

## RELIGIJNOŚĆ A KOMPETENCJE KULTUROWE PIELEŃNIAREK W KONTEKŚCIE PRZEOBRAŹEŃ SPOŁECZNYCH

### RELIGIOUSNESS AND CULTURAL COMPETENCES AMONG NURSES IN THE CONTEXT OF SOCIAL CHANGES

Jadwiga Małgorzata Bąk<sup>1(A,B,D,E,F)</sup>, Barbara Niedorys<sup>1(B,D,E,F)</sup>, Agnieszka Chrzan-Rodak<sup>1(B,D,E,F)</sup>,  
Krzysztof Jurek<sup>2(C,D)</sup>, Danuta Zarzycka<sup>1(A,D,E,F)</sup>, Barbara Ślusarska<sup>1(A,D,E,F)</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

<sup>2</sup>Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Polska

<sup>1</sup>Medical University of Lublin, Poland

<sup>2</sup>John Paul II Catholic University of Lublin, Poland

Bąk, J.M., Niedorys, B., Chrzan-Rodak, A., Jurek, K., Zarzycka, D., Ślusarska, B. (2020). Religijność a kompetencje kulturowe pielęgniarek w kontekście przeobrażeń społecznych/ Religiousness and Cultural Competences among Nurses in the Context of Social Changes, *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations*, 14(1), 98-109. <https://doi.org/10.29316/rs/118792>

Wkład autorów/  
Authors' contribution:  
A. Zaplanowanie badań/  
Study design  
B. Zebranie danych/  
Data collection  
C. Dane – analiza i statystyki/  
Data analysis  
D. Interpretacja danych/  
Data interpretation  
E. Przygotowanie artykułu/  
Preparation of manuscript  
F. Wyszukiwanie i analiza  
literatury/  
Literature analysis  
G. Zebranie funduszy/  
Funds collection

Tabele/Tables: 4

Ryciny/Figures: 0

Literatura/References: 40

Otrzymano/Submitted:  
04.01.2020

Zaakceptowano/Accepted:  
06.03.2020

#### Streszczenie

**Cel pracy.** Głównym celem pracy było wskazanie związku pomiędzy religijnością, a kompetencjami kulturowymi pielęgniarek.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 238 pielęgniarek za pomocą walidowanej skali Nurse Cultural Competence Scale (NCCS) autorstwa Perng S. i Watson R. oraz skali Twoja Religijność autorstwa Socha P.

**Wyniki.** Badania własne za pomocą zwalidowanej wersji skali P-NCCS wykazały przeciętny poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek. Najniższe wyniki odnotowano w zakresie Skali Wrażliwości Kulturowej (M=29, 83). Wśród badanej grupy największe nasilenie orientacji religijnej było w zakresie podskali Poszukująca Orientacja Religijna (M=35, 90). Wykazano, że im wyższa Zewnętrzna Orientacja Religijna oraz Poszukująca Orientacja Religijna, tym istotnie wyższy poziom wybranych wskaźników kompetencji kulturowych.

**Wnioski.** Badania wykazały, że pielęgniarki z wysokim poziomem religijności cechuje wyższy wskaźnik kompetencji kulturowych oraz wcześniejsze doświadczenia w sprawowaniu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo pomagają w budowaniu kompetencji kulturowych

**Słowa kluczowe:** religijność, kompetencje kulturowe, pielęgniarstwo, opieka transkulturowa, skala NCCS.

#### Summary

**Purpose of the work.** The main objective is to search for a correlations between spiritual traits of nurses and cultural competences

**Material and methods.** The study was conducted on the group of 238 nurses with the validated NCCS scale conceived by Perng S. and Watson R., and Your Religiousness scale by Socha P.

**Results.** Research with using of the P-NCCS scale showed an average level of cultural competence of nurses. The lowest results were observed in the Cultural Sensitivity Scale (M=29.83). Among the studied group, the highest intensity of religious orientation was in the subscale of Seeking Religious Orientation (M=35.90). It has been observed that the bigger the efficiencies of External Religion Orientation and Seeking Religion Orientation, the higher the levels of cultural competences.

**Conclusions.** The results of the study show that more religious nurses obtained higher scores in the cultural competence scale, and that prior contact with a patient from a different culture aids to build cultural competences

**Key words:** religiousness, cultural competences, nursing, transcultural care, the NCCS scale.

**Adres korespondencyjny:** mgr Jadwiga Małgorzata Bąk, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Gębali 6, 20-093, Lublin, e-mail: [jadwigabak25@gmail.com](mailto:jadwigabak25@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-0913-0202>,

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Jadwiga Małgorzata Bąk, Barbara Niedorys, Agnieszka Chrzan-Rodak, Krzysztof Jurek, Danuta Zarzycka, Barbara Ślusarska

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

Wieloaspektowo rozumiana globalizacja i migracja sprawiły, że pracownicy ochrony zdrowia coraz częściej spotykają w swojej pracy osoby z różnorodnych kultur oraz religii. Pielęgniarki w Polsce mają częsty kontakt z pacjentami, jak również z współpracownikami wielu narodowości czy grup etnicznych. By objąć holistyczną opieką pacjenta naznaczonego społecznie z odmiennego kręgu kulturowego, bądź religijnego pielęgniarka musi być nacechowana wrażliwością międzykulturową. Jest ona rozumiana jako świadomość występowania różnic kulturowych oraz umiejętność ich interpretowania w różnych sytuacjach. Świadomość ta dotyczy również dostosowania opieki do językowych, społecznych, kulturowych oraz religijnych potrzeb pacjenta. (Majda, Zalewska-Puchała, 2011). Pielęgniarstwo jest profesją zaufania publicznego, która według badań Centrum Badania Opinii Społecznej w Polsce ma duże poparcie społeczeństwa wynoszące 88%, a w rankingu pośród 26 zawodów zaufania społecznego zajmuje drugie miejsce. Wiąże się to z dużą odpowiedzialnością i wykonywaniem pracy według standardów etycznych, moralnych i świadczenia wysokiej jakości usług dla każdego pacjenta bez względu na pochodzenie czy religię (Badora, Roguska, 2004; Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

Wejście Polski do Unii Europejskiej oraz przyjęcie przez Polskę Deklaracji Bolońskiej zapoczątkowało pojawienie się w programach kształcenia pielęgniarek zagadnień związanych z wielokulturowością oraz nabywaniem przez zespół pielęgniarski kompetencji, które bezpośrednio odnoszą się do opieki uwarunkowanej kulturowo (Majda i in., 2011). Kompetencje kulturowe dotyczą rozwoju świadomości własnych myśli, poglądów, postaw, doświadczeń poprzez pogłębianie wiedzy oraz okazywanie zrozumienia kultury danej osoby, jednocześnie biorąc pod uwagę i akceptując różnice kulturowe i dostosowując do nich opiekę nad pacjentem (Esposito C, 2013).

