

Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego

Cultural competence in nursing – basic conceptualisation and tools for scientific assessment

Barbara Ślusarska¹, Danuta Zarzycka², Anna Majda³, Beata Dobrowolska⁴

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

⁴Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Barbara Ślusarska

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin

e-mail: basiaslusarska@gmail.com

STRESZCZENIE

KOMPETENCJE KULTUROWE W PIELĘGNIARSTWIE – PODSTAWY KONCEPTUALIZACJI I NARZĘDZIA POMIARU NAUKOWEGO

Wstęp. Postępujący proces globalizacji na świecie powoduje rekonfigurację zachowań społecznych nawet w małych i stabilnych społecznościach. Zwiększona migracja ludności prowadzi do wzrostu różnorodności wśród pacjentów. Zapewnienie opieki pielęgniarstwie zgodnej kulturowo, dostosowanej do potrzeb odbiorcy staje się koniecznością. Rozwój kompetencji kulturowych w edukacji pielęgniarzek, jest aktualnym wyzwaniem dla pielęgniarstwa, aby sprostać wymaganiom oraz potrzebom globalnej społeczności.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie założeń prezentowanych w ramach wybranych modeli teoretycznych pielęgniarstwa transkulturowego i wynikających z nich kompetencji kulturowych pielęgniarzek oraz możliwości ich naukowego pomiaru.

Metoda. Przegląd niesystematyczny literatury dokonany w oparciu o tematyczny wybór zakresu treści i autorów opracowania.

Wyniki. W pracy omówiono cztery dobrze opisane w literaturze pielęgniarstwie i uznane za podstawowe teorie i modele teoretyczne pielęgniarstwa transkulturowego: M. Leininger, L. Purnella, J. Campinha-Bacote, J.N. Giger oraz R.E. Davidhizar i wynikające z nich definiowanie kompetencji kulturowych. Modele teoretyczne stanowią fundament dla świadczenia opieki pielęgniarstwie dla różnych populacji, zapewniając środki do pokonywania trudności i wyzwań w sytuacjach, gdy pielęgniarki zajmują się pacjentami zróżnicowanymi kulturowo. Artykuł przedstawia także najważniejsze narzędzia pomiaru kompetencji kulturowych opartych na podstawowych modelach teoretycznych pielęgniarstwa transkulturowego.

Wnioski. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie wyznaczają kierunek inwestowania we własny rozwój, zarówno pielęgniarzek teoretyków jak i pielęgniarzek praktyków. Zrozumienie składowych kompetencji kulturowych oraz dokonywanie ich pomiaru stanowi istotny i konieczny element wdrażania idei wielokulturowości w pielęgniarstwie.

Słowa kluczowe:

wielokulturowość, kompetencje kulturowe, pielęgniarstwo transkulturowe, modele teoretyczne, narzędzia pomiaru

ABSTRACT

CULTURAL COMPETENCE IN NURSING – BASIC CONCEPTUALISATION AND TOOLS FOR SCIENTIFIC ASSESSMENT

Introduction. The ongoing process of globalisation is contributing to the reconfiguration of social behaviour, even in small and relatively stable communities. The increased migration of people has led to more-varied groups of patients. The provision of nursing care which is consistent with a given culture, and adjusted to the particular needs of its recipient, is becoming a necessity. The development of cultural competence in the nurse's education, aimed at responding to the needs and demands of the global community, constitutes a current challenge for nursing.

Aim. The aim of this paper is to describe the assumptions put forward within the selected theoretical models of transcultural nursing, the nurses' cultural competences arising from them, and the possibility of their scientific evaluation.

Method. A non-systematic review of the literature based on the thematic selection of content and authors.

Results. The paper presents four basic theories and theoretical models of transcultural nursing which are well described in the literature on nursing, i.e. theories by M. Leininger, L. Purnell, J. Campinha-Bacote, J.N. Giger and R.E. Davidhizar, and their related cultural competences. The theoretical models constitute a foundation for the provision of nursing care to various populations, providing resources to overcome obstacles and challenges in situations where nurses care for patients with various cultural backgrounds. The article also presents the most important tools for the assessment of cultural competences based on the basic theoretical models of transcultural nursing.

Conclusions. Cultural competences in nursing set the direction for investment in self-development for both nurses-theorists and nursing practitioners. Understanding the components of cultural competences and their assessment plays an important and necessary role in the implementation of the concept of multiculturalism in nursing.

