



HUMANI

TARKA

ZE DRZE Z CIE BIE KA MIE NIE MIENIE

Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej

PAWEŁ PRZYŁĘCKI
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Polska, w związku z przystąpieniem do Unii Europejskiej, stała się państwem bardziej zróżnicowanym kulturowo. Ma to wpływ na wiele sfer życia społecznego, w tym na opiekę medyczną. Pacjenci pochodzący z grup mniejszościowych stanowią wyzwanie dla środowiska medycznego ze względu na z jednej strony problem językowy, a z drugiej strony na występujące różnice kulturowe mające wpływ na proces leczenia. W krajach zachodnich już w latach 50. XX w. wdrażano pierwsze działania mające na celu rozwój opieki medycznej wrażliwej kulturowo. Odbywało się to na wielu poziomach, a jednym z nich była edukacja studentów w zakresie kompetencji kulturowych. W Polsce dopiero od niedawna promuje się kształcenie studentów kierunków medycznych w tym zakresie, podobnie jak od niedawna prowadzone są szersze badania w zakresie kompetencji kulturowych w opiece medycznej.

W związku z tym, iż tematyka ta wciąż jest w Polsce słabo rozwinięta, celem tego artykułu jest przybliżenie pojęć kultury i kompetencji kulturowej i ich rozumienia w kontekście opieki medycznej. Dodatkowo wskazane zostały główne powody dla których powinno się kształcić przyszłych pracowników opieki medycznej, wskazując bariery komunikacyjne, jakie pojawiają się w przypadku kontaktu lekarza/pielęgniarki z pacjentem pochodzącym z grupy mniejszościowej. Omówiono również wybrane modele kształtowania kompetencji kulturowych w kontekście opieki medycznej.

Słowa kluczowe:

kultura, opieka zdrowotna, kompetencja kulturowa, inteligencja kulturowa, modele kompetencji kulturowej.

Wprowadzenie

Kompetencje kulturowe wymagane są w przypadku różnych grup pracowników w momencie, gdy mają oni kontakt w swojej pracy z osobami pochodzącymi z mniejszościowych grup etnicznych/narodowych i religijnych. Do grupy tej należą również pracownicy opieki medycznej, którzy coraz częściej w Polsce mają kontakt z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo. Są to z jednej strony osoby urodzone i wychowane w Polsce, jednak pochodzące z mniejszościowej grupy etnicznej, jak Romowie, czy religijnej, jak świadkowie Jehowy, a z drugiej strony jest to coraz liczniejsza grupa migrantów.

Problematyka kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej jest często podejmowana w badaniach dotyczących komunikacji z pacjentami w państwach, w których istnieje duża różnorodność kulturowa i religijna, głównie w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii. Jak twierdzą C. Jongen, J. McCalman, R. Bainbridge, Clifford (2018, s. 13–15), zauważono konieczność rozwoju kompetencji kulturowych wśród pracowników opieki medycznej ze względu na duże różnice kulturowe pomiędzy personelem medycznym a pacjentami. Te różnice przejawiają się nie tylko w zakresie języka, ale co istotniejsze w zakresie wyznawanego światopoglądu, postaw i wartości, przyczyniając się pośrednio do nierównego traktowania pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych. Chcąc przeciwdziałać powstawaniu nierówności zdrowotnych, jednym z elementów miało być rozwijanie kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej, a także wpływanie na system opieki medycznej jako całość.

W Polsce, w przeciwieństwie do państw zachodnich, tematyka kompetencji kulturowych w opiece medycznej nie znalazła w przeszłości większego zainteresowania wśród badaczy, co jednak łatwo zrozumieć, biorąc pod uwagę

to, iż Polska do momentu przystąpienia do Unii Europejskiej była jednym z najbardziej homogenicznych państw nie tylko w Europie, ale i na świecie. Znaczący wpływ na tę sytuację miały decyzje podjęte przez światowych przywódców w 1945 r. dotyczące kształtu nowych granic Polski, a także przymusowe przesiedlenia mniejszości narodowych i etnicznych oraz polityka migracyjna władz komunistycznych okresu Polskiej Republiki Ludowej. Taka sytuacja oznaczała, iż zwłaszcza w kontekście opieki medycznej nie widziano sensowności prowadzenia badań naukowych, czy realizowania zajęć dla studentów kierunków medycznych, których celem byłby rozwój kompetencji interkulturowych. Zamieszkiwanie na terenie Polski po II wojnie światowej nielicznych etnicznych, kulturowych i religijnych grup mniejszościowych traktowano w kontekście opieki medycznej raczej jako pewnego rodzaju „folklor kulturowy”, niemający większego znaczenia dla praktyki lekarskiej i pielęgniarstwa. Dodatkowo, przy dominującym założeniu modelu biomedycznego, nie zwracano większej uwagi na wpływ religii i kultury na zachowania pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych w systemie opieki medycznej. Ostatnia dekada przyniosła jednak zauważalne zmiany w polityce migracyjnej. Do Polski zaczęło przyjeżdżać coraz więcej cudzoziemców nie tylko w celach turystycznych, ale i zarobkowych oraz edukacyjnych (Główny Urząd Statystyczny, 2019, s. 22). Zmiany te zostały zauważone przez środowisko medyczne. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego już w 2012 r. wpisało do standardów kształcenia na kierunkach medycznych posiadanie wiedzy w zakresie kulturowych, etnicznych i narodowych uwarunkowań zachowań ludzkich (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2012). Uczelnie medyczne zaczęły tym samym coraz częściej oferować studentom zajęcia, których celem jest rozwój kompetencji kulturowych. Dodatkowo prowadzonych

jest coraz więcej badań w zakresie kompetencji kulturowych pracowników medycznych oraz walidacji narzędzi do badania tych kompetencji (np. Szkup-Jabłońska, Schneider-Matyka, Kubiak, Grzywacz, Jurczak, Augustyniak, Grochans, 2013; Ozga, Dobrowolska, Gutysz-Wojnicka, Mędrzycka-Dąbrowska, Zdun, 2018; Barzykowski, Majda, Przyłęcki, Szkup, 2019a; Barzykowski, Majda, Szkup, Przyłęcki, 2019b). Dostępnych jest także wiele opracowań dotyczących teoretycznych i praktycznych aspektów komunikowania się z pacjentem zróżnicowanym kulturowo (Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza 2009; Majda, Zalewska-Puchała, 2011; Majda, Zalewska-Puchała, 2017; Majda, Zalewska-Puchała, 2018; Majda, Zalewska-Puchała, 2019a; Majda, Zalewska-Puchała, 2019b; Krajewska-Kułak, Wrońska, Kędziara-Kornatowska, 2010; Krajewska-Kułak, Guzowski, Bejda, Lankau, 2016; Mroczkowska, 2013; Przyłęcki, 2016a; Przyłęcki, 2016b; Przyłęcki, 2016c; Przyłęcki, 2017; Zalewska-Puchała, Majda, 2014; Zdziebło, Nowak-Starz, Makiela, Stępień, Wiraszka, 2014). Znajdziemy także opracowania, w których omawiane są różne modele komunikowania się z przedstawicielami innych kultur (np. Płaszewska – Żywko, 2010; Ślusarska, Zarzyca, Majda, Dobrowolska, 2017).

W związku ze zmianami w zakresie polityki migracyjnej w Polsce, a tym samym wzrostem liczby pacjentów zróżnicowanych kulturowo, wzrasta zainteresowanie nauczaniem, rozwijaniem oraz oceną kompetencji kulturowych studentów oraz pracowników opieki medycznej. W związku z powyższym artykuł ten ma na celu przybliżenie pojęcia kultury i kompetencji kulturowych w kontekście opieki medycznej, przedstawienie definicji oraz modeli kształtowania kompetencji kulturowej, wyjaśnienie roli kultury w procesie diagnozowania oraz wskazanie barier komunikacyjnych w kontakcie lekarza/pielęgniarki z pacjentem odmiennym kulturowo.

