

Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie

Intercultural sensitivity in the nursing care

STRESZCZENIE

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej spowodowało otwarcie granic, nasiliło migrację ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo, doprowadziło do wzrostu liczby imigrantów i uchodźców asymilujących się w Polsce oraz do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Powyższa sytuacja wymaga od pielęgniarek już nie tylko postrzegania pacjenta przez pryzmat jego potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i problemów zdrowotnych, ale także pod kątem potrzeb duchowych – wyznawanej religii czy wierzeń oraz pochodzenia społeczno-kulturowego. W tym kontekście wiedza na temat różnic kulturowych odbiorców usług zdrowotnych oraz kształtowanie wśród pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia wrażliwości międzykulturowej jest niezbędne.

Celem pracy była próba przybliżenia pielęgniarkom znaczenia wrażliwości międzykulturowej w opiece nad pacjentami.

W pracy wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa i modelu wrażliwości międzykulturowej Milтона Bennetta.

Nauka wrażliwości międzykulturowej powinna obejmować pielęgniarki, osoby tworzące i realizujące programy z zakresu edukacji międzykulturowej oraz osoby obcujące z odmiennością kulturową w takich grupach zawodowych, jak położne, ratownicy medyczni, lekarze. Do interpretacji zachowań i postaw pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów przydatny może się stać model wrażliwości międzykulturowej Milтона Bennetta.

Postawa wrażliwości międzykulturowej powinna być jednym z elementów kompetencji zawodowych, nabywanych w procesie kształcenia podstawowego i podyplomowego przez studentów studiów medycznych, w tym pielęgniarki, w zakresie zapewnienia profesjonalnej opieki uwarunkowanej kulturowo. Należy tworzyć i realizować programy szkoleniowe propagujące świadomość kulturową wśród pielęgniarek, z wykorzystaniem interaktywnych metod nauczania i znajomości zasad treningu umiejętności.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 253–258

Słowa kluczowe: wrażliwość międzykulturowa, opieka pielęgniarstwie

ABSTRACT

The accession of Poland to the European Union resulted in the opening of borders, the intensified migration of people from many culturally diverse countries, the increase in the number of immigrants and refugees assimilating in Poland and the use of medical services. Such a situation requires from nurses not only the perception of a patient from the point of view of their health problems, and biological, psychological and social needs, but also considering their spiritual needs, that is their religion or beliefs, as well as social-cultural backgrounds. Thus, knowledge about cultural differences of healthcare recipients and developing intercultural sensitivity of nurses and other healthcare professionals is indispensable.

The aim of the study was an attempt to familiarize nurses of the meaning of the intercultural sensitivity in charge of patients.

On the work one used the method of the analysis of the literature and the model of the intercultural sensitivity of Milton Bennett.

Learning intercultural sensitivity should refer to present and future nurses, people who design and implement programmes on intercultural education. It also refers to people who experience cultural diversity in professional groups such as obstetricians, paramedics and doctors. Milton Bennett's model of intercultural sensitivity can be useful in the interpretation of behaviours and attitudes of healthcare professionals as well as of patients.

The attitude of intercultural sensitivity should be one of the elements of professional competencies useful in providing professional healthcare the conditioned culturally and developed in the process of graduate and post-graduate education of medical students, including nurses. Training programmes which promote cultural awareness in nurses and use active methods of teaching and rules of skills training should be designed and implemented.

