

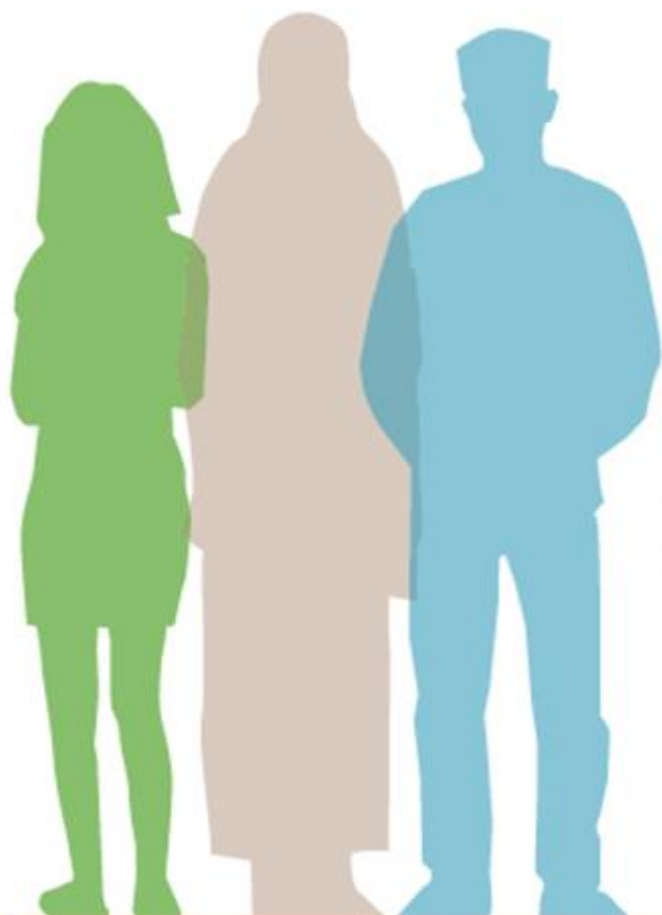


MICE

Multicultural Care in European
Intensive Care Units

8/2017

KOMPETENCJE I POTRZEBY EDUKACYJNE PIELĘGNIAREK OIT W ZAKRESIE OPIEKI WIELOKULTUROWEJ RAPORT



OPIEKA WIELOKULTUROWA NA ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII W EUROPIE

Numer projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615

„Ten projekt został zrealizowany przy wsparciu Komisji Europejskiej. Niniejsza publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko autora, a Komisja Europejska nie może ponosić odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w tej publikacji”.



Erasmus+

**KOMPETENCJE I POTRZEBY EDUKACYJNE PIELĘGNIAREK OIT
W ZAKRESIE OPIEKI WIELOKULTUROWEJ**

RAPORT

AUTORZY: BEATA DOBROWOLSKA, DOROTA OZGA, ALEKSANDRA GUTYSZ-WOJNICKA

RENÁTA ZELENÍKOVÁ, DARJA JAROŠOVÁ, IVANA NYTRA

BOJANA FILEJ, BORIS MIHA KAUČIČ, KRISTIJAN BREZNIK

JULIE BENBENISHTY, EVA BARKESTAD, IRENE HARTH, DRAGO SATOSEK

SIMONA FABELLINI, GARY THOMAS

MARGARET MIKŁOSZ, ŁUKASZ KŁAPA

"Ten projekt został zrealizowany przy wsparciu Komisji Europejskiej.
Niniejsza publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko autora, a Komisja Europejska nie może ponosić odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w tej publikacji".



Erasmus+

SPIS TREŚCI:

CZĘŚĆ I	4
1. Cel raportu.....	4
 CZĘŚĆ II	 4
1. Analiza dotycząca wielokulturowej edukacji i praktyki pielęgniarstwa w krajach biorących udział w projekcie	4
1.1. Fundamenty prawne, zawodowe i etyczne wielokulturowej opieki pielęgniarstwa w Polsce, Republice Czeskiej i Słowenii	4
1.2. Obecny stan kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa wielokulturowego w państwach biorących udział w projekcie	6
 CZĘŚĆ III.....	 14
1. Analiza systemu intensywnej opieki pielęgniarstwa w państwach biorących udział w projekcie	14
 CZĘŚĆ IV	 18
1. Analiza wyników badań własnych	18
1.1. Analiza piśmiennictwa na temat pielęgniarstwa wielokulturowego w OIT w Polsce, Czechach i Słowenii	18
1.2. Analiza kompetencji kulturowych oraz potrzeb edukacyjnych pielęgniarek w zakresie międzykulturowej opieki pielęgniarstwa w OIT – wyniki badań empirycznych	27
 CZĘŚĆ V	 72
1. Wnioski i rekomendacje	72
1.1. Dane uzyskane z analizy w celu przygotowania kursu z zakresu opieki wielokulturowej w OIT	72
1.2. Specyficzne potrzeby edukacyjne pielęgniarek w zakresie międzykulturowej opieki pielęgniarstwa w OIT	73
 PIŚMIENNICTWO	 74

CZĘŚĆ I:

1. CEL RAPORTU

Głównym celem tego raportu jest analiza i porównanie kompetencji kulturowych pielęgniarek oraz ich potrzeb edukacyjnych w dziedzinie międzykulturowej opieki pielęgniarskiej w OIT w Polsce, Czechach, Słowenii i w krajach członkowskich EfCCNa oraz wypracowanie zaleceń w celu przygotowania kursu online dla pielęgniarek OIT.

CZĘŚĆ II:

1. ANALIZA DOTYCZĄCA WIELOKULTUROWEJ EDUKACJI I PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ W KRAJACH BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROJEKCIE

1.1. FUNDAMENTY PRAWNE, ZAWODOWE I ETYCZNE WIELOKULTUROWEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W POLSCE, REPUBLICE CZESKIEJ I SŁOWENII

POLSKA

Kwestie związane z pielęgniarską opieką międzykulturową nie zostały wprost uregulowane w żadnym dokumencie, który odnosi się wprost do zawodu pielęgniarki. Należy jednak podkreślić, że w *Kodeksie etyki zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP* (2003), w ślubowaniu dla pielęgniarek i położnych, znajduje się ogólna norma mówiąca, że: „*należy zapewnić pomoc każdemu bez względu na jego rasę, religię, narodowość, poglądy polityczne, status finansowy i inne różnice*”. Dodatkowo główna część kodeksu zawiera zapisy, mówiące że na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka powinna umożliwić kontakt z duchownym, przy zapewnieniu właściwych warunków do tego kontaktu jak też powinna poczynić starania, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną i warunki sprzyjające umieraniu w godności, z poszanowaniem wartości wyznawanych przez chorego.

REPUBLIKA CZESKA

Wielokulturowa opieka pielęgniarska nie została konkretnie opisana w dokumentach prawnych czy też zawodowych. Dokument przedstawiający Koncepcję Pielęgniarstwa (*Koncepce ošetřovatelství*) w Republice Czeskiej nie wspomina o opiece wielokulturowej (MZCR, 2014).

Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarek stworzony przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek, zaakceptowany przez Czeskie Stowarzyszenie Pielęgniarek 29 marca 2003 (ČAS, 2017), w preambule zawiera normę: „Opieka pielęgniarska nie jest ograniczona wiekiem, kolorem skóry, religią, tradycjami kulturowymi, niepełnosprawnością czy też chorobą, płcią, narodowością, poglądami politycznymi, rasą czy też pozycją społeczną pacjenta.”

