu medycznego (w tabeli nie przedstawiono wyników nieistotnych)
*Table 7. Cultural competences and participation in the training of medical personnel (irrelevant results are not presented in the table)*

| Nr stwierdzenia/ *Item* | Udział w szkoleniach/*Participation in trainings* | n | Średnia | SD | Min. | Maks. | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. | Tak/*Yes* | 71 | 3,17 | 1,67 | 0 | 6 | 0,0003 |
| | Nie/*No* | 215 | 2,34 | 1,72 | 0 | 6 | |
| 14. | Tak/*Yes* | 69 | 2,03 | 1,66 | 0 | 6 | 0,0002 |
| | Nie/*No* | 204 | 1,25 | 1,42 | 0 | 6 | |
| 15. | Tak/*Yes* | 71 | 2,69 | 1,61 | 0 | 6 | 0,0005 |
| | Nie/*No* | 216 | 1,99 | 1,48 | 0 | 6 | |
| 16. | Tak/*Yes* | 71 | 3,03 | 1,72 | 0 | 6 | 0,0002 |
| | Nie/*No* | 215 | 2,17 | 1,62 | 0 | 6 | |
| 17. | Tak/*Yes* | 71 | 3,44 | 1,75 | 0 | 6 | 0,0001 |
| | Nie/*No* | 218 | 2,53 | 1,67 | 0 | 6 | |
| 20. | Tak/*Yes* | 68 | 3,26 | 1,52 | 0 | 6 | 0,032 |
| | Nie/*No* | 207 | 2,85 | 1,57 | 0 | 6 | |
| 25. | Tak/*Yes* | 67 | 2,93 | 2,07 | 0 | 6 | 0,002 |
| | Nie/*No* | 204 | 2,02 | 1,89 | 0 | 6 | |
| 26. | Tak/*Yes* | 68 | 2,85 | 1,98 | 0 | 6 | 0,012 |
| | Nie/*No* | 207 | 2,19 | 1,96 | 0 | 6 | |
| 29. | Tak/*Yes* | 69 | 2,84 | 1,39 | 0 | 5 | 0,004 |
| | Nie/*No* | 213 | 2,29 | 1,14 | 0 | 5 | |
| 37. | Tak/*Yes* | 70 | 2,20 | 1,17 | 0 | 4 | 0,045 |
| | Nie/*No* | 218 | 1,95 | 1,02 | 0 | 4 | |
| 39. | Tak/*Yes* | 71 | 2,24 | 1,10 | 0 | 4 | 0,043 |
| | Nie/*No* | 219 | 1,95 | 0,94 | 0 | 4 | |

n – liczba/*number*; $\bar{x}$ – średnia/*mean*; SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*; Min. – minimum/*minimum*; Maks. – maksimum/*maximum*

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

### Kompetencje kulturowe a posługiwanie się językiem obcym przez personel medyczny

Z wyróżnionymi stwierdzeniami w każdej z sekcji oprócz III, częściej zgadzały się osoby, które posługiwały się językiem obcym. W tabeli nie przedstawiono wyników nieistotnych.

**Tabela 8.** Kompetencje kulturowe a posługiwanie się językiem obcym przez personel medyczny
*Table 8. Cultural competencies and the use of a foreign language by medical personnel*

| Nr stwierdzenia/ *Item* | Posługiwanie się językiem obcym/ *Use of a foreign language* | n | Średnia | SD | Min. | Maks. | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. | Tak/*Yes* | 172 | 4,44 | 1,20 | 0 | 6 | 0,004 |
| | Nie/*No* | 119 | 3,94 | 1,47 | 0 | 6 | |
| 7. | Tak/*Yes* | 168 | 4,29 | 1,40 | 0 | 6 | 0,002 |
| | Nie/*No* | 117 | 3,78 | 1,51 | 0 | 6 | |
| 9. | Tak/*Yes* | 169 | 4,75 | 1,12 | 0 | 6 | 0,015 |
| | Nie/*No* | 117 | 4,39 | 1,31 | 1 | 6 | |
| 10. | Tak/*Yes* | 168 | 4,76 | 1,29 | 0 | 6 | 0,004 |
| | Nie/*No* | 113 | 4,38 | 1,36 | 0 | 6 | |
| 15. | Tak/*Yes* | 170 | 2,39 | 1,64 | 0 | 6 | 0,004 |
| | Nie/*No* | 117 | 1,83 | 1,31 | 0 | 6 | |
| 19. | Tak/*Yes* | 170 | 3,41 | 1,57 | 0 | 6 | 0,008 |
| | Nie/*No* | 115 | 2,93 | 1,44 | 0 | 6 | |
| 24. | Tak/*Yes* | 170 | 3,70 | 1,63 | 0 | 6 | 0,026 |
| | Nie/*No* | 114 | 3,27 | 1,66 | 0 | 6 | |
| 31. | Tak/*Yes* | 171 | 2,82 | 0,85 | 0 | 4 | 0,001 |
| | Nie/*No* | 115 | 2,54 | 0,85 | 0 | 4 | |
| 36. | Tak/*Yes* | 172 | 0,95 | 0,88 | 0 | 4 | 0,001 |
| | Nie/*No* | 118 | 1,32 | 0,97 | 0 | 4 | |
| 38. | Tak/*Yes* | 172 | 1,21 | 0,86 | 0 | 4 | 0,000 |
| | Nie/*No* | 118 | 1,66 | 0,96 | 0 | 4 | |
| 42. | Tak/*Yes* | 171 | 3,08 | 0,68 | 0 | 4 | 0,002 |
| | Nie/*No* | 117 | 2,85 | 0,69 | 0 | 4 | |
| 49. | Tak/*Yes* | 171 | 3,29 | 0,62 | 0 | 4 | 0,019 |
| | Nie/*No* | 118 | 3,11 | 0,68 | 0 | 4 | |