Rozwój kompetencji kulturowych jest dziś jednym z ważniejszych zagadnień w obszarze nauk o zdrowiu. Opieka uwarunkowana kulturowo jest koniecznością, ze względu na migracje ludności z różnych krajów. Zainteresowanie kompetencjami kulturowymi oraz wielokulturowością i jej znaczeniem dla opieki zapoczątkowała Madeline M. Leininger w latach 50. XX wieku. Zauważyła ona konieczność posiadania przez pielęgniarki wrażliwości na odmienną kulturę pacjenta oraz wiedzy na temat różnych kultur oraz o ich wpływie na zachowania zdrowotne prezentowane przez pacjenta. Podkreślała, że: *“pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno - kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, że będą zrozumiane i rozpoznaje jego fizyczne i psychiczne potrzeby”* (Duda, 2017, s. 264).

Kultura często łączy się z religią, wspomaga kształtowanie tożsamości i budowanie dorobku cy-

## Introduction

Globalisation and migration in a multifaceted sense have led to an increasing number of health professionals meeting people from different cultures and religions in their work. Nurses in Poland have frequent contact with patients as well as with colleagues of many nationalities or ethnic groups. In order to provide holistic care to a socially marked patient from a different cultural or religious background, the nurse must be interculturally sensitive. It is understood as the awareness of cultural differences and the ability to interpret them in different situations. This awareness also applies to adapting the care to the linguistic, social, cultural and religious needs of the patient. (Majda, Zalewska-Puchała, 2011). Nursing is a profession of public trust, which, according to a survey conducted by the Social Opinion Research Centre in Poland, has a high public support reaching 88%. In the ranking among 26 professions of social trust it takes the second place. This entails a high degree of responsibility and work according to ethical and moral standards and the provision of high quality services to every patient regardless of origin or religion. (Badora, Roguska, 2004; Nurse and Midwife Code of Professional Ethics of the Republic of Poland).

Poland's accession to the European Union and the adoption of the Bologna Declaration initiated the emergence of multiculturalism issues in nurses' education programmes and the acquisition by the nursing team of competences that directly relate to culturally conditioned care (Majda i in., 2011). Cultural competence concerns the development of awareness of one's own thoughts, views, attitudes, experiences by deepening knowledge and showing understanding of a person's culture, while taking into account and accepting cultural differences and adapting patient care to them. (Esposito C, 2013).

The development of cultural competence is one of the most important issues in the field of health sciences today. Culturally determined care is a necessity, due to the migration of people from different countries. The interest in cultural competence and multiculturalism and its importance for care was initiated by Madeline M. Leininger in the 1950s. She noted the need for nurses to be sensitive to the cultural differences of the patient and to know about the different cultures and their influence on the health behaviour presented by the patient. She stressed that: *“the patient has the right to be understood in his socio-cultural background the same way as he is expected to be understood and his physical and mental needs recognized”* (Duda, 2017, s. 264).

Culture often connects with religion, helps to shape identity and build civilization's achievements. Religiousness can be defined as engaging in beliefs and practices that are typical of a given religious tradition (Hufford, 2005). Therefore, we can

wilizacyjnego. Religijność można zdefiniować jako angażowanie się w przekonania i praktyki, które są typowe dla danych tradycji religijnych (Hufford, 2005). Dlatego religijność możemy traktować jako swoisty system wierzeń i praktyk osób wierzących oraz kultywowanie tradycji, które posiadają swoją ciągłość i znaczenie. Religijność jest również wewnętrznym procesem, gdyż człowiek indywidualnie ustosunkowuje się wobec Boga poprzez nawiązanie z nim relacji i odczuwanie oraz postępowanie według określonych przekonań. (Krok, 2009; Koenig, King, Carson, 2012). Religijność przejawia się poprzez takie elementy jak: uczucia i świadomość religijna, podejmowanie decyzji o charakterze religijnym, budowanie więzi ze wspólnotą, kultywowanie praktyk religijnych, poczucie moralności, doświadczenia i forma życia religijnego (Krok, 2009). Religia i religijność są zjawiskami powszechnie funkcjonującymi w życiu społecznym, można je analizować i wyjaśniać z różnych perspektyw i w różnych kontekstach (Romanowicz, 2012).

Duchowość jest związana z religijnością, jednak nie jest to pojęcie tożsame i trudniejsze do zdefiniowania, wskazuje na otwartość na problematykę duchową, która jest obecna w każdej religii i filozofii, ale nie odrzucanie wszystkiego, co nie pochodzi z wyznawanej tradycji (Krok, 2009; Motak, 2010). Duchowość jest szerokim pojęciem odwołującym się do wielu wymiarów życia człowieka, zarówno tych które postrzega jako „święte”, ale jest również częścią codziennej egzystencji, motywuje do działania i poszukiwania wartości wyższych. Religijność jest zatem jednym z licznych wymiarów duchowości (Hart, 1994).

Pielęgniarka, aby uzyskać holistyczną opiekę nad pacjentem powinna wziąć pod uwagę jego stan biologiczno - fizyczny, ale również cielesno - duchowy. Wiara znacząco wpływa na postrzeganie zdrowia, choroby oraz śmierci. Kształtuje i wpływa na postawę pielęgniarki, ale również na postrzeganie pacjenta przez pielęgniarkę, który pochodzi z innego kręgu kulturowego (Duda, 2017). Liczne badania wskazują na pozytywny związek religijności z relacjami, aktywnością społeczną, zdrowiem. Zdaniem Czapińskiego, zachowania religijne sprzyjają wyższej ocenie jakości życia, lepszemu samopoczuciu, większej nadziei na przyszłość, pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych, radości życia, zadowoleniu ze stanu własnego zdrowia oraz z osiągnięć osobistych (Lankau, Krajewska-Kułak, Wrońska, 2016). Religijność jest również swoistym zasobem pomagającym w przewycięzeniu fizycznego i psychicznego kryzysu. Przyczynia się do zmniejszenia poziomu stresu, lęku i depresji, a także podniesienia jakości życia oraz przystosowania do choroby i wynikających z niej ograniczeń (Żołnierz, Sak, 2017). W literaturze odnaleźć można wiele przykładów dobroczynnego wpływu religii na akceptację i radzenie sobie z chorobą np. wśród osób chorych na raka płuc, cukrzycę czy reumatoidalne zapalenie stawów (Meraviglia, 2004; Ste-

phenski, 2004). Religijność można traktować jako system wierzeń i praktyk, które są typowe dla danej tradycji religijnej. Religijność jest również wewnętrznym procesem, gdyż człowiek indywidualnie ustosunkowuje się wobec Boga poprzez nawiązanie z nim relacji i odczuwanie oraz postępowanie według określonych przekonań. (Krok, 2009; Koenig, King, Carson, 2012). Religijność przejawia się poprzez takie elementy jak: uczucia i świadomość religijna, podejmowanie decyzji o charakterze religijnym, budowanie więzi ze wspólnotą, kultywowanie praktyk religijnych, poczucie moralności, doświadczenia i forma życia religijnego (Krok, 2009). Religia i religijność są zjawiskami powszechnie funkcjonującymi w życiu społecznym, można je analizować i wyjaśniać z różnych perspektyw i w różnych kontekstach (Romanowicz, 2012).