Key words: multiculturalism, cultural competence, transcultural nursing, theoretical models, assessment tools

WPROWADZENIE

Pielęgniarstwo transkulturowe we współczesnym świecie musi opierać się na nowoczesnej edukacji pielęgniarek rozwijającej kompetencje kulturowe. Ze względu na zwiększoną heterogeniczność populacji pacjentów, także w Polsce, pielęgniarki w swojej działalności zawodowej sprawują opiekę nad ludźmi pochodzącymi z różnych kultur, reprezentującymi zróżnicowane systemy wartości kulturowych, dążąc do poznania i wykorzystania w opiece generycznych cech ich tradycji i kultur. Proces rozwoju społeczeństw, nieustanne migracje ludności wielokrotnie inicjujące konflikty etniczne systematycznie wpływają na zwiększenie różnorodności konfiguracji etniczno-religijnych [1]. Dlatego, należy uznać, że nie ma typowych przedstawicieli danej kultury i dlatego każdego pacjenta należy traktować indywidualnie. Podejmowanie decyzji w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo wiąże się z wieloma czynnikami, wśród których warto wymienić: wiedzę, zachowania i postawy wobec pacjentów oraz umiejętności percepcji ich reakcji na oferowane zabiegi diagnostyczne, rehabilitacyjne, opiekuńcze i terapeutyczne oraz z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Z tych powodów niezwykle ważny jest rozwój kompetencji kulturowych opartych na wrażliwości pielęgniarek na różnorodność kulturową pacjentów, co determinuje w znacznym stopniu jakość świadczonej opieki [2].

Pielęgniarstwo transkulturowe odnosi się do zdeteminowanych uwarunkowaniami kulturowymi różnych aspektów świadczenia opieki zdrowotnej, które mogą wpływać na zarządzanie zdrowiem lub chorobą i postrzeganie indywidualnego statusu zdrowia oraz dobrostanu człowieka [3]. „*Pielęgniarstwo transkulturowe to formalny obszar humanistycznej i naukowej wiedzy, a także praktyk skupionych na fenomenie holistycznej opieki kulturowej oraz na kompetencjach do asystowania jednostce lub grupie w utrzymaniu lub odzyskaniu zdrowia (lub dobrego samopoczucia) i w radzeniu sobie z niepełnosprawnością, umiowaniem lub innymi ludzkimi stanami w kulturowo przystających i korzystnych warunkach*” [4, s. 422]. Ponadto, swiistością pielęgniarstwa transkulturowego jest koncentracja działalności naukowej na badaniach porównawczych w zakresie różnorodności kultur i subkultur na świecie z uwzględnieniem ich tradycji świadczenia opieki, sposobu wyrażania przekonań i wierzeń dotyczących zdrowia i choroby oraz charakterystycznych wzorców zachowań z tym związanych [4].

Kompetencje kulturowe dotyczą procesu, w którym człowiek odnosi się z szacunkiem do ludzi wszystkich kultur, języków, klas, ras, pochodzenia etnicznego, religii i innych charakteryzujących ich czynników. W procesie tym istotny jest fakt uznania i potwierdzenia wartości osób, rodziny czy społeczności oraz ochrony i zachowania godności każdego z uczestników interakcji.

Kompetencje kulturowe zostały zdefiniowane jako [5]:

- rozwijanie świadomości własnych przekonań, odczuć i myśli, w taki sposób, aby zniwelować ich niewłaściwy charakter i wpływ na osoby z innych środowisk,
- demonstrowanie wiedzy i zrozumienia kultury klienta,
- akceptowanie i szanowanie różnic kulturowych,
- świadczenie opieki zgodnie z oczekiwaniami kulturowymi klienta lub dostosowanie opieki do oczekiwań kulturowych klienta.

Rzecz zdrowia kulturowo zróżnicowanych społeczności [7].

Rozwój kompetencji kulturowych jest konieczny dla sprostania wymaganiom oraz potrzebom globalnej społeczności. Jednocześnie ważne jest, aby dążyć do osiągnięcia takiego stanu wielokulturowości społeczeństw, w którym podstawą będzie poszanowanie uniwersalnych zasad etycznych [6]. Kluczowe jest również działanie na rzecz zmniejszenia dysproporcji istniejących w stanie zdrowia kulturowo zróżnicowanych społeczności [7].

Niedostatki w zakresie klarownej koncepcji opieki kulturowej determinującej wybór narzędzi pomiaru i wskaźników empirycznych odnoszących się do tej opieki to bariery, które szczególnie w rodzimym pielęgniarstwie, utrudniają zrozumienie złożoności zagadnienia kompetencji kulturowych pielęgniarek.

Zainteresowanie kompetencjami kulturowymi rozpoczęło się w latach 50. XX wieku i jest związane z pracami Madeleine Leininger [8], która mając wykształcenie antropologiczne, udowodniła, że świat potrzebuje rozwoju pielęgniarstwa, w którym opieka nad pacjentem będzie wrażliwa kulturowo. Leininger opracowała teorię opieki kulturowej (*Theory of Culture Care*), aby „odkrywać, dokumentować, interpretować i wyjaśniać przewidywane i liczne determinanty związane oraz wyjaśniające opiekę z holistycznej perspektywy czynników kulturowych” [8, s. 36]. Teoria ta posłużyła jako fundament dla rozwoju średnich i małych modeli teoretycznych w pielęgniarstwie transkulturowym, stanowiących bazę dla tworzenia kompetencji kulturowych [9,10]. W rozwoju wiedzy o kompetencjach kulturowych należy wskazać także na prace Campinha-Bacote, które określają składniki tych kompetencji tj. wielokulturowe postawy, wiedzę i umiejętności [11].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie założeń teoretycznych wybranych teorii i modeli pielęgniarstwa transkulturowego oraz wynikających z nich kompetencji kulturowych pielęgniarek, a także ukazanie związku podstaw konceptualizacji z naukowym pomiarem tego fenomenu.