n – liczba/*number*; $\bar{x}$ – średnia/*mean*; SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*; Min. – minimum/*minimum*; Maks. – maksimum/*maximum*

Źródło: badania własne
*Source: author's own materials*

## Dyskusja

Osoby z różnych wyznań, kultur mają odmienne potrzeby w czasie trwającej choroby oraz podczas pobytu w szpitalu, wobec czego osoby sprawujące bezpośrednią opiekę nad chorym odmiennym kulturowo powinny być świadome różnic między religiami, kulturami po to, aby móc zapewnić choremu oraz jego rodzinie jak najlepszą, profesjonalną opiekę i wsparcie.

Posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników szpitali jest niezwykle cenną wartością, będącą jednym z wyznaczników dobrej oceny świadczonych usług zdrowotnych. Według raportu z 2017 r. Dobrowolskiej i wsp. [10] pielęgniarki polskie wykazują braki w wiedzy, umiejętnościach i postawach, które dotyczą również pielęgniarek AiIT. Analiza danych empirycznych państw biorących udział w projekcie pokazała, że we wszystkich pięciu podskalach mierzących kompetencje kulturowe ankietowane pielęgniarki uzyskały przeciętne (średnie) wyniki [10]. Takie same wnioski uzyskała Bąk i wsp. [16]. Podobne wyniki uzyskano również w badaniach własnych.

Ten sam raport stwierdza, że mamy bardzo mocno religijne środowisko pielęgniarskie. Według ich badań 97,1% personelu na oddziałach AiIT to katolicy [10]. Majda i wsp. w 2017 roku odnotowały, że na 100 przebadanych pielęgniarek na różnych oddziałach 99 było katoliczkami, a jedna osoba była niewierząca [14]. Badania własne wykazały, że ta tendencja z biegiem lat się zmienia i w 2020 roku 75,3% ankietowanych to byli katolicy, a 22,6% niewierzący. Wśród 292 badanych znalazło się również 4 wyznawców judaizmu oraz jeden muzułmanin i jeden buddysta.

Tucker i wsp. [17] w publikacji z 2011 roku wnioskowali o konieczności zapewnienia pacjentom indywidualnej, kompetentnej opieki, dostosowanej do oczekiwań osób z różnych kręgów kulturowych. Uzyskanie przez personel medyczny zaufania wśród pacjentów skutkuje łatwiejszą współpracą z chorymi, którzy bardziej stosują się do zaleceń, a proces pielęgnowania jest efektywniejszy. Tym samym deficyt wiedzy i brak świadomości kulturowej utrudnia proces leczenia. Badania Tuckera i wsp, wykazały wyraźny związek pomiędzy kompetencjami kulturowymi personelu medycznego a poprawą skuteczności leczenia u pacjentów odmiennych kulturowo.

Na podstawie wyników badań własnych można zgodzić się z tą opinią, ponieważ 81,5% ankietowanych zgadzało się ze stwierdzeniem, że wiele aspektów kulturowości wpływa na zdrowie i opiekę zdrowotną. Znaczna większość badanych – 86,3% zgadzało się z tym, że duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych oraz 86,3% pielęgniarzy rozumiało, że różne kręgi kulturowe mogą definiować pojęcie „opieka zdrowotna" w różny sposób. Lecz tylko 39,7% badanych pielęgniarek deklarowało, że lubi pracować z osobami odmiennymi kulturowo, a tylko 16,4%, że zawsze uwzględnia kwestie kulturowości podczas oceny sytuacji pacjenta lub rodziny i tylko 9,6%, że zawsze

dokumentuje modyfikacje świadczonych usług, poczynione z pacjentem i ich rodzinami.