Kultura i jej znaczenie w procesie diagnostycznym

Chcąc zrozumieć istotę i rolę kompetencji kulturowych w systemie opieki zdrowotnej, kluczowe wydaje się w pierwszej kolejności odnieść do samej kultury i jej wpływu na proces leczenia. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji kultury, jednakże dla celu tego opracowania ograniczę się do wskazania dwóch wybranych przykładów, które nie tylko zwracają uwagę na podobne elementy tworzące kulturę, ale są też często przytaczane w kontekście badań nad komunikacją interkulturową w opiece medycznej. Cross, Bazron, Dennis, Isaacs (1989, s. 7) definiują kulturę jako wyuczony wzór ludzkiego postępowania obejmujący: myśli, sposoby komunikowania się, działania, zwyczaje, przekonania, wartości oraz organizację grup społecznych. Tymczasem w pracy *Diversity and Cultural Competence in Health Care. A Systems Approach* (Dreachslin, Gilbert, Malone, 2013, s. 109) można wskazać, iż kultura jest to wiedza oraz symbole, które są wyuczone i wspólnie podzielane przez daną grupę, służące wyjaśnianiu rzeczywistości społecznej i stanowiące drogowskaz tego, jak członkowie tej grupy powinni się zachowywać w sytuacjach życia codziennego.

Taki charakterystyczny sposób postrzegania świata i ludzi odnosi się zarówno do małych grup etnicznych, jak i dużych społeczeństw narodowych. Jednostka internalizuje daną kulturę w procesie socjalizacji pierwotnej i wtórnej. Kultura, jak piszą Dreachslin i in. (2013, s. 110) jest *sui generis* oprogramowaniem umysłu. Jednostki zaprogramowane są przez kulturę grup społecznych, z których się wywodzą, po to, aby mogły oceniać sposób zachowania się, relacje i postępowanie innych osób z własnej grupy oraz procesy zachodzące poza światem własnej grupy społecznej. Należy jednak pamiętać, że kultury mają charakter w mniejszym bądź większym

stopniu dynamiczny i ulegają przeobrażeniom. Nawet tak spójna i trwała w czasie kultura romska ulega nieznacznym przemianom zwłaszcza w dobie szerokiego dostępu do Internetu (Talewicz-Kwiatkowska, 2013, s. 214). To wszystko oznacza, że w kontekście opieki medycznej wiedza na temat kultury, z której wywodzi się dany pacjent jest istotna, może bowiem pomóc w zrozumieniu stosunku pacjenta do własnego zdrowia i przyjętej strategii walki z chorobą. Jednakże właśnie ze względu na zmienność kultury rozumienie kultury obcej nie może oznaczać jedynie posiadania wiedzy na temat charakterystycznych cech danej kultury, ale powinno wiązać się również z rozumieniem tego, jak grupa lub jednostki komunikują się ze sobą w ramach swojego własnego środowiska społecznego, materialnego i duchowego (Draechslin, 2013, s. 111). Światopogląd kulturowy pacjenta wpływa bowiem na rozumiane przez niego pojęcie zdrowia, choroby i leczenia. Każda kultura definiuje pojęcie zdrowia, wskazuje, czym ono jest dla członków własnej grupy, określa etiologię choroby, a także właściwe społeczne i medyczne środki walki z chorobą. Zatem kultura stanowi klucz do zarządzania chorobą w każdym społeczeństwie, bowiem uczy swoich członków tego co robić, jak robić i dlaczego, aby przetrwać w sytuacji wystąpienia zagrożenia, w tym choroby (Kagawa-Singer, Kassim-Lakha, 2003, s. 578, 585).

Przywiązanie kulturowe do danej grupy społecznej uwidacznia się w zakresie między innymi wspólnie podzielanych norm religijnych, prawnych, moralnych i zwyczajowych, wartości i przekonań, strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach. W zakres tych wspólnie podzielanych wartości wpisują się również kategorie zdrowia i choroby oraz przyjętej strategii radzenia sobie z chorobą. Zdrowie i choroba w różnych społeczeństwach są definiowane odmiennie. Podczas gdy w świecie zachodnim dominuje od czasów Kartezjusza

podejście biomedyczne, według którego choroba jest wynikiem pojawienia się w organizmie różnych mikroorganizmów (Capra, 1987, s. 174, 178), tak w społeczeństwach niezachodnich dominują inne modele wyjaśniania choroby. W tak zwanej medycynie wschodniej obejmującej różne kraje azjatyckie (np. Chiny, Mongolię) za powód choroby podaje się brak harmonii i równowagi pomiędzy siłami ying i yang (Jaroszewska, 2013, s. 75). W innych regionach świata (Azja, Afryka, Ameryka Płd.) wciąż występuje traumatyczny stosunek do wyjaśniania choroby, która jest karą za grzechy.

Do ostatecznego usankcjonowania w naukach o zdrowiu roli kultury w zachowaniu zdrowia przyczynił się Marc Lalonde (1974), który w opracowanym modelu „mandali zdrowia” wymienił cztery kluczowe elementy warunkujące zdrowie: styl życia (w późniejszych wersjach określany jako środowisko społeczno-kulturowe), środowisko fizyczne, czynniki genetyczne oraz opiekę zdrowotną. Wśród tych elementów środowisko społeczno-kulturowe uznano za element dominujący. Usankcjonowano pogląd, według którego kultura może być albo czynnikiem patogenym (np. przebywanie w środowisku, w którym spożywanie alkoholu stanowi podstawę utrzymania dobrych kontaktów towarzyskich), albo czynnikiem terapeutycznym (np. przekonanie danej grupy społecznej o konieczności przeprowadzania badań przesiewowych) (Jaroszewska, 2013, s. 72). Kultura wywiera wpływ na wiele elementów warunkujących zdrowie, zaczynając od zachowań dietetycznych, skłonności do podejmowania ryzyka w życiu codziennym, sposobu spędzania wolnego czasu, higieny, a kończąc na podejściu do przestrzegania zaleceń lekarskich, prowadzenia badań profilaktycznych, zaufaniu do systemu opieki zdrowotnej.

Pracownicy opieki medycznej w Polsce spotykają się w swojej codziennej praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej z różnymi grupami

zróżnicowanych kulturowo i religijnie pacjentów. Można jednak wskazać podstawowe rozróżnienie. Z jednej strony są to pacjenci urodzeni i wychowani w Polsce, znający lepiej bądź gorzej język polski, rozumiejący normy kulturowe obowiązujące w naszym społeczeństwie (np. Romowie, Żydzi, świadkowie Jehowy), a z drugiej strony pacjenci wychowani w całkowicie odmiennej kulturze, którzy niedawno przyjechali do Polski, często nieznający w stopniu zadowalającym języka polskiego (np. muzułmanie, buddyści, hinduiści). Wszyscy ci pacjenci mają wpojone przez rodzinę i własną kulturę różne wartości i przekonania, różnią się religią lub jedynie stopniem praktykowania przekonań religijnych, preferują różne zachowania zdrowotne/anty-zdrowotne, mają różny poziom wykształcenia, a w końcu różną wiedzę ogólną i medyczną. Pracownicy opieki medycznej starają się brać pod uwagę wszystkie te czynniki. Należy jednak zauważyć, iż komunikacja z pacjentem wychowanym w Polsce będzie jednak łatwiejsza chociażby ze względu na brak bariery językowej oraz znajomość norm obowiązujących w kulturze zachodniej.

