

MOŻESZ WIELE ZMIE NIC



KŁĘKNIJ KLIKNIJ

Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia

MAŁGORZATA ZIMNY, DARIA SCHNEIDER-MATYKA, JUSTYNA KUBIAK
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

Abstrakt

Wstęp: Polska, jako kraj znajdujący się w centrum Europy, zachęca obcokrajowców do przyjazdu. Odwiedzający i zamieszkujący na terenie naszego kraju cudzoziemcy, zazwyczaj oczekują lepszego i godnego życia. Nasi rodacy zamiast okazać troskę i życzliwość, najczęściej są nieufni i wrogo nastawieni. Nieznajomość różnic kulturowych może spowodować wiele niepotrzebnych konfliktów. Kompetentny pracownik zobowiązany jest do zrozumienia potrzeb każdego pacjenta, również tego z innych kręgów kulturowych. Odpowiednie przygotowanie pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników szpitala pozwala na uniknięcie nieporozumień i problemów związanych między innymi z nieznajomością różnic kulturowych. Kompetencje kulturowe, rozumiane jako umiejętność przyjęcia postawy relatywizmu kulturowego, stanowią zbiór postaw, wiedzy i motywacji, wśród których ważną rolę odgrywają empatia etnokulturowa oraz poczucie własnej skuteczności jak również elastyczność poznawcza oraz otwartość na nowe doświadczenia.

Cel: Celem badania była analiza kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia

Materiał i metody: Badaniem objęto 200 pracowników ochrony zdrowia pracujących w szpitalach na terenie województwa zachodniopomorskiego oraz lubuskiego. Do realizacji badań posłużył standaryzowany kwestionariusz do oceny kompetencji kulturowych Cross-Cultural Competence Inventory. Narzędzie składa się ze 149 pytań, z których wyróżniamy 9 obszarów poddanych analizie tj.: empatia etnokulturowa, poczucie własnej skuteczności, gotowość do zaangażowania się, otwartość na nowe doświadczenia, uczuciowa samoregulacja, samokontrola, tolerancja na niejednoznaczność, niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą, elastyczność poznawcza. Następnie uzyskane dane poddano zbiorczej analizie statystycznej.

Wyniki: Respondenci różnili się między sobą w poszczególnych obszarach. Stwierdzono, że poziom kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia pozostawia wiele do życzenia. Z badań wynika, że najbardziej otwarci na nowe doświadczenia byli najmłodsi ankietowani mający od 21 do 25 lat, natomiast najmniej otwarci na nowe doświadczenia byli respondenci w wieku od 36 do 45 lat. Kobiety mają wyższy poziom „empatii etnokulturowej” niż mężczyźni. Poddani badaniu pracownicy placówek medycznych wykazali wysoki poziom „poczucia własnej

skuteczności". Uczestniczące w badaniu pielęgniarki wykazały statystycznie wyższą „otwartość na nowe doświadczenia” od pozostałych podgrup ankietowanych osób. Pielęgniarki cechują się dużą elastycznością poznawczą, co oznacza, że posiadają umiejętność bycia otwartymi i elastycznymi przy podejmowaniu decyzji. Wykazano, że respondentki są bardziej otwarte na nowe doświadczenia. Kobiety cechuje większa elastyczność poznawcza. Poczucie własnej skuteczności było najwyższe u osób z wyższym wykształceniem.

Wnioski: Ogólny poziom kompetencji kulturowej wśród pracowników ochrony zdrowia można określić jako dość zadawalający. Płeć oraz stanowisko pracy badanych pracowników opieki medycznej mają wpływ na poziom osobistych kompetencji kulturowych. Kobiety i osoby zajmujące stanowisko pielęgniarki charakteryzowały się większą elastycznością poznawczą oraz otwartością na nowe doświadczenia. Stosunkowo wysokie poczucie własnej skuteczności, wzmacniane wykształceniem, może być mocną podstawą pozwalającą na budowanie potencjału w ramach innych obszarów, m.in. empatii etnokulturowej.

Słowa kluczowe:

kompetencje kulturowe, wielokulturowość, empatia, elastyczność poznawcza, pielęgniarstwo.

Wstęp

Zmiany demograficzne na terenie Polski w ostatnich latach stają się coraz bardziej widoczne, a Polska uchodząca za kraj o niewielkiej zmienności rasowej staje się coraz bardziej różnorodna kulturowo i etnicznie.

W szpitalach leczeni są obcokrajowcy, coraz częściej spotkać również możemy personel innej narodowości. Niewątpliwie wiąże się z tym wstąpienie 1 maja 2004 roku naszego kraju do układu państw Unii Europejskiej, co spowodowało otwarcie granic i zwiększenie migracji.

Kompetentnym pracownikiem ochrony zdrowia jest ten, który rozumie potrzeby każdego pacjenta, również tego z innych kręgów kulturowych, dlatego tak ważne powinno być odpowiednie nastawienie oraz przygotowanie personelu medycznego. Dostateczne przygotowanie pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników szpitala pozwala na uniknięcie nieporozumień i problemów związanych między innymi z nieznanymi różnicami kulturowymi (Krajewska-Kulak, Wrońska, Kędziora-Kornatowska, 2010; Majda i in., 2010).

