

CZĘŚĆ II: PRAKTYKA, BADANIA, WDROŻENIA I ZDROWIE SPOŁECZNE

KOMPETENCJE MIĘDZYKULTUROWE STUDENTÓW KIERUNKU
PIELĘGNIARSTWO, STUDIÓW II STOPNIA – PRÓBA DIAGNOZYINTERCULTURAL COMPETENCES IN STUDENTS OF NURSING
IN LEVEL II STUDIES – A DIAGNOSISAnna Maria Jeznach^{1(A,C,D,E,F)}, Renata Piekarska^{2(A,B,C,D,F)}¹Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa²Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o. w Radomiu

Jeznach, A.M., Piekarska R. (2018). Kompetencje międzykulturowe studentów kierunku pielęgniarstwo, studiów II stopnia – próba diagnozy. *Rozprawy Społeczne*, 12(2), 37-50. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.15>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Wstęp. Artykuł zawiera próbę diagnozy komponentów kompetencji międzykulturowych studentów kierunku pielęgniarstwo, studiów II stopnia.

Materiał i metody. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety. Dobór próby był celowy: po 100% studentów I i II r. studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo, Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej Siedlcach.

Wyniki. Badani definiują kulturę jako wartości, wierzenia, normy wpływające na myślenie, działanie człowieka; troskę jako rozumienie, pomoc; empatię jako rozumienie. U ponad 50% badanych wiedza i doświadczenia kreują wyobrażenia o ludziach z innych kręgów kulturowych. Brak wiedzy o innej kulturze utrudnia relacje z chorym. Nieliczni znają model opieki transkulturowej. Kontakt z osobą z obcych kręgów kulturowych wzmógł otwartość, zrozumienie. Wyniki badań porównano do badań: Ogórek-Tęczy, Kamińskiej, Matusiak, Skupnik, 2011; Zdziebło i wsp., 2014; Majdy, Zalewskiej-Puchały, 2011.

Wnioski. Potwierdziła się hipoteza o kompetencjach międzykulturowych studentów pielęgniarstwa, ale znajomość języka, wiedza o kulturze, szacunek dla różnic, to tylko niektóre kompetencje wpływające na opiekę transkulturową.

Słowa kluczowe: kompetencje międzykulturowe, troska, opieka transkulturowa

Summary

Introduction. The aim of the article is diagnosing components of intercultural competences in students of nursing in graduate studies.

Material and methods. Method – a diagnostic survey. The sampling involved 100% of graduate students of 1st and 2nd year, The Nursing Collegium Mazovia Innovative University, Siedlce

Results. Students define culture as values, beliefs, norms guiding human thinking and activity. More than half indicate that the image of different culture is taken from ones' learning process and own experience. Lack of knowledge is a factor that hinders relationships between a nurse and the sick person. Care has been defined as understanding and support, whereas empathy as understanding through the prism of culture and values. Few people use the model of transcultural nursing. Contact with a person from a different cultural background provides them with openness and understanding. The results were compared with the findings of the research conducted by Cucumber-Rainbow, Kaminska, Matusiak, Skupnik, 2011; Zdziebło et al., 2014a, 2014b; Majda, Zalewska-Puchała, 2011.

Conclusions. The study confirmed the hypothesis about intercultural competencies in students of nursing, but cultural knowledge, recognition of cultural differences, knowledge of language are only some competences that can provide transcultural care.

Keywords: intercultural competence, care, transcultural care

Tabele: 0

Ryciny: 15

Literatura: 23

Otrzymano: marzec 2017

Zaakceptowano: kwiecień 2017

Adres korespondencyjny: Anna Maria Jeznach, Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach, ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce, e-mail: ajeznach@mazovia.edu.pl, tel.: 48 25 633 30 32

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Anna Maria Jeznach, Renata Piekarska

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Przed pielęgniarstwem XXI wieku stoi wiele nowych zadań (Zachradniczek, 2006), które są związane m. in. z opieką transkulturową (Majda i in., 2010). Jest to wyzwanie dla pielęgniarzek i pielęgniarzy, którzy z racji pełnionych funkcji często mają bezpośredni kontakt z pacjentem odmiennym kulturowo. Kontaktom tym sprzyjają procesy globalizacyjne. Zróżnicowanie kulturowe wymaga od personelu medycznego zachowań, które warunkują osiąganie porozumienia, a jego płaszczyzną, staje się świat wartości ogólnoludzkich, godność człowieka, jego prawa i podmiotowość. Zachowania te ujawniają się i manifestują w określonych sytuacjach. Ich potencjalność stanowi pula umiejętności, które składają się na miano kompetencji kulturowych (Grzymała-Moszczyńska, 2010), umożliwiających postrzeganie pacjenta nie tylko przez pryzmat jego potrzeb psychicznych, biologicznych, ale także w aspekcie społeczno-kulturowym i duchowym.

Mając świadomość licznych modeli kompetencji międzykulturowych (Bem, 2013, s. 119-136), trudności pomiaru kompetencji międzykulturowych (Dąbrowa, Markowska 2013, s. 251-252), oraz badania kompetencji międzykulturowych pielęgniarzek. Skalą E. Bogardusa (Zdziebło i in., 2014a, s. 367-372) za podstawą teoretyczną badań uczyniliśmy klasyczną koncepcję kompetencji międzykulturowych A. Knappa-Pothoffa (Knopp-Pothoff, 1997, za: Chromiec, 2007, s. 50.) wzbogaconą o model opieki transkulturowej M. Leininger (Płaszewska-Żywko, 2010, s. 198).

Kompetencje międzykulturowe mają szczególne znaczenie na pograniczach kulturowych, a za takie uważa się podmioty lecznicze (Grzybowski, 2012, s. 63). Ma to uzasadnienie w znaczeniu dla zdrowia i życia pacjentów. Dlatego ich kształtowanie na kierunkach pielęgniarstkich staje się nie tylko wyzwaniem edukacyjnym i etycznym, ale pedagogiczną odpowiedzialnością (Nowak, 2012, s. 572).

Celem pracy jest przedstawienie diagnozy poziomów kompetencji międzykulturowych studentów Collegium Mazovia, Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunku pielęgniarstwo studiów II stopnia. Główny problemem badawczy: Jaki zakres kompetencji międzykulturowych posiadają studenci studiów II stopnia (I i II roku) kierunku pielęgniarstwo wybranej uczelni niepublicznej?

Szczegółowe problemy badawcze:

- Jaki jest zakres komponentu poznawczego kompetencji międzykulturowych studentów studiów II kierunku pielęgniarstwo?
- Jaki jest zakres komponentu behawioralnego kompetencji międzykulturowych studentów studiów II kierunku pielęgniarstwo?
- Jaki jest zakres komponentu behawioralnego kompetencji międzykulturowych studentów studiów II kierunku pielęgniarstwo?

Główna hipoteza badawcza:¹ Kompetencje międzykulturowe studentów studiów II, kierunku pielęgniarstwo różnicuje w największym zakresie znajomość języka obcego zgodna z poziomem kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo².

Pojęcia porządkujące: kompetencje kulturowe i międzykulturowe

Kompetencje, jak podkreśla E. Dąbrowa i U. Markowska są wyznacznikiem relacji międzyludzkich, pozycji na rynku pracy, miejsca w świecie (Dąbrowa, Markowska, 2013, s. 243). Rozumiemy pojęcie kompetencji za M. Dudzikową jako: „zdolność do czegoś, zależną od znajomości wchodzących w nią umiejętności, sprawności, jak i od przekonania do posługiwania się tą zdolnością. Chodzi tu o wykorzystanie zdolności do posługiwania się wyuczonymi umiejętnościami dla efektywnego radzenia sobie w otaczającym świecie” (Dudzikowa, 1993).

Otwarcie na przejawy inności wymaga szczególnego rodzaju kompetencji, które polegają m.in. na oswojeniu się z różnorodnością i złożonością otoczenia. Przejawia się to w dostrzeganiu i akceptowaniu różnic w sferze przekonań i wartości między swoją a inną grupą społeczną. Wymaga to szczególnego rodzaju kompetencji na wysokim poziomie. Pojęcie kompetencji kulturowych stanowi przedmiot zainteresowań pedagogów międzykulturowych, psychologów międzykulturowych i socjologów kultury. Według T. Kostyrko kompetencje kulturowe to: „wypożyczenie świadomościowe osobnika, bądź grupy społecznej, umożliwiającej jej tzw. uczestnictwo w kulturze” (Kostyrko, 1989, s. 11). W składzie takiego *wypożyczenia* muszą znaleźć się takie składniki jak: wiedza o kulturze i jej elementach, znajomość języka. Na kategorię kompetencji kulturowych należy spojrzeć szerzej uwzględniając aspekt humanistyczny, biorąc pod uwagę postulat wychowania interkulturowego, który mówi, że człowiek powinien czuć możliwość funkcjonowania w więcej niż jednej kulturze. Należy pamiętać o tym, że człowiek przychodzi na świat z pewnymi predyspozycjami do nabywania kultury, a nie z samą kulturą. Sam proces nabywania kultury polega na dostarczeniu człowiekowi wzorów zachowań, języka, hierarchii wartości, sposobów pełnienia ról społecznych.

