

Kazimiera Zdziebło^{1,2}, Grażyna Nowak-Starz¹, Ewa Makiela¹, Renata Stępień^{1,2}, Grażyna Wiraszka^{1,2}

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

²Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Kielcach

Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie

Intercultural competences in nursing

STRESZCZENIE

Wstęp. Coraz bardziej wyraźna w placówkach ochrony zdrowia obecność migrantów powoduje różne konsekwencje zarówno dla nich samych, jak i dla systemu opieki zdrowotnej oraz dla pracowników ochrony zdrowia. Niewątpliwie przed profesjonalistami opieki zdrowotnej pojawia się wiele nowych zadań związanych z „opieką zróżnicowaną kulturowo”; to oni w tym procesie odgrywają i będą odgrywać główną rolę.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było poznanie opinii badanych pielęgniarek na temat potrzeby rozwijania kompetencji kulturowych w pracy z pacjentem.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 106 pielęgniarek pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. W badanej grupie tylko prawie połowa respondentów (47,2%) zetknęła się z pojęciem kompetencji międzykulturowych. Aż 91,5% badanych twierdziło, że w pracy zawodowej pielęgniarki potrzebna jest znajomość innych kultur oraz niezbędne są kompetencje, między innymi: wiedza dotycząca wpływu różnych kultur na zdrowie, chorobę (57,5%), umiejętności rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych (59,4%) oraz postawa przewyższająca postawę etnocentrycznej, uprzedzeń, stereotypów (59,4%).

Wnioski. W pracy zawodowej pielęgniarki potrzebna jest znajomość tematyki dotyczącej innych kultur. Znajomość języka, respektowanie i uznawanie różnic kulturowych, to tylko niektóre postawy i umiejętności ułatwiające pielęgniarsce nawiązanie kontaktu z osobą prezentującą odmienną kulturę.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 367–372

Słowa kluczowe: pielęgniarki; kompetencje; opieka zdrowotna

ABSTRACT

Introduction. More and more pronounced in health care facilities for migrants to different consequences both for themselves and for the health system and for health care professionals. There is no doubt that health care professionals before appears a number of new tasks related to culturally diverse “care”; They play in this process and will play a central role.

Aim of the study. The aim of this study is to understand how opinions of nurses on the need to develop cultural competence in working with the patient.

Material and methods. In this method a survey tool, and the tool was a questionnaire survey author, which contained 10 questions and substantive general 8 questions.

Results. In the test group only almost half of the respondents (47,2 %) comes into contact with the term cultural skills. Until 91.5% of respondents claimed that in their work is needed nurse of knowledge of other cultures. Knowledge of effects of different cultures on health, disease (57.5 %), and skills identify problems arising from cultural differences (59,4%) and attitude overcoming attitude etnocentrycznej, prejudices, stereotypes (59,4%).

Conclusions. It is important to have some knowledge of the occupational nurse of other cultures. Knowledge of the language, respect and recognition of cultural differences, the only certain attitudes and skills to nurse to establish contact with a person with a different culture. Almost all respondents were not previously prepared for effective contact with the person with a different culture.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 367–372

Key words: nurses; competence; health care

Adres do korespondencji: dr n. hum. Kazimiera Zdziebło, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 19, 25–317 Kielce, tel.: 698 838 148, e-mail: zdzieblo@wp.pl

Wstęp

Chociaż można dostrzec wiele podobieństw między ludźmi ze wszystkich części świata, istnieją też różnice, które wynikają z kultury, religii, sytuacji rodzinnej oraz indywidualnych lub społecznych „modyfikujących sposób opieki” doświadczeń. Te różnice nie tylko warunkują wartości, przekonania i zachowania pacjentów, ale również stanowią bazę dla zapewnienia opieki i wpływają na wzajemne oczekiwania pacjentów i pracowników. W związku ze wzrostem różnorodności populacji w większości regionów świata, znaczenie kompetencji kulturowej w zawodach opiekuńczych nigdy nie było bardziej istotne [1, 2].