Bariery w komunikacji z pacjentem odmiennym kulturowo

W przypadku pacjentów odmiennych kulturowo skala trudności diagnostycznych i terapeutycznych jest o wiele większa. Podstawowym problemem jest komunikacja słowna. W przypadku cudzoziemców nieznających języka polskiego możliwości wyboru lekarza przez pacjenta są ograniczone. Alternatywą jest znalezienie lekarza mówiącego płynnie w języku angielskim pod warunkiem jednak, że pacjent również potrafi swobodnie komunikować się w tym języku. Inną możliwością jest znalezienie tłumacza. Jednakże nawet jeśli zniesiona zostanie bariera językowa w stopniu umożliwiającym komunikację na poziomie

lekarz/pielęgniarka-pacjent, to i tak brak wiedzy na temat innych kultur, niechęć wobec zrozumienia różnic kulturowych, własne uprzedzenia mogą stać się przyczyną błędnej diagnozy lub mogą wystąpić tak duże różnice w bezpośrednim kontakcie lekarza/pielęgniarki – pacjenta, że postawienie właściwego rozpoznania oraz dalsze prowadzenie pacjenta w procesie terapeutycznym może być niemożliwe do zrealizowania. Prowadzi to do dyskryminacji pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych, przejawiającej się w takich zachowaniach jak: pobieżne przeprowadzenie wywiadu medycznego, krótszy czas wizyty lekarskiej, brak chęci dogłębnego zrozumienia problemu, z którym przyszedł pacjent, proponowanie procedury leczenia niezgodnej z przekonaniami religijnymi/kulturowymi pacjenta, zignorowanie problemu pacjenta. Potraktowanie problemu pacjenta w sposób lekceważący jest na ogół wynikiem wzajemnego niezrozumienia się wynikającego ze zbyt dużych różnic w postrzeganiu i rozumieniu choroby, jak i również innych czynników mających wpływ na podejmowanie decyzji dotyczącej leczenia. Jako przykład można podać brak zgody świadków Jehowy na transfuzję krwi. Lekarze, ze względu na obowiązujące przepisy prawa dotyczące możliwości rezygnacji z leczenia ratującego życie, nie przeprowadzają transfuzji krwi gdy pacjent nie wyraża na to zgody, nie oznacza to jednak, iż personel medyczny akceptuje to i rozumie (Przyłęcki, 2016a). Innym problemem, często wymienianym przez środowisko medyczne w Polsce, jest brak porozumienia z Romami i ich rodzinami na oddziałach szpitalnych. Romscy pacjenci są tłumnie odwiedzani przez członków rodziny, czego personel medyczny na ogół nie rozumie i nie potrafi w sposób ugodowy rozwiązać rodzących się wówczas konfliktów. Tymczasem przyjazd do szpitala dużej liczby członków rodziny pacjenta romskiego spowodowane jest przekonaniem, że rodzina bliższa i dalsza musi

pożegnać się z pacjentem na wypadek jego ewentualnej śmierci. Niepożegnanie się może doprowadzić do przykrych konsekwencji, jaką będzie nawiedzanie przez ducha zmarłej osoby pozostałych członków rodziny (Sutherland, 1992; Przyłęcki, 2016b).

Jedną z grup, z którą może dochodzić do nieporozumień w procesie terapeutycznym są przedstawiciele kultur wschodnich, na przykład Chińczycy. W przypadku kultur wschodnich, w których dominuje konfucjański model wychowania, dominuje przekonanie o niemożliwości okazywania braku szacunku autorytetowi, którym w tym przypadku będzie lekarz. Taki pacjent będzie niewiele mówił, a w przypadku ewentualnych rozbieżności pomiędzy nim a lekarzem, taki pacjent może milczeć. Dodatkowo chińska koncepcja zdrowia oparta jest również na filozofii konfucjańskiej, według której ludzkie ciało składa się z pierwiastków yin i yang. Choroba pojawia się wówczas, gdy dochodzi do zachwiania równowagi pomiędzy tymi dwoma pierwiastkami, na co wpływ mogą mieć relacje społeczne, pogoda, siły nadprzyrodzone, zła dieta itd. (Matsumoto, Juang, 2007, s. 253). Problem może także pojawić się na poziomie nazewnictwa, gdyż Chińczycy nie posługują się na przykład słowem depresja, a zamiast tego używają określenia *xin qing bu hao*, które tłumaczy się jako „sercu nie jest dobrze” (Jaroszewska, 2013, s. 77).

Należy też wskazać, iż ze względu na dominujący model biomedyczny, wiele zaburzeń znanych i uważanych za poważne w krajach niezachodnich nie jest traktowanych jako choroba w krajach zachodnich. Należą do nich na przykład przedawkowanie medytacji, strach przez zmniejszaniem się i zanikaniem genitaliów, pogorszenie zdrowia w związku z przekonaniem, iż na chorego rzucono czary (Jaroszewska, 2013, s. 79). Problemem może być również komunikacja niewerbalna. W różnych kulturach można zaobserwować

inne sposoby komunikowania niewerbalnego. W wielu państwach, w tym w Polsce, połączenie kciuka i palca wskazującego w kręgu oraz trzymanie prosto pozostałych palców interpretuje się jako znak zgody, czyli ok, tymczasem w niektórych państwach, jak Turcja, Grecja czy kraje Ameryki Południowej odbierane to jest jako wulgaryzm (Pease, 2011, ss. 138–155). Warto również zwrócić uwagę na takie kwestie jak zachowanie dystansu przestrzennego, utrzymanie kontaktu wzrokowego czy dotyk.

Od świadomości kulturowej do kompetencji kulturowej w komunikacji z pacjentem

Pojęcie kompetencji kulturowej ma, jak twierdzą Dreachslin i in. (2013, s. 119), swoją dość długą i złożoną drogę rozwoju w kontekście opieki medycznej. Za prekursorkę badań w zakresie wpływu kultury na leczenie należy uznać Madeleine Leininger (1991) ze Stanów Zjednoczonych. Już w latach 50. XX wieku zwróciła ona uwagę na potrzebę rozwijania opieki pielęgniarskiej wrażliwej na potrzeby kulturowe poszczególnych grup mniejszościowych oraz rozwój kompetencji kulturowych, pomimo iż nie posługiwała się jeszcze wtedy tym terminem. Zanim pojęcie to na dobre zakorzeniło się w literaturze naukowej z zakresu komunikacji z pacjentami pochodzącymi z grup odmiennych kulturowo, wykorzystywano różne określenia mające na celu podkreślenie specyfiki tej formy komunikacji. Początkowa była to **świadomość kulturowa** (*cultural awareness*), czyli dążenie do tego, aby pracownicy opieki medycznej uświadomili sobie, że ludzie z różnych kultur rzeczywiście się różnią, a te niewidoczne czasami na pierwszy rzut oka różnice, zwłaszcza w przypadku osób urodzonych w Stanach Zjednoczonych, mogą wpływać na kontakt z lekarzem czy pielęgniarką. Bycie świadomym kulturowo to również bycie świadomym tego, jak własna kultura

kształtuje mnie jako osobę, bycie świadomym własnych ograniczeń wynikających z przynależności do danej kultury i grupy społecznej oraz bycie świadomym tego, że inne osoby mają inne wartości i poglądy od naszych ze względu na doświadczenie socjalizacji w innej kulturze (Dreachslin i in., 2013, s. 119).