Spirituality is related to religiousness, but it is not the same concept and it is not more difficult to define, it indicates openness to the spiritual issues that are present in every religion and philosophy, but not the rejection of everything that does not come from a professed tradition (Krok, 2009; Motak, 2010). Spirituality is a broad concept that refers to many dimensions of human life, both those that it perceives as “holy”, but it is also part of everyday existence, motivating to act and seek higher values. Thus, religiousness is one of the many dimensions of spirituality (Hart, 1994).

The nurse should take into account the patient's biological and physical state, but also physical and spiritual state in order to obtain holistic care. Belief significantly affects the perception of health, illness and death. It shapes and influences the attitude of the nurse, but also the perception of the patient from a different cultural background by nurse (Duda, 2017). Numerous studies indicate a positive relationship between religiousness and relationships, social activity, health. According to Czapiński, religious behaviour is conducive to a higher quality of life, better well-being, greater hope for the future, a positive balance of emotional experiences, joy of life, satisfaction with one's own health and personal achievements (Lankau, Krajewska-Kułak, Wrońska, 2016). Religiousness is also a kind of resource helping to overcome physical and mental crisis. It contributes to reducing stress, anxiety and depression as well as improving quality of life and adaptation to the disease and its limitations (Żołnierz, Sak, 2017). In the literature there are many examples of the beneficial influence of religion on the acceptance and management of the disease, e.g. among people with lung cancer, diabetes or rheumatoid arthritis (Meraviglia, 2004; Stefańska, Majda, 2019; Wróbel, Majda, 2015) depressed people (Parker, Roff, Klemmack, Koenig, Baker, 2003) or patients in the terminal stage of the disease and the elderly (Woźniak, 2012). It helps the patient to achieve balance, provides emotional support, contributes to a positive response to death (Rogiewicz, 2008). Religious practitioners also

fańska, Majda, 2019; Wróbel, Majda, 2015) osób z depresją (Parker, Roff, Klemmack, Koenig, Baker, 2003) czy pacjentów w terminalnej fazie choroby oraz osób starszych (Woźniak, 2012). Pomaga ona choremu osiągnąć równowagę, stanowi wsparcie emocjonalne, przyczynia się do pozytywnego ustosunkowania się do śmierci (Rogiewicz, 2008). Osoby praktykujące religijnie osiągają również wysokie wskaźniki kapitału społecznego, chętnie angażują się w inicjatywy społeczne, deklarują przynależność do organizacji obywatelskich, okazują zaufanie w sferze publicznej i postawy altruistyczne (Boguszewski, 2016).

Celem pracy było wskazanie związku pomiędzy religijnością, a kompetencjami kulturowymi pielęgniarek w kontekście przeobrażeń społecznych.

### **Materiał i metody**

W badaniu wykorzystano kwestionariusz skali Nurse Cultural Competence Scale (NCCS) autorstwa Perng S. i Watson R. (2012), którzy wyrazili zgodę na walidację i wykorzystanie narzędzia w Polsce. Skala NCCS składa się z 41-itemów, które tworzą cztery podskale: Świadomości Kulturowej (Cultural Awareness) - 10 itemów, Wiedzy Kulturowej (Cultural Knowledge) - 9 itemów, Wrażliwości Kulturowej (Cultural Sensitivity) - 8 itemów, oraz Umiejętności Kulturowych (Cultural Skills) - 14 itemów. Odpowiedziom badanych przypisywane zostały punkty na 5 stopniowej skali Likerta, określającej stopień zgodności ze wskazanymi stwierdzeniami (od zdecydowanie nie zgadzam się - 1, do zdecydowanie zgadzam się - 5). Wynik ogólny mieści się w zakresie od 41 do 205 punktów, a im wyższy wynik, tym wyższy poziom kompetencji kulturowych. Walidacja narzędzia w polskiej wersji wykazała alfa Cronbacha wynoszące 0,94 co świadczy o wysokiej rzetelności skali.

Drugim wykorzystanym narzędziem była skala Twoja Religijność autorstwa Socha (Socha, 1999). Skala Twoja Religijność służy do oceny nasilenia poszczególnych orientacji religijnych i zawiera trzy podskale. Skala zewnętrznej orientacji religijnej jest podejściem instrumentalnym do religii i dotyczy orientacji religijnej jako środka do realizacji innych potrzeb np. poczucia bezpieczeństwa. Skala wewnętrznej orientacji traktuje religię jako cel sam w sobie, opiera się na uwewnętrznianiu wartości i stanowi siłę motywacyjną oraz organizującą życie. Skala poszukująca orientacja religijna dotyczy podejścia otwartego na doświadczenia, podjęcia wysiłku w celu wyjaśnienia problemów egzystencjalnych. Charakteryzuje się sceptycyzmem, samokrytycyzmem i złożonością myślenia (Kasik, 1998; Besta, Błażek, 2012). Narzędzie zawiera 32 twierdzenia, do których osoby badane odnoszą się przy użyciu pięciostopniowej skali Likerta. Rzetelność skali alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosiła: Zewnętrzna Orientacja Religijna 0,72; Wewnętrzna Orientacja Religijna 0,89; Poszukująca

achieve high rates of social capital, willingly engage in social initiatives, declare membership in civic organizations, show trust in the public sphere and altruistic attitudes (Boguszewski, 2016).

The aim of the study was to indicate the relationship between religiousness and the cultural competence of nurses in the context of social transformations.

### **Materials and methods**

The study used the Nurse Cultural Competence Scale (NCCS) questionnaire by Perng and Watson R. (2012), who agreed to validate and use the device in Poland. The NCCS scale consists of 41-items, which form four subscales: Cultural Awareness - 10 items, Cultural Knowledge - 9 items, Cultural Sensitivity - 8 items, and Cultural Skills - 14 items. The answers of the respondents were assigned points on a 5-point Likert scale, which determines the degree of compliance with the statements indicated (from strongly disagreeing - 1, to strongly agreeing - 5). The overall score is between 41 and 205 points, and the higher the score, the higher the level of cultural competence. Cronbach's alpha Cronbach of 0.94, which proves the high reliability of the scale.