Na kierunkach pielęgniarstkich zwraca się uwagę na potrzebę kształtowania kompetencji międzykulturowych (Lesińska-Sawicka, 2012). Rozumiemy je za M. Bem jako subkategorię kompetencji kulturowych (Bem, 2013, s. 132).

Pożądana jest umiejętna komunikacja z przedstawicielem innej kultury i nawiązania z nim *życiodajnego dialogu* (Chromiec, 2007, s. 50). Proces troszczenia

¹ Postawienie hipotezy poprzedzone było analizą literatury przedmiotu. Wzięto pod uwagę m.in. badania B. Ogórek-Tęczy, 2011; K. Zdziebło i inni, 2014 uwzględniające m.in., bariery komunikacyjne wynikające z braku znajomości języka oraz konieczność znajomości języka w opiece nad pacjentem z innego kręgu kulturowego.

² Standard kształcenia z dn. 09.05.2012 MniSzW (Załącznik 4) dla kierunku pielęgniarstwo określa poziom znajomości języka zgodnie z klasyfikacją Rady Europy (I stopień B1, II stopień B2).

się wymaga od pielęgniarki dużej kultury osobistej, taktu, szacunku oraz wrażliwości moralnej. Należy, bowiem mieć cały czas na uwadze, że pacjenci, którzy pochodzą z różnych kręgów kulturowych posiadają „różne konstrukty dotyczące ich własnego ja, innych ludzi i zależności między tymi dwoma obszarami. Konstrukty te mogą wpływać na naturę indywidualnych doświadczeń, ich aspekty poznawcze, emocjonalne i motywacyjne, a często mogą je wręcz determinować” (Marcus, Kitayama, 1993, s. 5).

Komunikacja międzykulturowa jako jedna z kompetencji międzykulturowych – ważny aspekt opieki transkulturowej

Mianem kompetencji do komunikacji międzykulturowej, według L. Korporowicza, określa się nabyte dyspozycje, elementy składowe określonej orientacji psychicznej i podmiotowej, które pomagają w negocjacyjnym nastawieniu, oraz zaspakajaniu własnych oczekiwań, które nie są sprzeczne z dobrem innych oraz dążenie do poszanowania podmiotowości innych (Korporowicz, 1983, s. 37-43). Osobę o wysokim poziomie do komunikacji międzykulturowej powinna wyrażać silna tożsamość osobista oraz stosowna wiedza zarówno na temat swojej grupy kulturowej jak i innej, która istnieje w lokalnym otoczeniu społecznym. Kompetencje do komunikacji międzykulturowej cechuje wielowymiarowość. Mówiąc o nich mamy jednocześnie na myśli ich wymiar społeczny jak i osobisty. Jest to proces rozwoju indywidualnego, który w następstwie ma wpływ na całą społeczność, z której wywodzi się dana jednostka. Kompetencje międzykulturowe nabywa się w ramach międzykulturowego uczenia się, które polega na posiadaniu świadomości, że istnieje zróżnicowanie kulturowe oraz na coraz lepszym rozumieniu siebie i innych. Proces prowadzi w rezultacie do zapoznania się ze złożonością świata oraz zdobycia umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami współczesności. Na kontakty międzykulturowe mają wpływ następujące elementy: „świadomość siebie samego i własnej kultury; poprzednie doświadczenia międzykulturowe; niski poziom etnocentryzmu; werbalne niewerbalne umiejętności komunikacyjne; odpowiednie cechy osobowościowe takie jak: empatia, tolerancja oraz elastyczność” (Chutnik, 2007, s. 116). Rozbudowany zestaw tworzą:

- „szacunek i empatia; umiejętność słuchania; umiejętności techniczne;
- tolerancja i elastyczność;
- zainteresowanie lokalną kulturą;
- towarzyskość i otwartość;
- inicjatywa oraz pozytywny obraz samego siebie” (Chutnik, 2007, s. 116).

Troska jako istotny element kulturowy w opiece pielęgniarskiej

Ważną cechą cywilizacji i kultury jest wrażliwość moralna. Wyznacznikiem relacji międzyludz-

kich jest respektowanie przyjętych norm moralnych, etycznych oraz koherentne z tym działanie podyktowane troską. Kultura euroatlantycka odwołuje się do wartości, które przedstawione są w Biblii, szczególnym przewodnikiem, gdzie godność osoby ludzkiej staje się normą nie podważalną. *Corpore et anima unus (jeden ciałem i duszą)* to zasada, według której powinien być pojmowany człowiek, będący podmiotem troski.

Jedną z filozoficznych podstaw działań pielęgniarskich jest etyka troski. Jej fundament zawarty jest w mającej ponadczasowy charakter Ewangelii św. Łukasza. Poprzez swój uniwersalizm, oddziałuje ona ponad wszelkimi podziałami kulturowymi bezpośrednio na tych, którzy związani są z posługą i pomaganiem ludziom. W XXI wieku przypowieść o Miłosiernym Samarytaninie jest wciąż aktualna i ma wpływ na ludzi niezależnie od ich światopoglądu. Biblijny Samarytanin to humanista, który powinien być wzorem dla współczesnego personelu medycznego. Troska, to wartość, która od wieków jest przedmiotem zainteresowania filozofów i etyków, a sam sens rozwoju medycyny tkwi w służbie człowiekowi, która stanowi nadrzędną wartość wszelkich działań. Stosunek pielęgniarek do ludzi cierpiących i chorych oraz ich postawa świadczą o poziomie kultury całego społeczeństwa, a nie tylko tej grupy zawodowej. Troska, w kontekście opieki medycznej opiera się na relacji, w której brane są pod uwagę kompetencje kulturowe. Pojęcie troski może być różnie rozumiane, również biorąc pod uwagę jej kontekst kulturowy. Problem zróżnicowania kulturowego na gruncie opieki i troski został zauważony dosyć niedawno. Poprzedzony on został rozwojem opieki środowiskowej, natomiast przed 1980 r. rzadko poruszany w literaturze przedmiotu (Phillips, 2009, s. 107). Kwestią tą zajmuje się filozofia o orientacji interkulturowej. Dotyczy ona:

- analizy sposobów myślenia uwarunkowanych kulturowo;
 - krytyki stereotypów zarówno w postrzeganiu siebie jak i innych;
 - zrozumienia pozwalającego na budowanie współczesnego społeczeństwa, tworzonego przez ludzi pochodzących z różnych tradycji kulturowych (Wimmer, 2000, s. 177).
- Przeredagowany zestaw zasad i reguł przedstawił G. Egan (Egan, 2002, s. 88), który kompetencję i troskę rozumiał jako:
- dostosowywanie działań terapeutycznych do planu pacjenta;
 - nie tworzeniu własnej, precyzyjnej definicji różnorodności;
 - tworzeniu atmosfery sprzyjającej zawodowej tolerancji;
 - unikaniu stereotypów kulturowych, poprzez przesadne nieuogólnianie;
 - świadomości, że różnice występujące w obrębie danej grupy są często większe niż pomiędzy grupami;
 - skoncentrowaniu się na systemie wartości, czy-

li tym, co dla pacjenta ważne mając na uwadze różnorodność i nie dopuszczanie z tego powodu do ograniczeń;

- upewnieniu się czy twój system wartości nie ma negatywnego wpływu na pacjenta;
- pogłębianiu wiedzy i umiejętności związanych ze zróżnicowaniem kulturowym;
- poddawaniu modeli i teorii uwzględniających zróżnicowanie takiej samej szczegółowej analizie jak innych elementów leczenia (Egan, 2002, s. 88).