Zakorzenie się pojęcia świadomości kulturowej pozwoliło na zrobienie kroku na przód. W latach 80. XX wieku upowszechniło się pojęcie **wrażliwości kulturowej** (*cultural sensitivity*). Zbiegło się to z żądaniem grup mniejszościowych w Stanach Zjednoczonych (Latynosów, Azjatów, Afroamerykanów) o włączenie ich do systemu opieki zdrowotnej i zagwarantowania lepszej niż dotąd opieki zdrowotnej, na co rząd amerykański przystał. **Wrażliwość kulturowa** miała w tym kontekście oznaczać umiejętność rozpoznania specyficznych kulturowo potrzeb oraz otwartość na zaspokojenie tych potrzeb (Dreachslin i in., 2013, s. 119–120). Na przełomie lat 80. i 90. XX w. rozpowszechniło się w Stanach Zjednoczonych pojęcie *cultural relevancy*, które tłumacząc dosłownie oznacza znaczenie kulturowe, jednak w kontekście opieki zdrowotnej chodziło o tworzenie usług medycznych, które odpowiadałyby na potrzeby osób pochodzących z grup mniejszościowych. Chodziło zatem o przejście od poziomu postaw na poziom rzeczywistych praktyk medycznych uwzględniających potrzeby grup mniejszościowych (Dreachslin i in., 2013, s. 120), czyli na przykład zaprzestanie stosowania terapii czy leków, które są nieakceptowane przez członków danej religii/kultury. W 1988 r. psycholog Paul Pedersen użył pojęcia **kompetencja wielokulturowa** (*multicultural competency*), natomiast rok później w pracy poświęconej komunikacji z pacjentami odmiennymi kulturowo Cross i in. (1989) użyli pojęcia **kompetencja kulturowa** (*cultural competency*). Wprowadzenie do komunikacji medycznej tego określenia zbiegło się z przekonaniem, że same postawy pracowników

medycznych nie wpłyną na zmianę w realizacji konkretnych praktyk medycznych. W tym celu potrzebna jest również wiedza i umiejętności, które muszą być nauczane. Kompetencja kulturowa jest to zatem umiejętność współpracy z ludźmi pochodzącymi z różnych kultur. W kontekście opieki zdrowotnej można mówić o dążeniu do stworzenia opieki kompetentnej kulturowo. Taka opieka ma charakter holistyczny i dostosowany do wartości kulturowych pacjenta, jego przekonań, tradycji, stylu życia. Obejmuje ona pokonywanie barier językowych i kulturowych, gwarantując jednocześnie stworzenie takiego środowiska, w którym pacjenci zróżnicowani kulturowo będą czuć się komfortowo, w którym będą w stanie rozmawiać o swoich religijnie i kulturowo uwarunkowanych obawach i przekonaniach, a personel medyczny będzie podchodził do tych problemów z szacunkiem (Castillo, Guo, 2011, ss. 207–208).

W literaturze anglojęzycznej pojawiło się również pojęcie *cultural humility*, które można przetłumaczyć jako **pokora kulturowa**. Zostało ono wprowadzone przez Melanie Tervalon i Jann Murray-Garcia (1998) i było rozumiane jako pewien stały proces uczenia się komunikacji z pacjentami, a polegający na autorefleksji i samokrytyce w stosunku do własnych zachowań. Ma on na celu pracę z własnymi ograniczeniami i uprzedzeniami (Dreachslin i in., 2013, s. 121).

Pojęciem, które ostatnio stało się modne i zaczęło być wykorzystywane również w badaniach z zakresu opieki medycznej, jest **inteligencja kulturowa** (*cultural intelligence*). Inteligencja kulturowa jest powiązana z kompetencją kulturową (Kwantes, 2017, s. 96). Jest definiowana jako umiejętność odnalezienia się w kulturowo różnych sytuacjach (Thomas 2006, s. 97), poprzez własną zdolność odczytania oraz przyswojenia zasad obowiązujących w obcej kulturze, a następnie umiejętność zastosowania się do tych zasad (Barzykowski,

Majda, Szkup, Przyłęcki, 2019a). Według Ang, Dyne i Koch (2006), w przypadku inteligencji kulturowej należy wskazać na jej cztery składniki: motywacyjny, poznawczy, metapoznawczy i behawioralny. Element motywacyjny zakłada autentyczne zainteresowanie innymi kulturami oraz kontakt z ich przedstawicielami, komponent poznawczy obejmuje wiedzę o innych kulturach w zakresie między innymi jej zasad, norm, wartości, rytuałów, poglądów na temat prawa, gospodarki i zdrowia. W przypadku składnika metapoznawczego podkreśla się świadomość na temat różnic występujących pomiędzy danymi kulturami oraz rozumienie przekonań mniejszości poprzez pryzmat ich kultury. Element behawioralny oznacza umiejętność zachowania się zgodnie z normami obowiązującymi w obcej kulturze.

Definiowanie kompetencji kulturowej

Jednym z podstawowych problemów wymagających analizy jest zdefiniowanie pojęcia kompetencja kulturowa w kontekście pracy z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo. Wpierw warto przybliżyć znaczenie pojęcia kompetencja, którą rozumie się jako poziom pewnej wiedzy i doskonałości w danej dziedzinie, dający przekonanie o możliwości profesjonalnego wykonywania zleconych zadań w pracy (Kwantes, Glazer, 2017, s. 95). Tymczasem kompetencję kulturową można zdefiniować za Cross i in. (1989), jako zbiór odpowiednich zachowań, postaw i sposobów działania umożliwiających całemu systemowi jak i pojedynczym pracownikom pracować efektywnie w sytuacji spotkania kulturowego. Ta definicja stanowiła punkt wyjścia do rozumienia kompetencji kulturowych w kontekście opieki medycznej. W późniejszych latach była ona jedynie korygowana i dopasowywana w zależności od potrzeb przez różnych badaczy (Brach, Fraser, 2000, s. 182). Kompetencja

kulturowa wykracza poza świadomość albo wrażliwość kulturową, obejmuje ona bowiem nie tylko wiedzę na temat danej kultury i szacunek dla różnych perspektyw kulturowych ale również oznacza zarówno posiadanie umiejętności, jak i zdolność wykorzystania ich w sytuacji rzeczywistego kontaktu interkulturowego (Brach, Fraser, 2000, s. 183).

Kompetencja kulturowa była od początku w literaturze przedmiotu opisywana jako zdolność pracowników opieki medycznej do świadczenia kompetentnej i właściwej opieki medycznej, dostosowanej do potrzeb osób wywodzących się z grup mniejszościowych pod względem kulturowym czy religijnym. Jednocześnie w aspekcie indywidualnym kompetencja kulturowa była opisywana jako zdolność skutecznego działania w kontekście różnic kulturowych, do czego potrzebna jest wiedza i zrozumienie innej kultury (Jongen i in., 2018, s. 2).

Obecnie pojęcie kompetencji kulturowej na dobre zakorzeniło się w badaniach z zakresu komunikacji medycznej, jak i w edukacji medycznej oraz praktyce klinicznej. W literaturze anglojęzycznej jest ono obecnie często stosowane z przedrostkami multi-, cross-, inter-, silnie podkreślającymi to, o jaki rodzaj kompetencji kulturowej chodzi danemu badaczowi. *Multicultural communication* tłumaczone jest jako komunikacja międzykulturowa, jest to pojęcie szerokie oznaczające komunikację między osobami pochodzącymi z różnych kultur. *Cross-cultural* tłumaczone jest w języku polskim jako komunikacja poprzekulturowa, dotyczy badania konkretnych kultur w kontekście charakterystycznych dla niej cech, np. sposobu komunikacji, wierzeń, diety itd. *Cross-cultural* oznacza w tym przypadku takie badanie, które pozwala na porównanie dwóch różnych grup i pokazanie różnic. W kontekście opieki medycznej ten typ komunikacji ma szczególne znaczenie. Pracownicy opieki medycznej są edukowani w zakresie podstawowej