Pracownicy ochrony zdrowia, jak wynika z ich kodeksu etyki, są zobowiązani do zapewnienia pacjentowi pomocy w zaspakajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych, ale powinni również obserwować podmiot opieki pod kątem potrzeb duchowych – wyznawanej religii oraz pochodzenia społeczno-kulturowego. Bardzo ważnym elementem kompetencji zawodowych powinna być wrażliwość międzykulturowa, nabywana w procesie kształcenia w zawodach medycznych. Ze względu na nieustannie zwiększającą się różnorodność konfiguracji etniczno-religijnych należy uznać, że nie ma typowych przedstawicieli danej kultury i każdego pacjenta należy traktować indywidualnie, jednocześnie dążąc do poszanowania uniwersalnych zasad etycznych. Kompetentnym pracownikiem ochrony

zdrowia jest ten, który rozumie potrzeby każdego pacjenta, również tego z innych kręgów kulturowych. Dostateczne przygotowanie pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników szpitala pozwala na uniknięcie nieporozumień i problemów związanych między innymi z nieznanymi różnicami kulturowymi (Higginbottom, Richter, Mogale, 2011; Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza, 2010).

Szkolenie i rozwój pracowników ochrony zdrowia pozostaje podstawową strategią na rzecz poprawy kompetencji kulturowych w zakresie usług i systemów opieki zdrowotnej. Dowody naukowe w tej dziedzinie koncentrują się przede wszystkim na szkoleniu kompetencji kulturowych i jego wpływie na wiedzę, postawy, umiejętności i zachowanie praktyków (Jongen, McCalman, Bainbridge, 2018; Napier, Ancarno, Buter, 2014).

Dla każdego człowieka zdefiniowanie słowa „kultura” może wyglądać zupełnie inaczej, można je interpretować na wiele różnych sposobów. Znalezienie jednej, czytelnej i zrozumiałej dla każdego definicji nie jest rzeczą łatwą. W encyklopedii PWN czytamy, że: *kultura jest to ogół zasad, reguł i sposobów ludzkiego działania, wytworów ludzkiej pracy i twórczości stanowiący zbiorowy dorobek społeczeństw ludzkich* (Hhnatowicz, Mączak, Zientara, Żarnowski, 2005). Angielski ewolucjonista Edward Tylor w 1871 roku napisał: (...) *kultura lub cywilizacja jest to złożona całość obejmująca wiedzę, wierzenia, sztukę, prawo, moralność, obyczaje i wszystkie inne zdolności i nawyki nabyte przez człowieka, jako członka społeczeństwa* (Kominarec, Kominarecova, 2008). Współczesna antropologia jako główny czynnik rozumienia kultury przyjmuje ludzkie działanie, przykładem tego może być definicja Ralfa Lintona, zdaniem którego: *kultura jest konfiguracją wyuczonych zachowań i ich rezultatów, których elementy są podzielane (wspólne) i przekazywane przez członków danego społeczeństwa* (Art. 35. Konstytucji Rzeczypospolitej

Polskiej, Rozdział II). Kulturę możemy określić jako całokształt nieustannie zmieniających się systemów wartości, instytucji, obyczajów oraz tego, co jest już w pełni ukształtowane i z czego możemy czerpać, czyli tradycji. W psychologii to *władza wynikająca z przekonania o wiedzy i umiejętnościach ekspertów* (Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza, 2010).

Na świecie od zarania dziejów istniał problem komunikacji pomiędzy odmiennymi pod wieloma względami kulturami. W społeczeństwach tradycyjnych znaczna większość osób porozumiewała się z ludźmi podobnymi do siebie pod względem usytuowania kulturowego. Porozumiewanie się z „przyjeźdnym” występowało sporadycznie, a jeśli do niego dochodziło to przeważało przekonanie o oczywistej wyższości własnej kultury. Milton J. Bennett pisał: (...) *Jeśli nie mogliśmy unikać lub nawrócić i zmienić ludzi innych od nas, zabijaliśmy ich* (Marshall, 2005).

Piotr Sztompka użył podziału kompetencji kulturowej na jedno – oraz wielokulturową. Ta pierwsza – jednokulturowa – to przyswojenie idei, wartości, norm, reguł, wzorców typowych dla tylko jednej konkretnej kultury. Natomiast kompetencja wielokulturowa, (kosmopolityczna) to znajomość i zdolność zastosowania mnóstwa rozmaitych wzorców życia i różnorodnych idei wywodzących się z kilku kultur (Majka-Rostek, 2010).

Przemiany obejmujące wszystkie płaszczyzny rzeczywistości są głównie spowodowane gwałtownym rozwojem technologii. Coraz większa liczba ludzi zdaje sobie sprawę z globalnej współzależności międzykulturowej. W dzisiejszych czasach, kiedy dostęp do środków transportu jest tak powszechny i przedostanie się z jednego krańca świata na drugi nie stanowi już tak wielkiego problemu, a technologie komunikacyjne pozwalają na swobodny przepływ informacji, nie odczuwamy już ograniczeń czasoprzestrzeni. Każde nowoczesne państwo powinno dążyć do pokonywania

barier w komunikacji międzykulturowej. Skoro Ziemia zaczyna przybierać postać „globalnej wioski” jej mieszkańcy powinni potrafić się ze sobą komunikować, dlatego tak istotna jest efektywna komunikacja międzykulturowa. Osoba kompetentna kulturowo kieruje się empatią, posiada zdolność wzbudzenia zaufania, potrafi rozpoznać normy i wartości w kulturze, w której się znajduje. Za prekursora i klasyka komunikacji międzykulturowej uważany jest Edward Hall. Z kolei LaRay Barna wyróżnił sześć barier komunikacyjnych, Aby porozumiewanie się między kulturami przebiegało w sposób właściwy (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Jako podstawa do planowania czynności oraz oceny podjętych interwencji w profesjonalnych zespołach opieki zdrowotnej może być wykorzystywany opracowany przez L. Purnell model kompetencji kulturowych. Model przedstawia cztery okręgi: pierwszy z nich ukazuje społeczeństwo, drugi społeczność, trzeci rodzinę, natomiast okrąg umiejscowiony centralnie reprezentuje osobę. Kompetencja kulturowa jest procesem, który przebiega od nieświadomej niekompetencji przez świadomą niekompetencję, świadomą kompetencję, kończąc na nieświadomej kompetencji (Sztompka, Kucia, 2005).