Zagadnieniem troski w modelu pielęgniarstwa transkulturowego zajmowała się pielęgniarka i antropolog M. Leininger, która była świadoma tego, że dorobek antropologów kultury oraz filozofów proweniencji interkulturowej jest bardzo ważny. Można stwierdzić, że nie ma do końca spójnej filozofii troski. R. May podkreślił, że pojęcie troski jest wynikiem wielu koncepcji jednak ich mianownik jest wspólny i zawiera: „twórczą, sformułowaną mądrość, która jest rezultatem przekształceń i ukształceń, dokonanych w ciągu stuleci przez nieskończoną liczbę ludzi, którzy starali się zakomunikować coś ważnego sobie i innym członkom kultury, w której żyli” (May, 1993, s. 240). Filozofia troski w pielęgniarstwie jest w trakcie powstawania (*In statu nascendi*) i wymaga dalszych interdyscyplinarnych rozważań.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 100% studentów (64 osoby) II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo, oraz 100% studentów (48 osób) I roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo, Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Siedlcach. Studenci to pielęgniarki i pielęgniarze w wieku od 25 do 65 lat, ze stażem pracy od 5 do ponad 30 lat i wyższym wykształceniem. Próbę badawczą dobrano w sposób celowy. Do realizacji celu

zastosowano sondaż diagnostyczny oraz posłużono się techniką ankiety. Narzędzie badawcze: przygotowano autorski kwestionariuszem ankiety. Procedura badawcza posiadała charakter ilościowy

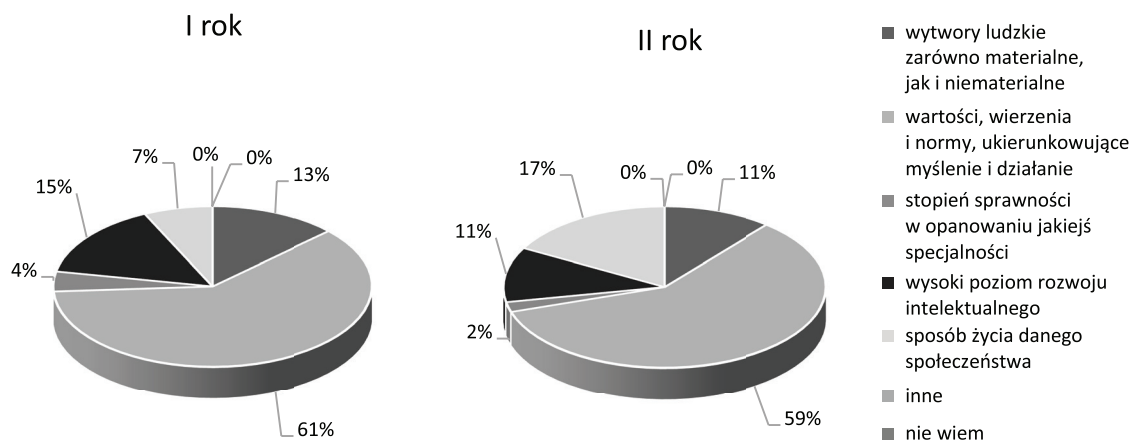
Wyniki³

Komponent kognytywny kompetencji międzykulturowych studentów kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia (poziom kognytywny)

Analiza badań wykazała, że studenci I i II roku studiów II stopnia, kierunku pielęgniarstwo podobnie definiują pojęcie kultura. Na I roku studiów 61% studentów, na II roku studiów 59% studentów, definiuje kulturę jako wartości, wierzenia i normy, które ukierunkowują myślenie i działanie człowieka. Na *sposób życia danego społeczeństwa* wskazuje 7% respondentów I roku i 17% respondentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo. Według 15% studentów I roku i 11% studentów kultura jest wysokim poziomem rozwoju intelektualnego. Za ledwie 4% studentów I roku i 2% studentów II roku uważa, że kultura jest stopniem sprawności w opanowaniu jakiejś specjalności. Pozostali, czyli 13% studentów I roku i 11% studentów II roku twierdzą, że kultura to wytwory ludzkie zarówno materialne jak i niematerialne.

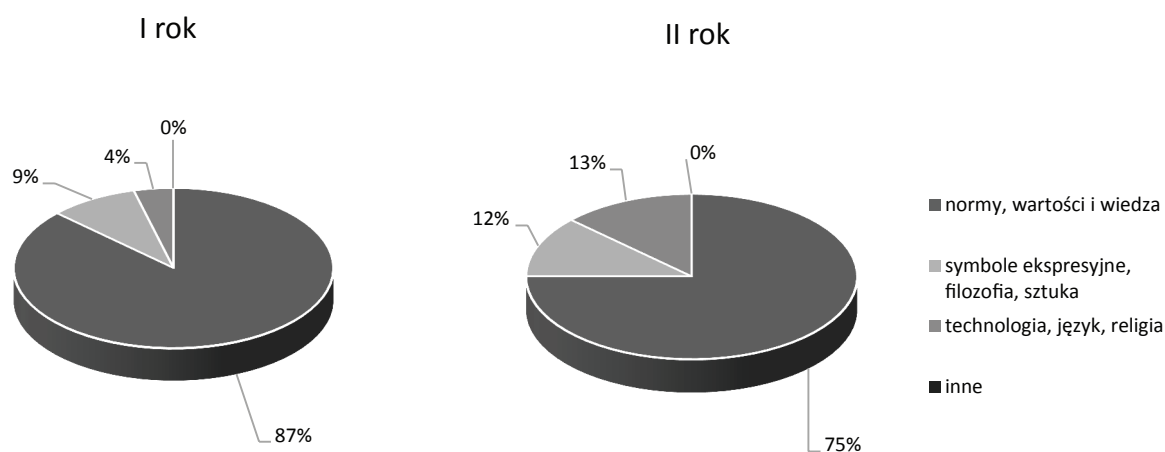
Najważniejsze elementy kultury to wg 87% studentów I roku i 75% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo, normy wartości i wiedza. Tylko dla 4% studentów I roku i 13% studentów II roku to: technologia, język i religia. Kolejne 9% studentów I roku i 12% studentów II roku za elementy kultury uznaje: symbole ekspresyjne, filozofię i sztuk.

Należy podkreślić, że aż 87% studentów I roku i 77% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo zna wielokulturowość jako model zróżnicowania kulturowego. Za ledwie 2%

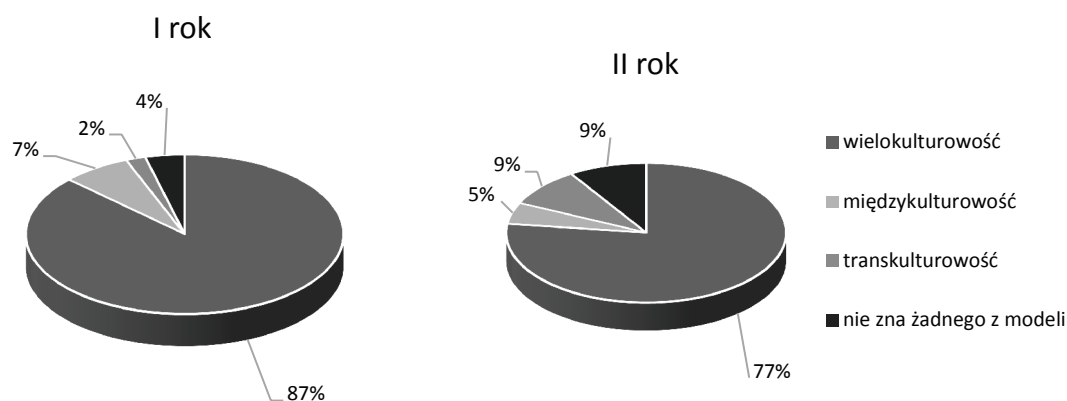


Rycina 1. Definiowanie kultury przez studentów kierunku pielęgniarstwo

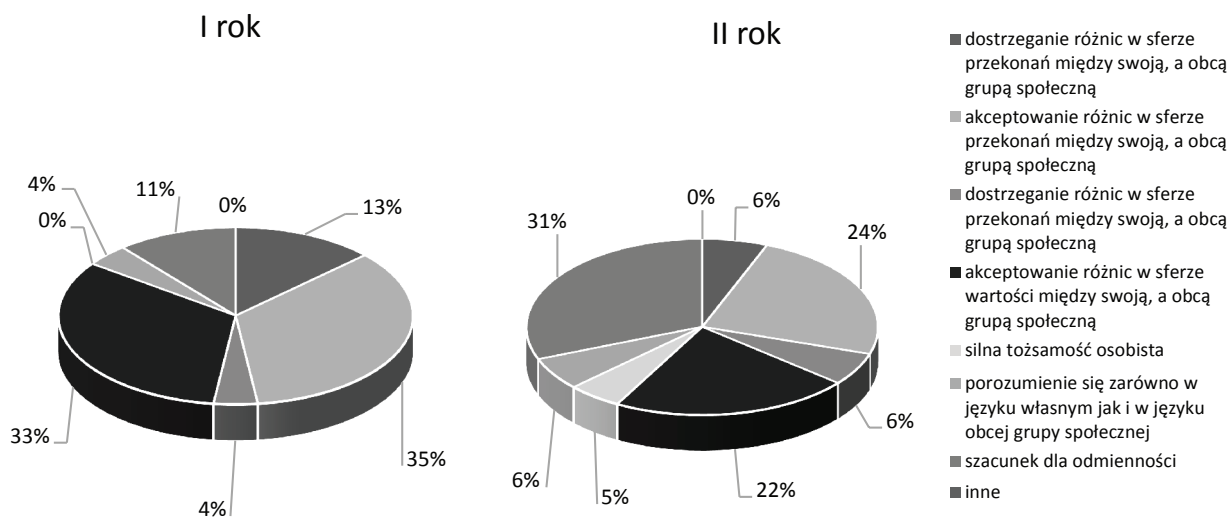
³ W artykule powołano się na badania R. Piekarskiej przeprowadzone w trakcie seminarium magisterskiego pod kierunkiem dr A. Jeznach.