W ostatnich latach zostały stworzone pewne wytyczne odnośnie leczenia i przepisywania recept dla pacjentów z Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii. Tego typu dokumenty są stworzone dla lekarzy i farmaceutów (CLK; JAROŠOVÁ, ŽITNÍKOVÁ, 2014). Brakuje jednak analogicznego dokumentu dla pielęgniarek. Wielokulturowa opieka pielęgniarska w Republice Czeskiej jest gwarantowana poprzez standardy opieki pielęgniarskiej. Każdy szpital tworzy swoje własne standardy opieki pielęgniarskiej. Jednym z tych standardów jest Wielokulturowa Opieka Pielęgniarska, która opisuje standardy opieki nad cudzoziemcami. W większości szpitali dostępne są piktogramy ułatwiające komunikację z pacjentem pochodzącym z odmiennej kultury.

W ostatniej dekadzie Minister Zdrowia Republiki Czeskiej zwraca większą uwagę na opiekę zdrowotną obcokrajowców. W 2016 stworzono zestawy pytań i odpowiedzi w różnych specjalnościach i na różne tematy, niezbędne do komunikacji z obcokrajowcami. Na przykład „Zestaw pytań i odpowiedzi do komunikowania się z obcokrajowcami: pielęgniarstwo” (MZCR, 2016; Ministerstwo Zdrowia, 2016)

SŁOWENIA

Wielokulturowa opieka pielęgniarska nie została konkretnie opisana w dokumentach prawnych czy też zawodowych Słowenii. Jedyne wzmianki na jej temat można odnaleźć w Kodeksie Etycznym w Opiece Pielęgniarskiej w Słowenii. Dokument ten został wydany w 2014 roku przez Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych w Słowenii. Kodeks zawiera 10 zasad stanowiących o standardach zachowania etycznego. Stwierdzenie odnoszące się do poszanowania różnych pacjentów mówi co następuje: *„czynniki takie jak rasa, pochodzenie etniczne, religia, przekonania polityczne, status społeczny, wiek, płeć, orientacja seksualna, stan zdrowia, niepełnosprawność nie może w żaden sposób wpływać na podejście do pacjenta”*. Norma ta stanowi podstawę realizacji pierwszej zasady kodeksu: *„Osoby udzielające opieki pielęgniarskiej dążą do zachowania życia i zdrowia ludzkiego. Są one zobligowane do przeprowadzania swojej pracy w sposób humanitarny, profesjonalny, na wysokim poziomie, bezpiecznie, miłosiernie, odpowiedzialnie, sumiennie, z poszanowaniem potrzeb pacjenta, jego wartości i przekonań”* (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije)

W 2016, Towarzystwo opublikowało dokument, który nie odnosi się do wielokulturowych kompetencji pielęgniarek, ale do pielęgniarek intensywnej opieki medycznej pracujących w szpitalach w Słowenii. Dokument „Znaczenie kształcenia i modelu pracy grupowej w

zespołach pielęgniarskich intensywnej opieki medycznej w szpitalach w Słowenii” został opublikowany w celu zapewnienia jakości, bezpieczeństwa, wydajności i humanizacji pracy w zakresie opieki medycznej nad pacjentami, w szczególności tymi których życie jest w niebezpieczeństwie, jak pacjenci intensywnej opieki medycznej w szpitalach w Słowenii.

W 2016 roku Słoweński Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije) opublikował instrukcję mającą na celu zwiększenie kompetencji kulturowych pracowników służby zdrowia, ponieważ stwierdzono, iż w słoweńskim systemie ochrony zdrowia „kompetencje kulturowe” są nowym zagadnieniem, który reprezentuje całkowicie nowy wymiar kompetencji zawodowych, i w związku z tym potrzebny jest ogrom nowej wiedzy z tej dziedziny (Bofulin et al, 2016).

1.2. OBECNY STAN KSZTAŁCENIA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA WIELOKULTUROWEGO W PAŃSTWACH BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROJEKCIE

POLSKA

Polska jest częścią Procesu Bolońskiego od 1999 roku i wdrożyła zmiany dotyczące edukacji pielęgniarek wynikające z tego procesu, jak również z zaleceń dyrektyw Unii Europejskiej (Dyrektywa 2005/36/EC w celu uznania kwalifikacji zawodowych, zmodyfikowana w 2013- Dyrektywa 2013/55/EU).

W Polsce istnieje ponad 80 instytucji akademickich, które zapewniają kształcenie pielęgniarkom. Instytucje te posiadają akredytację Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych przy Ministrze Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie/piellegniarki-i-polozne/kraszpip/akredytacje-uczelni/lista-uczelni-ktore-uzyskaly-akredytacje-dla-kierunku-pielegniarstwo2/>).

Podstawowe standardy kształcenia pielęgniarek zawarte są w dokumencie prawnym Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku, załącznik nr 4. Według efektów kształcenia zawartych w dokumencie, studenci pielęgniarstwa powinni osiągnąć określone kompetencje zawodowe (złożone z wiedzy, umiejętności i postaw).

Kształcenie studentów pielęgniarstwa – studia licencjackie:

Kształcenie na tym etapie edukacji odbywa się wyłącznie w formie studiów dziennych. Pielęgniarskie studia licencjackie trwają nie mniej niż 6 semestrów (3 lata). Liczba godzin dydaktycznych to nie mniej niż 4 720 godzin (1/2 kształcenia praktycznego i 1/3 kształcenia teoretycznego) - 180 punktów w ETCS (Europejski System Transferu Punktów). W każdym roku nauki student otrzymuje 60 punktów w systemie ECTS.

Według standardów kształcenia, absolwent pielęgniarskich studiów licencjackich jest w stanie zapewnić zindywidualizowaną opiekę nad pacjentami niepełnosprawnymi i umierającymi, jak też wykonywać swój zawód samodzielnie, przestrzegając zasad etyki ogólnej i etyki zawodowej, obejmując pacjenta holistyczną opieką, z poszanowaniem jego

praw. Zindywidualizowana opieka i holistyczne podejście do pacjenta odnosi się do opieki dostosowanej do potrzeb pacjenta z różnych środowisk kulturowych jak też wyznającego różne religie.

Jeśli chodzi o **wiedzę** dotyczącą opieki pielęgniarstwa nad pacjentami pochodzącymi z różnych kręgów kulturowych, którą absolwenci powinni zdobyć podczas studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwie, to w standardach kształcenia wymienia się m.in.: (-) studenci pielęgniarstwa posiadają wiedzę umożliwiającą im pracę z pacjentami z innych kręgów kulturowych jak też innej religii; (-) studenci pielęgniarstwa wiedzą jak interpretować fenomen nierówności klasowej, etnicznej i płci jak też dyskryminacji. (-) studenci posiadają również wiedzę na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce i Unii Europejskiej, i są zaznajomieni z Kartą Praw Pacjenta, Karty Praw Człowieka i Karty Praw Dziecka. (-) Są oni świadomi jakie czynniki wpływają na zdrowie w sensie ogólnym jak też indywidualnym i są w stanie zidentyfikować czynniki kulturowe, społeczne jak też ekonomiczne zdrowia publicznego.

W kwestii **umiejętności**, które student pielęgniarstwa powinien rozwinąć, prawo stanowi m.in.: (-) studenci są w stanie analizować i krytycznie oceniać fenomen dyskryminacji i rasizmu; i również pomóc pacjentom w zaadaptowaniu się do warunków panujących w szpitalu jak też innej instytucji opieki zdrowotnej. (-) Studenci są w stanie rozpoznać czynniki wpływające na zachowanie zdrowotne pacjentów jak też czynniki wpływające na ryzyko zachorowania na choroby, jak również rozwijać i wprowadzać indywidualne programy promocji zdrowia dla pojedynczych osób, jak też całych rodzin.

