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

Jadwiga Małgorzata Bąk1(A,B,D,E,F), Barbara Niedorys1(B,D,E,F), Agnieszka Chrzan-Rodak1(B,D,E,F), Krzysztof Jurek1(C,D), Danuta Zarzycka1(A,D,E,F), Barbara Ślusarka1(A,D,E,F)

1Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska
2Kościol Uniwierystety Lubelski Jana Pawła II, Polska
3Medyczne Uniwersytet Lublin, Poland
4John Paul II Catholic University of Lublin, Poland

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

Materiał i metody. Badania przeprowadzone 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 cechują wyższy poziom 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 Religiosity 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 higher the scores 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.
Wstęp

Wieloaspektowo rozumiana globalizacja i migracja sprawiły, że pracownicy ochrony zdrowia coraz częściej spotykają w swojej pracy osoby z różnorodnych kultur oraz religii. Plejgniarstwo w Polsce ma prawo, aby rozumiano jego " (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...
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 “sacred”, 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 Czapiskiński, 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 (Zołnier, 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; Wrębelska, Majda, 2015) depressed people (Parker, Roff, Klemmack, Koenig, Baker, 2003) or patients in the terminal stage of the disease and the elderly (Wójniak, 2012). It helps the patient to achieve balance, provides emotional support, contributes to a positive response to death (Rogiewicz, 2008). Religious practitioners also treat religiousness as a specific system of beliefs and practices of believers and the cultivation of traditions that have their continuity and meaning. Religiousness is also an internal process, because man individually responds to God by establishing relationships with him and feeling and acting according to certain beliefs (Krok, 2009; Koenig, King, Carson, 2012). Religiousness is manifested through such elements as: religious feelings and awareness, making decisions of a religious nature, building bonds with the community, cultivating religious practices, sense of morality, experience and form of religious life. (Krok, 2009). Religion and religiousness are common phenomena in social life and can be analysed and explained from different perspectives and in different contexts (Romanowicz, 2012).

Religiousness is one of the many dimensions of spiritual life which, to a greater or lesser degree, affects the health status of the patient and determines the attitude of the nurse, both in terms of care and assistance. The patient, knowing that a nurse has a religious belief, feels safer and more secure. The religiously-oriented nurse approach to the patient is also an essential element of the the second wave of the healthcare reform, according to which the patient is considered a person and a subject, while the nurse is not only a professional health worker, but also a person who is religiously-oriented and tries to address the patient's religious beliefs and needs. The religiously-oriented nurse approach to the patient is based on the knowledge of the influence of religion on the acceptance and management of the disease and its limitations (Zołnier, 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; Wrębelska, Majda, 2015) depressed people (Parker, Roff, Klemmack, Koenig, Baker, 2003) or patients in the terminal stage of the disease and the elderly (Wójniak, 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 ustopowoczenia się do śmierci (Rogiewicz, 2008). Osoby praktykujące religię osiągają również wysokie wskaźniki kapitału społecznego, chętnie angażują się w inicjatywy społeczne, deklarują przywiązanie 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.

**Material i metody**

W badaniu wykorzystano kwestionariusz skali Nurse Cultural Competence Scale (NCCS) autorstwa Perng S. i Watson R. (2012), którzy wyrazili zgodę na waliację i wykorzystanie narzędzia w Polsce. Skala NCCS składa się z 41-temów, które tworzą cztery podskale: Świadomości Kulturowej (Cultural Awareness) - 10 itemów, Wiedzy Kulturowej (Cultural Knowledge) - 9 itemów, Wrażliwości Kulturowej (Cultural Skills) - 8 itemów, oraz Umiejętności Kulturowych (Cultural Sensitivity) - 14 itemów. Odpoowiedziom badanych przypisywane były punkty na 5 stopniowej skali Likerta, określającą stopień zgody 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 orientacji religijnej dotyczy podjęcia otwartego do doświadczenia, podjęcia wysiłku w celu wyjaśnienia problemów egzystencjalnych. Charakteryzuje się sceptycyzmem, samo-krytycznym i złożonością myślenia (Kasik, 1998; Besta, Błażej, 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, Błażej, 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; Soltyś, 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, Basinska, 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 wyrażili zgodę na udział w badaniach, które zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej.

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 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**

| 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 |
| Licencja pielęgniarska/ Bachelor of Nursing | 234 | 98,3 |
| Magister pielęgniarski/ 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/ 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-Lecznicze/ 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.

**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.

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).

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).

Przeanalizowano również korelacj pewne wzorców 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 na 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.

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

### Tabela 2. Wyniki uzyskane w grupie badanych skalą NCCS-P i jej podskal oraz wartości testu Shapiro-Wilka

| Podskala/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.

Source: elaboration based on own research results.

### Tabela 3. Wyniki uzyskane w grupie badanych skalą Twoja Religijność i jej podskal

| Podskala/Subscale | M   | SD   | Min  | Max  | Q1   | Q3   | 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-mean; SD-standard deviation, Min-minimum; Max-maximum; Me-median; Q1-first quartile; Q3-third quartile.

Source: elaboration based on own research results.
również, że im wyższy poziom w zakresie Poszukiującej Orientacji Religijnej, tym istotnie wyższy poziom Świadomości Kulturowej, Wiedzy Kulturowej, Umiejętności Kulturowych oraz ogólny wskaźnik kompetencji kulturowych (Tab. 4).