Rycina 2. Najważniejsze elementy kultury w deklaracjach studentów kierunku pielęgniarstwo



Rycina 3. Modele zróżnicowania kulturowego znane przez studentów kierunku pielęgniarstwa



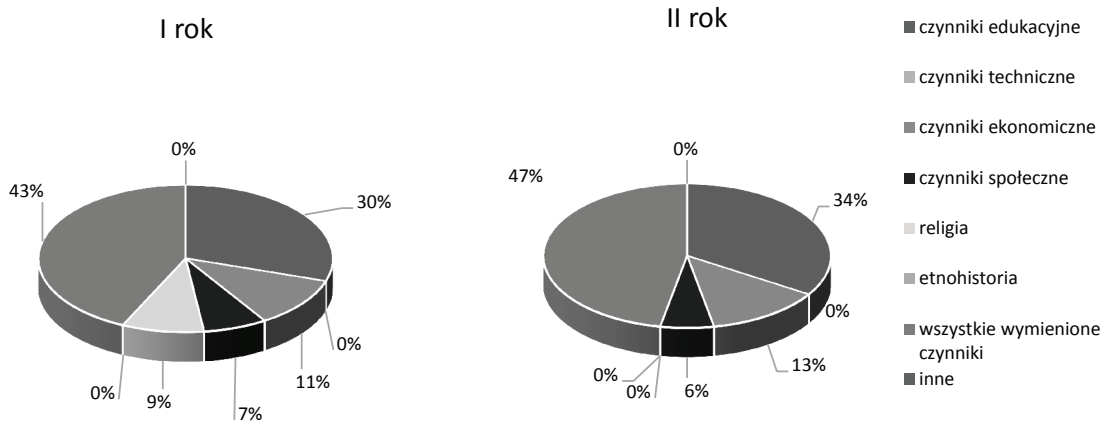
Rycina 4. Deklaracje studentów kierunku pielęgniarstwa na temat części składowych wchodzących w zakres kompetencji kulturowych

studentów I roku i 9% studentów II roku zna transkulturowość jako model zróżnicowania kulturowego. Żadnego modelu zróżnicowania kulturowego nie zna 4% studentów I roku i 9% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo.

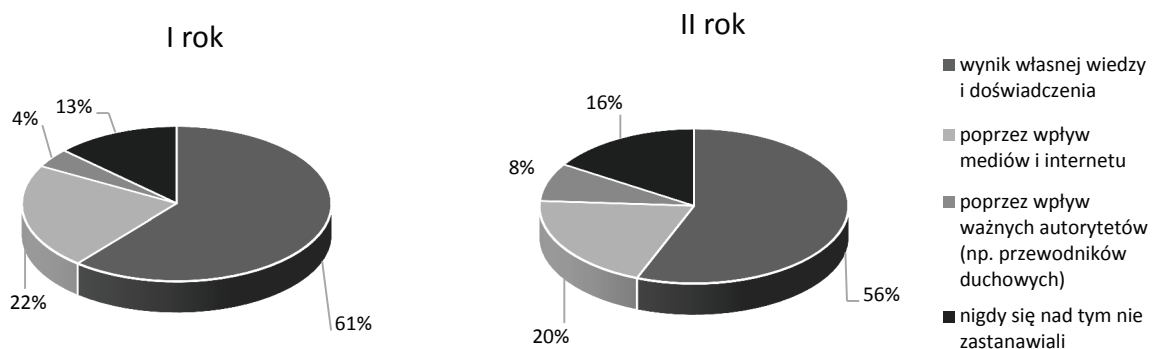
Za główne części składowe wchodzące w zakres kompetencji kulturowych 35% studentów I roku i 24% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo uznaje akceptowanie różnic w sferze przekonań między swoją, a obcą grupą

społeczną. Podobne wyniki dotyczą akceptowania różnic w sferze wartości między swoją, a obcą grupą społeczną, które jako komponenty kompetencji kulturowych uznaje 33% studentów I roku i 22% studentów II roku. Szacunek dla odmienności podkreśliło 11% studentów I roku i 33% studentów II roku. Dostrzeganie różnic w sferze przekonań między swoją, a obcą grupą społeczną zauważyło 13% studentów I roku i 6% studentów II roku. Dostrzeganie różnic w sferze wartości między swoją, a obcą

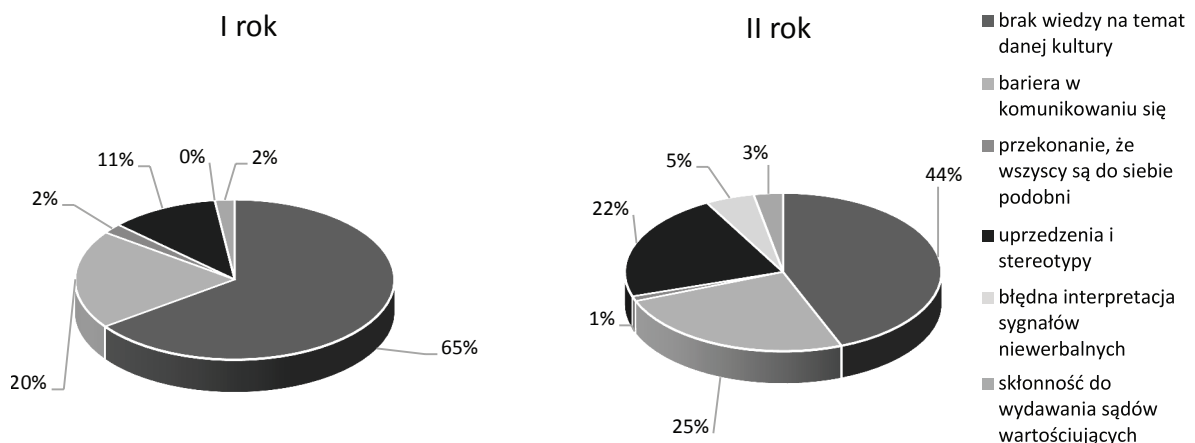
grupą społeczną uznaje 4% studentów I roku i 6% studentów II roku. Tylko 4% studentów I roku i 6% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo zwróciło uwagę na porozumiewanie się zarówno w języku własnym jak i w języku obcej grupy społecznej jako ważny komponent kompetencji kulturowych. Tylko 5% studentów II roku zwróciło uwagę na silną tożsamość osobistą jako ważny komponent kompetencji kulturowych.



Rycina 5. Czynniki wpływające na zachowanie w zdrowiu w danej kulturze według studentów kierunku pielęgniarstwo



Rycina 6. Kształtowanie się obrazu osoby z innego obszaru kulturowego według studentów kierunku pielęgniarstwa



Rycina 7. Czynniki utrudniające relacje z pacjentem z innego kręgu kulturowego studentom kierunku pielęgniarstwa

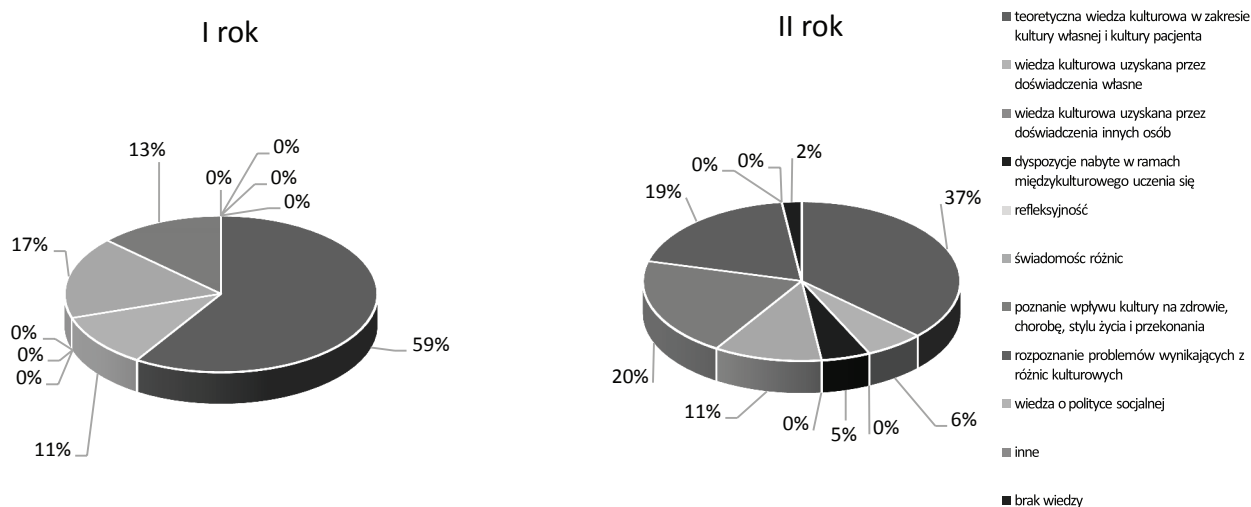
Badania wykazują, że 43% studentów I roku i 47% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo uznaje wszystkie czynniki: edukacyjne, techniczne, ekonomiczne, społeczne oraz religię i etnohistorię za istotne dla zachowania zdrowia w danej kulturze. Na uwagę zasługuje fakt, że 30% studentów I roku i 34% studentów II roku uznają tylko czynniki edukacyjne jako ważne dla zachowania zdrowia w danej kulturze. Na trzecim miejscu znalazły się czynniki ekonomiczne, które podkreśliło 11% studentów I roku i 13% studentów II roku. Ważne dla zachowania zdrowia w danej kulturze dla 7% studentów I roku i 6% studentów II roku były czynniki społeczne. Wśród studentów I roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo było 9% studentów, które wskazały jedynie na religię jako czynnik wpływający na zachowanie zdrowia w danej kulturze.