Nursing Topics 2011; 19 (2): 253–258

Key words: intercultural sensitivity, nursing care

Wstęp

Wraz z rozwojem różnych form komunikacji, jak również w wyniku procesów globalizacyjnych, migracyjnych i polityki mobilności zawodowej, której efektem jest legalne zatrudnianie przedstawicieli obcych państw w większości branż, różnorodność kulturowa w wielu krajach od dłuższego czasu stała się często spotykanym zjawiskiem. Sytuacja ta postawiła przed doradcami zawodowymi nowe zadania i wyzwanie opanowania kompetencji międzykulturowych. Powstały programy szkoleniowe propagujące świadomość kulturową wśród doradców zawodowych, takie jak RAINBOW, SIETAR. Podejmowanie problematyki wielokulturowości w doradztwie zawodowym w Polsce ma krótką tradycję, jednak zainteresowanie nią wzrasta od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej [1]. W związku z obecnymi w Polsce zmianami kształcenia medycznego i odpowiedzią uniwersytetów kształcących między innymi pielęgniarki na Deklarację Bolońską, jest okazja wprowadzania do programów nauczania zagadnień dotyczących wielokulturowości i nabywania przez pielęgniarki kompetencji, które odnoszą się do opieki uwarunkowanej kulturowo. Świadczenie takiej opieki staje się koniecznością w sytuacji, kiedy nasila się migracja ludności z krajów odmiennych kulturowo, wzrost liczby imigrantów asymilujących się w Polsce i korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Zainteresowanie wielokulturowością i jej znaczeniem dla opieki rozpoczęło się w Stanach Zjednoczonych w latach 50. ubiegłego wieku dzięki pielęgniarce Madeleine M. Leininger. Dostrzegła ona potrzebę zmiany tradycyjnych monokulturowych norm i praktyk zawodowych na wielokulturowe i zróżnicowane sposoby holistycznej, zindywidualizowanej i humanistycznej opieki zdrowotnej. Zauważyła także, że pielęgniarki powinny posiadać wiedzę o różnych kulturach i ich wpływie na zachowania zdrowotne oraz dużą wrażliwość na odrębność kulturową pacjenta [2–5]. Leininger uznała, że rolą pielęgniarki jest zapewnienie opieki osobom tego potrzebującym zgodnie z uwarunkowanymi kulturowo wartościami i sposobem ich życia. Podkreślała, że „pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, że będą zrozumiane i rozpoznane jego fizyczne i psychiczne potrzeby” [2].

Ważne jest, aby zdobywanie wiedzy na temat wrażliwości międzykulturowej objęło osoby sprawujące bezpośrednią opiekę nad pacjentami z różnych kultur, to jest pielęgniarki, położne, ratowników medycznych, lekarzy oraz osoby tworzące i realizujące programy z zakresu edukacji międzykulturowej.

Cel pracy

Celem pracy była próba przybliżenia pielęgniarkom znaczenia wrażliwości międzykulturowej w opiece nad pacjentami.

W pracy wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa i modelu wrażliwości międzykulturowej Milтона Bennetta.

W kontaktach międzykulturowych samoistnie szukamy podobieństw, gdyż nam nie zagrażają. Programy edukacyjne nastawione na ukazanie tych podobieństw mają na celu przełamanie przekonania, że „oni” są zasadniczo inni niż „my”, ponieważ istnieje prawdopodobieństwo, że osoba poznająca korzystniej oceni kogoś podobnego do siebie [6]. Nie oddaje to jednak istoty relacji międzyludzkich, gdyż tożsamość budujemy, porównując się z innymi. Głównym celem programów edukacyjnych nie powinno być tylko wytwarzanie pozytywnego odbioru innych osób, opartego na podobieństwach. Należy w nich kreować także pozytywne nastawienie do różnic. Ludzie na podstawie zjawiska dyferencjacji postrzegają tę samą rzecz w różny sposób. Na sposób interpretowania rzeczywistości w dużym stopniu wpływa kultura [7–9].

Wrażliwość międzykulturowa to świadomość występowania różnic kulturowych i umiejętność ich interpretacji w różnych sytuacjach. To droga do kształtowania konstruktywnej rzeczywistości i przyszłości [7]. Do interpretacji zachowań i postaw pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów może być przydatny model wrażliwości międzykulturowej Milтона Bennetta. Model ten ewoluuje i ma charakter procesu przechodzącego przez kilka faz, od etnocentryzmu do etnorelatywizmu [7, 10].