Umiejętność bycia czujnym, tolerowania niejednoznaczności, pokonywania stresu związanego z niepewnością, dostosowania własnej komunikacji oraz empatia są niezbędne do osiągnięcia prawidłowych relacji z osobami o odmiennej kulturze. Empatia to zdolność poznania i zrozumienia drugiej osoby poprzez współodczuwanie, jest pewnego rodzaju darem pozwalającym na „wczucie się” w sytuację innej osoby, dzięki temu można poznać motywy, którymi się ona się kieruje. Duże znaczenie w prawidłowej interakcji międzykulturowej ma również sygnalizowanie swojego zrozumienia i zaangażowania się w próbę komunikacji. Aby dobrze zrozumieć innego człowieka należy

uświadomić sobie, że tak naprawdę wszyscy jesteśmy tacy sami pod pewnymi względami, ponieważ wszyscy należymy do gatunku ludzkiego.

Cel, materiał i metody

Celem badania była analiza kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia. Narzędziem wykorzystanym w badaniu była ankieta do oceny kompetencji kulturowych, Cross-Cultural Competence Inventory. Kwestionariusz wraz z instrukcją został przetłumaczony z języka angielskiego. Pierwotnie był skierowany do oceny kompetencji kulturowej personelu wojskowego. W niniejszej pracy zbadane zostały na jego podstawie kompetencje kulturowe pracowników ochrony zdrowia. Narzędzie składa się ze 149 pytań, z których wyróżniono 9 obszarów poddanych analizie tj.: empatia etnokulturowa (ethnocultural empathy) – jest umiejętnością do zrozumienia uczuć osoby odmiennej kulturowo, poprzez zdolność do postrzegania sytuacji z perspektywy tej osoby; poczucie własnej skuteczności (Self-Efficacy) – jest to przekonanie, że jedna osoba jest w stanie osiągnąć określony cel, co zachęca ją do podejmowania określonych działań; gotowość do zaangażowania się (Willingness to Engage) – jest definiowana jako wykazanie gotowości do zaangażowania się w nieznaną sytuację społecznych w odmiennych kulturach; otwartość na nowe doświadczenia (Openness to New Experience) – osoby otwarte często traktują nową sytuację jako wyzwanie, a nie jako przeszkodę oraz chętniej podejmują współpracę z ludźmi z innych kultur; uczuciowa samoregulacja (Emotional Self-Regulation) – jest zdolnością do regulowania i kontrolowania własnych emocji, jej brak może spowodować zaburzone relacje z innymi osobami; samokontrola (Self-Monitoring) – polega na obserwacji i dostosowaniu swoich zachowań do sytuacji; tolerancja na niejednoznaczność (Tolerance

for Ambiguity) – jest to ogólna dyspozycja wpływająca na funkcje poznawcze; niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą (Low Need for Cognitive Closure) – oznacza, że w obliczu podejmowania decyzji najlepsze jest jedno konkretne rozwiązanie; elastyczność poznawcza (Cognitive Flexibility) – jest to umiejętność bycia otwartym oraz elastycznym podczas podejmowania decyzji. Respondenci w odpowiedzi na zadawane pytania określali poziom własnej zgodności z danym stwierdzeniem (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się umiarkowanie, 3 – lekko się nie zgadzam, 4 – lekko się zgadzam, 5 – umiarkowanie się zgadzam, 6 – zdecydowanie się zgadzam).

Badania były prowadzone w placówkach medycznych na terenie województwa lubuskiego wśród pracowników: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Żarach, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie oraz wśród studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (pracujący w szpitalach studenci studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych drugiego stopnia na kierunkach Pielęgniarstwo oraz Położnictwo).

W grupie badanych najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki (60%). Pozostali badani to lekarze, ratownicy medyczni położne, fizjoterapeuci, radiolodzy, sanitariusze, pracownicy administracyjni, pracownicy obsługi. 79% respondentów stanowiły kobiety. Wyższe wykształcenie posiadało 65% badanych. 34% ogółu anektowanych to osoby w wieku 21–25 lat, 29% to osoby w przedziale wiekowym 36–45 lat. Doświadczenie zawodowe dłuższe niż 15 lat posiadało 37% badanych, natomiast 27% posiadało doświadczenie krótsze niż 1 rok.

Badania przeprowadzono za uzyskaniem świadomej zgody respondenta. Ankiety zostały rozdane pracownikom ochrony

zdrowia i przez nich anonimowo wypełnione. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej (dane ukryte).

Do analizy statystycznej poszczególnych obszarów zastosowano testy Friedmana/ANOVA, test U Manna-Whitneya/Test t-Studenta.