The second tool used was Your Religiousness scale by Socha (Socha, 1999). The Your Religiousness scale is used to assess the intensity of individual religious orientations and it contains three subscales. The scale of external religious orientation is an instrumental approach to religion and concerns religious orientation as a way of meeting other needs such as a feeling of security. The scale of internal orientation treats religion as an aim in itself, it is based on the internalisation of values and is a motivating and life-organizing force. The scale seeking religious orientation concerns an open approach to experience, making an effort to explain existential problems. It is characterized by scepticism, self-criticism and complexity of thinking (Kasik, 1998; Besta, Błażek, 2012). The instrument contains 32 statements to which the subjects refer using a five-step Likert scale. The reliability of the Cronbach alpha scale for each subscale was: External Religious Orientation 0.72; Internal Religious Orientation 0.89; Seeking Religious Orientation 0.58 (Socha, 1999; Sołtys, Basińska, 2012).

300 active nurses were invited to the study, eventually 238 questionnaires were included in the analysis. The study group consisted mainly of women (93.7%), and the age of the respondents ranged from 20 to 56 years (M = 32.68, SD = 10.74),

Orientacja Religijna 0,58 (Socha, 1999; Sołtys, Baśńska, 2012).

Do badania zaproszono 300 pielęgniarek aktywnych zawodowo, ostatecznie do analizy włączono 238 kwestionariuszy. Grupę badaną stanowiły głównie kobiety (93,7%), a wiek badanych wahał się od 20 do 56 lat ( $M = 32,68$ ,  $SD = 10,74$  lat), natomiast średni staż pracy  $M=12,25$  lat ( $SD = 10,25$ ). Ponad 51,7% pielęgniarek miało doświadczenie w opiece nad chorym z innej kultury. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w Tabeli 1.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (Nr KE-0254/307/2018). Respondenci wyrazili zgodę na udział w badaniach, które zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej.

while the average length of service  $M = 12.25$  years ( $SD = 10.25$ ). More than 51.7% of the nurses had experience in caring for a patient from another culture. The characteristics of the examined group are presented in Table 1.

The research was approved by the Bioethics Committee at the Medical University of Lublin (No. KE-0254/307/2018). The respondents agreed to participate in the research, which was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration.

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej  
**Table 1.** Characteristics of the test group

Zmienne społeczno-demograficzne i zawodowe/ Socio-demographic and occupational variables		N	%
Płeć/ Gender	Kobieta/ Female	223	93,7
	Mężczyzna/ Male	15	6,3
Wykształcenie/ Education	Pielęgniarka dyplomowana/ Qualified Nurse	2	0,8
	Licencjat pielęgniarstwa/ Bachelor of Nursing	234	98,3
	Magister pielęgniarstwa/ Master of Nursing	2	0,8
Miejsce zamieszkania/ Residence	Wieś/ Village	127	53,4
	Małe miasto/ Small town	71	29,8
	Duże miasto/ Big city	40	16,8
Opieka nad chorym z innej kultury/ Care for a patient from another culture	Tak/ Yes	123	51,7
	Nie/ No	89	37,4
	Nie wiem/ I don't know	26	10,9
Stan cywilny/ Marital status	Wolna/y/ Free	100	42,0
	W związku/ In relationship	138	58,0
Miejsce pracy/ Workplace	Oddział szpitalny/ Hospital ward	120	50,4
	Podstawowa Opieka Zdrowotna/ Basic Healthcare	41	17,2
	Domy Pomocy Społecznej/ Nursing homes	23	9,7
	Zakłady Opiekuńczo-Lecznice/ Care and Treatment Centre	28	11,8
	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna/ Outpatient specialist care	26	10,9

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.  
Source: Study based on own research results.

## Wyniki badań

Badania własne za pomocą zwalidowanej wersji skali P-NCCS wykazały przeciętny poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek w podskalach: Skala Świadomości Kulturowej ( $M=35,84$ ) i Skala Umiejętności Kulturowych ( $M=43,97$ ). Najniższe wyniki

## Research results

Own research using the validated version of the P-NCCS scale showed the average level of cultural competence of nurses in the subscale: Cultural Consciousness Scale ( $M=35,84$ ) and Cultural Skills Scale ( $M=43,97$ ). The lowest results were recorded

odnotowano w zakresie Skali Wrażliwości Kulturowej (M=29,83) (Tab. 2). W grupie badanych, którzy mieli kontakt z pacjentem z innej kultury odnotowano wyższy poziom kompetencji kulturowych (M=151; SD=17,73), niż w grupie która deklarowała brak kontaktu z pacjentem odmiennym kulturowo (M=135,5; SD=20,52). Podobne różnice zauważono we wszystkich analizowanych podskalach.

on the Cultural Sensitivity Scale (M=29,83) (Tab. 2). A higher level of cultural competence was noted in the group of respondents who had contact with a patient from a different culture (M=151; SD=17.73) than in the group who declared no contact with a patient from a different culture (M=135.5; SD=20.52). Similar differences were observed in all analysed subscale.

**Tabela 2.** Wyniki uzyskane w grupie badanych skalą NCCS-P i jej podskal oraz wartości testu Shapiro-Wilka  
**Table 2.** Results obtained in the group tested with the NCCS-P scale and its subscale and Shapiro-Wilk test values

Podskale/ Subscale	M	SD	Min	Max	S-W	
					Wynik/ Result	p
Skala Świadomości Kulturowej/ Cultural Consciousness Scale	35,84	4,21	25,00	45,00	0,987	0,026
Skala Wiedzy Kulturowej/ Cultural Knowledge Scale	34,28	5,75	18,00	48,00	0,991	0,165
Skala Wrażliwości Kulturowej/ Cultural Sensitivity Scale	29,83	4,63	17,00	40,00	0,985	0,011
Skala Umiejętności Kulturowych/ Cultural Skills Scale	43,97	10,70	20,00	70,00	0,991	0,153
Wynik ogólny/ Overall result	143,92	20,07	93,00	192,00	0,990	0,105

Legenda: M-średnia; SD-odchylenie standardowe, Min-wartość minimalna; Max-wartość maksymalna; Me-mediana; S-W-test normalności Shapiro-Wilka; p-poziom istotności.

Key: M-mean; SD-standard deviation, Min-minimum; Max-maximum; Me-median; S-W-Shapiro-Wilk normality test; p-significance level.

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Source: elaboration based on own research results.

Wśród badanej grupy największe nasilenie orientacji religijnej było w zakresie podskali Poszukująca Orientacja Religijna (M=35,90), najniższe w zakresie podskali Wewnętrzna Orientacja Religijna (M=29,02) (Tab. 3).

Among the surveyed group, the highest intensity of religious orientation was in the Searching Religious Orientation subscale (M=35,90), the lowest in the Internal Religious Orientation subscale (M=29,02) (Tab. 3).