W kwestii **postaw** prawo stanowi m.in.: (-) studenci pielęgniarstwa szanują godność i autonomię osób znajdujących się pod ich opieką, szanują prawa pacjenta i stale zwiększają swoją wiedzę i umiejętności w celu osiągnięcia większego profesjonalizmu.

Aspekty wielokulturowej opieki pielęgniarstwa są realizowane m.in. w ramach przedmiotów takich jak: Etyka Zawodowa Pielęgniarek, Podstawy Pielęgniarstwa, Zdrowie Publiczne i Psychologia.

Ważnym aspektem w kontekście globalizacji jest również nauka języka angielskiego. Podczas studiów licencjackich studenci realizują program znajomości angielskiego na poziomie B1 (nazewnictwo według powszechnych standardów obowiązujących w odniesieniu do języków obcych w Unii Europejskiej)

Studia Magisterskie w Pielęgniarstwie

Studia magisterskie trwają 2 lata, student otrzymuje 120 punktów w ECTS (60 punktów rocznie).

Podczas studiów drugiego stopnia kształcenie w zakresie opieki międzykulturowej/transkulturowej jest realizowane w ramach przedmiotu o nazwie

Pielęgniarstwo Europejskie. Podczas tych zajęć w części teoretycznej studenci zaznajamiają się z systemem opieki pielęgniarskiej w Unii Europejskiej, jak też z zasadami które mają zastosowanie w pielęgniarstwie na całym świecie. Aspekt opieki wielokulturowej/ transkulturowej jest również realizowany w ramach przedmiotu o nazwie Teorie w Pielęgniarstwie – podczas tych zajęć dyskutuje się m.in na temat teorii pielęgniarstwa transkulturowego według Madeline Leininger.

Podczas studiów drugiego stopnia studenci uczą się również języka angielskiego na poziomie B2 (nazewnictwo według powszechnych standardów obowiązujących w odniesieniu do języków obcych w Unii Europejskiej). W ramach zajęć studenci uczą się słownictwa fachowego w minimalnym wymiarze 90 godzin.

Poddyplomowe Studia Pielęgniarskie:

Tematyka dotycząca międzykulturowej opieki pielęgniarskiej jest także realizowana w Polsce podczas studiów podyplomowych dla pielęgniarek i położnych. Zagadnienia te są realizowane podczas szkoleń specjalizacyjnych (program dwuletni), które są dostępne w 15 dziedzinach pielęgniarstwa, również w anestezjologii i intensywnej opiece pielęgniarskiej. Tematyka dotycząca pielęgniarstwa wielokulturowego została zawarta w module: *Fundamenty humanistyczne i społeczne specjalizacji*, który jest identyczny dla wszystkich szkoleń specjalizacyjnych w pielęgniarstwie.

PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK:

Dodatkowo, poza studiami pierwszego i drugiego stopnia, w Polsce istnieją również uniwersytety które zapewniają szczegółową edukację w temacie pielęgniarstwa transkulturowego/ wielokulturowego (np. w Szczecinie, Krakowie i Białymstoku), zazwyczaj dla studentów studiów drugiego stopnia (studia magisterskie) np. w Krakowie (na Uniwersytecie Jagiellońskim, Collegium Medicum) przedmiot ten nazywa się *komunikacja międzykulturowa* i jest realizowany w ramach 10 godzin wykładów i 10 godzin seminariów (20 godzin w całości). Również, rozwijają się studia podyplomowe na temat opieki transkulturowej. Obecnie Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, na Wydziale Nauk o Zdrowiu, wprowadził studia podyplomowe nt. Transkulturowość w interdyscyplinarnej opiece medycznej (2016). Jest to program jednoroczny z 110 godzinami nauki.

PRZYKŁADY POLSKICH PODRĘCZNIKÓW NA TEMAT PIELĘGNIARSTWA WIELOKULTUROWEGO:

- Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B., Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych (*Transcultural nursing. Textbook for medical studies*), PZWL Warszawa 2010;

- Kędziora-Kornatowska K., Krajewska-Kułak E., Wrońska I. (red.), Problemy wielokulturowości w medycynie (*Problems of multiculturalism in medicine*), PZWL Warszawa 2010;
- Krajewska-Kułak E. (red.), Pacjent INNY wyzwaniem opieki medycznej („Different/Other“ patient as a challenge for medical care), Silva Rerum, Poznań 2016;

REPUBLIKA CZESKA

Kurs „Pielęgniarstwo Transkulturowe” jest częścią programu nauki dla studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo ogólne jak również dla programu dla studentów pielęgniarstwa na studiach podyplomowych (na przykład: Intensywna opieka medyczna, Uniwersytet Masaryk w Brnie; kierunek Medyczny, Uniwersytet w Ostrawie, Republika Czeska).

Kształcenie w dziedzinie wielokulturowej opieki pielęgniarstwa jest również wprowadzone jako obowiązkowe dla specjalizacji Intensywna Opieka, ale tylko w części jako „Specyfika edukacji cudzoziemców” zawarta w podstawowym temacie „Edukacja”.

PRZYKŁAD DOBRYCH PRAKTYK:

PROGRAM NAUCZANIA DLA STUDIÓW LICENCJACKICH NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO OGÓLNE (<i>Wydział Pielęgniarstw i Położnictwa, Kierunek Medyczny, Uniwersytet w Ostrawie, Republika Czeska</i>)
Nazwa kursu: Pielęgniarstwo transkulturowe
Wymogi czasowe: 1 godzina wykładu /tydzień (10 godzin całościowo)
Adnotacja: Kurs jest częścią teoretycznych podstawy pielęgniarstwa. Zaznacza on z potrzebą podejścia międzykulturowego w opiece mając na uwadze indywidualne potrzeby ludzi, respektując ich prawo do własnych wartości kulturowych, wierzeń i przekonań.
Cele: Zrozumienie podstawowych terminów: etniczność, kultura, różnorodność kulturowa, opieka odpowiednia do kultury kraju pochodzenia pacjenta, etc.; Zrozumienie natury i znaczenia pielęgniarstwa transkulturowego; Zrozumienie potrzeby zapewnienia opieki dla poszczególnych pacjentów, rodzin i społeczności, zgodnej z ich pochodzeniem kulturowym,
Treści: 1. Pielęgniarstwo transkulturowe – charakterystyka, znaczenie, rozwój na świecie i w naszym kraju, podstawowa terminologia (etniczność, tożsamość etniczna, świadomość etniczna, naród, narodowość, mniejszość narodowa, rasa, rasizm, ksenofobia, kultura, akulturacja,

asymilacja, uprzedzenia, stereotypy).

2. Model Leininger – Opieka kulturowa i jej wykorzystanie w praktyce pielęgniarstwa.

3. Czołowe osobowości w pielęgniarstwie transkulturowym.

4. Model kulturowy Campinha Bacote.

5. Fachowa opieka nad pacjentem z innych kręgów kulturowych. Opieka zdrowotna w różnych kręgach kulturowych. Proces opieki pielęgniarstwa ze szczególnym naciskiem na wrażliwość kulturową.

6. Społeczeństwo wielokulturowe w Republice Czeskiej w kontekście opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa. Cudzoziemcy w Republice Czeskiej.

7. Zasady interakcji w klientami z różnych grup kulturowych i etnicznych. Specyfika komunikacji z klientem z innych kręgów kulturowych.