METODA

Przegląd niesystematyczny literatury dokonany w oparciu o tematyczny wybór autorów opracowania.

OMÓWIENIE

Modele teoretyczne pielęgniarstwa transkulturowego

Teorie i modele teoretyczne pielęgniarstwa transkulturowego zapewniają pielęgniarcom podstawy wiedzy naukowej wykorzystywanej podczas sprawowania opieki pielęgniarstwie w społecznościach o zróżnicowanych oczekiwaniach kulturowych. Modele teoretyczne są w ciągłym rozwoju i kierują praktyką pielęgniarstwa na całym świecie. Stąd dla celów poznawczych i systematyzujących w pracy zaprezentowane zostały podstawy czterech szczególnie znaczących modeli teoretycznych:

- Teoria opieki kulturowej – Model „Wschodzącego Słońca” M. Leininger,
- Model kompetencji kulturowych L. Purnell,
- Model kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki zdrowotnej J. Campinha-Bacote
- Model oceny transkulturowej J.N. Giger i R.E. Davidhizar.

W tabeli 1 przedstawiono teorię Leininger oraz modele teoretyczne pielęgniarstwa Giger i Davidhizar, Purnell i Campinha-Bacote. Żaden konkretny model nie był uważany za lepszy od innych; wszystkie cztery mają uzasadnienie koncepcyjne i mogą wnieść znaczny wkład w kształcenie pielęgniarstwie i praktykę pielęgniarstwa w Polsce. Wśród wymienionych autorów tylko Leininger nie definiowała kompetencji kulturowych, natomiast umieszczała je w zakresie „kulturowo kompetentnej opieki pielęgniarstwie”. Leininger wprowadziła pojęcie etnopediagniarstwa i opracowała model, który opiera pielęgniarstwo na praktyce dostosowanej kulturowo. Jej jakościowe badania dały początek koncepcji kompetencji kulturowych w pielęgniarstwie. Za szczególnie oryginalne należy uznać fazy analizy etnopediagniarstwa (*Leininger's Phases of Ethnonursing Analysis for Qualitative Data*) będące