Kształtowanie się obrazu osoby z innego kręgu kulturowego jest u 61% studentów I roku i 56% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo jest wynikiem własnej wiedzy i doświadczenia. Natomiast u 22% studentów I roku i 20% studentów II roku obraz osoby z innego kręgu kulturowego kształtuje się poprzez wpływ mediów i Internetu. Aż 13% studentów I roku i 16% studentów II roku nigdy się nad tym nie zastanawiało. Wpływ innych ważnych autorytetów np. przewodników duchownych na kształtowanie obrazu osoby z innego obszaru kulturowego podkreśliło tylko 4% studentów I roku i 8% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo.

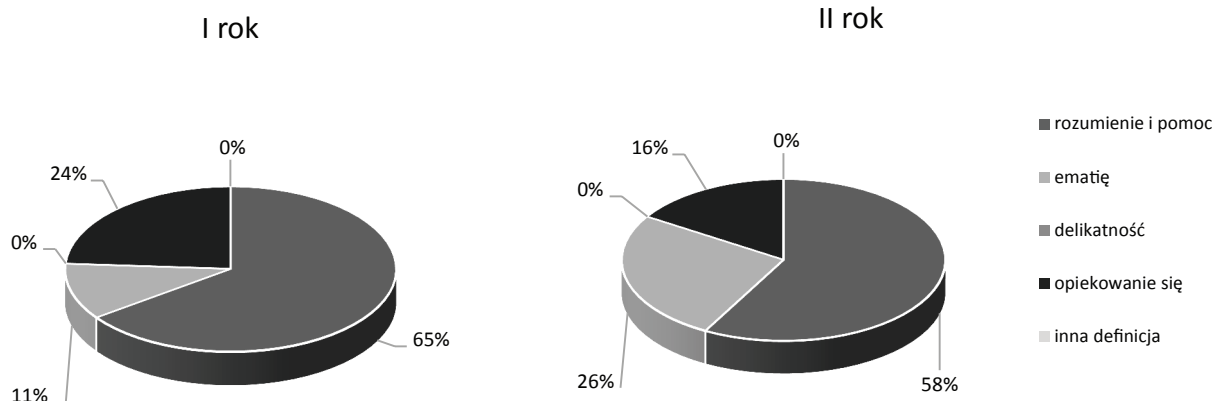
Do głównych czynników utrudniających relację z pacjentem z innego kręgu kulturowego 65% studentów I roku i 44% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo zaliczyło brak wiedzy na temat danej kultury. Na drugim miejscu znalazła się bariera w komunikowaniu, którą podkreśliło 20% studentów I roku i 25% studentów II roku.

Na uprzedzenia i stereotypy zwróciło uwagę 11% studentów I roku i 22% studentów II roku. Skłonność do wydawania sądów wartościujących to czynnik utrudniający relację z pacjentem odmiennym kulturowo dla 2% studentów I roku i 3% studentów II roku. Błędną interpretację sygnałów niewerbalnych uznało tylko 5% studentów II roku. Zakładanie, że wszyscy są do siebie podobni było ważne tylko dla 2% studentów I roku i 1% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo.

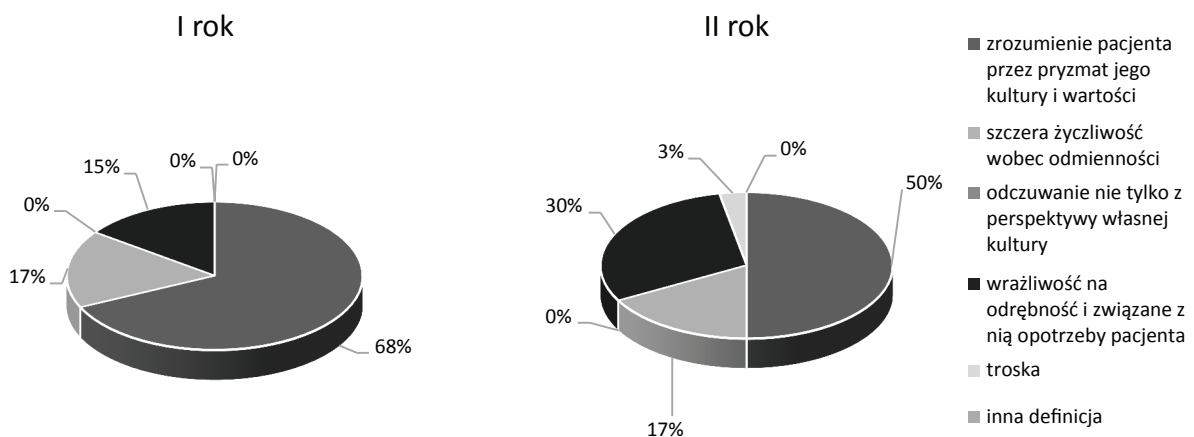
Analiza badań wykazała, że największy procent studentów wskazał na profesjonalną wiedzę kulturową w zakresie kultury własnej i kultury pacjenta jako główny czynnik, który ma wpływ na umiejętności sfery poznawczej, które są potrzebne dla zapewnienia pacjentowi opieki transkulturowej. Procentowo przedstawia się to w następujący sposób: 59% studentów I roku i 37% studentów II roku studiów II stopnia wskazało na ten czynnik. Na drugim miejscu znalazło się poznanie wpływu kultury na zdrowie, chorobę, styl życia i przekonania, na które zwróciło uwagę 13% studentów I roku i 20% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo. Następnie 17% studentów I roku i 11% studentów II roku, wskazało na świadomość różnic jako ważny czynnik, który ma wpływ na umiejętności pozwalający na zapewnienie pacjentowi opieki transkulturowej. Na wiedzę kulturową uzyskaną przez doświadczenia własne zwróciło uwagę 11% studentów I roku i 6% studentów II roku. Na rozpoznanie problemów wynikających z różnic kulturowych wskazało 5% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo. Żadna z badanych osób nie wskazała na refleksyjność i doświadczenia innych.



Rycina 8. Czynniki mające wpływ na umiejętności sfery poznawczej potrzebne do zapewnienia pacjentowi opieki transkulturowej według studentów kierunku pielęgniarstwa



Rycina 9. Rozumienie pojęcia troski przez studentów kierunku pielęgniarstwo



Rycina 10. Rozumienie pojęcia: empatia kulturowa przez studentów kierunku pielęgniarstwo

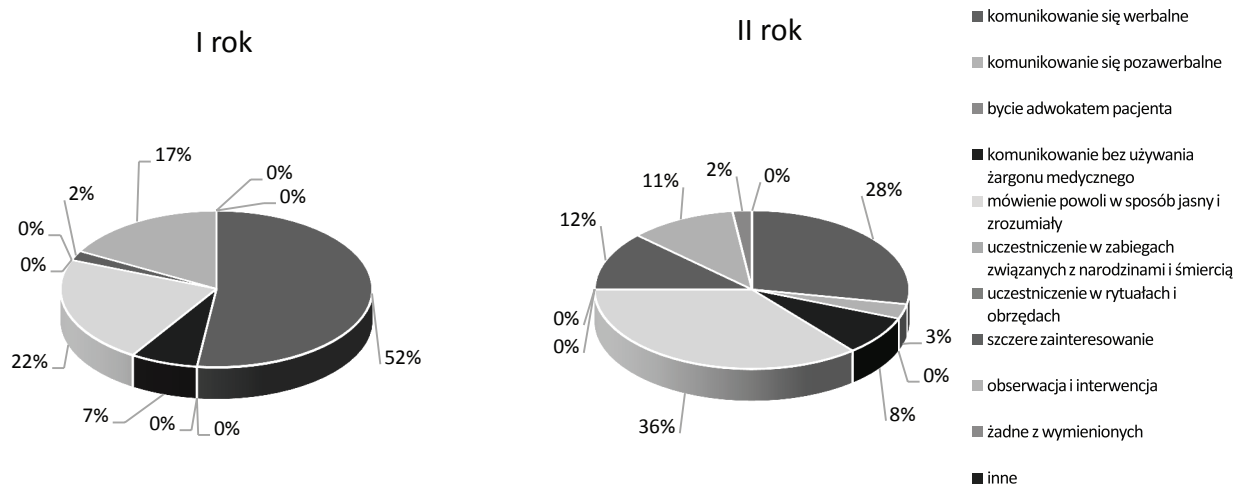
Pojęcie troski jest rozumiane przez 65% studentów I roku i 58% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo jako rozumienie i pomoc. Troska rozumiana jest również przez 11% studentów I roku i 26% studentów II roku studiów II stopnia jako empatia. Na opiekowanie się jako pojęcie troski wskazuje 24% studentów I roku i 16% studentów II roku. Nikt z badanych studentów, mimo takiej możliwości nie podał innej definicji troski oraz nie wskazał na delikatność, która również może definiować troskę.