**Tabela 3.** Wyniki uzyskane w grupie badanych skalą Twoja Religijność i jej podskal  
**Table 3.** The results obtained in the group tested by the Your Religiousness and its subscale

Podskale/ Subscale	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Zewnętrzna orientacja religijna/ External religious orientation	32,31	6,33	17,00	52,00	28,00	32,00	36,00
Wewnętrzna orientacja religijna/ Internal religious orientation	29,02	7,13	9,00	44,00	25,00	30,00	34,00
Poszukująca orientacja religijna/ Seeking religious orientation	35,90	5,54	16,00	52,00	32,00	36,00	40,00

Legenda: M-średnia; SD-odchylenie standardowe, Min-wartość minimalna; Max-wartość maksymalna; Me-mediana; Q1-pierwszy kwartył; Q3-trzeci kwartył.

Legend: M-mean; SD-standard deviation, Min-minimum; Max-maximum; Me-median; Q1-first quartile; Q3-third quartile.

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Source: elaboration based on own research results.

Przeanalizowano również korelacje pomiędzy wymiarami narzędzia Twoja Religijność oraz Skalą Kompetencji Kulturowych. Wykazano, że im wyższa Zewnętrzna Orientacja Religijna, tym istotnie wyższy poziom Wiedzy Kulturowej, Wrażliwości Kulturowej, Umiejętności Kulturowych oraz ogólny wskaźnik kompetencji kulturowych. Odnotowano

Correlations between the dimensions of the Your Religiousness tool and the Scale of Cultural Competence were also analysed. It was shown that the higher the External Religious Orientation, the significantly higher the level of Cultural Knowledge, Cultural Sensitivity, Cultural Skills and the overall indicator of cultural competence. It was also noted

również, że im wyższy poziom w zakresie Poszukującej Orientacji Religijnej, tym istotnie wyższy poziom Świadomości Kulturowej, Wiedzy Kulturowej, Umiejętności Kulturowych oraz ogólny wskaźnik kompetencji kulturowych (Tab. 4).

that the higher the level of the Seeking Religious Orientation, the significantly higher the level of Cultural Awareness, Cultural Knowledge, Cultural Skills and the overall cultural competence indicator (Tab. 4).

**Tabela 4.** Korelacje badanych wymiarów narzędzia „Twoja Religijność” ze skalami kwestionariusza NCCS-P  
**Table 4.** Correlations of the tested dimensions of the „Your Religiousness” tool with the scales of the NCCS-P questionnaire

Podskale/ Subscale	Zewnętrzna orientacja religijna/ External religious orientation		Wewnętrzna orientacja religijna/ Internal religious orientation		Poszukująca orientacja religijna/ Seeking religious orientation	
	r	p	r	p	r	p
Skala Świadomości Kulturowej/ Cultural Consciousness Scale	0,103	0,118	0,038	0,561	0,195**	0,003
Skala Wiedzy Kulturowej/ Cultural Knowledge Scale	0,146*	0,026	0,178**	0,006	0,206**	0,002
Skala Wrażliwości Kulturowej/ Cultural Sensitivity Scale	0,138*	0,035	0,074	0,259	0,104	0,112
Skala Umiejętności Kulturowych/ Cultural Skills Scale	0,278**	<0,001	0,161*	0,014	0,176**	0,007
Wynik ogólny/ Overall result	0,244**	<0,001	0,162*	0,013	0,219**	0,001

Legenda: r-współczynnik korelacji Pearsona; p-poziom istotności statystycznej \*<0,01; \*\*<0,05.

Legend: r-Pearson correlation coefficient; p-statistical significance level \*<0,01; \*\*<0,05.

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Source: elaboration based on own research results.

## Dyskusja

Kompetencje kulturowe są zdolnością pracowników ochrony zdrowia do zapewnienia skutecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej klientom o zróżnicowanym kulturowo i etnicznie pochodzeniu (Leininger, McFarland, 2002). Ocena kompetencji kulturowych w obliczu powszechnej globalizacji staje się coraz ważniejszym aspektem w kontekście opieki pielęgniarskiej. Pojawia się coraz więcej badań określających poziom kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia w różnych krajach świata np. Tajwanie (Lin, Mastel-Smith, Alfred, Lin, 2015), Teksasie (Marzilli, 2016), Chile (Cruz, MachucaContreras, Ortiz Lopez, Zapata, Vitorino, 2017), Czechach, Polsce i Słowenii (Dobrowolska i in., 2017).

W badaniach Lin i wsp. przeprowadzonych na 221 tajwańskich pielęgniarkach z wykorzystaniem skali Nurses' Cultural Competence Scale i Perceived Nurses' Cultural Competence Rating. Kompetencje kulturowe uczestników mieściły się w przedziale od niskich do umiarkowanych, a same pielęgniarki oceniły swoje kompetencje kulturowe jako niewystarczające. Wyższe wyniki uzyskiwały pielęgniarki, które posiadały doświadczenia w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo oraz te których program kształcenia obejmował problematykę opieki transkulturowej. Podobne wyniki w zakresie poziomu umiejętności kulturowych uzyskano w badaniach własnych. Różnice zaobserwowano biorąc pod uwagę pojedyncze podskale. W badaniach Lin wyższe

## Discussion

Cultural competence is the ability of health professionals to provide effective and high quality healthcare to customers with culturally and ethnically diverse backgrounds (Leininger, McFarland, 2002). The assessment of cultural competence in the face of widespread globalisation is becoming an increasingly important aspect in the context of nursing care. There is a growing number of studies that determine the level of cultural competence of healthcare workers in different countries of the world, e.g. Taiwan (Lin, Mastel-Smith, Alfred, Lin, 2015), Texas (Marzilli, 2016), Chile (Cruz, MachucaContreras, Ortiz Lopez, Zapata, Vitorino, 2017), Czech Republic, Poland and Slovenia (Dobrowolska i in., 2017).

The Lin study was conducted on 221 Taiwanese nurses using the Nurses' Cultural Competence Scale and Perceived Nurses' Cultural Competence Rating. The cultural competence of the participants ranged from low to moderate and the nurses themselves assessed their cultural competence as insufficient. Higher results were obtained by nurses who had experience in the care of a culturally different patient and those whose curriculum covered the issues of transcultural care. Similar results in terms of the level of cultural skills were obtained in own research. Differences were observed taking into account single subscale. In the Lin studies, higher scores were recorded in the subscale of cultural awareness and sensitivity, while lower scores were

wyniki odnotowano w podskali świadomości kulturowej i wrażliwości kulturowej, zaś niższe wyniki dotyczyły wiedzy kulturowej i umiejętności kulturowych (Lin i in., 2015). Natomiast w badaniach własnych najniższy wskaźnik badane pielęgniarki uzyskały w podskali wrażliwości kulturowej, a najwyższy w zakresie umiejętności kulturowych. Różnice te mogą wynikać z odmienności kształcenia pielęgniarek w obu krajach, pielęgniarki z Tajwanu w swoim programach kształcenia w większości deklarowały mniej niż dwie godziny przeznaczone na zagadnienia opieki transkulturowej, a prawie 80% pielęgniarek nie spotkało się z zagadnieniem opieki kulturowej w pielęgniarstwie.