wiedzy dotyczącej przedstawicieli innych kultur, aby wiedzieli np. jakie produkty żywieniowe nie powinny znaleźć się w diecie pacjentów będących wyznawcami innej religii. *Inter-cultural communication* podejmuje natomiast aspekt kontaktu dwóch różnych kultur, czyli co się dzieje, gdy osoby z różnych kultur wejdą ze sobą w interakcję. W obrębie komunikacji międzykulturowej wyróżnia się jeszcze *international communication* (komunikację międzynarodową) oraz *global communication* (komunikację globalną) (Mikułowski-Pomorski, 1999, s. 11). Te dwa rodzaje komunikacji nie są jednak wykorzystywane do badań w kontekście opieki zdrowotnej. Można się również spotkać, najczęściej w pielęgniarstwie, z określeniem opieki transkulturowej (transcultural) czyli opieki wrażliwej na potrzeby kulturowe pacjentów. Wszystkie powyższe określenia są dla laika niejasne. Autorzy zajmujący się badaniem kompetencji kulturowych zwracają uwagę na to, iż wielu badaczy stosuje powyższe terminy zamiennie (Kwantes, Glazer, 2017, s. 96), pomimo iż, jak zostało to pokazane, występują pomiędzy nimi delikatne różnice znaczeniowe. Darla Deardoff (2006), która przeprowadziła badania metodą Delphi wśród pracowników (wykładowcy, badacze, pracownicy administracyjni) zajmujących się szeroko rozumianą komunikacją z przedstawicielami różnych grup mniejszościowych na uczelniach wyższych w USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii, zauważyła brak spójności pomiędzy nimi w zakresie definiowania tych pojęć.

Modele kompetencji kulturowej

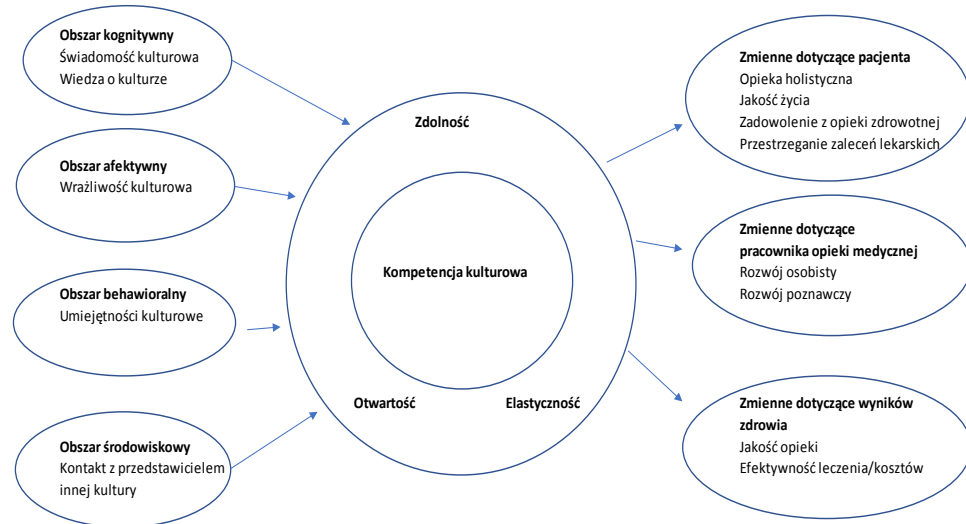
Jak już wspomniano powyżej, w literaturze przedmiotu można spotkać się z wieloma modelami kompetencji kulturowych. W tym miejscu zostaną przedstawione wybrane dwa modele, które odnoszą się szczególnie do opieki transkulturowej.

Eunyoung Suh (2004) dokonała analizy definicji kompetencji kulturowych i na tej podstawie opracowała model kompetencji

kulturowej (schemat 1). Model ten może stanowić rodzaj przewodnika, jak rozwinąć strategię opieki wrażliwej kulturowo w praktyce. Suh wskazała, iż w przypadku definiowania pojęcia kompetencji kulturowej podkreśla się jej 3 główne cechy:

- ▶ **umiejętności (*abilities*)** – rozumiane jako umiejętność skutecznej opieki nad pacjentem w środowisku zróżnicowanym kulturowo; dotyczy to umiejętności radzenia sobie z różnicami kulturowymi jakie występują pomiędzy pracownikami opieki medycznej a pacjentem;
- ▶ **otwartość (*openess*)** – dotyczy postawy pracowników opieki medycznej w stosunku do pacjentów, która charakteryzuje się pełnym szacunkiem i akceptacją drugiej osoby bez względu na jej pochodzenie;
- ▶ **elastyczność (*flexibility*)** – oznacza umiejętność odnalezienia się w różnych sytuacjach spotkania wielokulturowego, wiąże się z perspektywą relatywizmu kulturowego, intersubiektywności i otwartości na inne kultury (Suh, 2004, s. 97).

Schemat 1. Model kompetencji kulturowej



Źródło: Suh, 2004, s. 97.

Suh (2004), na podstawie analizy różnych definicji kompetencji kulturowej wskazała na przypadki, które muszą nastąpić aby kompetencja kulturowa mogła wystąpić. Pogrupowała je w cztery obszary: kognitywny, afektywny, behawioralny i środowiskowy. Obszar kognitywny obejmuje świadomość kulturową oraz wiedzę o innych kulturach. Świadomość kulturowa oznacza potrzebę rozwoju własnej kompetencji kulturowej, co możliwe jest wówczas, gdy zrozumie się, że przekonania, wartości i różnice kulturowe pacjentów mają wpływ na proces leczenia. Świadomość kulturowa wiąże się także z poznaniem własnych ograniczeń, jak i uprzedzeń występujących we własnej kulturze w stosunku do przedstawicieli innych kultur. Wiedza o innych kulturach oznacza zdobywanie wiedzy o historii, polityce, kwestiach społecznych i ekonomicznych innych kultur. Jest to wiedza, którą najlepiej zdobywa się wówczas, gdy ma się kontakt z przedstawicielem innej kultury (Suh, 2004, ss. 97–98). Obszar afektywny wiąże

się z wrażliwością kulturową i, w przeciwieństwie do atrybutów poznawczych, zwraca się tutaj uwagę na afektywne postrzeganie różnic kulturowych z podkreśleniem poszanowania i akceptacji dla tych różnic. W przypadku obszaru behawioralnego wyróżnia się te kompetencje, które zostały nabyte i mogą być wykorzystane w sytuacji rzeczywistego kontaktu międzykulturowego. Należą do nich zatem umiejętność komunikacji, ale także umiejętność właściwej oceny pacjenta pochodzącego z innej kultury. Ostatnim wyróżnionym obszarem jest obszar środowiskowy, który zawiera w sobie wystąpienie każdej sytuacji spotkania międzykulturowego. Za takie spotkanie można uznać już samą rozmowę z osobą pochodzącą z innej kultury. Każde takie spotkanie przyczynia się w drobnym stopniu do rozwoju kompetencji kulturowej (Suh, 2004, s. 98).

Oprócz cech i obszarów kompetencji kulturowych Suh wyróżniła również tzw. konsekwencje (*consequences*) kompetencji

kulturowej, do których zaliczyła trzy kategorie zmiennych dotyczących: a) pacjenta; b) pracownika opieki medycznej jako osoby świadczącej usługę medyczną; c) efektów leczenia. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z subiektywną oceną pacjenta dotyczącą udzielonej mu opieki medycznej, stopnia jego zadowolenia, poprawy stanu zdrowia, przestrzegania zaleceń lekarskich, zrozumienia przyczyny choroby itd. W przypadku personelu medycznego, jak wynika z badań analizowanych przez Suh (2004), te osoby, które rozwinęły swoje kompetencje kulturowe, głównie poprzez udział w różnych przedsięwzięciach, na przykład wymiana międzynarodowa, szkolenia, nie tylko lepiej radzą sobie podczas kontaktu z pacjentem pochodzącym z innej kultury ale również są otwarci na dalszy rozwój swoich kompetencji kulturowych. Ostatnią zmienną opisującą konsekwencje prowadzenia kompetentnej kulturowo opieki medycznej jest zmienna dotycząca wyników leczenia. W tym przypadku wskazuje się z jednej strony na większą efektywność leczenia, w tym również efektywność finansową, a z drugiej strony na ograniczenie nierówności zdrowotnych pomiędzy przedstawicielami różnych grup etnicznych (Suh, 2004, s. 98).