Etnocentryzm to przekonanie jednostki, że jej światopogląd jest kluczowy, a jej wizja świata jest centralna wobec rzeczywistości. To przeświadczenie o szczególnej wartości kultury danej jednostki, a nawet jej przewadze nad innymi. W tym rozumieniu sposób życia własnej społeczności jest niekwestionowany (polonocentryzm, europocentryzm). Własna grupa etniczna jest w centrum, a pozostałe społeczności są oceniane z jej punktu widzenia. Etnocentryzm wiąże się z koncentracją na własnej zbiorowości, ocenie innych społeczności według własnych kryteriów, odnoszeniu wszystkiego co dzieje się w świecie do interesów grupowych. W kontakcie z cudzoziemcem osoba o poglądach etnocentrycznych ma tendencję do postrzegania sytuacji przez pryzmat własnych norm i „okularów kulturowych” oraz interpretowania i oceniania zdarzeń, innych ludzi i ich zachowań w odniesieniu do własnych standardów. Osoba taka zakłada, że to co właściwe jest jej kulturze, powinno być standardem obowiązującym na świecie. Deprecjonuje innych, dokonując afirmacji swojej obyczajowości. Innych postrzega jako dewiantów, ponieważ nie realizują postulatów jej kultury. Oceniając innych, stosuje kryteria właściwe własnemu kręgowi kulturowemu, co jest nieuzasadnione i niewłaściwe [7, 10].

W postawie etnocentrycznej wyróżnia się trzy fazy: — zaprzeczenie: izolacja, separacja;

- obrona: oczernianie, wywyższanie, odwrócenie;
- minimalizacja: fizyczny uniwersalizm, transcendentny uniwersalizm.

Zaprzeczenie — jednostka zaprzecza istnieniu jakichkolwiek różnic, nie dostrzega, że istnieją inne wizje rzeczywistości. Postawa ta może być oparta na izolacji (brak szans na konfrontację z różnicami) lub separacji (stawianie barier między ludźmi, którzy są odmienni, celowe budowanie murów między „swoimi” i „obcymi”). Przykładem postawy zaprzeczającej może być pielęgniarka niezauważająca różnic między polskimi pacjentami a przybyłymi na przykład z Czeheni, w ten sam sposób udziela rad, wskazówek, stosuje te same narzędzia diagnostyczne do oceny stanu zdrowia. O zaprzeczeniu świadczą następujące określenia: „O ile wszyscy mówimy tym samym językiem, nie ma żadnego problemu”, „Z moim doświadczeniem mogę być skuteczna/-y w każdej kulturze bez specjalnego wysiłku”, „Nigdy nie doświadczam szoku kulturowego” [11].

Obrona — jednostka dostrzega różnice kulturowe, ale uważa je za trudne do przyjęcia i zagrażające, ponieważ sugerują inne alternatywne wizje rzeczywistości, a przez to podważają tożsamość jednostki. Taka osoba posługuje się stereotypami, broni się przed niechcianymi wartościami przez deprecjonowanie innych. Walczy z różnicami, na przykład przez zachowania pokazujące jej wyższość wobec osób odmiennych lub przez tak zwane odwrócenie, czyli wywyższanie osoby z innej kultury a deprecjonowanie własnej grupy (pozorna wrażliwość). Zauważa inne zachowanie, ale stosuje nadal te same metody pracy, bo uważa je za najlepsze, sprawdzone, ponieważ powstały w kraju rozwiniętym. Opisywaną postawę ilustruje przykład pielęgniarki opiekującej się obłożnie chorą pacjentką wyznania muzułmańskiego. Chora modli się pięć razy dziennie, prosząc za każdym razem przed modlitwą o wodę do umycia rąk. Jest wyraźnie niezadowolona, gdy pielęgniarka podaje jej wodę do umycia rąk z miednicy. Pielęgniarka widzi niezadowolenie, ale nie zmienia sposobu pielęgnacji, uważa, że robi wszystko zgodnie z przyjętymi procedurami. O obronie świadczą następujące określenia: „Chociaż mówię ich językiem, oni są nadal nieuprzejmi wobec mnie”, „Ci ludzie są tak grzeczni i wyszukani, że nie chciałabym/-bym ich gościć ponownie w domu”, „Ci ludzie nie cenią życia w taki sposób, jak my to robimy”, „Kiedy spotykasz się z inną kulturą, to uświadamiasz sobie, że twoja jest dużo lepsza” [11].