Tak niskie statystyki nie wynikają z wykształcenia personelu, ponieważ 65,4% dobrze rozumie zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną. Takie podejście może mieć swoje podłoże w braku szkoleń dotyczących opieki wielokulturowej, które miałyby na celu wyjaśnienie istotności takich działań. Aż 75,7% procent ankietowanych nie brało nigdy udziału w żadnym szkoleniu o takiej tematyce.

Podobną opinię wyraziła Ogórek-Tęcza i wsp. [18] w 2011 roku dotyczącą oceny poziomu wiedzy pielęgniarek na temat wybranych aspektów opieki nad pacjentami różnych wyznań. Z opracowania wynika, że aż 78% badanych pielęgniarek uważało za konieczność wprowadzenie dodatkowych szkoleń oraz kursów dla personelu pielęgniarskiego, które obejmowałyby swym zakresem zagadnienia z pielęgniarstwa transkulturowego. Według ankietowanych szkolenia te w swoich treściach powinny zawierać informacje na temat zwyczajów, obyczajów, rytuałów typowych dla poszczególnych religii oraz medycznych aspektów opieki nad pacjentem o odmiennej kulturze, a także powinny dotyczyć komunikacji z pacjentem innej religii.

W innej publikacji autorki badań zauważyły, że ponad połowa pielęgniarek – 54%, nie spotkała się z pojęciem pielęgniarstwa transkulturowego [15]. Podobne wyniki otrzymała Zdziebło i wsp. W tych badaniach aż 91,5% badanych zauważyło potrzebę znajomości kultur, a 52,8% uważało za konieczną organizację szkoleń podyplomowych z komunikacji nad osobą odmienną kulturowo [4]. W badaniach Strzelczyk i wsp. [19] dwie trzecie badanych uważało, że potrzebna jest wiedza personelu pielęgniarskiego na temat innych kultur lub religii [19]. Według Przyłęckiego przebyte szkolenia nie gwarantują jednak, że nabyta wiedza i umiejętności będą stosowane w praktyce, jeśli zabraknie chęci i otwartości na kontakt z przedstawicielami grup mniejszościowych [20].

Część problemów z nieprzestrzeganiem tolerancji kulturowej wynika również ze stereotypów, które funkcjonują w naszym życiu codziennym. Według badań Majdy i wsp. w grupie 100 studentów pielęgniarstwa, 27% deklarowało uprzedzenia wobec grup etnicznych. Badanie przeprowadzone przez Zalewską-Puchałę wykazało, że 14% Polaków nie chce mieć za sąsiada obcokrajowca, a najbardziej narażeni na dyskryminacje i uprzedzenia są muzułmanie i ludność romska [15]. Według własnych badań 10,6% pracujących na oddziałach AiIT zawsze stosuje uogólnienia i stereotypizuje ludzi, a tylko 17,8% nigdy. Z badań własnych wynika, że personel medyczny na oddziałach AiIT posiada dobre zdolności interpersonalne, 70% z nich deklaruje, że wie, jak zmniejszyć bariery komunikacyjne z pacjentem. Pozytywny styl komunikacji, tworzenie przyjaznego środowiska, okazywanie wysokiego poziomu szacunku do pacjentów i ich rodzin oraz tworzenie atmosfery zaufania wobec personelu deklaruje 83–94% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Komunikację z pacjentem odmiennym kulturowo ułatwia również znajomość języków obcych. W badaniach własnych stwierdzono, że według ankietowanych znajomość języków obcych i wykształcenie magisterskie ułatwia komunikację z pacjentem oraz podnosi poziom zaufania chorych do personelu leczącego. Podobne wyniki uzyskały Jeznach i Piekarska, które odnotowały, że studenci studiów II stopnia, kierunku pielęgniarstwo posiadają wyższy stopień kompetencji wielokulturowych, głównie ze względu na znajomość języka obcego na poziomie B2 [21].

Bardzo zbliżone wyniki otrzymano w raporcie z 2017 roku „Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OiT w zakresie opieki wielokulturowej". Raport ten pokazał, że nadal w porównaniu do pielęgniarek/rzy pracujących na oddziałach AiIT w Czechach i Słowenii polskie pielęgniarki jawią się jako osoby przywiązujące mniejszą wagę do komunikacji z pacjentem i jego rodziną [10].

Pomiar kompetencji kulturowych jest nadal trudnym zadaniem. Wynika to z ograniczonego dostępu do narzędzi badawczych (zgody autorów, proces walidacji-adaptacji do polskich warunków kulturowych) [11] oraz braku dostępnych, wystandaryzowanych i wiarygodnych skal oceny kompetencji kulturowych [22]. W badaniach własnych trudności wynikały również z postawy personelu medycznego, który nie wykazywał chęci wypełniania kwestionariusza lub nie miał czasu go wypełnić ze względu na obszerność zastosowanej ankiety.