Można stwierdzić jednoznacznie, zgodnie z tym co zostało przedstawione w schemacie modelu kompetencji kulturowej, że wiedza o innych kulturach/religiach nie wystarcza do tego, aby stać się kompetentnym kulturowo. Nabycie kompetencji kulturowej następuje w wyniku długiej praktyki medycznej, jest procesem ciągłym, w którym mogą zachodzić różne etapy rozwoju. Nabycie kompetencji kulturowej wymaga nabycia właściwej świadomości związanej z szerszym patrzeniem na kwestie kontaktów interkulturowych. Jeśli chce się być kompetentnym kulturowo, nie jest możliwy bezrefleksyjny kontakt z pacjentem pochodzącym z grupy mniejszościowej. Każdy kontakt jest inny, wymaga to

przemyslenia własnego podejścia i analizy każdej interakcji, w sytuacji gdyby była ona związana z zaistnieniem nowego nieznanego dotąd zdarzenia międzykulturowego.

Innym modelem znanym w kontekście opieki medycznej jest model Josephy Campinha-Bacote (2002), który zgodnie z założeniami autorki może znaleźć zastosowanie w świadczeniu usług medycznych kompetentnych kulturowo. W modelu tym zwraca się uwagę na ciągły proces rozwijania kompetencji kulturowej. Pracownik opieki medycznej, bez względu na posiadaną wiedzę i umiejętności, nie jest, jak podkreśla autorka tego modelu, w pełni kompetentny kulturowo (proces zakończony), tylko cały czas się rozwija i **staje się** coraz bardziej kompetentny kulturowo (Campinha-Bacote, 2002, s. 181). W modelu tym wyróżnionych zostało pięć założeń, tj.:

- ▶ uznanie, iż kompetencja kulturowa i jej nabywanie jest procesem ciągłym;
- ▶ kompetencja kulturowa składa się z pięciu konstruktorów: świadomości kulturowej, wiedzy kulturowej, umiejętności kulturowej, pragnienia nabycia kompetencji kulturowych oraz rzeczywistego wchodzenia w kontakty interkulturowe;
- ▶ istnieje większe zróżnicowanie w obrębie grup etnicznych niż pomiędzy grupami etnicznymi;
- ▶ istnieje bezpośredni związek pomiędzy poziomem posiadanych przez pracowników opieki medycznej kompetencji kulturowych a świadczeniem usług medycznych;
- ▶ kompetencja kulturowa jest kluczowym składnikiem w świadczeniu opieki medycznej kompetentnej kulturowo w stosunku do pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych (Campinha-Bacoste, 2002, s. 181).

W modelu tym podkreśla się, iż wszystkie konstrukty kompetencji kulturowej, tj. świadomość, wiedza, umiejętności, kontakty

kulturowe i pragnienie nabycia kompetencji kulturowych muszą być doświadczane przez pracownika opieki medycznej, wszystkie te elementy muszą być rozwijane, a jednocześnie większa własna praca nad jednym z nich przyczynia się do rozwoju innych składników kompetencji (Campinha-Bacoste, 2002, s. 183).

Kształtowanie kompetencji kulturowych

Skala trudności związanych z leczeniem pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych jest ogromna, a wskazanie wszystkich problemów, jakie mogą zaistnieć w kontakcie międzykulturowym nie jest możliwe, co przekłada się na trudności związane z rozwojem kompetencji kulturowych. Okazuje się zatem, że wiedza, pomimo iż jest istotnym elementem nauczania, nie jest wystarczająca do osiągnięcia sukcesu komunikacyjnego i terapeutycznego. Dlatego w kształtowaniu kompetencji kulturowych zwraca się dodatkowo szczególną rolę na budowanie postaw i rozwój świadomości. Jest to proces ciągły, który można zobrazować na kontinuum, na którym znajdują się cztery etapy rozwoju: a) nieświadoma niekompetencja (brak świadomości, że nie posiada się wiedzy na temat innych kultur); b) uświadomiona niekompetencja (posiadanie świadomości, że nie posiada się wiedzy o innych kulturach); c) świadoma kompetencja (uczenie się innych kultur, weryfikacja stereotypów na temat innych kultur, dostarczanie usług kompetentnych kulturowo); d) nieświadoma kompetencja (bezrefleksyjne dostarczanie właściwych kulturowo usług medycznych pacjentom pochodzącym z różnych kultur) (Purnell, 2005, s. 9). Bez względu na to, na jakim etapie na wskazanym kontinuum jest pracownik opieki medycznej, kluczowe wydaje się, w przypadku pracy z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo, bycie świadomym posiadania niedoborów kompetencyjnych i otwartość

na własny rozwój. Nie musi to być uczestnictwo w kolejnych kursach. Umiejętność zastanowienia się i przemyślenia nowego spotkania międzykulturowego, w sytuacji gdy zaistniała nowa nieznaną dla danej osoby okoliczność, również przyczynia się do rozwoju własnych kompetencji.

Thomas Bein (2017, s. 230) zwerbalizował główne bariery, z jakimi stykają się pracownicy opieki medycznej w kontakcie z pacjentem zróżnicowanym kulturowo i pogrupował je w szersze kategorie, dając tym samym propozycję tego, jakie zagadnienia szczególnie powinny być podejmowane podczas szkoleń z zakresu komunikacji interkulturowej.

Wskazane przez niego obszary to:

- ▶ brak zrozumienia perspektywy pacjenta;
- ▶ różnica w ocenie danej sytuacji np. w sytuacji końca życia;
- ▶ dyskryminacja pacjentów czyli ich gorsze traktowanie ze względu na posiadanie określonej cechy, np. innego koloru skóry;
- ▶ różnica w zakresie wyznawanych wartości.

Jednocześnie Bein zaproponował określone strategie, jakie można zastosować w celu rozwiązania tych trudności. Strategie te mogą być realizowane zarówno na poziomie organizacyjnym danej placówki medycznej, jak i na poziomie jednostkowym. Realizacja tych strategii może być jednak poprzedzona przyjęciem określonych działań edukacyjno-szkoleniowych, które wspomogą realizację tych strategii, do których należą:

- ▶ wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej na trzech poziomach: przywódczym, praktycznym (procedury dotyczące leczenia) oraz klinicznym (kontakt lekarz-pacjent);
- ▶ posiadanie wiedzy na temat wpływu czynników kulturowych i społecznych na zdrowie i chorobę;
- ▶ nabycie umiejętności oddzielenia własnych przekonań i głoszonych wartości w sytuacji

kontakcie z pacjentem zróżnicowanym kulturowo;

- ▶ szacunek i akceptacja dla innych kultur oraz wierzeń skutkująca kompetentną komunikacją z pacjentem;
- ▶ ostrożne a zarazem otwarte podejście dla zrozumienia perspektyw zarówno pacjenta, jak i jego rodziny (Bein, 2017, s. 230).