Empatia kulturowa jest dla 68% studentów I roku i 50% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo zrozumieniem pacjenta przez pryzmat jego kultury i wartości. Dla 17% studentów I roku i 17% studentów II roku studiów II stopnia empatia kulturowa jest po prostu szczerą życzliwością wobec odmienności. Natomiast 15% badanych studentów I roku i 30% badanych studentów II roku studiów II stopnia deklaruje, że empatia kulturowa jest dla nich wrażliwością na odrębność i związane z nią potrzeby pacjenta. Tylko dla 3% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo empatia kulturowa jest tym samym, co troska. Dla nikogo z badanych studentów zarów-

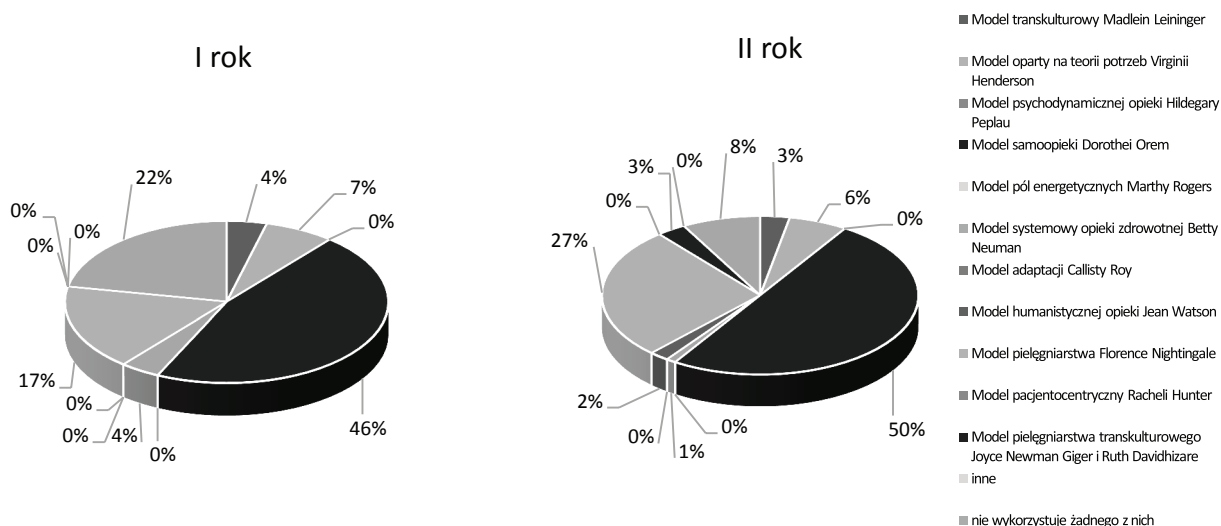
no I jak i II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo empatia kulturowa nie jest tym samym, co odczuwanie nie tylko z perspektywy własnej kultury. Nikt też z badanych nie podał innej definicji empatii kulturowej.

Komponent behawioralny kompetencji międzykulturowych studentów kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia

W zakresie relacji pielęgniarz-pacjent 52% studentów I roku i 28% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo przyznało, że posiada umiejętność komunikacji werbalnej. Kolejne 22% studentów I roku i 36% studentów II roku deklaruje mówienie do pacjenta powoli w sposób jasny i zrozumiały. Umiejętność obserwacji i interwencji posiada 17% studentów I roku i 11% studentów II roku. Do umiejętności komunikowania się bez używania żargonu medycznego przyznało się 7% studentów I roku i 8% studentów II roku. Szczere zainteresowanie w zakresie relacji pielęgniarz-pacjent przejawia 2% studentów I roku i 12% studentów II roku studiów II stopnia. Tylko 3% studentów II roku twierdzi, że posiada umiejętność komunikowania



Rycina 11. Umiejętności w zakresie relacji pielęgniarka – pacjent studentów kierunku pielęgniarstwa w deklaracjach respondentów



Rycina 12. Najczęściej wykorzystywane modele opieki pielęgniarskiej w codziennej pracy przez studentów kierunku pielęgniarstwa

się w sposób pozawerbalny. Zastanawiające wydaje się, że 1 student II roku przyznał się, że nie posiada żadnej z wymienionych umiejętności. Studenci nie wskazali na umiejętność uczestniczenia w zabiegach związanych z narodzinami i śmiercią oraz w innych rytuałach i obrzędach, a także nie wskazali na umiejętność bycia *adwokatem pacjenta*.

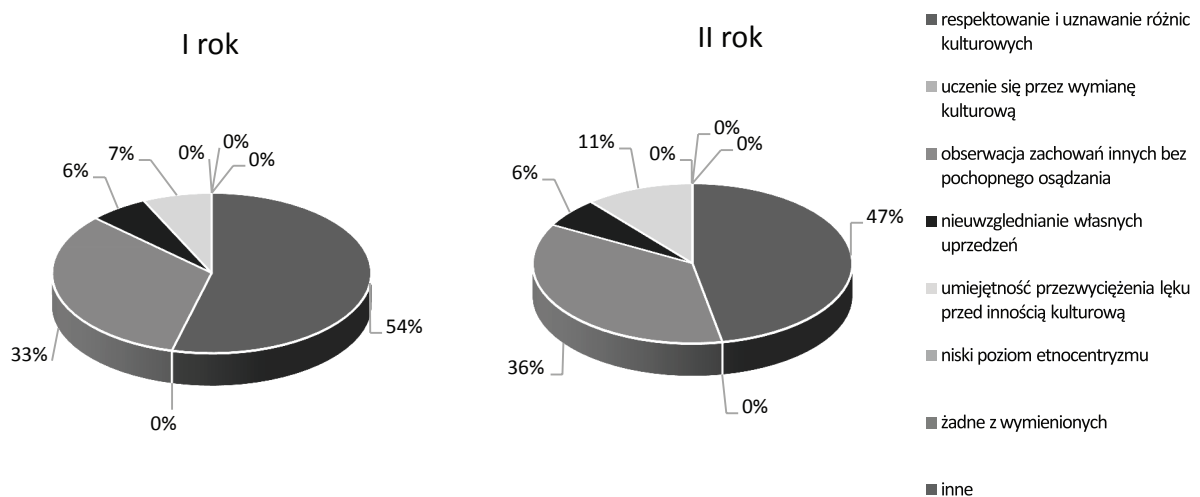
Najczęściej wykorzystywanym modelem opieki pielęgniarskiej w codziennej pracy zawodowej studentów jest Model samoopieki D. Orem, wskazało na niego 46% studentów I roku i 50% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo. Kolejnym modelem, z którego często korzystają studenci w swojej codziennej pracy jest Model pielęgniarstwa F. Nightingale, wskazało na niego 17% studentów I roku i 27% studentów II roku. Model oparty na teorii potrzeb V. Henderson wykorzystu-

je w swojej pracy zawodowej 7% studentów I roku i 6% studentów II roku studiów. Czwartym w kolejności modelem wymienionym przez studentów jest Model transkulturowy M. Leininger. Jego wykorzystywanie deklaruje 4% studentów I roku i 3% studentów II roku. Model systemowy opieki zdrowotnej B. Neuman wykorzystuje 4% studentów I roku i 1% studentów II roku studiów. Dwie osoby spośród studentów deklaruje, że wykorzystuje w swojej pracy zawodowej Model pielęgniarstwa transkulturowego J. Newman i R. Davidhizare, a jedna osoba wskazuje na Model humanistycznej opieki J. Watson. Niepokój może budzić fakt, że 22% studentów I roku i 8% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo nie wykorzystuje żadnego modelu opieki pielęgniarskiej w swojej pracy zawodowej.