Wyniki

Stwierdzono wysoce istotną różnicę poziomu wyników poszczególnych obszarów

($p < 0,0001$). Wyniki istotnie niższe od pozostałych obszarów stwierdzono w przypadku podskali dotyczącej „tolerancji na niejednoznaczność” i „niskiego zapotrzebowanie na bliskość poznawczą”. Natomiast wyniki istotnie wyższe od pozostałych skal, stwierdzono w przypadku skali „poczucie własnej skuteczności” oraz „gotowość do zaangażowania się” (Tabela 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe analizowanych obszarów kompetencji kulturowych

Obszar	Statystyki opisowe							
	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Empatia etnokułturowa	3,67	0,56	2,00	3,29	3,64	4,07	4,86	p<0,0001 / p<0,0001
Poczucie własnej skuteczności	4,08	0,59	2,43	3,79	4,07	4,43	6,00	
Gotowość do zaangażowania się	4,08	0,49	2,85	3,75	4,15	4,40	5,30	
Otwartość na nowe doświadczenia	3,81	0,48	2,38	3,50	3,81	4,13	5,06	
Uczuciowa samoregulacja	3,86	0,56	2,17	3,50	3,92	4,21	5,42	
Samokontrola	3,40	0,46	2,17	3,11	3,44	3,69	4,72	
Tolerancja na niejednoznaczność	2,58	0,73	1,11	2,06	2,56	3,00	4,78	
Niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą	2,54	0,58	1,33	2,11	2,50	2,89	4,11	
Elastyczność poznawcza	3,75	0,38	2,94	3,44	3,72	3,94	5,11	

Pracowników ochrony zdrowia biorących udział w badaniu podzielono na grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowiło 68 osób w przedziale wiekowym 21–25 lat, a najmniej liczną grupą byli ankietowani powyżej 50 roku życia. W przedziale wiekowym 26–35 lat było 25 osób, 36–45 lat miało 57 respondentów, natomiast w wieku 46–50 lat było 24 ankietowanych. Zatrudnienie w placówkach ochrony zdrowia wymaga od większości pracowników kondycji fizycznej oraz odporności psychicznej, dlatego wiek respondentów niewątpliwie ma tu duże znaczenie.

Wyniki istotnie statycznie w badanych obszarach z wykorzystaniem testu ANOVA,

stwierdzono w przypadku „empatii etnokułturowej” ($p=0,0460$) oraz „otwartości na nowe doświadczenia” ($p=0,0377$). Największą zdolność do rozumienia uczuć osoby odmiennej kulturowo wykazali najmłodszy pracownicy ochrony zdrowia, natomiast najniższy poziom empatii występował w grupie w wieku od 46 do 50 lat. Z kolei z badań wynika, że najbardziej otwarci na nowe doświadczenia byli najmłodszy ankietowani mający od 21 do 25 lat, natomiast najmniej otwarci na nowe doświadczenia byli respondenci w wieku od 36 do 45 lat (Tabela 2).

Tabela 2. Wyniki analizowanych obszarów w zależności od wieku

Obszar	Wiek	Statystyki opisowe							test Kruskala-Wallisa / ANOVA
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Gotowość do zaangażowania się	>50	4,01	0,54	2,85	3,70	4,08	4,35	5,05	0,9472 0,8939
	46-50	4,04	0,42	3,35	3,78	4,00	4,25	5,00	
	36-45	4,09	0,42	3,25	3,75	4,15	4,35	4,95	
	26-35	4,15	0,61	3,10	3,70	4,10	4,40	5,30	
	21-25	4,09	0,51	2,85	3,75	4,15	4,40	5,00	
Otwartość na nowe doświadczenia	>50	3,85	0,48	2,81	3,56	3,78	4,13	4,94	0,0611 0,0377
	46-50	3,70	0,38	3,13	3,38	3,72	4,00	4,38	
	36-45	3,69	0,48	2,38	3,38	3,75	4,00	4,69	
	26-35	3,77	0,43	3,06	3,50	3,75	4,06	4,63	
	21-25	3,94	0,49	2,69	3,63	3,94	4,28	5,06	

test Kruskala-Wallisa*/ANOVA

Kolejną zmienną na podstawie której dokonywano analizy kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia była ich płeć. Przebadano 157 kobiet (co stanowi 78%) oraz 43 mężczyzn (22%). Przeważająca ilość kobiet była niewątpliwie związana z tym, że pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę zawodową w placówkach szpitalnych. Wyniki kobiet i mężczyzn różniły się od siebie wysoce istotnie statystycznie ($p < 0,01$) odnośnie „empatii etnokulturowej”. Wynika z nich, że kobiety mają wyższy poziom empatii niż mężczyźni. Nie wykazano wyraźnej różnicy ($p > 0,05$) w „gotowości do zaangażowania się” odnośnie płci. Zauważono jednak, że średnia liczba punktów była wyższa wśród kobiet, a niższa w grupie mężczyzn. W przypadku „niskiego zapotrzebowania na bliskość poznawczą” wyniki obu płci różnią się istotnie ($p < 0,05$) i tak mężczyźni charakteryzują się wyższymi wynikami w obrębie tego obszaru. Również istotne różnice uzyskano w zakresie „elastyczności poznawczej” ($p < 0,05$), kobiety cechuje większa elastyczność poznawcza (Tabela 3).