Poza szczegółowymi zagadnieniami, które mogą znaleźć się w zakresie kształtowania kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej, w literaturze przedmiotu pojawiło się również wiele modeli rozwoju kompetencji kulturowych, które są obecnie stosowane w edukacji medycznej. Poniżej wskazane zostaną dwa przykładowe modele. Pierwszym z nich jest model LEARN opracowany przez Berlina i Fowkesa (1983). Opiera się on na pięciu celach do których powinien dążyć pracownik opieki medycznej podczas kontaktu z przedstawicielem innej kultury, tj.:

- ▶ listen – słuchaj swojego pacjenta, biorąc pod uwagę jego perspektywę kulturową (pacjent, w przeciwieństwie do lekarza reprezentującego medycynę zachodnią, może inaczej interpretować przyczynę swojej choroby, wpływ na to mają przekonania religijne i kulturowe);
- ▶ explain – wyjaśnij jak rozumiesz, jako lekarz reprezentujący podejście biomedyczne, przyczynę choroby;
- ▶ acknowledge – przyjmij a jednocześnie omów podobieństwa i różnice, które mogą pojawić się w zakresie zrozumienia przyczyny choroby lub procesu leczenia;
- ▶ recommend – przedstaw plan leczenia, szanując odmienne przekonania pacjenta;
- ▶ negotiate – przedyskutuj z pacjentem plan leczenia, który będzie zawierał elementy kultury pacjenta oraz stylu jego życia (Berlin, Fowkes, 1983, ss. 934–938).

Model Berlina i Fowkesa jest jednym z pierwszych modeli komunikacji z pacjentem odmiennym kulturowo, który został szerzej rozpropagowany w krajach zachodnich. Jego zaletą jest prostota. Autorzy zwracają bowiem uwagę na podstawowe elementy takiej komunikacji, które jednak mogą uczynić ją bardziej efektywną. Przyjmuje się w tym modelu, że otwartość na różnice kulturowe oraz świadomość wpływu różnic kulturowych na wzajemną komunikację i postępowanie terapeutyczne jest w stanie przynieść wymierne efekty, nawet przy braku posiadania rozległej wiedzy na temat innych kultur/religii.

Innym modelem, o wiele bardziej rozbudowanym, jest model Purnella (2005). Model ten został zobrazowany za pomocą koła, w obrębie którego znajduje się 12 obszarów, nazwanych konstruktami kulturowymi, które są uniwersalne dla wszystkich kultur i mają wpływ na zachowania kulturowe jednostki. Są to:

- ▶ dziedzictwo kulturowe (*overview/heritage*) – dotyczy takich aspektów jak gospodarka, kultura czy polityka regionu, z którego pochodzi dana jednostka, a które to elementy mają wpływ na postrzeganie świata i wyjaśnianie różnych zjawisk społeczno-politycznych;
- ▶ komunikacja (*communication*) – kulturowe wzorce werbalnego i niewerbalnego komunikowania się;
- ▶ role rodzinne (*family roles and organization*) – oznacza preferowany typ rodziny, dominujące wzorce rodzinne;
- ▶ pracownicy – (*workforce issues*) – dotyczy takich pojęć jak autonomia, akulturacja, asymilacja, style komunikacji w miejscu pracy;
- ▶ ekologia biokulturowa (*biocultural ecology*) – odnosi się do biologicznych cech człowieka, jak geny oraz środowiskowych, jak miejsce zamieszkania, które to cechy mogą świadczyć o podatności na daną chorobę; ponadto leki mogą być inaczej

- metabolizowane przez osoby pochodzące z różnych stref klimatycznych;
- ▶ zachowania ryzykowne (*high-risk behaviors*) – dotyczy różnych zachowań antyzdrowotnych jak używki, brak aktywności fizycznej, nawyki żywieniowe, praktyki seksualne;
 - ▶ praktyki żywieniowe (*nutrition*) – oznacza nakazy i zakazy żywieniowe, promocję zdrowego żywienia;
 - ▶ ciąża i poród (*pregnancy and childbearing practises*) – dotyczy kulturowo usankcjonowanych i nieusankcjonowanych metod kontroli urodzeń, stosunku do okresu ciąży (np. stosowanie używek w tym okresie), metod porodu (szpital, dom);
 - ▶ rytuały śmierci (*death rituals*) – stosunek do śmierci, przygotowania do pogrzebu, praktyki związane z przeżywaniem żałoby;
 - ▶ duchowość (*spirituality*) – obejmuje praktyki religijne;
 - ▶ praktyki zdrowotne (*healthcare practices*) – dotyczy przekonań zdrowotnych, sposobów wyjaśniania choroby, stosowanych praktyk medycznych, stosunku do transplantacji;
 - ▶ personel medyczny (*healthcare practitioners*) – dotyczy postrzegania w danej grupie osób zajmujących się leczeniem i rozumienia choroby (stosunek do szamanów i profesjonalnych lekarzy), a także różnic płciowych (leczenie u osoby odmiennej płci) (Purnell, 2005, ss. 13–14).

Model Purnella znalazł szerokie zastosowanie nie tylko do szkoleń z zakresu komunikacji interkulturowej, ale również do oceny kompetencji kulturowych, czy organizacji i zarządzania miejscem pracy. Ponadto odwołują się do niego przedstawiciele różnych branż, pomimo że pierwotnie był stworzony na potrzeby opieki medycznej, gdyż pomagał wyjaśniać różne zachowania i zdarzenia, które miały wpływ na zachowania jednostek z innej kultury.

Model ten zakłada, że zachowania jednostki należy interpretować w szerszym zakresie, to znaczy rodziny, społeczności i globalnego społeczeństwa, którego jednostka jest częścią. Jednocześnie wyróżnione konstrukty kulturowe są dla poszczególnych kultur zarówno podobne, jak i odmienne w niektórych szczegółach, mają jednak duży wpływ na komunikację, postrzeganie roli lekarza, rozumienie choroby, podejmowane wzorce walki z chorobą, styl życia pacjenta.

Podsumowanie

Rozwój gospodarczy Polski i związany z tym popyt na pracowników zagranicznych jest jedną z głównych przyczyn zwiększonej migracji do Polski i tym samym postępującej różnorodności kulturowej społeczeństwa polskiego. Dodatkowo Polska staje się również coraz bardziej popularnym kierunkiem edukacyjnym dla studentów spoza Polski. Wszystkie te zmiany będą przyczyniały się do powolnej, jednak postępującej zmiany struktury narodowościowej społeczeństwa polskiego, co znajdzie odzwierciedlenie w różnych sferach życia. Polacy coraz częściej komunikują się z cudzoziemcami nie tylko na ulicy, ale w miejscu pracy, szkole, podczas spotkań towarzyskich. Każde takie spotkanie z przedstawicielem innej kultury wymaga posiadania w mniejszym bądź większym stopniu kompetencji kulturowych. Opieka medyczna jest jednym z tych obszarów życia publicznego, w którym kontakt z przedstawicielem grupy mniejszościowej jest szczególnie i wymaga posiadania przez personel medyczny rozwiniętych kompetencji kulturowych, które mają ułatwić kontakt z takim pacjentem, lepiej zrozumieć sposób myślenia i zachowania takiego pacjenta oraz stosunek do choroby, zaproponować adekwatny do przekonań religijnych pacjenta sposób leczenia.

Posiadanie kompetencji kulturowych oznacza nabycie odpowiedniej wiedzy,

umiejętności i bycia świadomym istniejących różnic kulturowych. Należy jednak podkreślić, iż nabywanie kompetencji kulturowych jest procesem ciągłym. Spotkanie z każdym nowym pacjentem może stanowić pewnego rodzaju lekcję dla pracownika opieki medycznej. Dlatego też kluczowym czynnikiem w rozwoju tych kompetencji wydaje się być przede wszystkim otwartość na rozwój. Szkolenia w zakresie komunikacji interkulturowej są ważne i gwarantują nabycie określonej wiedzy i umiejętności, ale nie gwarantują, że wiedza ta i umiejętności będą stosowane w praktyce, jeśli zabraknie wewnętrznej chęci i otwartości na kontakt z przedstawicielem grupy mniejszościowej. 🗨

Dr n. hum. Paweł Przyłęcki – doktor nauk humanistycznych, socjolog, historyk, pracownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autor publikacji z zakresu socjologii polityki oraz socjologii medycyny oraz kompetencji kulturowych. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych.