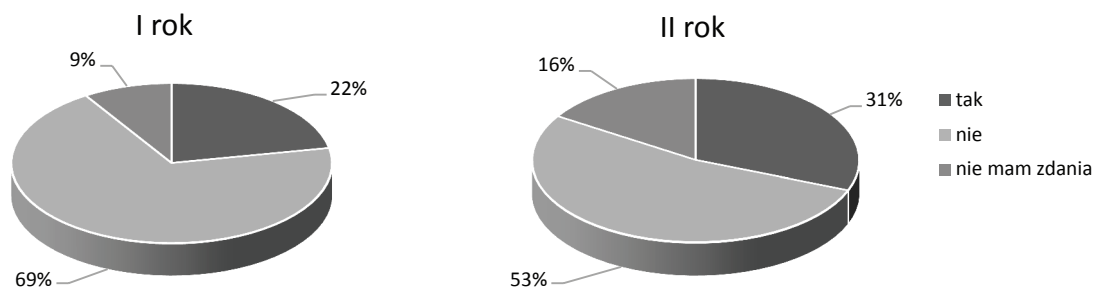
Komponent afektywny kompetencji międzykulturowych studentów kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia

Respektowanie i uznawanie różnic kulturowych deklaruje 54% studentów I roku i 47% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo. Umiejętność obserwacji zachowań innych bez pochopnego osądzania deklaruje 33% studentów

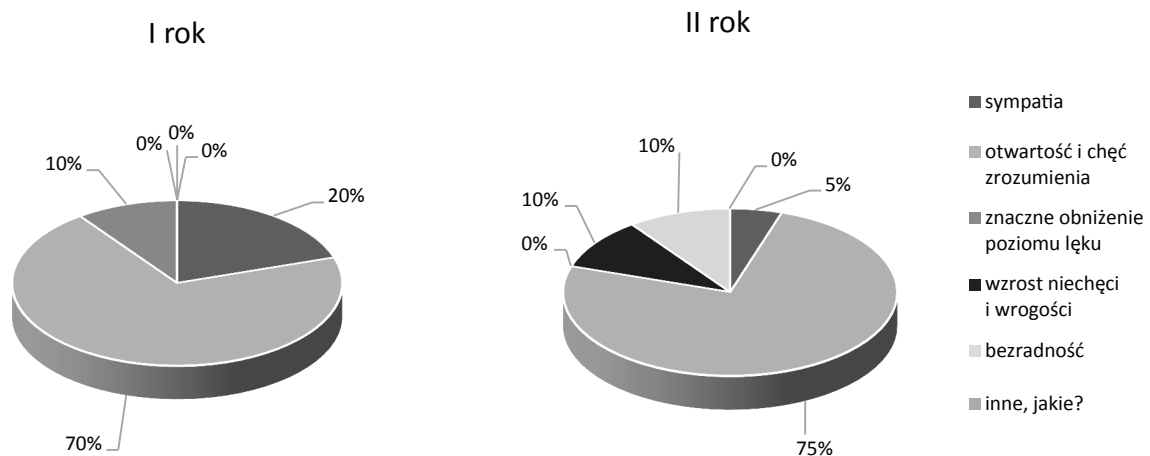
I roku i 36% studentów II roku. Umiejętność przezwycięzania lęku przed innością kulturową posiada 7% studentów I roku i 11%. Na nieuwzględnianie własnych uprzedzeń wskazuje 6% studentów I roku i 6% studentów II roku studiów. Niskiego poziomu etnocentryzmu nie deklaruował żaden z badanych studentów. Nikt z badanych nie wskazał też na inną umiejętność w zakresie komponentów afektywnych, którą przejawiałby w swojej codziennej pracy.



Rycina 13. Umiejętności afektywne, które przejawiają w swojej codziennej pracy studentów kierunku pielęgniarstwo



Rycina 14. Wpływ kontaktu z pacjentem z odmiennego kręgu kulturowego na zmianę emocji w deklaracjach studentów kierunku pielęgniarstwo



Rycina 15. Deklaracje emocji towarzyszących relacji z pacjentem odmiennym kulturowo przez studentów kierunku pielęgniarstwa

Kontakt z pacjentem z odmiennego kręgu kulturowego w deklaracjach 69% studentów I roku i 53% studentów II roku nie wpłynął na zmianę ich emocji. Zmiana emocji nastąpiła u 22% studentów I roku i 31% studentów II roku. Nie miało zdania 9% studentów I roku i 16% studentów II roku.

Emocje, które towarzyszyły relacji z pacjentem odmiennym kulturowo to w większości przypadków otwartość i chęć zrozumienia. Emocje te pojawiły się u 70% studentów I roku i 75% studentów II roku studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo. U 20% studentów I roku i 5% studentów II roku pojawiła się sympatia. Poziom lęku znacznie obniżył się u 10% studentów I roku. Zaakcentować należy fakt, że u 10% studentów II roku pojawiła się bezradność, a u kolejnych 10% studentów II roku niechęć i wrogość znacznie wzrosły.

Dyskusja

Badani wykazali się odpowiednim zakresem wiedzy na temat kultury, ale podkreślili trudności, jakie pojawiają się w trakcie kontaktu z pacjentem odmiennym kulturowo. Dla ponad połowy badanych kultura to wartości, wierzenia i normy, które ukierunkowują myślenie i działanie człowieka. Większość studentów I roku, co stanowi 65% i 44% studentów twierdzi, że relacje z pacjentem z innego kręgu kulturowego utrudnia brak wiedzy na temat danej kultury.

W badaniach B. Ogórek-Tęczy, A. Kamińskiej, M. Matusiak i R. Skupnik (2012), podjęto próbę znalezienia odpowiedzi na pytanie, jakie kompetencje pozwoliłyby uniknąć trudności w budowaniu prawidłowej relacji z chorym pochodzącym z innego kręgu kulturowego. Wiedza na temat obyczajów, religii i kultury znalazła się na drugim miejscu (24,6% badanych). Ponad 1/3 tych samych respondentów uznała, że obraz osób z innych obszarów kulturowych jest wynikiem własnej wiedzy i doświadczenia, tylko 16,8% przyznała, że jest to wpływ mediów, natomiast na wpływ przewodników duchownych wskazało 6,0% (Ogórek-Tęczy i in., 2012, s. 63). Dla porównania, w prezentowanych badaniach, obraz osoby z innego obszaru kulturowego kształtował się u ponad połowy badanych studentów I roku studiów II stopnia, co dało 61% na podstawie własnej wiedzy i doświadczenia i taką samą deklarację uzyskano u 56% studentów II roku studiów II stopnia. Wpływ przewodników duchownych jako czynnik mający wpływ na postrzeganie osób odmiennych kulturowo, jak się okazało, nie był duży i wyniósł odpowiednio wśród studentów I roku 4% oraz wśród studentów II roku 8%.

Badania własne potwierdziły, że u 22% studentów I roku i u 31% studentów II roku studiów II stopnia zmienił się stosunek do osób pochodzących z innych kręgów kulturowych, co wynikało z kontaktu z tymi osobami. U 70% z pierwszej grupy studentów pojawiła się otwartość i chęć zrozumienia, z drugiej grupy studentów te same emocje pojawiły się u 75%

studentów. 10% studentów II roku studiów II stopnia przyznało, że emocje, które im towarzyszyły to bezradność, a kolejne 10% przyznało, że poczuły wręcz niechęć i wrogość po kontakcie z osobami innych kultur. Z badań K. Zdziebło i wsp. (2014 a, s. 367-372) wynika, że aż 91,5% zadeklarowało, że znajomość innych kultur jest bardzo potrzebna w codziennej pracy pielęgniarzek. W obszarze umiejętności badani wskazywali w kolejności na rozpoznawanie problemów wynikających z różnic kulturowych (59,4%), umiejętność komunikacji werbalnej i pozawerbalnej (56,6%), natomiast jeśli chodzi o postawy to na pierwszym miejscu pojawiło się poszanowanie godności swojej i drugiego człowieka (87,7%) oraz respektowanie i uznawanie różnic kulturowych (52,8%) (Zdziebło i in., 2014a, s. 367-372). W badaniach na temat uwarunkowań kulturowych tej samej autorki (2012), 78,4% badanych nie odczuło zmiany w emocjach w relacji pielęgniarzka-pacjent innej kultury i wyznania. Emocje, które się pojawiały to ciekawość, sympatia, ale również dystans i obojętność (Zdziebło i in., 2014b, s. 894-904).

Obszar badań skupił się również wokół umiejętności komunikacji werbalnej, gdzie 52% studentów I roku i 28% studentów II roku studiów II stopnia wskazało na umiejętność takiej komunikacji oraz 54% studentów I roku i 47% studentów II roku studiów II stopnia zadeklarowało, że respektuje i uznaje różnice kulturowe.

A. Majda i J. Zalewska-Puchała interesując się wrażliwością międzykulturową potwierdzają konieczność nabywania kompetencji międzykulturowych poprzez kształcenie zawodowe, które miałyby polegać na zdobywaniu wiedzy na temat sposobów porozumiewania się oraz na kształtowaniu w pielęgniarzach otwartości na odmienną kulturową (Majda, Zalewska-Puchała, 2011, s. 257). Badanie B. Ogórek-Tęczy i wsp. jest jednym z pierwszych i jak do tej pory jedynym w pielęgniarstwie nad wpływem poziomu empatii na relacje z pacjentem odmienną kulturą (Ogórek-Tęczy i in., 2012, s. 61).