Minimalizacja — jednostka zauważa różnice, nie zwalcza ich przez deprecjonowanie lub wywyższanie się, ale stara się zminimalizować ich znaczenie. Wykazuje jedynie podobieństwa i bagatelizuje różnice, na przykład przez uniwersalizm fizyczny (wszyscy muszą jeść, trawić, umierać) czy transcendentny (odnajdywanie łączących, a nie dzielących wartości). Pielęgniarka pracująca w świetlicy socjoterapeutycznej, gdzie przy-

chodzą dzieci polskie i romskie, uważa, że tak samo odczuwają strach, ból, złość, chcą być kochane, bo przecież wszyscy są ludźmi. O minimalizacji świadczą następujące określenia: „Kluczem do robienia postępów w danej kulturze jest bycie autentycznym i uczciwym”, „Zwyczajnie różnią się oczywiście, ale kiedy naprawdę poznajemy osoby z innych kultur, są zasadniczo tacy sami jak my”, „Kontekst może być różny, ale komunikowanie podstawowych potrzeb jest na całym świecie takie samo”, „Mam intuicję w rozumieniu innych ludzi, niezależnie z jakiej kultury pochodzą” [11].

Etnorelatywizm (relatywizm kulturowy) to postawa otwarta na poznawanie i rozumie innych kultur według właściwych im kategorii i wartości, nietraktująca różnic jako zagrożenia, ale jako wyzwanie i wartość. Nie ocenia innych kultur według kryteriów własnej, rodzimej kultury, ponieważ może się okazać, że to co pożądane i oczekiwane w jednej kulturze, jest naganne i odrzucane w innej. Nie oznacza to rezygnacji z modelu kultury jednostki, ale poznawanie innych kultur, bez, o ile to możliwe, uprzedzeń i stereotypów charakterystycznych dla oceny innych przez pryzmat własnego kontekstu kulturowego. Jednostka nie odrzuca własnej tradycji kulturowej i nie przyjmuje jej jako jedyne kryterium oceny zjawisk. Jest to postawa, która stara się rozwinąć nowe strategie w celu zrozumienia innych. Ma pełny wachlarz umiejętności właściwych dla jej kręgu kulturowego oraz różny zasób metod z odmiennych kulturowo kontekstów. Dostrzega wielość i różnorodność kultur, uznaje, że sposoby działania i myślenia różnych społeczności dają się zrozumieć tylko w odniesieniu do ich specyficznego rozumienia reguł, symboli, znaczeń, wartości. Konstatuje fakty, nie stosuje oceny stwierdzanego pluralizmu kulturowego [7, 10].

W postawie etnorelatywnej wyróżnia się trzy fazy:

- akceptacja: respektowanie różnic w zachowaniu, wartościach;
- adaptacja: empatia, pluralizm;
- integracja: ocena kontekstowa, konstruktywna marginalność.

Akceptacja — jednostka akceptuje różnice w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych, koncepcjach świata (światopoglądach), normach i wartościach. Uznaje, że odmiennosc zasługuje na zrozumienie i szacunek. Pielęgniarka nie przeszkadza na przykład dywanik do modlitwy, którego używa wyznawca islamu. O akceptacji świadczą następujące określenia: „Im więcej różnic, tym lepiej, więcej różnych doświadczeń, rozwiązań, perspektyw”, „Zawsze zdobywam wiedzę o kulturze kraju, do którego jadę”, „Na pewno nie chciałabym/-bym być wśród ludzi z jednego kręgu kulturowego, ponieważ byłoby to monotonne i nudne” [11].