Z dostępnych badań wynika, że mimo przysługujących cudzoziemcom praw do opieki zdrowotnej, napotykają oni wiele barier, które w znaczny sposób ograniczają im możliwość korzystania z opieki lekarskiej i innych usług medycznych. Są to przede wszystkim bariery komunikacyjne, wynikające z braku znajomości języków obcych, ale także utrudnienia bardziej formalne, świadczące o nieznajomości przepisów dotyczących leczenia osób nie posiadających polskiego obywatelstwa. Najbardziej niepokojące są jednak relacje cudzoziemców — ale także respondentów polskich z ich najbliższego otoczenia — mówiące o przypadkach jawnej dyskryminacji ze względu na odmienność językową, kulturową czy fizyczną [3].

Warunkiem efektywnej pracy z osobami z innej kultury jest zbudowanie przez terapeutę samoświadomości i zrozumienia swojego zaplecza kulturowego, a także wpływu, jakie ma to zaplecze na jego postawę i zachowanie wobec ludzi z innych kultur i grup społecznych [4].

Madeleine Leininger w 1978 roku podała definicję pielęgniarstwa transkulturowego jako „humanistyczny i naukowy obszar formalnych studiów i praktyki pielęgniarstwa, który jest skupiony w porównawczych badaniach kultur w odniesieniu do różnic i podobieństwa we wzorcach opieki (troski), zdrowia i choroby, opartych na wartościach kulturowych, przekonaniach i praktykach różnych kultur na świecie i wykorzystaniu tej wiedzy w celu dostarczenia kulturowo specyficznej i/lub uniwersalnej opieki pielęgniarstwa” [5]. Autorka podkreślała, że pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób jak oczekuje się, że będą zrozumiały i rozpoznane jego fizyczne i psychiczne potrzeby [6]. Model kompetencji kulturowych opracowany przez Purnell został przedstawiony jako podstawa do planowania działania oraz oceny podjętych interwencji. Personel medyczny może użyć tego modelu także po to, aby zrozumieć własne kulturowe nastawienia, wyznawane wartości, stosowane praktyki i zachowania [7]. Papadopoulos określił natomiast kompetencje kulturowe, jako: „(...) zdolność do zapewnienia skutecznej ochrony zdrowia, mając na uwadze kulturowe przekonania,

zachowania i potrzeby, (...) kompetencja kulturowa jest syntezą wiedzy i umiejętności, które nabywamy w naszym życiu osobistym i zawodowym i które stale rozwijamy (...) zdrowie transkulturowe to studium różnic i podobieństw kulturowych w zakresie zdrowia i choroby, jak również ich struktur społecznych i podstaw organizacyjnych, oraz zrozumienie stanu obecnej praktyki medycznej, celem przyczynienia się do jej dalszego rozwoju w kulturowo właściwy sposób” [8].

Pracownicy nie muszą posiadać, jak się często zakłada bardzo dużej wiedzy na temat kultur ludzi, z którymi pracują, ale muszą podchodzić do odmiennych kulturowo ludzi z otwartością i szacunkiem oraz wykazywać chęć do nauki i zrozumienia. Samoświadomość jest najważniejszym elementem w bazie wiedzy właściwej kulturowo praktyki [9].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie opinii badanych pielęgniarek na temat potrzeby rozwijania kompetencji kulturowych w pracy zawodowej z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 106 pielęgniarek pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia na terenie województwa świętokrzyskiego. W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