8. Opieka nad śmiertelnie chorymi w różnych kulturach.

9. Różnorodność religijna w społeczeństwie wielokulturowym.

10. Studium przypadku – przykłady praktyki klinicznej.

Metody nauczania: monologiczne (tłumaczenie, wykład); dialogowe (dyskusja, dialog, burza mózgów)

Wymagania dla studentów: 80% obecności na seminarium; egzamin pisemny (70% sukcesu)

LITERATURA NA TEMAT WIELOKULTUROWOŚCI /TRANSKULTUROWOŚCI W PIELĘGNIARSTWIE W CZECHACH:

- Ivanová, K., Špirudová, I., Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetrovatelství I. (Multicultural nursing I)*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. (Multicultural nursing for practice)*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- Ryšlinková, M. *Česká sestra v arabském světě: multikulturní ošetrovatelství v praxi. (Czech nurse in Arabian world: multicultural nursing in practice)*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 123 s. ISBN 978-80-247-2856-8.
- Špirudová, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II. (Multicultural nursing II)*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1213-X.
- Tóthová, V. et al. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. (Providing effective nursing care for vietnamese and chinese minority)*. Praha: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.
- Vrublová, Y. *Kultura a zdravotní péče. (Cultural and health care)* Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. ISBN 978-80-7464-086-5.
- Zeleníková, R., Vrublová, Y. *Transkulturní ošetrovatelství. (Transcultural nursing)*. In *Ošetrovatelství II. (Nursing II)*. PLEVOVÁ, I. et al. (ed.). 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
- Zeleníková, R. *Transkulturní ošetrovatelství. (Transcultural nursing)*. Ostrava, 2014. ISBN 978-80-7464-549-5.

SŁOWENIA

W Słowenii, istnieją osiem instytucji prowadzących edukację w zakresie pielęgniarstwa na poziomie wyższym. Siedem z nich zostało poproszonych o wysłanie swojego programu nauczania na temat pielęgniarstwa wielokulturowego - **odpowiedziało pięć z nich.**

I.

Przedmiot	SOCJOLOGIA ZDROWIA I CHOROBY
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot obowiązkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Kultura i kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej. • Transkulturowa opieka zdrowotna.
Przedmiot	JĘZYK OBCY – ANGIELSKI W OPIECE ZDROWOTNEJ
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot obowiązkowy
Treść (treść w systemie punktowym)	• Umiejętności porozumiewania się w środowisku zawodowym i interkulturowym • Komunikacja interpersonalna i interkulturowa w środowisku zawodowym.

II.

Przedmiot	ETYKA I FILOZOFIA W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ Z USTAWODAWSTWEM
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	przedmiot obowiązkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Przegląd podstaw fundamentalnych praw i wolności człowieka na szczeblu międzynarodowym i krajowym.

III.

Przedmiot	SOCJOLOGIA
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot obowiązkowy

Treść (w systemie punktowym)	• Podstawowe współczesne problemy społeczne: konflikt kulturowy problem wielokulturowości.
------------------------------	--

IV.

Przedmiot	SOCJOLOGIA ZDROWIA I CHOROBY I WIELOKULTUROWOŚĆ
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot obowiązkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Kultura, wielokulturowość i kompetencje wielokulturowe w opiece pielęgniarskiej • Uprzedzenia, stereotypy, piętno
Przedmiot	KOMPETENCJE WIELOKULTUROWE W OPIECE ZDROWOTNEJ
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot dodatkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Wstęp do wielokulturowości. • Stereotypy. • Różnorodność kulturowa. • Wskaźniki kompetencji wielokulturowych. • Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej (modele, teorie) i wielokulturowa opieka medyczna. • Komunikacja międzykulturowa. • Kultura i zdrowie.

V.

Przedmiot	SOCJOLOGIA
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot obowiązkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Zasadnicze problemy współczesnego społeczeństwa: konflikt kulturowy i problem wielokulturowości.

W oparciu o przegląd programów nauczania na pierwszym stopniu nauczania na kierunku Pielęgniarstwo, stwierdziliśmy, że większość wydziałów/uczelni zawiera treści dotyczące opieki wielokulturowej w przedmiotach z dziedziny socjologii, metod komunikacji i etyki. Nie istnieją żadne treści, które dotyczyłyby wielokulturowości w opiece medycznej na oddziałach intensywnej terapii. Tylko jedna uczelnia na Słowenii oferuje przedmiot dodatkowy z tej dziedziny.

Biorąc pod uwagę wytyczne dyrektywy europejskiej i wytyczne Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek – EFN (artykuł 31 skorygowanej dyrektywy 36 (A do H)/kompetencja B, G/CA.4: Komunikacja i praca zespołowa), stwierdzamy że treści związane z nabyciem kompetencji wielokulturowych podczas studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo nie są zawarte w stopniu zadawalającym, co oznacza że osiągnięcie kompetencji kulturowych zalecanych przez dyrektywę europejską w zawodzie pielęgniarek jest wątpliwe.

SZKOŁA PIELĘGNIARSKA W CELJE

przedmiot	ETYKA I FILOZOFIA W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	przedmiot obowiązkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Podstawowe zasady etyki (zasada sprawiedliwości). • Poszanowanie praw człowieka i różnorodności
Przedmiot	SOCJOLOGIA ZDROWIA I CHOROBY
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	przedmiot obowiązkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Jakość zdrowia i pojawienie się choroby jest analizowane poprzez nowe podejście teoretyczne mające na celu zrozumienie związku pomiędzy różnymi warunkami życia społeczeństwa, ryzyka społeczno – ekonomicznego, nierówności społecznych i ogólnego stanu zdrowia pojedynczych przypadków czy też grup w postmodernistycznym społeczeństwie. Zwracamy uwagę na problem zdrowia i nierówności społecznej. Związek pomiędzy utrzymaniem dobrego zdrowia a pytaniem o

	nierówność społeczną należy do typowych pytań z którymi boryka się socjologia.
Przedmiot	METODY KOMUNIKACJI W OPIECE PIĘLĘGNIARSKIEJ
Rodzaj przedmiotu (obowiązkowy/dodatkowy)	Przedmiot dodatkowy
Treść (w systemie punktowym)	• Komunikacja międzykulturowa (charakterystyka komunikacji międzykulturowej, różnice międzykulturowe, uprzedzenia, stereotypy, rola komunikacji międzykulturowej w pielęgniarstwie).

CZĘŚĆ III:

1. ANALIZA SYSTEMU INTENSYWNEJ OPIEKI PIĘLĘGNIARSKIEJ W PAŃSTWACH BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROJEKCIE

POLSKA

Według przepisów prawnych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego odnoszących się do standardów kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. 2012 poz. 631), podczas przynajmniej trzech lat nauki na studiach licencjackich pierwszego stopnia w instytucjach zajmujących się wyższą edukacją studenci pielęgniarstwa uczą się podstaw anestezjologii i opieki nad pacjentami z chorobami zagrażającymi życiu. Studenci uczą się tego w ramach przedmiotu: *„Anestezjologia i pielęgniarstwo w warunkach zagrażających życiu”*. W ramach programu studenci uczestniczą w wykładach, seminariach i praktykach na oddziale anestezjologii, jak też intensywnej opieki pod opieką nauczycieli akademickich. Wykłady z przedmiotu *„Anestezjologia i pielęgniarstwo w warunkach zagrażających życiu”* jest zazwyczaj oceniany w sumie na 4-5 ECTS (Europejski System Transferu Punktów). Po ukończeniu trwającej trzy lata edukacji studenci otrzymują dyplom pielęgniarki ogólnej. W czasie drugiego etapu edukacji (studia magisterskie) studenci uczestniczą w zajęciach nazwanych *„Intensywna terapia i intensywna opieka pielęgniarstwa”*, podczas których to uczą się o konkretnych, wyspecjalizowanych aspektach intensywnej opieki pielęgniarstwa

(intensywna opieka pielęgniarska w neurochirurgii, kardiochirurgii i kardiologii). Studenci uczestniczą w 50 godzinach zajęć edukacyjnych i otrzymują 4-5 ECTS. Po ukończeniu studiów drugiego stopnia z dziedziny pielęgniarstwa studenci otrzymują dyplom ukończenia studiów magisterskich (pielęgniarstwo ogólne).