■ Tab. 1. Macierz teorii i modeli teoretycznych dla kompetencji kulturowych

| Teoria/Autor: Teoria opieki kulturowej/Model „Wschodzącego Słońca” Leininger [12,13] | |
|--|--|
| Główne komponenty/Definiowanie terminów i etapów procesu | Założenia teoretyczne |
| <p>Naturą pielęgniarstwa jest opieka kompetentna kulturowo. Każda kultura ludzka ma ogólną wiedzę i praktyki w zakresie profesjonalnej opieki, które są bardzo transkulturowe i indywidualne. Wartość opieki kulturowej, przekonania i praktyki dotyczące opieki są pod ich wpływem i są zazwyczaj osadzone w światopoglądzie, języku, filozofii, religii (i duchowości), pokrewieństwie oraz społecznych, politycznych, prawnych, edukacyjnych, ekonomicznych, technologicznych, etnohistorycznych i środowiskowych kontekstach kultury. Dla podkreślenia istoty kultury w pielęgniarstwie wprowadziła pojęcie etnopediagniarstwa, co determinuje nadrzędność koncepcji fenomenologicznej w badaniach.</p> <p>Model opieki kulturowej obejmuje trzy komponenty w zakresie działań zapewniających, korzystną i znaczącą opiekę:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zachowanie i/lub utrzymanie – odnosi się do zapewniania przez pielęgniarzy wsparcia dla praktyk kulturalnych, takich jak np. zastosowanie akupresury lub akupunktury do leczenia niepokoju i bólu przed interwencjami medycznymi. 2. Przystosowanie i/lub negocjacje – odnosi się do negocjacji kulturowych poprzez wsparcie udzielane pacjentom i członkom ich rodzin w prowadzeniu działań swoistych kulturowo, które nie stanowią zagrożenia dla zdrowia pacjentów lub jakiegokolwiek innej osoby w otoczeniu opieki zdrowotnej, np. zachęcanie osoby będącej weganem, mającej niedobory białka, aby stosowała dietę wegetariańską z białkiem zwierzęcym nie pochodzącym z mięsa. 3. Ponowne modelowanie i/lub przekształcanie – odnosi się do wysiłków pielęgniarzek skoncentrowanych na pacjentach, pomagających pacjentom modyfikować lub zmieniać ich działalność w obrębie wytycznych kulturowych. Rekonfiguracja elementów kultury jest sugerowana tylko wtedy, gdy niektóre praktyki kulturowe mogą wyrządzić szkodę pacjentowi lub osobom z nim zamieszkującym, np. podjęcie próby przekonania pacjenta z chorobą nowotworową we wczesnym stadium, stosującego tylko metody niekonwencjonalne do poddania się również tradycyjnym metodom leczenia. <p>W ocenie kulturowych relacji opiekuńczych podkreśla znaczenie elementów: komunikacja i język, kwestie płci, orientacja seksualna, zdolność/niepełnosprawność, aktywność zawodowa, wiek, status społeczno-ekonomiczny, relacje interpersonalne, wygląd, ubranie, wykorzystanie przestrzeni, żywność, przygotowywanie posiłków, sposoby życia.</p> <p>Przez kilka lat Leininger opracowała wskazania do realizacji badań umożliwiających poznanie swoistości i różnorodności w zakresie opieki warunkowanej kulturowo i fenomenu opieki pielęgniarstwie. Obejmują one następujące domeny:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czynniki zawarte w Modelu „Wschodzącego Słońca” należy traktować nie jako model, ale aktywatory kultury. 2. Trójstopniowy podział aktywności: obserwacja-uczestniczenie-refleksja. 3. <i>Leininger's Stranger to Trusted Friend Enabler</i> – polega na przejściu od bycia głównie „nieufnym nieznanym „do” zaufanego przyjaciela”. Jest to niezbędne, aby uzyskać autentyczne, dokładne i sensowne dane o kulturze. To jest najbardziej pomocne w ustanowieniu zaufania i sprzyjającej relacji z klientami i informatorami. 4. <i>Domain of Enquiry Enabler</i> – należy koncentrować się na pytaniach ogólnych dotyczących kultury i ich przejawów zarówno dawców opieki np. pielęgniarzek, jak i odbiorców, czy informatorów. 5. <i>Acculturation Leininger's Health Care Assessment Enabler</i> – pozwala na przeprowadzenie badań kulturoznawczych, ocenę opieki zdrowotnej oraz pomaga określić tożsamość kulturową i odkryć kulturową zmienność wartości, przekonań i stylów życia. | <p>Teoria opieki kulturowej ma na celu zapewnienie kulturowo zgodnej opieki pielęgniarstwie poprzez „kognitywne wspomagające, wspierające, ułatwiające działania lub decyzje, które są w większości dostosowane do indywidualnych wartości kulturowych, przekonań i wyborów jednostki, grupy lub instytucji”.</p> <p>Teoria opieki kulturowej, opisuje związek między antropologią, wierzeniami i zasadami pielęgniarstwa. Jest w opozycji do rutyny i interwencji standaryzowanych, obecnych w praktyce pielęgniarstwie [14].</p> |