Adaptacja — dzięki empatii jednostka jest zdolna odbierać daną sytuację z innego punktu widzenia, może

zrozumieć drugiego człowieka przez pryzmat jego wartości i kultury. Włącza nowe zachowania, właściwe dla innego sposobu widzenia świata do swego repertuaru zachowań. Wzbogaca, dodaje do swojej kultury nowe elementy zaczerpnięte z innej kultury. Postawę tę należy odróżnić od asymilacji, gdzie jednostka rezygnuje z własnej tożsamości. Różnica jest częścią „ja”, zintegrowana w dwóch lub kilku odniesieniach kulturowych. Na etapie pluralizmu jednostka może korzystać z różnych wzorów kulturowych. Wartości płynące z dwóch lub więcej kultur współgrają i wzajemnie się uzupełniają. Pielęgniarka prezentująca taką postawę wita się w sposób przyjęty w kulturze pacjenta. O adaptacji świadczą następujące określenia „Żeby rozwiązać ten problem, będę musiała zmienić swoje podejście”, „Spotkajmy się w połowie drogi”, „Mogę nadal utrzymać swoje wartości, ale zachowuję się według norm danej kultury” [11].

Integracja — etap, w którym jednostka łączy różne sposoby rozumienia, odmienne punkty widzenia oraz koncentruje się na tworzeniu jednego spójnego układu norm i wartości zaczerpniętych z różnych kontekstów kulturowych. Jest zdolna oceniać różne sytuacje i światopoglądy z punktu widzenia jednego lub kilku systemów kulturowych. To, czy dane zachowanie uznaje za właściwe, zależy od usytuowania go w kontekście kulturowym. Towarzyszy jej stan totalnej autorefleksji, brak przynależności do żadnej kultury, bycia „zintegrowanym outsiderem” i funkcjonowania w bogactwie różnych światopoglądów kulturowych. Wymaga ciągłego definiowania swojej własnej tożsamości, w zależności od aktualnych doświadczeń życiowych. Pielęgniarka ma pełny wachlarz umiejętności właściwych dla jej kręgu kulturowego oraz równie duży wachlarz metod z odmiennych kulturowo kontekstów. Świadczą o tym następujące określenia: „Jeśli wiesz, jak wszystko działa, to gdziekolwiek pojedziesz, będziesz czuć się swobodnie”, „Ja czuję się jak w domu w obydwu kulturach”, „Naprawdę cieszę się z uczestnictwa w obu kulturach” [11].

Kultura, w której wychowaliśmy się, wyposaża nas we wskazówki, jak powinniśmy się zachowywać, powoduje, że mamy określone oczekiwania wobec innych. Oczekiwania wobec członków własnej grupy są dodatnie lub neutralne, natomiast wobec obcych na ogół ujemne. Kontakt z obcymi jest obciążony większą dozą niepokoju. Cechy wypowiedzi, takie jak tempo mowy, akcent, dobór słów, pozwalają mówiącemu ustanowić **dystans komunikacyjny** wobec osoby słuchającej. Dystans komunikacyjny może obejmować różne skale [10]:

- wrogości — to wysoki poziom etnocentryzmu, a niski relatywizmu; jednostka używa języka pejoratywnego, z wieloma etnofaulizmami, na przykład takich słów, jak: „asfalt”, „pedał”, „żabojad”, „żółtek”, „Rusek”;
- unikania — to wysoki poziom etnocentryzmu, a niski relatywizmu; jednostka wykorzystuje dialekt, żargon niezrozumiały dla obcych, niewtajemniczonych;

w ten sposób manifestuje solidarność wewnątrzgrupową;