Tabela 3. Wyniki analizowanych obszarów w zależności od płci

Obszar	Płeć	Statystyki opisowe							test U Manna-Whitneya / Test t-Studenta
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył	Maksimum	
Empatia etnokulturowa	M	3,45	0,61	2,00	3,00	3,50	3,79	4,86	0,0061 0,0040
	K	3,72	0,53	2,36	3,36	3,71	4,07	4,71	
Gotowość do zaangażowania się	M	4,03	0,51	2,85	3,70	4,05	4,35	5,30	0,3984 0,4368
	K	4,09	0,49	2,85	3,75	4,15	4,40	5,20	
Otwartość na nowe doświadczenia	M	3,67	0,43	2,56	3,38	3,69	3,88	5,06	0,0252 0,0402
	K	3,84	0,48	2,38	3,56	3,81	4,19	4,94	
Niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą	M	2,71	0,57	1,72	2,28	2,61	3,06	4,11	0,0405 0,0320
	K	2,49	0,58	1,33	2,06	2,44	2,83	4,06	
Elastyczność poznawcza	M	3,63	0,32	2,94	3,39	3,67	3,78	4,33	0,0314 0,0234
	K	3,78	0,39	2,94	3,50	3,78	4,00	5,11	

test Kruskala-Wallis*/ANOVA

W badanej grupie jedynie w przypadku „poczucia własnej skuteczności” stwierdzono wysoce istotną różnicę wyników w zależności od wykształcenia respondentów. Porównania wskazują na istotnie wyższy wynik w grupie o wyższym wykształceniu w stosunku do niższego wyniku w grupie o wykształceniu zawodowym (Tabela 4).

Tabela 4. Wyniki analizowanego obszaru w zależności od wykształcenia

Obszar	Wykształcenia	Statystyki opisowe							test Kruskala- Wallisa / ANOVA
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Poczucie własnej skuteczności	zawodowe	3,49	0,59	2,79	3,14	3,39	3,71	4,50	0,0069 0,0033
	średnie	3,96	0,57	2,57	3,64	4,00	4,36	5,36	
	wyższe	4,16	0,58	2,43	3,79	4,14	4,50	6,00	

test Kruskala-Wallis*/ANOVA

Kompetencje kulturowe mogą różnić się w zależności od zajmowanego stanowiska, stąd badanych pracowników ochrony zdrowia podzielono ze względu na stanowisko pracy. Pielęgniarek i pielęgniarzy poddanych badaniu było 120 (60%), natomiast pozostałych pracowników szpitali było 80, w ich skład wchodziło: 16 lekarzy, 13 położnych, 9 fizjoterapeutów, jeden radiolog, 17 ratowników, 7 sanitariuszy, 4 sekretarki medyczne, 8 pracowników obsługi, 5 pracowników administracji. W analizie wyników porównywano dwa stanowiska: pielęgniarki oraz inne, czyli pozostałe wyżej wspomniane stanowiska.

Analiza stanowiska pracy względem poszczególnych obszarów wykazała, że grupy różniły się od siebie wysoce istotnie ($p < 0,01$), w przypadku „empatii etnokulturowej”, „gotowości do zaangażowania się”, „otwartości na nowe doświadczenia” ($p > 0,05$), a także „elastyczności poznawczej” ($p < 0,01$). Wyniki pielęgniarek były wyższe niż pozostałych respondentów. Pielęgniarki wykazywały większą gotowość do zaangażowania oraz dużo

wyższą elastyczność poznawczą. Z kolei pozostali pracownicy ochrony zdrowia cechowali się większą „tolerancją na niejednoznaczność” ($p < 0,05$) oraz wyższym niskim zapotrzebowaniem na bliskość poznawczą, niż pielęgniarki ($p < 0,01$) (Tabela 5).

Tabela 5. Wyniki analizowanych obszarów w zależności od zajmowanego stanowiska

Obszar	Stanowisko	Statystyki opisowe							test U Manna- Whitneya / Test t-Studenta
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Empatia etnokulturowa	inne	3,49	0,60	2,00	3,00	3,50	3,86	4,86	0,0002 0,0002
	pielęg.	3,78	0,50	2,36	3,43	3,79	4,11	4,71	
Gotowość do zaangażowania się	inne	3,96	0,49	2,85	3,63	3,98	4,28	5,30	0,0025 0,0046
	pielęg.	4,16	0,48	2,85	3,85	4,20	4,43	5,20	
Otwartość na nowe doświadczenia	inne	3,70	0,45	2,56	3,41	3,75	3,94	5,06	0,0065 0,0128
	pielęg.	3,87	0,48	2,38	3,56	3,94	4,25	4,94	
Tolerancja na niejednoznaczność	inne	2,75	0,74	1,33	2,33	2,67	3,22	4,78	0,0199 0,0082
	pielęg.	2,47	0,71	1,11	1,89	2,44	2,94	4,78	
Niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą	inne	2,73	0,54	1,33	2,39	2,67	3,17	4,00	<0,0001 0,0001
	pielęg.	2,41	0,58	1,39	1,94	2,33	2,78	4,11	
Elastyczność poznawcza	inne	3,65	0,35	2,94	3,39	3,61	3,81	5,11	0,0009 0,0021
	pielęg.	3,81	0,38	2,94	3,53	3,83	4,06	5,11	

test Kruskala-Wallis*/ANOVA

Dyskusja

Posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników szpitali jest niezwykle ważną wartością przekładającą się na poprawę stanu zdrowia pacjentów. W wielu krajach prowadzone są różnego rodzaju szkolenia oraz treningi w zakresie „wielokulturowej” edukacji, mające na celu poprawę jakości opieki nad różnymi grupami pacjentów. Takie szkolenia pomagają w zrozumieniu, jak bardzo istotne znaczenie ma znajomość oraz akceptacja różnic

kulturowych. Barzykowski, Majda, Przyłęcki i Szkup (2019a, 2019b) dokonali tłumaczenia, adaptacji i oceny psychometrycznej polskiej wersji kwestionariusza *Cross-Cultural Competence Inventory*. Pomimo pewnych ograniczeń stwierdzono, że CCCI należy uznać za ważne i niezawodne narzędzie służące do oceny kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów.