W badaniach Dobrowolskiej i wsp. przeprowadzonych na 598 pielęgniarkach OIT z Czech, Słowacji, Polski oraz 128 pielęgniarek różnej narodowości za pomocą Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego (HPCCI) wykazano, iż we wszystkich pięciu podskalach mierzących kompetencje kulturowe: świadomość i wrażliwość w odniesieniu do kompetencji kulturowych, zachowania pielęgniarek w odniesieniu do kompetencji kulturowych, komunikacja, w której centrum jest pacjent, orientacja praktyczna, samoocena kompetencji kulturowych, respondentki uzyskały przeciętne wyniki. Pielęgniarki z doświadczeniem wielokulturowym w porównaniu do pozostałych ankietowanych uzyskały wyższe wyniki w podskalach (Dobrowolska i in., 2017). Również badania własne wskazują na przeciętny poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek, a wyższy poziom wspomnianych kompetencji jest uwarunkowany poprzez doświadczenie w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo.

Badania licznych autorów wskazują na różne czynniki wspierające kompetencje kulturowe jak: edukacja podczas studiów lub kursów na temat różnic kulturowych (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan, Boylu, 2017; Uzun, Sevinç, 2015), doświadczenia podczas praktyki zawodowej z pacjentami z odmienną kulturą (Jeznach, Piekarska, 2018; Lin i in., 2015; Cruz i in., 2017). W niniejszych badaniach wykazano, że wyższy poziom kompetencji kulturowych charakteryzuje pielęgniarki, które miały wcześniejsze doświadczenia w sprawowaniu opieki nad pacjentem z innej kultury.

Głównymi przeszkodami jakie wskazuje literatura w sprawowaniu opieki kulturowej są: trudności językowe i brak wiedzy pielęgniarek na temat kultury pacjenta (Henderson, Kendall, See, 2011; Nishikito, 2018; Yilmaz i in., 2017), niski poziom wykształcenia pacjentów, postrzeganie zdrowia i przekonania religijne pacjenta (Yilmaz i in., 2017). Jak stwierdził jeden z respondentów w badaniach jakościowych na temat uwarunkowań kompetencji kulturowych przeprowadzonym przez Lin i wsp.: *„Język jest największą barierą komunikacyjną.”* (Lin i in., 2015, s.257). Również badania polskich autorów podkreślają problematykę braku wiedzy pielęgniarki na temat danej kultury oraz bariery komunikacyjnej (Jeznach i in., 2018).

recorded for cultural knowledge and skills (Lin i in., 2015). On the other hand, in the own research, the lowest rate was achieved by the nurses surveyed in the subscale of cultural sensitivity, and the highest rate in terms of cultural skills. These differences may be due to the different training of nurses in the two countries. Nurses from Taiwan mostly declared less than two hours for transcultural care in their curriculum, and almost 80% of the nurses did not face the issue of cultural care in nursing.

The study by Dobrowolska et al. conducted on 598 ICU nurses from the Czech Republic, Slovenia, Poland and 128 nurses of different nationalities using the Medical Device Cultural Competence Scale (HPCCI) showed that in all five subscales measuring cultural competence: awareness and sensitivity in relation to cultural competence, nurses' behaviour in relation to cultural competence, communication where the patient is the centre, practical orientation, self-assessment of cultural competence, the respondents achieved average results. Nurses with multicultural experience compared to other respondents achieved higher results in subscale (Dobrowolska i in., 2017). Also, our own research indicates the average level of cultural competence of nurses, and a higher level of these competences is conditioned by experience in caring for a culturally different patient.

Research by many authors points to various factors supporting cultural competences such as: education during studies or courses on cultural differences (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan, Boylu, 2017; Uzun, Sevinç, 2015), experience during professional practice with patients from a different culture (Jeznach, Piekarska, 2018; Lin i in., 2015; Cruz i in., 2017). These studies have shown that a higher level of cultural competence is characteristic of nurses who have previous experience of caring for patients from a different culture.

The main obstacles indicated by the literature in providing cultural care are: language difficulties and lack of knowledge of the nurses about the patient's culture (Henderson, Kendall, See, 2011; Nishikito, 2018; Yilmaz i in., 2017), low level of patients' education, health perception and religious beliefs (Yilmaz i in., 2017). As one of the respondents stated in a qualitative study on the determinants of cultural competence conducted by Lin et al.:

*„Language is the biggest communication barrier.”* (Lin i in., 2015, s.257). The research of Polish authors also highlights the problem of the lack of knowledge of the nurse about a given culture and the communication barrier (Jeznach et al., 2018).

Our own research has shown a positive relationship between the level of the nurses' religiousness and cultural competence. Religiousness supports a higher level of cultural competence among nurses. This is an important discovery in view of the average indicator of cultural competence in the study group, but there is still a lack of in-depth research explaining the relationship



Badania własne wykazały korzystny związek pomiędzy poziomem religijności pielęgniarek, a kompetencjami kulturowymi. Religijność wspiera w grupie pielęgniarek wyższy poziom kompetencji kulturowych. Jest to istotne odkrycie w obliczu przeciętnego wskaźnika posiadanych kompetencji kulturowych w badanej grupie, jednak wciąż brakuje pogłębionych badań wyjaśniających związek religii i kompetencji kulturowych pielęgniarek. Zazwyczaj spotykamy się z wynikami dotyczącymi religijności pacjentów, jednak okazuje się, że poziom religijności dostawców opieki również ma znaczenie dla lepszego kształtowania kompetencji kulturowych. W badaniach własnych udział wzięły polskie pielęgniarki, gdzie dominuje wyznanie katolickie. Trudno określić związek religijności z kompetencjami kulturowymi w przypadku innych religii, gdyż nie ma dostępnych badań w literaturze na ten temat.

W badaniach Lankau i wsp. (Lankau i in., 2016) zdaniem większości badanych studentów pielęgniarstwa z północno - wschodniej części Polski (n=150), wyznanie religijne pielęgniarki nie ma znaczącego wpływu na wykonywanie zadań zawodowych (48,7%), ani na decyzje terapeutyczne pielęgniarek (25,8%). Najwięcej respondentów (74,7%) uznało się za osobę wierzącą i praktykującą, z czego większość stanowili katolicy (87%). Badani twierdzili, że to przekonania religijne chorego mogą stwarzać pewne problemy w procedurach medycznych na przykład uzyskaniu zgody na przetoczenie krwi lub przeszczep narządów. Podobne wyniki uzyskano w grupie pielęgniarek (n=150), gdzie 61,1% ankietowanych uważało, iż religia może mieć wpływ na wykonywanie zadań zawodowych (Lankau i in. 2017).