- obojętności — to umiarkowany poziom etnocentryzmu i etnorelatywizmu; jednostka jest przywiązana do własnej tradycji, używa uproszczonego, niegrammatycznego, wolniejszego, głośniejszego sposobu mówienia, gdy komunikuje się z przedstawicielem obcej grupy; używa potocznych określeń, które wiążą się z obniżonym statusem grupy obcej, jak na przykład „oszwabić”, „ocyganić”;
- wrażliwości — to niski poziom etnocentryzmu i wysoki etnorelatywizmu; jednostka wykazuje dużą wrażliwość na istnienie różnic między grupami, chęć zmniejszenia dystansu komunikacyjnego przez używanie języka preferowanego przez grupę obcą, na przykład zamiast „Murzyn” — „Afroamerykanin”, zamiast „Cygan” — „Rom”;
- równości — to bardzo niski poziom etnocentryzmu i bardzo wysoki etnorelatywizmu; jednostka wykazuje chęć do zniesienia dystansu komunikacyjnego, interpretuje zachowania rozmówcy w kategoriach innych niż te reprezentowane przez własną grupę, unika wyrażen o charakterze oceniającym i wartościującym, które byłyby wyrazem nierównego statusu.

Rozwój wrażliwości międzykulturowej można prześledzić na podstawie modelu OPAR, który przedstawia przejście od obojętności do różnorodności, traktując ją jako wyzwanie i potencjał do zmiany [12, 13]:

- **O** — **obojętność**: „ślepotą kulturową”, etnocentryzm, stereotypy (rozpowszechnione w danej grupie opinie, przekonania czy schematy poznawcze, których obiektami są inne grupy społeczne czy kulturowe), mikronierówności (drobne, często nieświadome i nieintencjonalne, deprecjonujące zachowania werbalne i niewerbalne, prowadzące do obniżenia poczucia wartości, spadku zaangażowania, obniżenia jakości wykonywanych zadań i podwyższonego poziomu stresu, a w efekcie do wykluczenia), język nienawiści (wypowiedzi krzywdzące, poniżające grupy i jednostki z powodu cech od nich niezależnych), makronierówności (uprzedzenia — postawy zbudowane na podstawie stereotypów i uczuć; dyskryminacja — zachowania wobec osób przynależących do grupy ocenianej wg stereotypów);
- **P** — **podobieństwa**: dostrzeganie jedynie podobieństw między ludźmi;
- **A** — **antydykryminacja**: zachowania równościowe, akceptacja, adaptacja, mikroafirmacje (drobne zachowania werbalne i niewerbalne, często ledwo zauważalne, świadomie wysyłane i odbierane, które przeciwdziałają wykluczeniu);
- **R** — **różnorodność**: szacunek wobec pluralizmu. Nabywanie kompetencji międzykulturowych powinno obejmować [7, 14–17]:

- świadomość (wrażliwość międzykulturowa):
 - własnego systemu wartości i wynikających z tego faktu ograniczeń,
 - punktu widzenia pacjenta,
 - istnienia różnych perspektyw, hierarchii wartości, norm zachowań, wzorów;
- wiedzę dostarczającą informacji specyficznych kulturowo;
- umiejętności wielokulturowych strategii interwencyjnych.

Ważne staje się nabywanie przez pielęgniarki kompetencji międzykulturowych w procesie kształcenia zawodowego (podstawowego i podyplomowego) przez odpowiednie programy szkoleniowe. Nabywanie kompetencji powinno bazować na rozszerzaniu wiedzy, zdobywaniu umiejętności, pracy nad własnymi postawami i zrozumieniu nastawienia pacjentów. Nowe wyzwania stojące przed pielęgniarkami są związane z coraz częstszymi przypadkami opieki medycznej nad osobami odmiennymi kulturowo oraz z wyjazdami do pracy za granicę. Dobrze przygotowany program szkoleniowy dla pielęgniarek powinien kształtować:

- świadomość (wrażliwość kulturową):
 - postawę i motywację do porozumiewania się z cudzoziemcem,
 - zdolności: otwartość — rezygnacja z etnocentryzmu; uważność — świadomość zachowania własnego i innych; tolerancja dla wieloznaczności.
- wiedzę o sposobach porozumiewania się w różnych kulturach;
- umiejętność rozumienia zachowań właściwych dla danej kultury, komunikacji międzykulturowej.