Istnieje zatem potrzeba intensyfikacji działań podejmowanych w tym obszarze, zarówno przez pielęgniarki naukowców, jak i pielęgniarki praktyków w trosce o dobro pacjenta i optymalną jakość opieki.

## Wnioski

1. Personel pielęgniarski zatrudniony na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii wykazuje średni poziom kompetencji kulturowych.
2. Pielęgniarki/pielęgniarze na oddziałach AiIT, mimo posiadanej świadomości znaczenia wpływu kultury w procesie opieki nad pacjentem i wiedzy o indywidualnym podejściu do pacjenta z innej kultury, wyrażają niechęć do współpracy z takim pacjentem.
3. Badania wykazały pozytywne zachowania ankietowanych w odniesieniu do kompetencji kulturowych i komunikacji z pacjentem w aspektach

otwartości personelu na informacje zwrotne od pacjenta, rodziny czy współpracowników na temat tego, jak odnoszą się do osób pochodzących z odmiennych kultur.

4. Istnieje potrzeba prowadzenia szkoleń z zakresu wielokulturowości oraz nauki języków obcych.

**Piśmiennictwo**


1. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. Pielęg XXI. 2018; 3(2): 67–68.
2. Chałdaś-Majdańska J, Bieniak M, Machul M i wsp. Badania naukowe na temat wielokulturowości w praktyce pielęgniarskiej. Przegląd polskiego piśmiennictwa pielęgniarskiego. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 7(8): 124–134.
3. Duda A, Fecko-Gałowicz K, Jabłońska P, Zięba M. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci. Piel Zdr Publ. 2017; 7(2): 263–267.
4. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makieła E, Stępień R, Wiraszka G. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. Probl Pielęg. 2014; 22(3): 367–372.
5. Musiał Z, Kłapa Z. Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego. Probl Pielęg. 2013; 21(2): 249–254.
6. Lesińska-Sawicka M. Wybrane aspekty wielokulturowości w pielęgniarstwie, Akademia Pomorska w Słupsku. 2015.
7. Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A, Dobrowolska B. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego. Pielęg XXI. 2017; 7(8): 124–134.
8. Majda A, Zalewska-Puchała J. Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie. Piel Pol. 2018; (2): 196–203.
9. Szkup-Jabłońska M, Schneider-Matyka D, Kubiak J, Grzywacz A, Jurczak A, Augustyniak K, Grochans E. Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia. Family Medicine & Primary Care Review. 2013; 15, 3: 394–396.
10. Dobrowolska D, Ozga D, Gutysz-Wojnicka A. i wsp. Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej, Opieka Wielokulturowa na Oddziałach Intensywnej Terapii w Europie. Numer projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615. Multicultural Care in European Intensive Care Units.
11. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P. Polish Adaptation of the Cross Cultural Competence Inventory: An Overview. Pielęg XXI. 2020; 19(1): 15–21.
12. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. Probl Pielęg. 2011; 19(2): 253–258.
13. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa, Probl Pielęg. 2013; 21(2): 187–194.
14. Majda A, Matusik-Baziak R, Zalewska-Puchała J. Postawy pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam. Hygeia Public Health. 2017; 52(4): 428–434.
15. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. Probl Pielęg. 2013; 21(3): 327–334.
16. Bąk JM, Niedorys B, Chrzan-Rodak A i wsp. Religijność a kompetencje kulturowe pielęgniarek w kontekście przeobrażeń społecznych. Rozprawy Społeczne. 2020; 14,1, 98–109.
17. Tucker CM, Marsiske M, Rice KG. et al. Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement. Health Psychol. 2011; 30(3): 342–350. doi: 10.1037/a0022967.
18. Ogórek-Tęcza B, Kamińska A, Matusiak M, Skupnik R. Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. Pielęg XXI. 2012; 41(4): 61–65.
19. Strzelczyk J, Brykowska D, Bączyk G. Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarskiej. Piel Pol. 2019; 7,4: 61–69.
20. Przyłęcki P. Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej. Władza Sądzenia. 2019; 16, 10–26.
21. Jeznach AM, Piekarska R. Kompetencje międzykulturowe studentów kierunku pielęgniarstwo, studiów II stopnia – próba diagnozy. Rozprawy Społeczne. 2018; 12(2): 38–50.
22. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P, Szkup M. The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation. PLoS one. 2019; 14(3): 1–21.



Artykuł przyjęty do redakcji: 03.02.2021.
Artykuł przyjęty do publikacji: 06.09.2021.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.



**Adres do korespondencji:**
Robert Deka
ul. Juraszów 7/19
60-479 Poznań
e-mail: sciencedk88@gmail.com
Szpital Wojewódzki w Poznaniu