Studia podyplomowe z zakresu pielęgniarstwa w Polsce

Pielęgniarki są zobowiązane przez Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 lipca 2011 do ciągłego rozwoju zawodowego.

Formy kształcenia zawodowego dla pielęgniarek w Polsce (na etapie studiów podyplomowych):

- (1) Specjalizacyjne szkolenie pielęgniarskie (2 lata). Celem specjalizacji jest nabycie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa, lub z każdej innej dziedziny powiązanej z opieką zdrowotną, jak również otrzymanie dyplomu z tytułem specjalisty z tej dziedziny. Po ukończeniu specjalizacji i zdaniu egzaminów państwowych, pielęgniarki i położne otrzymują tytuł specjalisty z dziedziny pielęgniarstwa lub w dziedzinie spokrewnionej z opieką zdrowotną.
- (2) Kursy kwalifikacyjne (6 miesięcy). Celem kursów kwalifikacyjnych jest zdobycie przez pielęgniarki i położne wiedzy i umiejętności, koniecznych do zapewnienia konkretnej opieki zdrowotnej, z dziedziny pielęgniarstwa, położnictwa lub każdej innej dziedziny spokrewnionej z opieką zdrowotną.
- (3) Kursy specjalistyczne (minimalnie 4 tygodnie). Celem tych kursów jest zdobycie przez pielęgniarki i położne wiedzy i umiejętności koniecznych do wykonywania konkretnych czynności zawodowych podczas leczenia pielęgniarstwowego, prewencyjnego, diagnostycznego lub rehabilitacji.
- (4) Dodatkowe szkolenia. Celem dodatkowych kursów jest szkolenie i aktualizacja wiedzy i umiejętności fachowej przez pielęgniarki i położne.

Według przepisów prawnych Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 roku na liście dziedzin pielęgniarstwa i dyscyplin dających się zakwalifikować do opieki zdrowotnej i w obrębie których szkolenie specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne mogą być przeprowadzone, specjalizacyjne szkolenie dla pielęgniarek może zostać przeprowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezjologia i intensywna opieka pielęgniarska; 2) pielęgniarstwo chirurgiczne;
- 3) pielęgniarstwo geriatryczne; 4) pielęgniarstwo zachowawcze; 5) pielęgniarstwo onkologiczne;
- 6) pielęgniarstwo operacyjne; 7) długoterminowa opieka pielęgniarska;
- 8) opieka paliatywna; 9) pielęgniarstwo pediatryczne; 10) pielęgniarstwo psychiatryczne;
- 11) pielęgniarstwo ratunkowe; 12) pielęgniarstwo rodzinne; 13) pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących.

Położne mogą uczestniczyć w szkoleniach specjalizacyjnych z następujących dziedzin pielęgniarstwa: 1) pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze; 2) pielęgniarstwo rodzinne.

Szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych mogą być przeprowadzane z następujących dziedzin pielęgniarstwa: 1) pielęgniarstwo epidemiologiczne; 2) pielęgniarstwo neonatologiczne.

Dodatkowo, pielęgniarki mogą uczestniczyć w kursach kwalifikacyjnych z 21 dziedzin pielęgniarstwa.

Programy szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych w Polsce mają charakter kursów państwowych więc muszą być zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia i przygotowane przez ekspertów w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie (<http://ckppip.edu.pl/>)

Jeśli chodzi o kwalifikacje pielęgniarek OIT, w Polsce prowadzone są dwa rodzaje szkoleń podyplomowych dla pielęgniarek, które pracują i chcą specjalizować się w anestezjologii i intensywnej opiece pielęgniarstwie.

Są to szkolenia niestacjonarne zorganizowane przez uniwersytety i instytucje edukacyjne (nie szpitale) i autoryzowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Polsce. Również program każdego szkolenia, jego wynik edukacyjny, umiejętności i kompetencje społeczne są szczegółowo zdefiniowane i zaakceptowane przez Centrum. Kursy są przeprowadzane na podstawie regulacji prawnych na temat edukacji podyplomowej pielęgniarek i położnych Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 września 2016 (Dz.U. 2016 poz.1761). Z zakresu anestezjologii i intensywnej opieki pielęgniarstwie organizowane są kursy kwalifikacyjne, które trwają do 6 miesięcy. Organizuje się również szkolenie specjalizacyjne dla pielęgniarek (specjalizacja), która trwa około 2 lat. Teoria - 220 godzin, praktyka 630 godzin w wyspecjalizowanych oddziałach intensywnej opieki i anestezjologii. Po ukończeniu kursu i zdaniu egzaminu państwowego pielęgniarka uzyskuje tytuł specjalisty w anestezjologii i intensywnej opiece pielęgniarstwie. Szkolenia podyplomowe nie są oceniane w systemie ECTS. W Polsce Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece pielęgniarstwie traktowane jest jako dziedzina pielęgniarstwa. W Polsce jest 288 395 zarejestrowanych pielęgniarek (NRPiP, 2017), a 5394 pielęgniarek posiada specjalizację w anestezjologii i intensywnej opiece pielęgniarstwie (CKPPiP, 2016).

Pielęgniarki pracujące w OIT w Polsce zrzeszone są w Polskim Towarzystwie Pielęgniarek Anestezjologicznych Intensywnej Opieki (**PTPAiIO**), które jest koordynatorem tego projektu.

REPUBLIKA CZESKA

Republika Czeska liczy 10 546 120 mieszkańców. Ogólna liczba pielęgniarek to 101 131. Całkowita liczba pielęgniarek OIT w Republice Czeskiej nie jest dokładnie znana. Oficjalne dane nie są dostępne.

Czeskie stowarzyszenie pielęgniarek jest organizacją zawodową, profesjonalną, społeczną, niedochodową i apolityczną, posiadającą podmiotowość prawną. Jest to największa zawodowa organizacja zrzeszająca pielęgniarki i innych pracowników służby zdrowia w Republice Czeskiej. Jest ona otwarta dla wszystkich pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia pracujących w opiece zdrowotnej, opiece społecznej, edukacji i sektorze prywatnym, bez względu na ich narodowość czy też religię. Działalności Czeskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek można podzielić na "sekcje" (grupy reprezentujące różne dziedziny pielęgniarstwa jak też innych specjalistów) i "rejony" (grupy pracowników służby zdrowia z podziałem na rejony geograficzne). Jedną z sekcji jest Sekcja Anestezjologiczna Resuscytacji i Intensywnej Opieki. Sekcja ta zrzesza 328 pielęgniarek (dane z 8 kwietnia 2015), ale nie wszystkie pielęgniarki OIT są członkami sekcji, ponieważ członkostwo jest dobrowolne.

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek OIT:

W Republice Czeskiej możemy rozróżnić trzy typy Pielęgniarek OIT

Dla pielęgniarstwa ogólnego:

1. Intensywna opieka
2. Intensywna opieka w pediatrii

Dla położnictwa:

3. Intensywna opieka w Położnictwie

Optymalna długość kształcenia w intensywnej opiece to 18-24 miesięcy. Program kształcenia zawiera 560 godzin teorii i praktyki.

SŁOWENIA

Słowenia nie posiada oficjalnego programu nauczania wyłącznie dla pielęgniarek OIT. Stanowisko to może zająć każda pielęgniarka dyplomowana, która jest zaznajomiona ze specyfiką pracy przez mentora. Na początku, pielęgniarka dyplomowana uczy się podstawowych metod pracy na oddziale intensywnej terapii, a następnie dalej rozwija swoje umiejętności. Zaznajomienie się z pracą przy pomocy mentora nie jest ograniczone czasowo; długość szkolenia zależy od indywidualnych potrzeb. Zasady szkolenia są zgodne ze standardami pielęgniarstwa, które nie są podyktowane przez państwo.