| Model/Autor: Model kompetencji kulturowych Purnell [15] | |
|--|--|
| Główne komponenty/Definiowanie terminów i etapów procesu | Założenia teoretyczne |
| <p>Model jest podstawą skali kompetencji kulturowych budujących świadomość kulturową jednostki. Obejmuje 12 domen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dziedzictwo (pochodzenie, miejsce zamieszkania, ukształtowanie geograficzne terenu, ekonomia, polityka, edukacja i zawód). 2. Komunikacja (dominujący język, dialekty, czas, nazwy, dotyk, mimika, język ciała, praktyki dystansowania przestrzennego, głośność, ton, kontakt wzrokowy). 3. Role rodzinne i organizacja życia rodzinnego (głowa gospodarstwa domowego, role płci, priorytety, wychowywanie dzieci – praktyki, zadania rozwojowe, role osób starszych, status społeczny, styl życia). 4. Praca (autonomia, akulturacja, w tym asymilacja, separacja, integracja, marginalizacja, bariery językowe). 5. Ekologia biokulturowa (zmiany biologiczne, kolor skóry, dziedziczność, genetyka, ekonomia, metabolizm leków). 6. Zachowania wysokiego ryzyka (tytoń, alkohol, narkotyki rekreacyjne, aktywność fizyczna, bezpieczeństwo). 7. Odżywianie (jedzenie, rytuały żywienia, deficyty związane z odżywianiem, ograniczenia, promocja zdrowia). 8. Ciąża i porody (praktyki płodności, poglądy/przekonania dotyczące ciąży, narodziny, poród). 9. Rytuały śmierci (obrzędy związane z pochówkiem, żałobą). 10. Duchowość (praktyki religijne, stosowanie modlitwy, sens życia, indywidualna siła, duchowość a zdrowie). 11. Praktyka w zakresie opieki zdrowotnej (opieka zdrowotna, tradycyjne praktyki, główne przekonania religijne, odpowiedzialność za zdrowie, transplantacje, rehabilitacja, stosowanie leków na własną odpowiedzialność, zdrowie psychiczne i bariery). 12. Pracownik ochrony zdrowia (postrzeganie praktyków, praktyk ludowych, opieka zdrowotna ze względu na płeć, status). | <p>Konceptualizacja oparta na wielu teoriach i podstawach badawczych uzyskanych z teorii organizacji, administracji, komunikacji i rozwoju rodziny oraz antropologii, socjologii, psychologii, anatomii i fizjologii, biologii, ekologii, żywienia, farmakologii, religii, historii, ekonomii, polityki nauki i językoznawstwa.</p> <p>Model Purnella – wyrasta z tradycyjnego metaparadygmatu, ma zastosowanie do zawodów medycznych.</p> |
| Model/Autor: Model kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki zdrowotnej Campinha-Bacote [11,16] | |
| Główne komponenty/Definiowanie terminów i etapów procesu | Założenia teoretyczne |
| <p>Model identyfikuje świadomość kulturową, wiedzę kulturową, umiejętności kulturowe, spotkania kulturowe i pragnienie kulturowe jako składowe kompetencji kulturowej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Świadomość kulturowa – proces przeprowadzania samodzielnej oceny własnych uprzedzeń w kierunku innych kultur i dogłębnej eksploracji własnego środowiska kulturowego i zawodowego. Wiąże się również ze świadomością istnienia udokumentowanego rasizmu w dostarczaniu opieki zdrowotnej. 2. Wiedza kulturowa – proces, w którym pracownik ochrony zdrowia poszukuje i uzyskuje solidną bazę informacyjną dotyczącą światopoglądów różnych grup kulturowych i etnicznych oraz zmiennych biologicznych, chorób, oraz różnic w metabolizmie leków wśród grup etnicznych (Ekologia biokulturowa). 3. Umiejętność kulturowa – proces osiągania zdolności do przeprowadzenia oceny kulturowej w celu zebrania odpowiednich danych kulturowych, a także dokładne przeprowadzenie oceny fizycznej opartej na podstawach kulturowych. 4. Spotkania kulturowe – proces, który zachęca profesjonalistów ochrony zdrowia do bezpośredniego zaangażowania w bezpośrednie interakcje kulturowe i inne rodzaje spotkań z klientami z różnych środowisk kulturowych w celu zmodyfikowania istniejących przekonań na temat grupy kulturowej i zapobieżenia ewentualnym stereotypom. 5. Pragnienie kulturowe – motywacja pracownika ochrony zdrowia, chęć/pragnienie zaangażowania się w proces stania się kulturowo świadomym, kulturowo kompetentnym. | <p>Model kompetencji kulturowych Campinha-Bacote jest określony w procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej. W tym modelu kompetencje kulturowe są postrzegane jako proces, a nie jako punkt końcowy, w którym stale dąży się do osiągnięcia zdolności do skutecznej pracy w kontekście osoby, rodziny lub społeczności z różnych środowisk kulturowo-etnicznych.</p> |
| Model/Autor: Model oceny transkulturowej Giger i Davidhizar [17] | |
| Główne komponenty/Definiowanie terminów i etapów procesu | Założenia teoretyczne |
| <p>Model wyróżnia sześć wymiarów wspólnych dla każdej kultury: komunikacja, przestrzeń, organizacja społeczna, czas, środowisko, kontrola i zmienność biologiczna.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikacja – jest holistycznym procesem interakcji człowieka i jego postępowania. W komunikacji występuje kilka form – werbalne, niewerbalne i pisemne – różnią się one pod względem ekspresji, języka i dialektu, tonu i głośności wypowiedzi, kontekstu i ekspresji emocjonalnej, wyrazu twarzy, gestów i mowy ciała. 2. Przestrzeń – jest odległością między osobami. Pojęcie „osobista przestrzeń” różni się w zależności od uwarunkowań kulturowych i obejmuje trzy inne wzorce zachowań: przywiązanie do obiektów w otoczeniu, postawa ciała i ruch w otoczeniu. Ważne jest, aby unikać przekraczania granic w odniesieniu do akceptowalnej interakcji, może to spowodować u pacjentów niepotrzebny niepokój. 3. Organizacja społeczna – w ten sposób niektóre kultury grupują się zgodnie z walorami rodziny, przekonań czy obowiązków. Ten wymiar może być kulturowo determinowany w zachowaniach pacjenta, na które mogą wpływać czynniki takie jak seksualna orientacja, uznanie i wykorzystanie tytułów oraz podejmowanie decyzji według przepisów prawnych. 4. Czas – jest podobny do organizacji społecznej pod względem wpływu. Czas jest podzielony na to, czy grupa jest zorientowana „na zegar” jak większość ludzi z Zachodu czy zorientowana społecznie. Grupa zorientowana „na zegar” jest napiętnowana pędem czasu/charakteryzuje się gonitwą za upływającym czasem. 5. Kontrola środowiska – która implikuje, w jaki sposób osoba postrzega społeczeństwo i jego czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, takie jak przekonania i sposób rozumienia rozwoju chorób, metod terapii, a także rozumienia i podejścia do zdrowia w zakresie jego rozwijania i utrzymywania. 6. Orientacja biologiczna – rasy różnią się biologicznie ze względu na odmienności w DNA i niektóre rasy są bardziej podatne na wybrane choroby niż inne. Inne ważne elementy tego modelu to głębsze zrozumienie tolerancji na ból, niedobory i preferencje żywieniowe. | <p>Ten model podkreśla znaczenie postrzegania każdego człowieka, jako osoby wyjątkowej w swojej kulturze.</p> |

swoistym schematem dla analiz jakościowych zaproponowanych przez Leininger [18]. Na podstawie licznych badań jakościowych, w znacznej większości autorstwa Leininger, która przeanalizowała swoistość funkcjonalną i odmienności dziedzictwa kulturowego około 100 kultur i subkultur świata, podjęto próby konceptualizacji badań ilościowych.