Tabela 4. Korelacje badanych wymiarów narzędzia „Twoja Religijność” ze skalami kwestionariusza NCCS-P

| Podskale/ Subscale                                      | Zewnętrzna orientacja religijna/ External religious orientation | Wewnętrzna orientacja religijna/ Internal religious orientation | Poszukująca orientacja religijna/ Seeking religious orientation |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 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 |

Legend: 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.
Zródeł: 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 zróżnicowym etnicznym i kulturowym 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 (Crúz, MachucaContreras, Ortiz Lopez, Zapata, Vitorno, 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 ocenily swoje kompetencje kulturowe jako niewystarczające. Wyższe wyniki uzyskiwały pielęgniarki, które posiadały doświadczenie w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo oraz te których program kształcenia obejmował problematykę opieki transskuturowej. Podobne wyniki w zakresie poziomu umiejętności kulturowych uzyszano w badaniach własnych. Różnice zaobserwowano biorąc pod uwagę pojedyncze podskale. W badaniach Lin wyższe wyniki uzyskiwały pielęgniarki, ocenione przez siebie jako dobrze wiedzące o kulturze, a także te, które posiadały doświadczenie w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo.

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 (Crúz, MachucaContreras, Ortiz Lopez, Zapata, Vitorio, 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 podskalii świadomości kulturnej 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 podskalii 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, Słowenii, Polski oraz 128 pielęgniarek różnej narodowości za pomocą Skali Kompetencji Kulturowych (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 przezcenty poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek, a wyższy poziom wspomnianych kompetencji jest uwarunkowany poprzez doświadczenie w opiece nad pacjentem odmiennym kulturno.

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), doświadczenie podczas praktyki zawodowej z pacjentami z odmienniej kultury (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 przeprowadzonych 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).

W niniejszych badaniach Sprawozdawcy HPCCI wykazano, iż we wszystkich pięciu podskalach mierzących kompetencje kulturowe, respondentki uzyskały przeciętne wyniki. Również badania własne wskazują na różnicę w poziomie kompetencji pielęgniarek z odmiennej kultury (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.

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), doświadczenie podczas praktyki zawodowej z pacjentami z odmienniej kultury (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 przeprowadzonych 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).

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 religioznosności pielęgniarek, a kompetencjami kulturowymi. Religioznosność wspiera w grupie pielęgniarek wyższy poziom kompetencji kulturowych. Jest to istotne odkrycie w obliczu przeciwnego wskaźnika posiadanych kompetencji kulturowych w badanej grupie, jednak wciąż brakuje pogłębionych badań wyjaśniających związek religi i kompetencji kulturowych pielęgniarek. Zazwyczaj spotykamy się z wynikami dotyczącymi religioznosności pacjentów, jednak okazuje się, że poziom religioznosności dostawców opieki również ma znaczenie dla lepszego kształtowania kompetencji kulturowych. W badaniach własnych udział wzięły polskie pielęgniarki, gdzie dominuje wyznanie katolickie. Trudno określić związek religioznosności z kompetencjami kulturowymi w przypadku innych religii, gdyż nie ma dostęnych 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 pielęgniarek 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 uzyskało 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 pacjenta zwiększa jego zaufanie do niej, a tym samym czyni współpracę efektywniejszą. Ponadto skutkuje poprawą samopoczucia chorego, do poprawy przestrzegania zaleceń medycznych. 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 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 Ždieboľ 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). Poglądanie wiedzy na temat różnic kulturowych, powinno obejmować wszystkie osoby z zespołu interdyscyplinarnego, które są odpowiedzialne za tworzenie programów z zakresu opieki transkulturowej. W badaniach Ździeblo 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 przezwyciężanie postawy etnocentrycznej, uprzedzeń i stereotypów (Ździeblo, Nowak-Starz, Makieła, Stepień, 2014). Umiejętności kulturowe powinny być jednym z elementów kompetencji zawodowych nabywanych w czasie kształcenia, w celu zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgniarskiej uwarunkowanej kulturowo (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 odmiennej 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 religiosity 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., Gutyasz-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., Katapa, 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 (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 Cultur ally 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 (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). *Analysis of the field of spirituality, religion and health*. Pobrane z: http://www.metanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf (dostęp 30.11.2019).
12. Jeznach, A., Piekarska, R. (2018). Kompetencje międzykulturowe studentów kierunku pielęgniarkstwo, 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 Włoławske*, 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-Kułak, 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-Kułak, E., Wrońska, I. (2016). Wpływ przekonań religijnych pielęgniarek na ich pracę oceniany przez studentów pielęgniarkstwa. *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.000000000000097
21. Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2011). Intercultural sensitivity in the nursing care. *Polskie Forum Psychologiczne*, 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 lungcancer. *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 Reliologiczne*, 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). Religiousity 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 Pałatywna 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 Polishreplication 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. Stańkowska, M., Majda, A. (2019) Religijność i akceptacja choroby wśród osób z cukrzycą. *Pielęgniarstwo Polskie*, 72(2), 159-164.
35. Uzun, Ö., Sevinç, 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. Wóźniak, 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 zapałem stawów. *Polskie Forum Psychologiczne*, 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., Makieła, E., Stępień R. (2014). Intercultural competences in nursing. *Problemy Pielęgniarstwa*. 22 (2): 367–372.

40. Żołnierz, 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