Zrozumienie przez pielęgniarkę kulturowych potrzeb pacjenta zwiększa jego zaufanie do niej, a tym samym czyni współpracę efektywniejszą. Co więcej, wiedza na temat stanowiska, jakie w odniesieniu do zdrowia zajmuje religia pacjenta, jako jednego z aspektów kultury, może pomóc w przekonaniu go do większej dbałości o swoje zdrowie (Pawlikowski, Marczewski, 2008; Żołnierz i in., 2017). Uwzględnienie w opiece medycznej potrzeb duchowych i kulturowych pacjenta przyczynia się do poprawy przestrzegania zaleceń medycznych. Ponadto skutkuje poprawą samopoczucia chorego, szybszą rekonwalescencją, lepszym zrozumieniem choroby, pełniejszym przystosowaniem do niej oraz sprawniejszym i bardziej świadomym podejmowaniem decyzji terapeutycznych dotyczących dalszego leczenia i profilaktyki chorób. Jest to szczególnie ważne w przypadku opieki świadczonej pacjentom z różnych kultur. Przedstawiciele różnych kultur i religii mają odmienne potrzeby podczas choroby oraz pobytu w szpitalu. Z tego względu osoby zajmujące się opieką i leczeniem chorych powinny być przygotowane do udzielania im odpowiedniego wsparcia w tym okresie (Pruszyński, 2007).

Nierespektowanie oczekiwań religijnych i kulturowych pacjentów może wpłynąć niekorzystnie na

between religion and cultural competence of nurses. Usually we meet with results concerning patients' religiousness, but it turns out that the level of religiousness of care providers is also important for better shaping of cultural competence Polish nurses, where the Catholic faith prevails, took part in the own research. It is difficult to determine the relationship between religiousness and cultural competence in the case of other religions, as there is no literature available on the subject.

In the study Lankau et al. (Lankau et al., 2016), according to the majority of the studied nursing students from the north-eastern part of Poland (n=150), the religious denomination of a nurse has no significant impact on the performance of professional tasks (48.7%), nor on the therapeutic decisions of nurses (25.8%). Most of the respondents (74.7%) considered themselves as believers and practitioners, most of whom were Catholics (87%). The respondents claimed that the patient's religious beliefs may cause some problems in medical procedures, e.g. obtaining permission for blood transfusion or organ transplantation. Similar results were obtained in the group of nurses (n=150), where 61.1% of the respondents believed that religion could affect the performance of professional tasks (Lankau et al. 2017).

The nurse's understanding of the patient's cultural needs increases her confidence in her and thus makes cooperation more effective. Moreover, knowledge of the position that the patient's religion takes in relation to health, as one of the aspects of culture, may help to convince him to take better care of his health (Pawlikowski, Marczewski, 2008; Soldier and others, 2017). Taking into account the spiritual and cultural needs of the patient in medical care helps to improve compliance with medical recommendations. Moreover, it results in the improvement of the patient's well-being, faster convalescence, better understanding of the disease, fuller adaptation to it and more efficient and more conscious decision-making concerning further treatment and prevention of diseases. This is particularly important for care provided to patients from different cultures. Representatives of different cultures and religions have different needs during illness and hospitalisation. Therefore, those involved in the care and treatment of patients should be prepared to give them appropriate support during this period (Pruszyński, 2007).

Failure to respect patients' religious and cultural expectations may adversely affect their quality of life, their satisfaction with healthcare, or make treatment unsuccessful (Best, Butow, Olver, 2015; Moreira-Almeida, Koenig, Lucchetti, 2014). The deepening of knowledge about cultural differences should include all persons from an interdisciplinary team who care for patients from different cultures, as well as persons who are responsible for creating transcultural care programmes. In the study Ździebło et al. conducted on 106 nurses working in

jakość ich życia, zadowolenie z opieki zdrowotnej, bądź sprawić że leczenie będzie podejmowane bezskutecznie (Best, Butow, Olver, 2015; Moreira-Almeida, Koenig, Lucchetti, 2014). Pogłębianie wiedzy na temat różnic kulturowych, powinno objąć wszystkie osoby z zespołu interdyscyplinarnego, które sprawują opiekę nad pacjentami z odmiennej kultury, jak również osoby które stoją odpowiedzialnie za tworzenie programów z zakresu opieki transkulturowej. W badaniach Ździebło i wsp. przeprowadzonych na 106 pielęgniarkach pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia, aż 91,5% badanych twierdziło, że w pracy zawodowej pielęgniarki potrzebna jest znajomość innych kultur oraz niezbędne są kompetencje dotyczące wpływu różnych kultur na zdrowie, chorobę, umiejętności rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych, oraz przeciwnie postawy etnocentrycznej, uprzedzeń i stereotypów (Ździebło, Nowak-Starz, Makieła, Stępień, 2014). Umiejętności kulturowe powinny być jednym z elementów kompetencji zawodowych nabywanych w czasie kształcenia, w celu zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgniarskiej uwarunkowanej kulturowo (Majda i in., 2011).

various health care institutions, as much as 91.5% of the respondents claimed that the professional work of a nurse requires the knowledge of other cultures and the necessary competences concerning the influence of different cultures on health, illness, the ability to recognize problems resulting from cultural differences, and overcoming ethnocentric attitudes, prejudices and stereotypes (Ździebło, Nowak-Starz, Makieła, Stępień, 2014). Cultural skills should be one of the elements of the professional competences acquired during education, in order to provide culturally conditioned professional nursing care (Majda et al., 2011).

## Wnioski

1. Pielęgniarki posiadają przeciętny poziom kompetencji kulturowych.
2. Wyższy poziom kompetencji kulturowych występuje u pielęgniarek, które w przeszłości sprawowały opiekę nad pacjentem o innym kulturowo.
3. Pielęgniarki z wysokim poziomem religijności cechuje wyższy wskaźnik kompetencji kulturowych.

## Conclusions

1. Nurses have an average level of cultural competence.
2. A higher level of cultural competence is found in nurses who in the past have taken care of a patient from a different cultural background.
3. Nurses with a high level of religiousness have a higher cultural competence rate.