Giger i Davidhizar koncentrują się w obszarze personalizacji jednostki, a nie tylko grupy kulturowej, widząc każdą osobę jako unikalną kulturowo z perspektywy sześciu wymiarów. Purnell utworzył schematyczną reprezentację zawierającą dwanaście kulturowych domen, które określają różnice w wartościach, przekonaniach i praktykach kulturowych jednostki. Campinha-Bacote definiuje kompetencje kulturowe jako proces, a nie jedynie jako punkt końcowy. Model Campinha-Bacote jest wystarczająco obszerny, aby w oparciu o jego założenia prowadzić badania empiryczne i doskonalić proces edukacji transkulturowej. Pięć składowych modelu (świadomość, wiedza, umiejętność, spotkania i pragnienie kulturowe) można wykorzystać w kreowaniu i rozwijaniu kulturowych kompetencji pielęgniarów praktykujących w wielu krajach całego świata [16].

Narzędzia pomiaru kompetencji kulturowych w pielęgniarstwie

Potrzeba kompetentnej kulturowo opieki stała się międzynarodową troską, biorąc pod uwagę wzrost migracji globalnej. Pomiar kompetencji kulturowych staje się natu-

ralną potrzebą rozwoju pielęgniarstwa transkulturowego. Wykorzystując modele teoretyczne opieki kulturowej tworzących podstawy dla kompetencji kulturowych, ale także teorii samooceny skuteczności, naukowcy określili najważniejsze ramy pojęciowe dla kompetencji kulturowych, w tym świadomość, wiedzę, wrażliwość, postawy, pragnienie i umiejętności [16]. W oparciu o zdefiniowane zakresy istotne w poszczególnych modelach opracowane zostały różne narzędzia badawcze służące do pomiaru i oceny kompetencji kulturowych świadczeniodawców.

W przeglądzie integracyjnym dokonany przez Loftin i wsp. [19] zidentyfikowano jedenaście narzędzi pomiarowych dla kompetencji kulturowych w pielęgniarstwie. Są to następujące narzędzia pomiaru:

- *Cultural Self-Efficacy Scale* (CSES) [20];
- *Transcultural Self-Efficacy Tool* (TSET) [21];
- *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency* (IAPCC and IAPCC-R) [22];
- *Ethnic Competency Skills Assessment Inventory* (ECSAI) [23];
- *Cultural Awareness Scale* (CAS) [24];
- *Cultural Competence Assessment* (CCA) [25];
- *Cultural Knowledge Scale* (CKS) [26];
- *Cultural Diversity Questionnaire for Nurse Educators* (CDQNE) [27];
- *Cultural Competency Instrument* (CCI) [28];
- *Cross-Cultural Evaluation Tool* (CCET) [29];
- *Nurse Cultural Competence Scale* (NCCS) [30].

■ Tab. 2. Narzędzia badawcze kompetencji kulturowych opracowane na podstawie wybranych ram koncepcyjnych