W Słowenii, oddziały intensywnej opieki są zlokalizowane w każdym szpitalu i zatrudnione są tam pielęgniarki dyplomowane. Niektórzy pracownicy posiadają jedynie wykształcenie średnie; są to pielęgniarki które są tam zatrudnione od więcej niż 20 lat.

Pielęgniarki OIT są zrzeszone w zawodowej grupie pielęgniarek i techników medycznych anestezjologii i intensywnej terapii, która działa w ramach krajowego stowarzyszenia pielęgniarek – Słoweńskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije) – Słoweńskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych i Techników Medycznych (Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov

Slovenije). Stowarzyszenie jest organizacją zawodową, pozarządową i niedochodową działająca na terenie Słowenii, która skupia w swoich szeregach 15 000 członków – pielęgniarek, położnych i techników medycznych. Jest ona łącznikiem pomiędzy jedenastoma oddziałami regionalnymi, w obrębie których działa trzydzieści grup specjalistów. Grupy te rozpatrują sprawy związane z ich wąską specjalizacją pielęgniarstwa i położnictwa, organizują profesjonalne szkolenia, rozwijają zalecenia i wytyczne, poświęcają się sprawom społecznym, które są ważne dla rozwoju tej dziedziny.

CZĘŚĆ IV:

1. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Celem badania była analiza potrzeb edukacyjnych i kompetencji pielęgniarek OIT w zakresie wielokulturowej opieki pielęgniarstwa w obrębie oddziałów intensywnej opieki medycznej na terenie krajów europejskich. Dodatkowo, w oparciu o przeprowadzoną analizę, przygotowanie rekomendacji dla szkolenia internetowego z zakresu pielęgniarstwa międzykulturowego w OIT.

1.1 ANALIZA PIŚMIENICTWA NA TEMAT PIELĘGNIARSTWA WIELOKULTUROWEGO W OIT W POLSCE, CZECHACH I SŁOWENII

Przegląd literatury przeprowadzony został w celu odpowiedzi na pytania:

- (1) Jaki jest poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT w Polsce, Republice Czeskiej i Słowenii?
- (2) Jakie są potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w Polsce, Słowenii i Republice Czeskiej odnośnie opieki wielokulturowej?

W celu identyfikacji badań według uzgodnionych wcześniej kryteriów włączenia do analizy (tabela 1) przeszukano elektroniczne bazy danych oraz bazy czasopism pielęgniarstwa w krajach takich jak Polska, Słowenia i Republika Czeska.

TABELA 1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I WŁĄCZENIA DO ANALIZY

KRYTERIA WŁĄCZENIA:	KRYTERIA WYKLUCZENIA:
- publikowane w latach 2007-2016 (ostatnie 10 lat) - rodzaj publikacji: prace przeglądowe, systematyczny przegląd piśmiennictwa, metanaliza lub badania empiryczne opublikowane w punktowanych czasopismach naukowych - język publikacji PL, SL, CZ i angielski - badania prowadzone w obszarze PL, SL, CZ. - pełny tekst publikacji - zgodność z kombinacją słów kluczowych: Kompetencja kulturowa # pielęgniarstwo # Pielęgniarki OIT #Polska #Słowenia # Republika Czeska; # potrzeby edukacyjne # pielęgniarstwo wielokulturowe # Intensywna opieka # wrażliwość kulturowa # kształcenie wielokulturowe # pielęgniarstwo # pielęgniarstwo międzykulturowe # edukacja # pielęgniarstwo OIT	- artykuły opublikowane przed rokiem 2007 - rodzaje publikacji inne aniżeli: prace przeglądowe, systematyczne przeglądy piśmiennictwa, metanalizy lub badania empiryczne opublikowane w punktowanych czasopismach naukowych - język publikacji inny niż PL, SL, CZ lub angielski - badania przeprowadzone w innym obszarze niż PL, SL, CZ - brak pełnego tekstu publikacji - artykuły niezgodne z kombinacją słów kluczowych: Kompetencja kulturowa # pielęgniarstwo # Pielęgniarki OIT #Polska #Słowenia # Republika Czeska; # potrzeby edukacyjne # pielęgniarstwo wielokulturowe # Intensywna opieka # wrażliwość kulturowa # kształcenie wielokulturowe # pielęgniarstwo # pielęgniarstwo międzykulturowe # edukacja # pielęgniarstwo OIT

POLSKA

Systematyczny przegląd piśmiennictwa naukowego opublikowanego w języku polskim i angielskim został przeprowadzony według schematu PRISMA, stosując strategię przeszukiwania elektronicznych baz danych oraz przeszukiwanie ręczne baz czasopism naukowych.

TABELA 2. STRATEGIA WYSZUKIWANIA PIŚMIENNICTWA W POLSCE

ROZPOZNANIE	Dokumentacja zidentyfikowana poprzez wyszukiwanie w bazie danych (w oparciu o słowa kluczowe i dostępny tekst) (n =142)	Dokumentacja zidentyfikowana przez ręczne wyszukiwanie w bazie danych czasopism (56 czasopism internetowych w oparciu o tytuły prac (2007-2016 lub dostępne) (n=21)
	Dokumentacja po usunięciu duplikatów (n= 159)	
SPRAWDZANIE	Dokumentacja sprawdzona (n=159)	Dokumentacja odrzucona (n=139)

UZGADNIANIE	Pełne teksty artykułów zweryfikowane pod kątem kryteriów włączenia (n = 20)	Pełne teksty artykułów odrzucone, z podaniem powodów (n = 12)
WŁĄCZENIE	Badania zaakceptowane do analizy jakościowej (n = 8)	

Analiza tematyczna została wykonana niezależnie przez dwóch badaczy, po której nastąpił proces uzgodnienia i połączenia rezultatów. Proces badawczy i analiza artykułów wybranych według ustalonych kryteriów pokazuje, że w Polsce nie ma badań odnoszących się do kompetencji kulturowych i potrzeb edukacyjnych pielęgniarek OIT.

Jednakże, wyszukiwanie przy użyciu kombinacji słów kluczowych pomogło odnaleźć 8 artykułów, które dotyczą różnych aspektów kompetencji kulturowych i wrażliwości międzykulturowej pielęgniarek pracujących w różnych obszarach opieki zdrowotnej, również oddziałów intensywnej terapii, i te artykuły zostały ostatecznie zakwalifikowane do analizy jakościowej. Trzy z tych artykułów to prace teoretyczne opisujące analizowaną tematykę w oparciu o literaturę przedmiotu, zaś pięć z nich to prace oryginalne pokazujące wyniki badań empirycznych realizowanych wśród pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa.