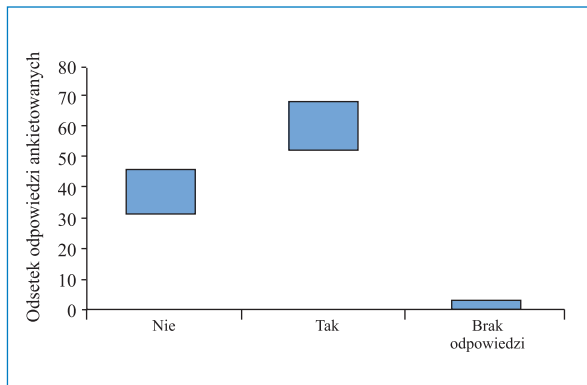
W badaniu ankietowym wzięło udział 106 osób. Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby mające 40–49 lat. Po 48 ankietowanych (45,3%), miało wykształcenie średnie lub wyższe licencjackie. Połowa badanych (53 osoby, 50%) pracowała w zawodzie 21–30 lat. Miejszem pracy 82 osób (77,4%) był szpital. W badanej grupie najwięcej było pielęgniarek odcinkowych (88 osób, 83,0%),

Doświadczenia związane z wielokulturowością

Większość badanych miała kontakt z osobą prezentującą inną kulturę, ale aż 38,7% nie miało takiego kontaktu (ryc. 1).

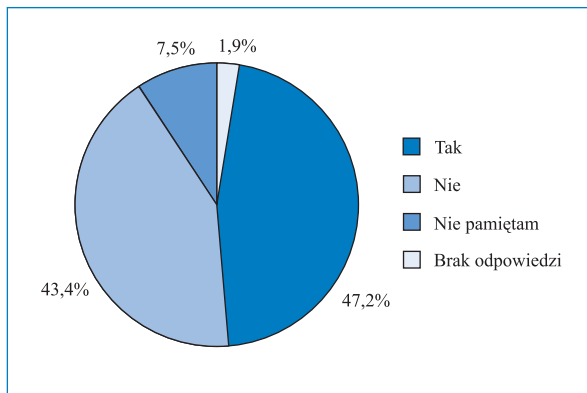
W badanej grupie prawie połowa respondentów (50 osób, 47,2%) zetknęła się z pojęciem kompetencji międzykulturowych w pielęgniarstwie, styczności takiej nie miało 46 osób (43,4%) (ryc. 2).

Aż 91,5% badanych (97 osób) twierdziło, że w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarsza potrzebna jest znajomości innych kultur (ryc. 3).



Rycina 1. Kontakt badanych podczas pracy zawodowej z osobą prezentującą inną kulturę (np. inna narodowość, religia, orientacja seksualna)

Figure 1. Contact us test when working with a person with a different culture (other nationality, religion, sexual orientation)



Rycina 2. Zetknięcie się z pojęciem kompetencji międzykulturowych w pielęgniarstwie

Figure 2. Coming into contact with the term cultural skills in nursing

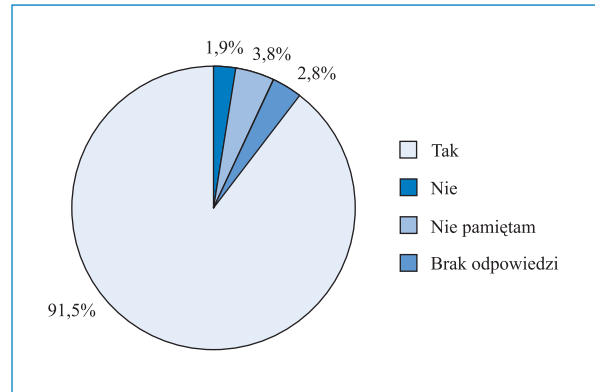
Wartość współczynnika p wskazuje, że zależność jest istotna statystycznie między opinią badanych na temat potrzeby znajomości innych kultur w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarsza a stażem pracy w zawodzie:

- $\chi^2 = 39,490$;
- $Rc = 0,592$;
- $df = 12$;
- $p = 0,001$.