| Ramy koncepcyjne Modelu | Narzędzie badawcze | Opis narzędzia badawczego | Metody oceny w skali | Rzetelność skali |
|---|---|---|--|---|
| Model kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki zdrowotnej Campinha-Bacote | <i>Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency</i> (IAPCC and IAPCC-R) | Zaprojektowane do pomiaru kompetencji kulturowych dostawców opieki zdrowotnej. Składa się z 25 elementów służących do pomiaru kompetencji kulturowych w świadczeniu opieki zdrowotnej w zakresie świadomości kulturowej, dążenia kulturowego, wiedzy kulturowej, umiejętności kulturowych i spotkań kulturowych. Czas wypełnienia: 10-15 min. | 4-punktowa skala typu Likert, odpowiedzi wahają się od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 4 (zdecydowanie się zgadzam). | Współczynnik alfa Cronbacha 0,83. |
| | <i>Cultural Knowledge Scale</i> (CKS) | Zaprojektowane w celu oceny kompetencji kulturowych dla pielęgniarów zdrowia publicznego, 24 pozycje kwestionariusza z 4 subskalami: zachowania pro-zdrowotne, postrzeganie zdrowia i choroby, reagowanie na zdrowie i chorobę oraz leczenie stanów chorobowych. Czas wypełnienia: 10-15 min. | 5-punktowa skala typu Likert z odpowiedzią od 1 (zdecydowanie się zgadzam) do 5 (zdecydowanie się nie zgadzam). | Współczynniki alfa Cronbacha od 0,71 do 0,96. |
| | <i>Cultural Diversity Questionnaire for Nurse Educators</i> – (CDQNE) | Opracowane w celu pomiaru kompetencji kulturowych nauczycieli pielęgniarów, 72 pozycje z 2 subskalami mierzące 5 konstruktyw: pragnienia, świadomość, wiedza, umiejętności i spotkania kulturowe - włączone elementy z IAPCC-R. Czas wypełnienia: 20-30 min. | 5-punktowa skala typu Likert z odpowiedziami od 1 (zdecydowanie się zgadzam) do 5 (zdecydowanie się nie zgadzam). | Ważność treści została określona przez zespół ekspertów. Miara rzetelności skali nieokreślona. |
| | <i>Nurse Cultural Competence Scale</i> (NCCS) | Zaprojektowany do pomiaru kompetencji kulturowych pielęgniarów, 41-pozycji kwestionariusza. Pomiar 4 konstruktyw: świadomość kulturowa, wiedza, wrażliwość i umiejętności kulturowe. Czas wypełnienia: 15-20 min. | 5-punktowa skala typu Likert, z odpowiedziami od 0 (całkowicie się nie zgadzam) do 4 (zdecydowanie zgadzam się). | Współczynniki alfa Cronbacha od 0,78 do 0,96. |
| Model kompetencji kulturowych Purnell | <i>Cultural Awareness Scale</i> (CAS) | Zaprojektowany do pomiaru świadomości kulturowej wśród studentów pielęgniarstwa i pielęgniarów. Kwestionariusz składa się z 36 pozycji z 5 subskalami: ogólne doświadczenie edukacyjne, świadomość poznawcza, problemy badawcze, zachowania/komfort w interakcjach opieki oraz opieka nad pacjentem/ problemy kliniczne. Czas wypełnienia: 10-15 min. | 7-punktowa skala Likerta od 1 do 7 (1 = zdecydowanie nie zgadzam się do 7 = zdecydowanie się zgadzam). | Wewnętrzna ocena spójności 0,91 dla studentów, a 0,82 dla pielęgniarów alfa Cronbacha dla każdej z 5 subskal od 0,66 do 0,91 dla studentów, a od 0,56 do 0,87 dla pielęgniarów. |

Współczesna literatura wskazuje, że narzędzia pomiaru kompetencji kulturowych u pielęgniarek jak i studentów pielęgniarstwa oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych i paramedycznych stosowane w praktyce opieki są oparte na samoocenie jednostek badanych. Testowane empirycznie narzędzia badawcze mierzą samo-poczucie pielęgniarek lub kompetencje kulturowe zgłaszane przez osobę badaną, ale nie oferują pomiaru obiektywnego zakresu opieki kompetentnej kulturowo z perspektywy pacjenta, co może stanowić jednostronną interpretację. Porównanie instrumentów badawczych pokazuje, że są one oparte na różnych ramach pojęciowych, a przy podejmowaniu decyzji, które narzędzie badawcze należy zastosować, warto wziąć pod uwagę perspektywę rozumienia opieki wielokulturowej opisaną w wybranym modelu teoretycznym.

W niniejszym opracowaniu zostały zaprezentowane wybrane narzędzia pomiaru kompetencji kulturowych, których ramy koncepcyjne oparte są na powyżej scharakteryzowanych modelach teoretycznych. Artykuł nie skupia się na narzędziach pomiaru kompetencji kulturowych opracowanych np. przez psychologów, jak *Intercultural Communication Competence (ICC)* [31] *Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI)* [32].

PODSUMOWANIE

Pomimo ograniczeń związanych z kształtem modeli teoretycznych i powstałych na ich bazie narzędzi badawczych istnieje wiele wartości we wstępnej ocenie kompetencji kulturowych, jakie one zapewniają, gdyż dają możliwość obserwacji ocen kompetencji kulturowych w przestrzeni czasowej oraz geograficznej w globalnym świecie. Zapewnienie opieki dostosowanej do potrzeb kulturowych odbiorcy jest niezbędne we współczesnym pielęgniarstwie, a wiarygodny pomiar kompetencji kulturowych staje się miarodajnym wskaźnikiem mającym wpływ na wyniki leczenia i opieki, a zatem staje się kluczowy dla dyscypliny. Pomiar kompetencji kulturowych jest jednak nadal dość trudnym zadaniem, determinowanym ograniczonymi możliwościami dostępu do instrumentów badawczych (zgody autorów, proces walidacji – adaptacji do warunków kulturowych polskich, który jest czasochłonny, kosztochłonny) oraz tradycjami badawczymi. W najbliższej perspektywie spodziewana jest intensyfikacja działań w tym obszarze podejmowanych zarówno przez pielęgniarki naukowców jak i pielęgniarki praktyków w trosce o dobro pacjenta i optymalną jakość opieki. Dokonywanie pomiaru i ewaluacji kompetencji kulturowych stanowi istotny i konieczny element wdrażania idei wielokulturowości w pielęgniarstwie rodzimym.