TABELA 3. PRACE ZAKWALIFIKOWANE DO ANALIZY JAKOŚCIOWEJ

NO	PIERWSZY AUTOR	TYTUŁ PUBLIKACJI	ROK PUBLIKACJI	CEL BADANIA	METODA BADAWCZA, NARZĘDZIE BADAWCZE
1	Majda A., et al.	Wrażliwość międzykulturowa w opiece zdrowotnej. <i>Intercultural sensitivity in the nursing care</i>	2011	zaznajomienie pielęgniarek z terminem wrażliwości międzykulturowej podczas opieki nad pacjentami	Analiza literatury i wykorzystanie modelu wrażliwości według Milтона Bennetta
2	Szkup-Jabłońska M., et al.	Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia. <i>Cultural competence assessment among health care workers</i>	2013	ocena kompetencji kulturowych pośród pracowników służby zdrowia	Badanie pośród 200 pracowników służby zdrowia; Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych

3	Ogórek-Tęcza B., et al.	Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. <i>The effects of empathy level on the perception of relationship: a nurse and a patient from a different cultural area</i>	2012	Ocena wpływu poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego.	Badanie pośród 167 pielęgniarek; Skala empatii emocjonalnej według A. Mehrabian and N. Epstein rozwinięta przez Rembowski
4	Zalewska-Puchała J. & Majda A.	Wrażliwość międzykulturowa w opiece położniczej. <i>Intercultural sensitivity in midwifery care</i>	2012	Rozwinięcie wrażliwości na różnice kulturowe, które mogą mieć kluczowe znaczenie dla zapewnienia opieki zdrowotnej pacjentom z innych regionów kulturowych. Przedstawienie własnej koncepcji autorów na temat kulturowej zgodności opieki medycznej	Analiza literatury
5	Majda A. et al.	Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. <i>Attitudes of the students of nursing toward people of different cultures.</i>	2013	Ustalenie opinii i wiedzy studentów pielęgniarstwa w kwestii stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji ludzi pochodzących z innych kręgów kulturowych	Badanie pośród 100 studentów pielęgniarstwa; Kwestionariusz i test wiedzy stworzony przez autorów
6	Majda A., et al.	Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. <i>Attitudes of the students of nursing toward people of different cultures</i>	2013	Celem badania było zapoznanie się z podejściem studentów pielęgniarstwa do ludzi pochodzących z innych kręgów kulturowych	Badanie pośród 100 studentów pielęgniarstwa; Kwestionariusz autorów i skala Bogardusa
7	Mroczkowska A.	Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej. <i>The cultural difference as a new challenge in the practice of nurse and midwife</i>	2013	Analiza potrzeby rozwoju w pielęgniarstwie wielokulturowym	Artykuł przeglądowy

8	Zdziebło K. et al.	Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. <i>Intercultural competences in nursing</i>	2014	Celem badania było zrozumienie opinii pielęgniarek na temat potrzeby rozwinięcia kompetencji kulturowych w pracy z pacjentem.	Badanie pośród 106 pielęgniarek Kwestionariusz stworzony przez autorów
---	--------------------	---	------	---	---

Analiza tematyczna wykonana przez dwóch badaczy zakończyła się wyróżnieniem 4 głównych kategorii:

- (1) *Doświadczenie w kontakcie z pacjentami z innych kręgów kulturowych,*
- (2) *Postawy w stosunku do pacjentów z innych kręgów kulturowych,*
- (3) *Konsekwencje braku wiedzy o różnych kulturach,*
- (4) *Oczekiwania w odniesieniu do rozwoju kompetencji międzykulturowych:*
 - (a) *potrzeba wrażliwości kulturowej i empatii etnokulturowej,*
 - (b) *rozwój wiedzy i umiejętności niezbędnych w wielokulturowej opiece pielęgniarstwie.*

WNIOSKI: Analiza literatury polskiej na temat kompetencji kulturowej pielęgniarek OIT i ich potrzeb edukacyjnych w tej dziedzinie pokazuje, że nie istnieją badania bezpośrednio związane z tym tematem, w związku z tym trudno jest odpowiedzieć na główne pytanie badawcze.

Jednakże, na podstawie artykułów zakwalifikowanych do analizy, które odnoszą się do kompetencji kulturowych pielęgniarek reprezentujących różne dziedziny pielęgniarstwa i do ich potrzeb edukacyjnych w kwestii opieki wielokulturowej, możemy wskazać braki w wiedzy, umiejętnościach i postawach, które dotyczą również pielęgniarek OIT. Przede wszystkim, pielęgniarki w Polsce nie czują się przygotowane do kompetentnej opieki nad pacjentami reprezentującymi inne kręgi kulturowe, z którymi mają coraz częstszy kontakt w swojej praktyce. W związku z tym istnieje pilna potrzeba zwiększenia stanu wiedzy, umiejętności i kształtowania postaw w zakresie wielokulturowej profesjonalnej opieki pielęgniarstwie.

REPUBLIKA CZESKA

Przeszukanie bazy PubMed dostarczyło pewnych źródeł; jednakże, ich treść nie była istotna dla tematu badań. Natomiast w rezultacie przeszukania bazy Science Direct znaleziono jeden artykuł (Hladik, Jadama, 2016), ale tematem badania kompetencji kulturowych byli wyłącznie studenci kierunków nauk o zdrowiu w Republice Czeskiej. W związku z tym, że nie znaleziono żadnych wyników w języku angielskim, sprawdzono krajową bazę danych w Czechach oraz przeszukano bazę Google Scholar.

W wyniku wyszukiwania Medivik znaleziono jeden artykuł (Straková, Scholtzová, 2012). Celem tego badania było porównanie wiedzy ogólnej pielęgniarek na temat pielęgniarstwa wielokulturowego w Czechach i Słowacji oraz opisanie barier w opiece nad pacjentami innymi pod względem narodowym i etnicznym. Najczęstszymi barierami w zapewnieniu opieki pielęgniarstwa pacjentom z mniejszości narodowych/etnicznych były bariery komunikacyjne, inne typy zachowania i inne tradycje/przyzwyczajenia (Straková, Scholtzová, 2012). W badaniu tym sprawdzono jedynie wiedzę na temat opieki wielokulturowej, ale nie kompetencje i potrzeby edukacyjne. Na podstawie zaprezentowanych barier w zapewnieniu opieki pielęgniarstwa pacjentom z różnych kręgów kulturowych możemy jedynie wysuwać hipotetyczne tezy na temat potrzeb edukacyjnych takich jak komunikacja, tradycje różnych kultur, szczególne zachowania w innych kulturach.

Poza wyszukanyimi publikacjami, istnieją prace licencjackie na temat opieki wielokulturowej, w szczególności analizujące poziom wiedzy pielęgniarek na temat wybranych aspektów transkulturowej opieki pielęgniarstwa. W pracach tych wykorzystano kwestionariusze, które nie były standaryzowane. Badania prowadzono w grupie pielęgniarek pracujących w różnych obszarach pielęgniarstwa (nie tylko pielęgniarki OIT). Jakość metodologiczna tych prac jest niska. Wiarygodność i rzetelność wykorzystanych kwestionariuszy jest nieznana.

Podczas przeszukiwania bazy Google Scholar odnaleziono jedną pracę licencjacką studenta na temat wielokulturowej opieki w OIT. Praca zawierała analizę pracy pielęgniarstwa na oddziale intensywnej opieki. Głównym celem pracy była analiza wiedzy pielęgniarek na temat różnic w opiece pielęgniarstwa nad umierającymi pacjentami pochodzącymi z innych kręgów kulturowych lub też wyznających inną religię. Pielęgniarki oszacowały swoją wiedzę na ten temat jako niewystarczającą. Według pielęgniarek nie ma wystarczającej ilości dostępnych materiałów informacyjnych na ten temat (Sprateková, 2012). Jakość metodologiczna tej pracy była niska.

Jeśli chodzi o literaturę na temat opieki pielęgniarstwa w OIT w Republice Czeskiej istnieją pewne braki. W wyniku analizy literatury na temat transkulturowej / wielokulturowej opieki można stwierdzić że istnieje ograniczona liczba prac na ten temat, albo prace te skupiają się na innych aspektach niż poziom kompetencji kulturowych czy też potrzeby edukacyjne – na przykład na problemie hospitalizowania członków mniejszości ukraińskiej w szpitalach w Republice Czeskiej (Hudáčková, Brabcová, 2011) czy użycie piktogramu w zapewnieniu opieki pielęgniarstwa dla kobiet ze społeczności wietnamskiej (Chrásková, Šimůnková, 2009).