Wnioski

1. Potwierdziła się hipoteza dotycząca zakresu kompetencji międzykulturowych studentów kierunku pielęgniarstwo, studiów II stopnia zróżnicowanych poziomem znajomości języka angielskiego.
 - Studenci studiów II stopnia, kierunku pielęgniarstwa I roku posiadają niższy poziom kompetencji międzykulturowych głównie ze względu na znajomość języka obcego na poziomie B1 (Intermediate).
 - Studenci studiów II stopnia, kierunku pielęgniarstwa II roku posiadają wyższy poziom kompetencji międzykulturowych głównie ze względu na znajomość języka obcego na poziomie B2 (Upper-Intermediate).
2. **Komponent poznawczy** kompetencji międzykulturowych studentów pielęgniarstwa, studiów II stopnia obejmuje deklaracje na temat kultury,

deklaracje na temat zróżnicowania kulturowego, deklaracje na temat elementów kompetencji kulturowych, definiowanie pojęć „troska” i „empatia kulturowa”, znajomość czynników mających wpływ na zdrowie w danej kulturze; deklaracje na temat kształtowania się obrazu osoby z innego kręgu kulturowego, znajomość modelu opieki transkulturowej.

- Respondenci najczęściej definiują kulturę jako wartości, wierzenia i normy, które ukształtują myślenie i działanie człowieka. Za najważniejsze elementy kultury uznają oni normy, wartości i wiedzę. Tylko nieliczni wskazują na technologię, język i religii.
- Respondenci wskazują wielokulturowość jako najbardziej znany model zróżnicowania kulturowego. Siedmiu badanych wymienia transkulturowość, a ośmiu nie zna żadnego modelu, co może świadczyć o niskim zakresie wiedzy na temat zróżnicowania kulturowego.
- Respondenci wskazali, że najważniejszym elementem wchodzącym w zakres kompetencji kulturowych jest akceptowanie różnic w sferze wartości i przekonań między swoją, a obcą grupą społeczną.
- 50 respondentów wskazało na czynniki mające wpływ na zachowanie zdrowia w danej kulturze. Pozostali wskazywali na czynniki edukacyjne, ekonomiczne i społeczne. Tylko cztery osoby wskazały na religię jako jedyny i istotny czynnik wpływający na zachowanie zdrowia w danej kulturze.
- U ponad połowy badanych obraz osoby z innego obszaru kulturowego kształtuje się pod wpływem własnej wiedzy i doświadczenia. Niewielu badanych przyznało, że jest on wynikiem wpływu ważnych autorytetów, np. przewodników duchownych.
- Większość respondentów wskazała na brak wiedzy na temat danej kultury jako istotną barierę, utrudniającą relację z pacjentem z innego kręgu kulturowego.

- Badani zdają sobie sprawę z faktu, że aby zapewnić pacjentowi opiekę zgodną z jego kulturą należy posiadać wiedzę o kulturze własnej i kulturze pacjenta. Żadna z badanych osób nie wskazała na wiedzę kulturową uzyskaną przez doświadczenia innych.
- Większość respondentów zdefiniowało pojęcie troski jako rozumienie i pomoc.
- Ponad połowa respondentów zdefiniowała empatię kulturową jako postrzeganie pacjenta przez pryzmat jego kultury i wartości. Kilka osób wskazało, że empatia kulturowa jest dla nich jednoznaczna z troską.
- Wśród respondentów istnieje mała znajomość modelu opieki transkulturowej M. Leininger.

3. Deklaracje umiejętności behawioralnych wchodzących w zakres kompetencji międzykulturowych najczęściej dotyczą komunikacji werbalnej (mówienie do pacjenta w sposób jasny i zrozumiały). Jeden z respondentów przyznał, że nie posiada żadnej z wymienionych umiejętności behawioralnych. Tylko dwie osoby wskazały na umiejętność komunikacji pozawerbalnej. Nikt nie wskazał na umiejętność uczestniczenia w zabiegach związanych z narodzinami i śmiercią oraz innych rytuałach i obrzędach.

4. Deklaracje umiejętności afektywnych wchodzących w zakres kompetencji międzykulturowych najczęściej (ponad 50%) dotyczą respektowania i uznawania różnic kulturowych codziennej pracy. Jednak nikt z badanych nie wskazał na niski poziom etnocentryzmu, co może wskazywać na brak znajomości tego pojęcia.

- Bezpośredni kontakt z osobą pochodzącą z innego obszaru kulturowego nie zmienił podejścia (opieki) respondentów do pacjenta z innego kręgu kulturowego, natomiast wpłynął na zmianę emocji.
- Większość badanych podkreśliła pojawienie się reakcji pozytywnych, głównie otwartości i zrozumienia oceniając osoby pochodzące z odmiennych kultur.

Literatura:

1. Bem, M. (2013). Modele kompetencji międzykulturowych. W: J. Muszyńska, T. Bajkowski, W. Danilewicz (red.), *Kompetencje międzykulturowe jako kapitał społeczności wielokulturowych* (s. 119-136). Warszawa: Wyd. Akademickie „Żak”.
2. Chromiec, E. (2007). Kompetencja międzykulturowa, czyli dar budowania nowych wspólnot. W: B. Siemrocka (red.), *Wspólnota komunikacyjna w teorii i praktyce* (s. 50). Wrocław: Wyd. „Atut”.
3. Chutnik, M. (2007). *Szok kulturowy*. Kraków: Universitas.
4. Dąbrowa, E., Markowska U. (2013). Kompetencje nauczycieli w zakresie edukacji międzykulturowej. W: J. Muszyńska, W. Danilewicz, T. Bajkowski, *Kompetencje międzykulturowe jako kapitał społeczności wielokulturowych* (s. 242-254). Warszawa: Wyd. Akademickie „Żak”.
5. Dudzikowa, M. (1993). *Kompetencje autokreacyjne możliwości ich nabywania w toku studiów pedagogicznych*. Edukacja. Studia. Badania. Innowacje, 4(44), 27.
6. Egan, G. (2002). *Kompetentne pomaganie. Model pomocy oparty na procesie rozwiązywania problemów*. Przekład J. Gilewicz, E. Lipska, Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
7. Chromiec E. (2007). Kompetencja międzykulturowa, czyli dar budowania nowych wspólnot. W: B. Siemrocka (red.), *Wspólnota komunikacyjna w teorii i praktyce* (s. 50). „Via Communicandi” Wrocław: Oficyna Wyd. „Atut”.

8. Grzybowski, P.P. (2012). *Doktor klaun. Terapia śmiechem, wolontariat, edukacja międzykulturowa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
9. Grzymała-Moszczyńska, H. (2010). Komunikowanie międzykulturowe. W: A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza (red.), *Pielęgniarstwo transkulturowe* (s. 18) Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
10. Korporowicz, L. (1983). *Kompetencje kulturowe jako problem badawczy*. *Kultura i społeczeństwo*, 1, 37-43.
11. Kostyrko, T. (1989). Kompetencje kulturowe, zakres terminu, obszar problematyki. W: T. Kostyrko (red.), *Kultura artystyczna a kompetencje kulturowe* (s. 11). Warszawa: Wyd. Centralny Ośrodek Metodologii Upowszechniania Kultury.
12. Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Ogórek-Tęcza, B. (red.). (2010). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
13. Marcus, H.R., Kitayama, S. (1993). *Kultura i ja: implikacje dla procesów poznawczych, emocji i motywacji*. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 5.
14. May, R. (1993). *Miłość i wola*. Poznań: Wyd. Rebis.
15. Nowak, M. (2012). *Pedagogiczny profil nauk o wychowaniu. Studium z odniesieniami do pedagogiki pielęgniarstwa*. Lublin: KUL.
16. 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(41), 61-63.
17. Phillips, J. (2009). *Troska*. Warszawa: Wyd. Sic! S.c.
18. Płaszewska-Żywko, L. (2010). Teoria pielęgniarstwa Madelein Leininger. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie* (s. 198). Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
19. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9.05 2012 w sprawie standardów kształcenia, Dz.U.2012 poz.631, zał. nr4, na podst.art.9b ust.1, Ustawy z 27.07. 2005 Prawo o Szkolnictwie Wyższym (Dz.U.2012) poz.572 z póź.zm.
20. Wimmer, F.M. (2000). *Tezy, warunki i zagadnienia filozofii o orientacji interkulturowej*. *Kwartalnik Filozoficzny*, 1(18), 177.
21. Zachradniczek, K. (red.). (2006). *Pielęgniarstwo*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
22. Zdziebło, K., Nowak-Starz, G., Makieła, E., Stępień R., Wiraszka, G. (2014a). *Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie*. *Problemy pielęgniarstwa*, 22(2), 367-372.
23. Zdziebło, K., Nowak-Starz, G., Stępień R., Wiraszka, G., Makieła, E. (2014b). *Kulturowe uwarunkowania w pracy pielęgniarek*. W: E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak (red.), *W drodze do brzegu życia* (s. 894-904). t. XII, Białystok: Wyd. „Duchno” Piotr Duchnowski.