Przeprowadzona edukacja międzykulturowa ma służyć nie „byciu obok”, ale wzajemnemu zbliżeniu — integracji, bez jawnego czy ukrytego programu dominacji. Powinna być przeciwieństwem edukacji wielokulturowej, która często opiera się na podejściu hegemonistycznym i instrumentalnym, a jej celem była asymilacja lub utrzymanie spokoju społecznego [8]. W programach edukacyjnych należy zacząć od przyglądania się własnej tożsamości i kulturze, następnie skupić się na różnicach i/lub podobieństwach międzykulturowych, aby w rezultacie przedstawić charakterystyczne elementy danej kultury. Należy skupić się na przejściu od komponentu ogólnego, przez element będący na styku kultur — uniwersalny (*etic*), do komponentu szczegółowego — specyficznego (*emic*) i lokalnego (indygenicznego) wybranych kultur. Punktem wyjścia w edukacji międzykulturowej powinna być własna kultura — przeszłość, korzenie (przekonania, tradycje, wzorce, sposoby porządkowania świata i życia), w których czasem tkwią przeszkody i szanse na osiągnięciu sukcesu. Trzeba pamiętać o swoim pochodzeniu i doświadczeniach. Aby komunikować się z innymi, trzeba najpierw poznać i zrozumieć siebie, własną motywację i ograniczenia,

postrzegać siebie i drugiego człowieka jako odmienne istoty, respektować wolność i decyzje innych, uznawać różne poglądy za równoprawne, a różnice za konstruktywne. Należy także uświadomić sobie wpływ stereotypów i uprzedzeń na postrzeganie ludzkiej różnorodności, na własne uczucia, sposób myślenia i działania [18–20].

Osoby odpowiedzialne za proces kształtowania kompetencji międzykulturowych, w tym wrażliwości międzykulturowej, powinny posiadać [21–23]:

- wiedzę merytoryczną z zakresu kultury i religii;
- znajomość zasad treningu umiejętności;
- umiejętność stosowania interaktywnych metod nauczania opartych na własnym doświadczeniu, przeżywaniu, poznawaniu, odkrywaniu, zaangażowaniu i rozwiązywaniu problemów: symulacje (gry dydaktyczne), metody przypadków, inscenizacje (odgrywanie, wcielanie się w role), dyskusje (burza pomysłów), wizualizacje (np. film) przeplatane 10–20-minutowymi prezentacjami (miniwykłady);
- wiedzę na temat zasad konstruowania programu szkoleniowego;
- umiejętność zdiagnozowania potrzeb szkoleniowych uczestników.

Zdaniem Kózki [24] przygotowanie absolwenta studiów pielęgniarskich do określonych kompetencji zawodowych w zakresie zapewnienia opieki pielęgniarskiej uwarunkowanej kulturowo wymaga dobrej organizacji procesu kształcenia, zapewnienia wykwalifikowanej kadry dydaktyczno-naukowej i bazy kształcenia.

Wnioski

Kształtowanie wrażliwości międzykulturowej wśród studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek oraz wykorzystywanie jej w opiece nad pacjentami jest niezbędne.

Stosowanie dobrych programów szkoleniowych w procesie kształcenia kompetencji międzykulturowych pielęgniarek staje się wyzwaniem dla uczelni i wykładowców.