Afiliacja:

Zakład Socjologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: pawel.przylecki@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Ang, S., Van Dyne, L., Koh, C. (2006). Personality Correlates of the Four-Factor Model of Cultural Intelligence, *Group and Organization Management*, 31(1)/2006, 100–123, DOI. org/10.1177/1059601105275267.
- Barzykowski, K., Majda, A., Szkup, M., Przyłęcki, P. (2019a). The Polish Version of the Cultural Intelligence Scale: Assessment of Its Reliability and Validity among Healthcare Professionals and Medical Faculty Students, *PLoS ONE* 14(11)/2019, e0225240, DOI.org/10.1371/journal.pone.0225240.

- Barzykowski, K., Majda, A., Szkup, M., Przyłęcki, P. (2019b). The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and Psychometric Properties of the Polish Adaptation, *PLoS ONE* 14(3)/2019, e0212730, DOI.org/10.1371/journal.pone.0212730.
- Bein, T. (2017). Understanding Intercultural Competence in Intensive Care Medicine, *Intensive Care Medicine*, 43(2)/2017, 229–231, DOI: 10.1007/s00134-016-4432-2.
- Berlin, E. A. (1983). A Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care – Application in Family Practice, *Western Journal of Medicine*, 139(6)/1983, 934–938.
- Brach, C., Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model, *Medical Care Research and Review*, 57, Supplement 1/2000, 181–217, DOI: 10.1177/1077558700057001S09.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2)/2002, 181–184.
- Capra, F. (1987). *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Castillo, R., J., Guo, K., L. (2011). A Framework for Cultural Competence in Health Care Organizations, *The Health Care Manager*, 30(3)/2011, 205–214, DOI: 10.1097/HCM.0b013e318225dfe6
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., Isaacs, M. R. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care. A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington: Georgetown University Child Development Center.
- Deardoff, D., K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as A Student Outcome of Internationalization, *Journal of Studies in International Education*, 10(3)/2006, 241–266.
- Dreachslin, J. L., Gilbert, M. J., Malone, B. (2013). *Diversity and Cultural Competence in Health Care. A Systems Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Główny Urząd Statystyczny (2019). *Szkoły wyższe i ich finanse w 2018 r.*, <https://stat.gov.pl/>

- [obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkoly-wyzsze-i-ich-finanse-w-2018-roku,2,15.html](#)
- Jaroszewska, E. (2013). Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie, *Problemy Polityki Społecznej. Studia i dyskusje*, 21(2)/2013, 71–84.
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., Clifford A. (2018). *Cultural Competence in Health. A Review of the Evidence*. Singapore: Springer.
- Kagawa-Singer, M., Kassim-Lakha, S. (2003). A Strategy to Reduce Cross-cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. *Academic Medicine*, 78(6)/2003, 577–587, DOI: 10.1097/00001888-200306000-00006
- Krajewska-Kułał, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (2016). *Pacjent „Inny” wyzwaniem opieki medycznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SLIVA RERUM.
- Krajewska-Kułał, E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska, K. (red.). (2010). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: PZWL.
- Kwantes, C., Glazer, S. (2017). *Culture, Organizations and Work*. Claryfying Concepts. Cham: Springer.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Ottawa. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: John Wiley&Sons.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2018). Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie, *Pielęgniarstwo Polskie*, 68(2)/2018, 196–203.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2019a). Kompetencje kulturowe pielęgniarzek. W: D. Zarzycka, W. Ciechaniewicz (red.), *Osiągnięcia naukowe pielęgniarstwa polskiego*, (s. 68–84). Lublin: Wydawnictwo „Gaudium”.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2017). Kulturowe odrębności w pielęgniarstwie. W: D. Zarzycka, B. Ślusarska (red.), *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwiej, T. 1*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2019b). *Uwarunkowania kulturowe opieki pielęgniarstwiej w rodzinie*. W: B. Ślusarska, L. Marcinowicz, K. Kocka (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa*, (s. 111–122). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2011). Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2)/2011, 253–258.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Ogórek-Tęcza, B. (red.). (2009). *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL.
- Mikułowski-Pomorski, J. (1999). *Komunikacja międzykulturowa. Wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Mroczkowska, R. (2013). Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej, *Pielęgniarstwo Specjalistyczne*, 1/2013, 27–31.
- Ozga, D., Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Mędrzycka-Dąbrowka, W., Zdun, A. (2018). Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-IC) – International project for ICU nurses, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 62(1)/2018, 50–52.
- Pease, A., Pease, B. (2011). *Mowa ciała*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Pedersen, P. (1988). *A Handbook for Developing Multicultural Awareness*. Alexandria: American Counseling Association.
- Płaszewska-Żywko, L. (2010). Model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare. W: E. Krajewska-Kułał, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie* (s. 206–213). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Przyłęcki, P. (2016a). Świadcowie Jehowy u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 25(4)/2016, 58–63.
- Przyłęcki, P. (2016b). Romowie u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 25(6)/2016, 93–99.
- Przyłęcki, P. (2016c). Muzułmanie u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 25(11)/2016, 102–109.
- Przyłęcki, P. (2017). Żydzi u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 26(6)/2017, 73–82.
- Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence, *The Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2)/2005, 7–15, DOI: 10.1177/10459602013003006
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz.U.2012, poz. 631.
- Suh, E., E. (2004). The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis, *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2)/2004, 93–102, DOI: 10.1177/1043659603262488
- Sutherland, A. (1992). Cross-Cultural Medicine. A Decade Later: Gypsies and Health Care, *Western Journal Medicine*, 157(3)/1992, 276–280.
- Szkup-Jabłońska, M., Schneider-Matyka, D., Kubiak, J., Grzywacz, A., Jurczak, A., Augustyniak, K., Grochans, E. (2013). Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników opieki zdrowia, *Family Medicine and Primary Care Review*, 15(3)/2013, 394–396.
- Ślusarska, B., Zarzycka, D., Majda, A., Dobrowolska, B. (2017). Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4(61)/2017: 1–6.
- Talewicz-Kwiatkowska, J. (2013). *Wpływ aktywności finansowej Unii Europejskiej na położenie społeczne Romów w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tervalon, M., Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility vs. cultural competency: A critical distinction in defining physician training in cultural competency, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2)/1998, 119–125, DOI: 10.1353/hpu.2010.0233
- Thomas, D., C. (2006). Domain and Development of Cultural Intelligence: The Importance of Mindfulness. *Group and Organization Management*, 31(1)/2006, 78–99, DOI: org/10.1177/1059601105275266
- Zalewska-Puchała, J., Majda, A. (red.) (2014). *Zróżnicowanie kulturowe w opiece pielęgniarstwiej*. Kraków: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
- Zdziebło, K., Nowak-Starz, G., Makiela, E., Stępień, R., Wiraszka, G. (2014). Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie, *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(2)/2014, 367–372.

Cultural competences in health care

Abstract

Poland, due to accession to the European Union, is becoming a country that is more and more culturally diverse. This has an impact on many spheres of social life, including medical care. Patients from minority groups pose a challenge to the medical community due to, on the one hand, language problems and, on the other hand, cultural differences that affect the treatment process. In Western countries, already in the 1950s, measures were implemented to develop culturally sensitive medical care. It took place on many levels, one of which was educating students in the field of cultural competences. In Poland, the education of medical students in this field has only recently been promoted, as has recently been conducted more widely research in the field of cultural competences in medical care.

Due to the fact that this topic is still underdeveloped, especially in the context of medical care, the aim of this article was to present the very concept of cultural competence and its understanding in the context of medical care. In addition, the main reasons for educating future healthcare workers were indicated, showing cultural problems that arise in the case of contact between practitioners and a patient from a minority group. Models of shaping cultural competences were also discussed.

Keywords: culture, health care, cultural competence, cultural intelligence, cultural competence models.