Ocena badanych dotycząca przygotowania do kontaktów z osobami odmiennymi kulturowo

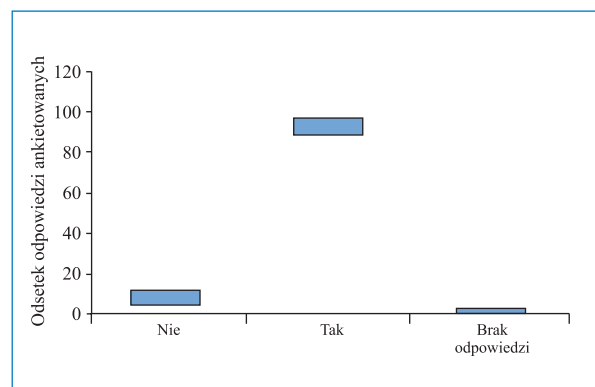
Aż 92,5% ankietowanych (98 osób) ocenia, że nie czuje się przygotowanych do efektywnego kontaktu z osobą prezentującą inną kulturę (ryc. 4).

Wartość współczynnika p wskazuje, że zależność jest istotna statystycznie między przygotowaniem do



Rycina 3. Opinia na temat potrzeby znajomości innych kultur w pracy zawodowej

Figure 3. Opinion on the need of knowledge of other cultures in their work nurse



Rycina 4. Przygotowanie do efektywnego kontaktu z osobą prezentującą inną kulturę

Figure 4. Preparing for effective contact with a person with a different culture

efektywnego kontaktu z osobą prezentującą inną kulturę a stanowiskiem na jakim pracują badane osoby. Otrzymany wynik współczynnika Rc pozwala twierdzić, że istnieje silna korelacja:

- $\chi^2 = 53,562$;
- $Rc = 0,659$;
- $df = 16$;
- $p = 0,001$.

W opinii ponad połowy ankietowanych (56 osób, 52,8%) jest potrzebna organizacja szkoleń podyplomowych dotyczących efektywnej komunikacji z osobą prezentującą inną kulturę. Wartość współczynnika p wskazuje, że zależność jest istotna statystycznie między opinią na temat zasadności organizacji szkoleń podyplomowych dotyczących efektywnej komunikacji z osobą prezentującą inną kulturę a wykształceniem.

Tabela 1. Obszar wiedzy

Table 1. Knowledge area

Lp.	Kompetencje międzykulturowe	Zakres			
		Duży	Średni	Mały	Brak odp.
1.	Wiedza na temat różnych kultur, różnic kulturowych, różnorodności, stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji	51 48,1%	45 42,5%	8 7,5%	2 1,9%
2.	Wpływ różnych kultur na zdrowie, chorobę profilaktykę, diagnozowanie, leczenie chorób	61 57,5%	35 33,0%	8 7,5%	2 1,9%
3.	Główne wyznaczniki stylu życia różnych kultur	36 34,0%	54 50,9%	12 11,3%	4 3,8%
4.	Wiedza o rytuałach i obrzędach związanych z narodzinami i śmiercią	39 36,8%	46 43,4%	19 17,9%	2 1,9%
5.	Wiedza o polityce socjalnej respektującej, np. kwestie leczenia mniejszości narodowych, etnicznych	27 25,5%	47 44,3%	25 23,6%	7 6,6%

Otrzymany wynik współczynnika Rc pozwala twierdzić, że istnieje umiarkowana korelacja:

- $\chi^2 = 24,821$;
- $Rc = 0,503$;
- $df = 9$;
- $p = 0,005$.

Pożądany zdaniem badanych zakres przygotowania niezbędny w pracy z osobą zróżnicowaną kulturowo

W obszarze wiedzy zdaniem respondentów winny być rozwijane treści o tematyce: wpływ różnych kultur na zdrowie, chorobę profilaktykę, diagnozowanie, leczenie chorób (57,5%); wiedza o różnych kulturach, różnicach kulturowych, różnorodności, stereotypach, uprzedzeniach i dyskryminacji (48,1%) i inne. W obszarze umiejętności winny być rozwijane: rozpoznawanie problemów wynikających z różnic kulturowych (59,4%); umiejętności komunikacji werbalnej i pozawerbalnej w sytuacji międzykulturowej (56,6%); przewyższanie barier i różnic kulturowych (53,8%). Jeśli zaś chodzi o postawy to respondenci uznali, że najważniejsze są: postawa poszanowania siebie i drugiego człowieka (87,7%); przewyższanie postawy etnocentrycznej, uprzedzeń, stereotypów (59,4%) i wrażliwość na różnice kulturowe, respektowanie i uznawanie różnic kulturowych (57,5%) (tab. 1–3).