Piśmiennictwo

1. Paszkowska-Rogacz A., Olczak E., Kownacka E., Cieślukowska D. Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe. KOWE-ZiU, Warszawa 2006.
2. Janus B., Szalczyńska K. Wpływ etniczności i kultury na opiekę zdrowotną. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997, 4: 16–19.
3. Poznańska S., Madeleine M., Leininger — model pielęgniarstwa transkulturowego. W: Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
4. Poznańska S. *Pielęgniarstwo, jego naukowość oraz istota*. W: Zahradniczek K. (red.). *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
5. Janus B. *Istota pielęgniarstwa transkulturowego* M. Leininger. W: Górajek-Jóźwik J. (red.). *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
6. Weigl B. *Stereotypy i uprzedzenia etniczne u dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1999.

7. Cieślukowska D. Problemy integracji osób odmiennych kulturowo. W: Paszkowska-Rogacz A., Olczak E., Kownacka E., Cieślukowska D. Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe. KOWEzIU, Warszawa 2006.
8. Czerniejewska I. Edukacja wielokulturowa w Polsce w perspektywie antropologicznej. Niepublikowana praca doktorska. Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM. Poznań, 2008. <http://www.pracownia-wielokulturowa.pl/5073.html/>.
9. Martinelli S., Taylor M. (red.). Uczenie się międzykulturowe. Pakiet materiałów szkoleniowych. Publikacja Rady Europy, Strasburg 2000.
10. Szopski M. Komunikowanie międzykulturowe. WSiP, Warszawa 2005.
11. Bennett M.J. Towards a developmental model of intercultural sensitivity. W: Paige R.M. (red.). Education for the intercultural experience. Yarmouth, ME, Intercultural Press 1993.
12. Cieślukowska D., Siciarek M. Trening wrażliwości międzykulturowej. Warsztaty w ramach pracowni wrażliwości kulturowej Akademii Treningu Antydyskryminacyjnego w Willi Decjusza, Kraków 2009.
13. Branka M., Cieślukowska D. (red.). Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski. Stowarzyszenie Willa Decjusza, Kraków 2010.
14. Grzymała-Moszczyńska H. Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami. NOMOS, Kraków 2000.
15. Grzymała-Moszczyńska H. Jak można się uczyć innej kultury — treningi akulturacyjne dla studentów. W: Borowiak A., Szarota P. (red.). Tolerancja i wielokulturowość. Wyzwania XXI wieku. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2004.
16. Arredondo P., Toporek R., Brown S. i wsp. Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies. W: www.counseling.org/Counselors/2006.
17. Lipińska M. (red.). Warsztaty kompetencji międzykulturowych — podręcznik dla trenerów. Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytet Warszawski, Międzykulturowe Centrum Adaptacji Zawodowej, Inicjatywa Wspólnotowa EQU-AL, Warszawa 2008.
18. Kofta M., Jasińska-Kania A. (red.). Stereotypy i uprzedzenia. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.
19. Czerniejewska I. (red.). Antydyskryminacja na co dzień. Stowarzyszenie „Jeden Świat”, Poznań 2005.
20. Podsiadło-Dacewicz I. (red. merytor.). Antydyskryminacja. Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Warszawa 2005.
21. Klimowicz A. Metody aktywizujące w pracy z dorosłymi. W: Owczarz M. (red.). Poradnik edukatora. Wyd. CODN, Warszawa 2005.
22. Borek A., Lipka-Szostak K. (red.). STOProcent jakości szkolenia w sektorze pozarządowym. Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych, Warszawa 2009.
23. Czyżka-Chełmińska K., Sekutowicz K. Projektowanie programu szkoleniowego. Materiały szkoleniowe dla uczestniczek i uczestników Akademii Treningu Antydyskryminacyjnego w Willi Decjusza, Kraków 2010.
24. Kózka M. Kulturowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej a kształcenie pielęgniarek. W: Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. Problemy wielokulturowości w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.