Ocena poziomu kompetencji kulturowych i identyfikacja czynników wpływających na ich

rozwój wśród personelu medycznego i studentów jest niezbędna do zapewnienia profesjonalnej opieki pacjentom z różnych środowisk kulturowych.

Badania Wang (2018) prowadzone w grupie 677 studentów pielęgniarstwa wykazały, że w słabiej rozwiniętym regionie Chin, badani wykazywali niższe wyniki w zakresie kompetencji kulturowych i uznali potrzebę rozwoju kompetencji międzykulturowych i gerontologicznych. Inne badania prowadzone w grupie 295 studentów pielęgniarstwa w południowej Finlandii wykazały umiarkowany poziom kompetencji kulturowych wśród badanych (Repo, Vahlberg, Salminen, 2016). Podobne wyniki uzyskano na podstawie badań prowadzonych w Korei Południowej wśród 143 pielęgniarek środowiskowych, stwierdzono średni poziom kompetencji kulturowych w badanej grupie (Suk, Oh, Im, 2018).

Analizując wyniki badań własnych, można wnioskować, że nawet w stosunkowo niewielkiej grupie przebadanych dwustu pracowników szpitala występuje ogromna różnorodność, a ich poziom kompetencji kulturowych jest na różnym poziomie.

Badania Lin (2016) prowadzono w grupie 309 pielęgniarek pracujących w 16 ośrodkach na Tajwanie. Celem było wykazanie wpływu atmosfery organizacji, na którą składa się poczucie własnej skuteczności i zewnętrzne oczekiwania wobec pracowników na kompetencje kulturowe. Wykazano, że zewnętrzne oczekiwania wobec pracownika mają większy wpływ na międzykulturowe kompetencje pielęgniarek niż poczucie własnej skuteczności. Ponadto stwierdzono, że międzykulturowe kompetencje pielęgniarek mają pozytywny wpływ na pielęgniarski kapitał intelektualny. Pielęgniarski kapitał intelektualny zdefiniowano jako wiedzę i umiejętności pielęgniarskie mające bezpośredni wpływ na efekty leczenia i wydajność organizacji.

Natomiast badania własne wykazały istotnie wyższe wyniki kompetencji kulturowych w obszarze poczucia własnej skuteczności u pracowników posiadających wyższe wykształcenie niż u pracowników posiadających wykształcenie zawodowe.

Analiza Sundling (2017) obejmująca grupę 156 studentów ostatniego roku pielęgniarstwa pochodzących ze Szwecji i Norwegii wykazała, że szwedzcy studenci uzyskali znacznie wyższe wyniki w zakresie skuteczności komunikacji, empatii i uważności niż studenci norwescy. Po uwzględnieniu wieku, płci i kraju w regresji wielokrotnej liniowej uważność była jedynym niezależnym predyktorem poczucia własnej skuteczności w komunikacji.

Pielęgniarka potrafiąca dostrzec potrzeby pacjenta, unikająca stereotypów, przekładająca zdobytą wiedzę na pracę z chorymi, posiadająca własne poglądy na świat, a do tego posiadająca kompetencje kulturowe, niewątpliwie powinna być pożądanym ogniwem w ochronie zdrowia. Adaptacja do różnych kulturowych przekonań i praktyk wymaga elastyczności i szacunku dla innych punktów widzenia. Osoba kompetentna kulturowo potrafi słuchać pacjenta, stara się dowiedzieć jak najwięcej o jego kulturze, wierze i zwyczajach. Ponadto kieruje się dobrem pacjenta i jego rodziny, stara się zapewnić mu należytą opiekę i przede wszystkim nie ocenia jego zachowań, tylko stara się je zrozumieć. Przystosowanie się do odmiennych kulturowych zachowań nie jest rzeczą łatwą, dlatego bardzo istotne jest okazywanie szacunku i chęć komunikowania się z osobami o innym pochodzeniu etnicznym lub kulturowym.

W badaniach własnych 120 pielęgniarek odpowiadało na pytania dotyczące m.in. ich gotowości do zaangażowania się, które niewątpliwie w pracy z pacjentem odmiennym kulturowo ma ogromne znaczenie. Pielęgniarki wykazywały gotowość do zaangażowania się znacznie częściej niż pozostali

pracownicy ochrony zdrowia, ich wyniki różniły się od pozostałych wysoce istotnie ($p < 0,01$). Rozpatrując „otwartość na nowe doświadczenia”, również zaobserwowano istotnie różniące się od siebie wyniki ($p < 0,05$) pomiędzy pielęgniarkami a pozostałymi respondentami. Wykazano, że wyniki pielęgniarek były wyższe. Jednak za najbardziej zadawalające można uznać to, iż poczucie empatii etnokulturowej było najwyższe w grupie pielęgniarek, wyniki podgrup pod względem zajmowanego stanowiska różniły się od siebie wysoce istotnie statystycznie ($p < 0,01$).

Posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników szpitali jest niezwykle ważną wartością przekładającą się na poprawę stanu zdrowia pacjentów. W wielu krajach prowadzone są różnego rodzaju szkolenia oraz treningi w zakresie „wielokulturowej” edukacji, mające na celu poprawę jakości opieki nad różnymi grupami pacjentów. Takie szkolenia pomagają w zrozumieniu, jak bardzo istotne znaczenie ma znajomość oraz akceptacja różnic kulturowych.

W badaniach przeprowadzonych przez Zdziebło, Nowak-Starz, Makiełę, Stępnia, Wiraszka (2014) ponad 90% ankietowanych pielęgniarek potwierdziło konieczność znajomości odmiennych kultur w pracy zawodowej, jednocześnie przyznając, że nie czują się odpowiednio przygotowane do efektywnego kontaktu z osobą taką kulturę reprezentującą. Ponad połowa badanych uznała potrzebę przeprowadzania szkoleń podyplomowych na temat efektywnej komunikacji z przedstawicielami innych kultur.

Również Zgliczyński i Cianciara (2013) zauważyli potrzebę odpowiednich szkoleń dla polskich lekarzy.

Istotne byłoby stworzenie odpowiednich procedur postępowania, zwiększenie wiedzy czy też dostosowanie oddziałów szpitalnych do potrzeb wielokulturowych pacjentów (Ogórek-Tęcza i in., 2012).

Badania Filej, Kaučič, Breznik, Razlag Kolar (2016) przeprowadzone wśród 598 pielęgniarek pracujących w OIT w krajach europejskich takich jak Polska, Słowenia, Republika Czeska oraz w innych państwach członkowskich EfCCNa wykazały, że wszystkie ankietowane pielęgniarki – zarówno te z państw monoetnicznych, jak i te z państw wielokulturowych – wykazały zainteresowanie rozwojem wiedzy i umiejętności na temat świadczenia opieki nad pacjentem pochodzącym z odmiennej kultury hospitalizowanym w OIT. Jednakże wyższe wyniki – i tym samym większe zainteresowanie – wykazały pielęgniarki z grupy reprezentującej różne narodowości, z doświadczeniem codziennego życia i pracy w środowisku zróżnicowanym kulturowo. Dodatkowo zaobserwowano istnienie potrzeby szkoleń na temat wielokulturowości wśród pielęgniarek OIT.

Personel medyczny powinien w swoim działaniu zawsze kierować się podstawową zasadą etyki obowiązującą wszystkie zawody medyczne. Mówi ona, że personel ochrony zdrowia powinien udzielać pomocy medycznej każdej osobie potrzebującej bez względu na jej status społeczny, odmienną kulturę, etniczną czy wyznaniową.

Wnioski

Ogólny poziom kompetencji kulturowej wśród pracowników ochrony zdrowia można określić jako dość zadawalający. Płeć oraz stanowisko pracy badanych pracowników opieki medycznej mają wpływ na poziom osobistych kompetencji kulturowych. Kobiety i osoby zajmujące stanowisko pielęgniarki charakteryzowały się większą elastycznością poznawczą oraz otwartością na nowe doświadczenia. Stosunkowo wysokie poczucie własnej skuteczności, wzmacniane wykształceniem, może być mocną podstawą pozwalającą na budowanie potencjału w ramach innych obszarów m.in. empatii etnokulturowej. 👁

Dr n. zdr. Małgorzata Zimny – asystent, pracownik Zakładu Położnictwa i Patologii Ciąży na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Absolwentka PUM, magister położnictwa, specjalista pielęgniarstwa położniczego. Doktorat obroniony w 2018 roku.

Afiliacja:

Zakład Położnictwa i Patologii Ciąży
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
e-mail do kontaktu: mmzimny@wp.pl

Daria Schneider-Matyka – adiunkt, pracownik Zakładu Pielęgniarstwa na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Absolwentka PUM, magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego. Doktorat obroniony w 2014 roku.

Afiliacja:

Zakład Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
e-mail: daria.schneider-matyka@pum.edu.pl

Justyna Kubiak – magister pielęgniarstwa. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

Bibliografia

Barzykowski, K., Majda, A., Przyłęcki P., Szkup, M. (2019a). Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation, *PLoS One*, 14 (3)/2019, doi: 10.1371/journal.pone.0212730.

Barzykowski, K., Majda, A., Szkup, M., Przyłęcki, P. (2019b). The Polish version of the Cultural Intelligence Scale: Assessment of its reliability and validity among healthcare professionals and medical faculty student, *PLoS One*, 14(11)/2019, doi.org/10.1371/journal.pone.0225240.

Filej, Kaučić B.M., Breznik K., Raziąg Kolar T. (2016). Analiza kompetencji kulturowych oraz potrzeb edukacyjnych pielęgniarek w zakresie międzykulturowej opieki pielęgniarskiej w OIT – wyniki badań empirycznych. W: *Kompetencje i potrzeby*

edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej. Raport 2017.

Hhnatowicz, I., Mączak A., Zientara, B., Żarnowski, J., (2005). *Spółczesność Polska od X do XX wieku.* Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.

Higginbottom, G.M., Richter, M.S., Mogale, R.S., Ortiz, L., Young, S., Mollel, O. (2011). Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: An integrative review of the literature, *BMC Nursing*, 3/2011, 10–16, doi: 10.1186/1472-6955-10-16.

Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review, *BMC Health Services Research*, 18 (232)/ 2018, doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Art. 35, Rozdział II: Wolności, Prawa i Obowiązki człowieka i obywatela.

Kominarec, I., Kominarecova, E., (2008). *Podstawy edukacji wielokulturowej.* Warszawa: Wydawnictwo Śląsk Katowice.

Krajewska-Kułał, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska, K. (2010). *Problemy wielokulturowości w medycynie.* Warszawa: PZWL.

Lin, H., Ch. (2016). Impact of nurses' cross-cultural competence on nursing intellectual capital from a social cognitive theory perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 72(5)/ 2016, 1144–54, doi.org/10.1111/jan.12901.

Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Ogórek-Tęcza, B. (2010). *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych.* Warszawa: PZWL.

Majka-Rostek, D., (2010). *Komunikacja społeczna a zwyczajność współczesności.* Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Marshall, G., (2005). *Słownik socjologii i nauk społecznych.* Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Napier, A.D., Ancarno, C., Buter, B., Calabrese, J., Chater A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds R., Scambler, G., Shamdasani, S., Zafer Smith, S., Jakob

Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A.M., Walker, T., Watson, J., de C Williams, A., C., Willott, Ch., Wilson, J., Woolf, K. (2014). Culture and health, *Lancet*, 384 (9954)/2014, 1607–39.2, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2).

Ogórek-Tęcza B, Kamińska A, Matusiak M, Skupnik R. (2012). Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4/2012, 61–65.

Poznańska, S., Plaszczyńska-Żywko, L., (2001). *Wybrane modele pielęgniarstwa.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Repo, H., Vahlberg, T., Salminen L., Papadopoulos, I., Leino-Kilpi, H. (2016). The Cultural Competence of Graduating Nursing Students, *Journal of Transcultural Nursing*, 28 (1)/ 2016, 98–107. <https://doi.org/10.1177/1043659616632046>

Suk, M., H., Oh, W., O., Im, Y., J. (2018). Factors affecting the cultural competence of visiting nurses for rural multicultural family support in South Korea, *BMC Nursing*, 17(1)/2018, doi 10.1186/s12912-017-0269-4.

Sundling, V., Sundler, A., J., Holmström, I., K., Kristensen, D., V., Eide, H. (2017). Mindfulness predicts student nurses' communication self-efficacy: Across-national comparative study. *Patient Education and Counseling*, 100(8)/2017, 1558–1563, doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.016.

Sztompka, P., Kucia, M., (2005). *Socjologia Lekturey.* Kraków: Wydawnictwo Znak.

Wang, Y., Xiao, L., D., Yan, P., Wang, Y. (2018). Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region, *Nurse Education Today*, 70/2018, 47–53, doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.012.

Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E, Stępień R, Wiraszka G. (2014). Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie, *Problemy Pielęgniarstwa*, 22 (2)/2014, 367–372.

Zgliczyński W, Cianciara D. (2013). Pacjenci obco krajowcy w opiniach polskich lekarzy, *Hygeia Public Health*, 48(1)/2013, 120–124.

Cultural competence assessment among health care workers

Abstract

Introduction: Poland as a country located in the middle of Europe attracts the foreigners. People, that come to Poland and settle the area of our country hope that the life will be better and statelier, although the compatriot have not always the positive attitude to the foreigners. One of the biggest problems is the lack of knowledge about cultural differences, what can lead to unnecessary conflicts. Cultural competences, understood as the ability to adopt an attitude of cultural relativism, constitute a set of attitudes, knowledge and motivations, among which ethnocultural empathy and a sense of self-efficacy play an important role and a cognitive flexibility and openness to new experiences is.

Aim of this thesis: To put on the test the intercultural competence of the health system workers.

Materials and methods: The questionnaire includes 200 health system workers, that works in hospitals on the area of Lubuskie and Zachodniopomorskie province. For the realization was used the standar questionnaire for the assessment of cultural competence – Cross-Cultural Competence Inventory. The questionnaire includes 149 questions, which are shared in 9 areas: Ethnocultural Empathy, Self-Efficacy, Willingness to Engage, Openness to New Experience, Emotional Self-Regulation, Self-Monitoring, Tolerance for Ambiguity, Low Need for Cognitive Closure, Cognitive Flexibility. Based on the collected data, a collective statistical analysis was carried out.

Results: The respondents differed from each other in particular areas. It was found that the level of cultural competences of healthcare professionals leaves much to be desired. The

research shows that the youngest respondents aged 21 to 25 were the most open to new experiences, while the respondents aged 36 to 45 were the least open to new experiences. Women have a higher level of "ethno-cultural empathy" than men. The employees of medical institutions subject to the study showed a high level of "self-efficacy". Nurses participating in the study showed statistically higher "openness to new experiences" than other subgroups of the respondents. Nurses have a high cognitive flexibility, which means they have the ability to be open-minded and flexible when making decisions. It has been shown that the respondents are more open to new experiences. Women are characterized by greater cognitive flexibility. Self-efficacy was highest in people with higher education.

[The manuscript will present individual components included in the studied areas.]

Conclusions: The general level of cultural competence among healthcare professionals can be described as quite satisfactory. The gender and job position of the surveyed healthcare workers have an impact on the level of personal cultural competences. Women and nurses were characterized by greater cognitive flexibility and openness to new experiences. Relatively high self-efficacy, strengthened by education, can be a strong basis for building potential in other areas, including ethno-cultural empathy.

Keywords: cultural competences, multiculturalism, empathy, cognitive flexibility, nursing.