Próbując odpowiedzieć na pytanie: w jakim stopniu wiek, wykształcenie, miejsce i staż pracy badanych, zajmowane stanowisko, miejsce zamieszkania, stosunek do religii warunkują kompetencje międzykultu-

rowe dokonano obliczeń statystycznych. Otrzymane wyniki współczynnika Rc pozwalają twierdzić, że istnieją umiarkowane lub silne korelacje. Wartość współczynnika p wskazuje, że zależności są istotne statystycznie w zakresie niektórych zmiennych.

Dyskusja

W badaniach przeprowadzonych przez Ogórek-Tęczę B i wsp. aż 62,3% badanych pielęgniarek stwierdziło, że w trakcie opieki nad pacjentami wyznającymi inną religię pojawiły się trudności. Najczęściej dotyczyły one: braku wiedzy na temat zasad, zwyczajów obowiązujących w religii wyznawanej przez pacjenta (19,8%); problemy w komunikowaniu się z chorym i jego rodziną (19,2%) oraz brak przygotowania placówek ochrony zdrowia do opieki nad pacjentami zróżnicowanymi kulturowo (10,2%) [10].

Autorzy innej pracy z tego obszaru tematycznego zwracają uwagę na kształtowanie wrażliwości międzykulturowej wśród studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek oraz wykorzystanie jej w opiece nad pacjentami jest niezbędne. Stosowanie dobrych programów szkoleniowych w procesie kształcenia kompetencji międzykulturowych pielęgniarek staje się wyzwaniem dla uczelni i wykładowców. Dobrze przygotowany program szkoleniowy powinien kształtować: świadomość (wrażliwość kulturową), czyli postawę i motywację do porozumiewania się z cudzoziemcami; zdolności — otwartość, uważność, tolerancję dla wieloznaczności; wiedzę o sposobach porozumiewania się w różnych kulturach oraz umie-

Tabela 2. Zakres umiejętności**Table 2.** The range of skills

Lp.	Kompetencje międzykulturowe	Zakres			
		Duży	Średni	Mały	Brak odp.
1.	Rozpoznawanie problemów wynikających z różnic kulturowych	63 59,4%	29 27,4%	12 11,3%	2 1,9%
2.	Umiejętności komunikacji werbalnej i pozawerbalnej w sytuacji międzykulturowej	60 56,6%	30 28,3%	7 6,6%	9 8,5%
3.	Przewycięzanie barier i różnic kulturowych	57 53,8%	39 36,8%	6 5,7%	4 3,8%
4.	Zdolności wyznaczania granic tolerancji i bronięcia ich	53 50,0%	39 36,8%	11 10,4%	3 2,8%
5.	Otwartość w stosunku do innych kultur	50 47,2%	45 42,5%	5 4,7%	6 5,7%
6.	Patrzenie na wydarzenia zdrowotne z różnych perspektyw	26 24,5%	52 49,1%	20 18,9%	8 7,5%

Tabela 3. Postawy/zachowania**Table 3.** Attitudes/behavior

Lp.	Kompetencje międzykulturowe	Zakres			
		Duży	Średni	Mały	Brak odp.
1.	Przewycięzanie postawy etnocentrycznej, uprzedzeń, stereotypów	63 59,4%	33 31,1%	6 5,7%	4 3,8%
2.	Rozbudzanie świadomości	56 52,8%	38 35,8%	5 4,7%	7 6,6%
3.	Wrażliwość na różnice kulturowe, respektowanie i uznawanie różnic kulturowych	61 57,5%	37 34,9%	5 4,7%	3 2,8%
4.	Gotowości konfrontowania własnego postępowania na tle własnej i obcej kultury i religii	46 43,4%	47 44,3%	10 9,4%	3 2,8%
5.	Postawa poszanowania siebie i drugiego człowieka	93 87,7%	9 8,5%	1 0,9%	3 2,8%

jętność rozumienia zachowań właściwych dla danej kultury, komunikacji międzykulturowej [11].