## Literatura/ References:

1. Badora, B., Roguska, B. (2004). *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego*. W: Komunikat z badań CBOS. Warszawa, 2-18.
2. Best, M., Butow, P., Olver, I. (2015) Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1321-1380.
3. Besta, T., Błażek, M. (2012). Religijność poszukująca i fundamentalizm religijny: Dwa wymiary religijności w badaniach empirycznych. *Roczniki Psychologiczne*, 15(4), 117-134.
4. Boguszewski, R. (2016). Kapitał społeczny a religijność. *Zeszyty Naukowe Katolicki Uniwersytet Lubelski*, 59 (4), 117-131.
5. Cruz, J., Machuca Contreras, F., Ortiz Lopez, J., Zapata C., Vitorino, L. (2017). Psychometric assessment of the cultural capacity scale Spanish version in Chilean nursing students. *International Nursing Review*, 65, 262-269, DOI: 10.1111/inr.12388
6. Dobrowolska, B., Ozga, D., Gutysz-Wojnicka, A., Zelenikova, R., Jarosova, D., Nytra, I., Filej, B., Kaucic, B., Breznikjulie, K., Benbenishty, J., Barkestad, E., Harth, I., Satosek, D., Fabellinni, S., Thomas, G., Miłkosz, M., Kałapa, Ł. (2017) *Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej*. Raport projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615. Pobrane z: [http://mice-icu.eu/wp-content/uploads/2017/12/01-ICU-Nurses-intercultural-training-needs-and-competencies-analysis-report\\_PL.pdf](http://mice-icu.eu/wp-content/uploads/2017/12/01-ICU-Nurses-intercultural-training-needs-and-competencies-analysis-report_PL.pdf) (dostęp: 20.11.2019).
7. Duda, A. (2017). Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing a culturally appropriate nursing care for dying and deceased Muslim patients. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 7(4), 263-267
8. Esposito, C. (2013). *Provision of Culturally Competent Health Care: An Interim Status Review and Report*. Pobrane z: [https://www.nysna.org/sites/default/files/attach/ajax/2014/03/vol43\\_2.pdf](https://www.nysna.org/sites/default/files/attach/ajax/2014/03/vol43_2.pdf) (dostęp 02.12.2019).

9. Hart, T. (1994). *The hidden spring: The spiritual dimension of therapy*. New York: Paulist Press, 23-30.
10. Henderson, S., Kendall, E., See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: A systematic literature review. *Health & Social Care in the Community*, 19(3), 225-249.
11. Hufford, D. (2005). *An analysis of the field of spirituality, religion and health*. Pobrane z: <http://www.mentanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf> (dostęp 30.11.2019).
12. Jeznach, A., Piekarska, R. (2018). Kompetencje międzykulturowe studentów kierunku pielęgniarstwo, studiów II stopnia – próba diagnozy. *Rozprawy Społeczne*, 12(2), 37-50, DOI:10.29316/rs.2018.15
13. Kasik, M. (1998). Religijność a osobowość : typy postaw religijnych a obraz siebie. *Studia Włocławskie*, 1, 169-178.
14. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej 9.12.2003.
15. Koenig, H., King, D, Carson, V. (2012). *Handbook of Religion and Health*. United Kingdom Oxford University Press.
16. Krok, D. (2009). Religijność a duchowość – różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(1), 126-141.
17. Lankau, A., Krajewska-Kułał, E., Bejda, G., Guzowski, A., Baranowska, A., Cybulski, M. (2017). Effects of religious beliefs on the assessment of nurses' work in the perception of patients, nursing students and nurses. *Progress in Health Sciences* 7(1), 122-130.
18. Lankau, A., Krajewska-Kułał, E., Wrońska, I. (2016). Wpływ przekonań religijnych pielęgniarek na ich pracę oceniany przez studentów pielęgniarstwa. *Piel. Zdr. Publ.* 2016, 6(3), 205-213.
19. Leininger, M., McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theory, research and practice*. New York: McGraw-Hill, 71-116.
20. Lin, C., Mastel-Smith, B., Alfred, D. Lin, Y. (2015). Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses. *The Journal of Nursing Research*, 23(4), 252-261, DOI: 10.1097/JNR.0000000000000097
21. Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2011). Intercultural sensitivity in the nursing care. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), 253-258.
22. Marzilli, C. (2016). Assessment of cultural competence in Texas nursing faculty. *Nurse Education Today*, 45, 225-229, DOI: 10.1016/j.nedt.2016.08.021
23. Meraviglia, M. (2004). The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol. Nurs. Forum*, 31, 89-94.
24. Moreira-Almeida, A., Koenig, H., Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 177-178.
25. Motak D. (2010). Religia – religijność – duchowość. Przemiany zjawiska i ewolucja pojęcia. *Studia Religiosa*, 43, 201-218.
26. Nishikito, E. (2018). Medical Interpreters' Knowledge and Communication Skills for Effective Teamwork with Doctors and Nurses: Based on a Study of Japanese-Thai Interpreters at Three Private Hospitals in Chiang Mai. *Japanese Studies Journal*, 35(2), 42-65.
27. Parker, M., Roff, L., Klemmack, D., Koenig, H., Baker, P. (2003). Religiosity and mental health in southern, community – dwelling older adults. *Aging Ment. Health*, 7, 390-397.
28. Pawlikowski J., Marczewski K. (2008). Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata. *Kardiologia po Dyplomie*, 7(10), 96-103.
29. Pruszyński J. (2007). Buddyści podczas choroby i w schyłku życia. *Gerontologia Polska*, 15(1), 40-45.
30. Rogiewicz, M. (2008). Trwoga u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2(3), 108-110.
31. Romanowicz, W. (2012). Religia i religijność jako przedmiot badań socjologicznych. *Rozprawy Społeczne*, 6(2), 101-114.
32. Socha, P. (1999). Ways religious orientations work: A Polish replication of measurement of religious orientations. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 209-228.
33. Sołtys, M., Basińska, M. (2014). Prężność i orientacje religijne a postawy życiowe kobiet. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(4), 438-456.
34. Stefańska, M., Majda, A. (2019) Religijność i akceptacja choroby wśród osób z cukrzycą. *Pielęgniarstwo Polskie*, 72(2), 158-164.
35. Uzun, Ö., Sevinc, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3400-3408, DOI:10.1111/jocn.12982
36. Woźniak, B. (2012). Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 207-242.
37. Wróbel, A., Majda, A. (2015). Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(2), 220- 226.
38. Yilmaz, M., Toksoy, S., Direk, Z., Bezirgan, S., Boylu, M. (2017). Cultural Sensitivity Among Clinical Nurses: A Descriptive Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 153-161, DOI:10.1111/jnu.12276

- 
39. Ździebło, K., Nowak-Starz, G., Makiela, E., Stępień R. (2014). Intercultural competences in nursing. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22 (2): 367-372.
  40. Źołnierz, J, Sak, J. (2017). Modern research on religious influence on human health. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(4), 100-112, DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.376746>