PIŚMIENNICTWO

- Majda A, Zalewska-Puchała J. Kulturowe odrębności w pielęgniarstwie. [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwiej. red. D. Zarzycka, B. Ślusarska. Warszawa: WL PZWL 2017, s. 119-140.
- Higginbottom GMA, Richter MS, Mogale RS, et al. Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: An integrative review of the literature. *BMC Nursing*. 2011; 3; 10-16. doi: 10.1186/1472-6955-10-16.
- Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002; 13: 189-192.
- McFarland M. Culture Care Theory of Diversity and Universality. In: *Nursing Theorists and Their Work*, Eds M.R. Alligood. Copyright Mosby. 2014: pp.417-441.
- Mattson S. Providing culturally competent care. *Lifelines*. 2000;10-11: 37-39.
- Faulk-Rafael A. Globalization and global health: Toward nursing praxis in the global community. *Adv Nurs Sci*. 2006; 29 (1): 2-14.
- Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Med. Care*. 2005; 43(4): 356-373.
- Leininger M. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *J Transcult Nurs* 1997; 8 (2): 32-52. DOI:10.1177/104365969700800205
- Schim SM, Doorenbos AZ, Benkert R, Miller J. (2007). Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *J Transcult Nurs*. 2007; 18 (2): 103-110.
- Xu Y, Shelton D, Polifroni E, Anderson, E. Advances in conceptualization of cultural care and cultural competence in nursing: An initial assessment. *Home Health Care Management & Practice*. 2006; 18 (5): 386.
- Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: The journey continues. *Transcultural C.A.R.E. Associates*. Cincinnati, Ohio; 2007.
- Leininger M. Culture care diversity and universality: A theory of nursing. National League for Nursing Press, New York, NY, 1991.
- Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002; 13: 189-192.
- Leininger M, McFarland M. Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. In: *Nursing Theories & Nursing Practice*. Eds: M. Parker & M. Smith. Davis Company, Philadelphia, 2010, pp.317-335.
- Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs*. 2002; 13 (3): 193-196.
- Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcul. Nurs*. 2002; 3(13): 181-184.
- Giger J, Davidhizar R. *Transcultural nursing: Assessment and intervention (5th edn)* Mosby, St. Louis, MO, 2008.
- Leininger M. Major contributions of qualitative and quantitative criteria to evaluate research. 2005. PowerPoint Presentation. www.madeleine-leininger.comon-line Access 18.11.2017.
- Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of Cultural Competence in Nurses: An Integrative Review. *The Scientific World Journal*. 2013, Article ID 289101, 10 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/289101>
- Bernal H, Froman R. Influences on the cultural self efficacy of community health nurses. *J Transcul. Nurs*. 1993; 4 (2): 24-31.
- Jeffreys MR, Smodlaka I. Steps of the instrument design process. An illustrative approach for nurse educators. *Nurse Educator*. 1996; 21 (6): 47-52.
- Campinha-Bacote J. Reported reliability and validity of the IAPCC-R. 2009. <http://www.transculturalcare.net/iapccr.htm>; on-line Access 10.11.2017.
- Napholz L. A comparison of self-reported cultural competency skills among two groups of nursing students: implications for nursing education. *J Nurs Educ*. 1999; 38 (2): 81-83.
- Rew L, Becker H, Cookston J, Khosropour S, Martinez S. Measuring cultural awareness in nursing students. *J Nurs Educ*. 2003; 6 (42): 249-257.
- Schim SM, Doorenbos AZ, Miller J, Benkert R. Development of a cultural competence assessment instrument. *J Nurs Meas*. 2003 11(1): 29-40.
- Brathwaite AC, Majumdar B. Evaluation of a cultural competence educational programme. *JAN*. 2006; 4 (53): 470-479.
- Sealey LJ, Burnett M, Johnson G. Cultural competence of baccalaureate nursing faculty: are we up to the task? *J Cult Divers*. 2006; 3 (13):131-140.
- Kosoko-Lasaki O, Cook CT, O'Brien R, Kissell J, et al. Promoting cultural proficiency in researchers to enhance the recruitment and participation of minority populations in research: development and refinement of survey instruments. *Evaluation and Program Planning*. 2006; 29 (3): 227-235.
- Hughes KH, Hood LJ. Teaching methods and an outcome tool for measuring cultural sensitivity in undergraduate nursing students. *J Transcul. Nurs*. 2007; 18 (1): 57-62.
- Perng S, Watson R. Construct validity of the nurse cultural competence scale: a hierarchy of abilities. *J Clin Nurs*. 2012;21(11-12):1678-84. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.
- Matsumoto D, Hwang HC. Assessing Cross-Cultural Competence: A Review of Available Tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2013; 44(6), 849-873. DOI: 10.1177/0022022113492891
- Thornson CA. Development and Validation of the Cross-Cultural Competence Inventory. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Industrial and Organizational Psychology in the Department of Psychology in the College of Sciences at the University of Central Florida, Orlando, Florida, 2010.

Praca przyjęta do druku: 14.12.2017

Praca zaakceptowana do druku: 03.01.2018