Z drugiej strony wydaje się, że nie jest możliwe wyposażenie studentów/pracowników ochrony zdrowia w wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne dotyczące wszystkich kultur — mnogość języków, złożoność historii, różnorodność mentalności i tradycji stają się zbyt duże. Można jednak rozwijać świadomość aspektów kulturowych opieki, otwartość, szacunek, nieuprzedzenie i znajomość różnic kultu-

rowych w kontaktach z potencjalnymi pacjentami; zwracać uwagę na kulturowy wymiar postrzegania i przekonań zarówno dotyczących zarówno siebie, jaki innych (w tym pacjentów, współpracowników), zdawać sobie sprawę z różnic kulturowych w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej [12].

Kompetencja międzykulturowa może zatem umożliwiać pracownikom ochrony zdrowia rozwiązywanie wiele problemów w kontaktach z pacjentami odmiennymi kulturowo. Personel powinien zatem mieć

odpowiednie umiejętności komunikacyjne, ujawniać postawę zrozumienia i zaufania oraz brak uprzedzeń wobec pacjentów ze względu na ich płeć, etap życia, status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, a także rasę, kulturę, światopogląd. Powinni być otwarci na potrzeby i oczekiwania pacjenta, jego normy i wartości oraz liczyć się z jego sytuacją osobistą w trakcie badań, konsultacji, leczenia i pielęgnowania.

Brak wrażliwości kulturowej wszystkich, bez wyjątku pracowników ochrony zdrowia na różnice kulturowe, religijne czy społeczne powodować może bowiem zagrożenie dla poszanowania godności pacjenta.

Wnioski

Większość badanych prezentowała doświadczenia związane z wielokulturowością.

Badane osoby nie czują się wystarczająco przygotowane do kontaktów z osobami odmiennymi kulturowo.

Do pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo w dużym zakresie niezbędne jest przygotowanie personelu z wielu obszarów wiedzy, umiejętności i postaw.

Cechy socjodemograficzne badanych warunkują niektóre elementy kompetencji międzykulturowych.

Piśmiennictwo

- Papadopoulos I., Tilki M and Lees S. Promoting cultural competence in health care through a research based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care* 2004; 1: 107–115.
- Diversity in Health and Social Care. Vol. 1 2004; 2: 107–116 <http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/dhsc>; data pobrania: 17.10.2012.
- Mińkowska A. Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej. W: Bloch N., Goździak E. M. (red.). *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej*. Centrum Badań Migracyjnych UAM, Poznań 2010: 145–147
- Mio J.S., Barker-Hacke L., Tumambing J. *Multi cultural Psychology: Understanding Our Diverse Communities*, McGraw Hill, Boston-Burr Ridge-Dubuque 2006.
- Bosford L., Slevin O. *Theory and practice of nursing. An integrated approach to patient care*. Cengage Learning, Boston 1995.
- Leininger M. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York. National League for Nursing Press 1991.
- Majda J., Zalewska-Puchała J. Teoria transkulturowej opieki pielęgniarskiej. W: Majda J., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. PZWL, Warszawa 2012: 13–26.
- Papadopoulos I. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*. 2003; 4: 5–7.
- O'Hagan K. *Cultural Competence in the caring professions*. Jessica Kingsley, London 2001
- Ogórek-Tęcza B., Kamińska A., Matusiak M, i wsp. Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. *Pielęg. XXI wieku* 2012; 4: 61–65.
- Majda A., Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. *Probl. Pielęg.* 2011; 2: 253–258.
- Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy. W: Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. PZWL, Warszawa 2010: 106–108.