Brakuje recenzowanych prac na temat wielokulturowej opieki pielęgniarstwa na oddziałach intensywnej terapii. Poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT w Republice Czeskiej nie został jeszcze zbadany, brak jest bowiem prac na ten temat. Na podstawie przeprowadzonej analizy można wyciągnąć wniosek, że zapotrzebowanie na przeprowadzenie badań empirycznych na temat kompetencji kulturowych i potrzeb edukacyjnych w zakresie wielokulturowej opieki pielęgniarstwa w OIT w Republice Czeskiej jest duże.

TABELA 4. PODSUMOWANIE BADAŃ ZAWARTYCH W ANALIZIE

NO	PIERWSZY AUTOR	TYTUŁ PUBLIKACJI	ROK PUBLIKACJI	CEL BADANIA	METODA BADANIA, NARZĘDZIE BADAWCZE,
1	Hladik, Jadama	<i>Wielokulturowe kompetencje studentów zawodów polegających na pomocy innym: porównanie międzykulturowe pomiędzy Europą a Afryką</i>	2016	Stwierdzenie poziomu kompetencji międzykulturowych studentów zawodów polegających na pomocy innym w Czechach i Gambii; stwierdzenie potencjalnych różnic w komponentach międzykulturowych pomiędzy tymi dwoma grupami.	Badanie pośród 516 studentów zawodów polegających na pomocy innym Skala Wielokulturowych Kompetencji Studentów Zawodów Polegających na Pomocy Innym (MCSHPS)
2	Straková, Scholtzová	Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. <i>Wiedza pielęgniarki ogólnej na temat opieki nad pacjentem z innego kraju i innej etniczności</i>	2012	Porównanie wiedzy ogólnej pielęgniarek w Czechach i na Słowacji w temacie wielokulturowego pielęgniarstwa i opisanie barier w opiece nad pacjentami z innego kraju lub pacjenta odmiennego etnicznie	Ankieta Kwestionariusz stworzony przez autorów
3	Sprateková	Multikulturní aspekty péče o umírající. <i>Aspekty opieki wielokulturowej nad umierającymi pacjentami</i>	2012	Stwierdzenie jak pielęgniarki zostały poinformowane o różnicach w opiece pielęgniarskiej nad umierającymi pacjentami z krajów kulturowo lub religijnie innych	Ankieta Kwestionariusz stworzony przez autorów
4	Hudáčková, Brabcová	Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. <i>Problem hospitalizacji członków ukraińskiej mniejszości narodowej w szpitalach na terenie Republiki Czeskiej</i>	2011	Ustalenia w sprawie najczęstszego typu ubezpieczenia mniejszości ukraińskiej, pozostającej legalnie na terenie Republiki Czeskiej. Odwzorowanie doświadczeń mniejszości ukraińskiej związanych z hospitalizacją, ze szczególnym uwzględnieniem preferencji opiekuna i zrozumienie dostarczonych informacji. Odwzorowanie opinii migrantów w sprawie jakości opieki	Wywiady kwestionariusz stworzony przez autorów

5	Chrásková, Šimůnková	Využití piktogramů při poskytování ošetrovatelské péče ženám vietnamské komunity. <i>Użycie piktogramów w z opiece pielęgniarskiej kobiet z społeczności wietnamskiej</i>	2009	Stworzenie piktogramów i wprowadzenie ich do użytku przez położne, w szczególności na oddziałach położniczych w formie broszury	Ankieta Kwestionariusz stworzony przez autorów
---	-------------------------	--	------	---	---

SŁOWENIA

Biorąc pod uwagę kryteria sprecyzowane w projekcie dotyczące włączenia do analizy zbadano trzy czasopisma: Obzornik zdravstvene nege (Slovenian Nursing Review), wydawany przez Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek; Revija za zdravstvene vede (Magazyn o Naukach Medycznych) wydawany przez Wydział Nauk Medycznych w Novo mesto (Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto) i Zdravstveno varstvo (Słoweński Magazyn o Zdrowiu), wydawany przez Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego Słowenii (Nacionalni inštitut za javno zdravje). Stwierdzono, że w żadnym z tych pism nie został opublikowany artykuł dotyczący wielokulturowego pielęgniarstwa w OIT. Znalaziono jeden artykuł na temat kompetencji kulturowych (Kompetencje Kulturowe Pielęgniarek i Położnych (2013), który ma charakter zawodowy, i jeden artykuł o charakterze naukowym, który odnosi się do wielokulturowości w połączeniu z opieką pedagogiczną w edukacji wyższej (Opieka pedagogiczna nad zagranicznymi studentami pielęgniarstwa: studium przypadku, 2016).

Treść obu artykułów została zaprezentowana w streszczeniach prac:

Kompetencje kulturowe pielęgniarek i położnych, I. Loredan, M. Prosen (2013)

STRESZCZENIE

W czasach globalnej migracji, bardzo ważne jest aby pielęgniarki i położne posiadały adekwatną wiedzę na temat różnych kultur, która umożliwi im zapewnienie efektywnej i kompetentnej kulturowo opieki pielęgniarskiej i położniczej. Pielęgniarki i położne muszą być w stanie rozpoznać różnice kulturowe, wartości i ich znaczenie dla pacjenta, jego rodziny i szerszej społeczności. Obserwacje te stanowią podstawę do podejmowania decyzji i zachowania integralności kulturowej podczas zapewniania opieki pielęgniarskiej i położniczej. Kompetencja kulturowa jest zdefiniowana jako proces mający na celu osiągnięcie umiejętności efektywnej interakcji z ludźmi różnymi kulturowo zgodnie z kontekstem kulturowym i pochodzeniem pacjenta. Model kompetencji kulturowych według Campinha-Bacote jest najczęściej używanym modelem kompetencji kulturowych w codziennym zapewnieniu opieki zdrowotnej. Model ten jest zdefiniowany jako dynamicznie trwający proces, który obejmuje integrację świadomości kulturowej, wiedzy kulturowej, umiejętności kulturowych, zderzenie kulturowe i pragnienia kulturowe.

Wszystkie pięć czynników tworzą wspólnie kompetencje kulturowe. Kompetencje kulturowe stanowią element integralny w eliminowaniu rozbieżności w opiece zdrowotnej.

Słowa kluczowe: *kultura, kompetencje kulturowe, pielęgniarstwo, położnictwo, rozbieżności w opiece zdrowotnej*

Opieka pedagogiczna nad zagranicznymi studentami pielęgniarstwa: studium przypadku,
Simona Hvalič Touzery, M. Smodiš, S. Kaldender Smajlović (2016)

STRESZCZENIE

Wstęp: Wielokulturowość, globalizacja i internacjonalizm stanowią nieunikniony czynnik rozwoju, który ma wpływ na edukację wyższą jak również na pracę w środowisku klinicznym. Wcześniejsze badania zwracają uwagę na fakt, że mentorzy kliniczni nie posiadają kompetencji wielokulturowych. Celem tego badania było sprawdzenie doświadczenia w opiece pedagogicznej mentorów klinicznych i nauczycieli akademickich.

Metody: Podejście jakościowe zostało wybrane do sprawdzenia doświadczenia mentorów klinicznych i nauczycieli akademickich w kwestii opieki pedagogicznej nad zagranicznymi studentami pielęgniarstwa w jednej z instytucji zajmujących się edukacją wyższą. Dane zostały zebrane w styczniu 2014, przy użyciu techniki wywiadu grupowego i kwestionariusza półstrukturalnego jako narzędzia badawczego. Grupa badana składała się z sześciu mentorów klinicznych i nauczycieli akademickich. Wywiady zostały transkrybowane i poddane analizie według ogólnej metody indukcyjnej.

Wyniki: Odpowiedzi zostały ułożone według kategorii i podzielone na 5 głównych tematów: świadomość kulturowa, wiedza na temat różnic kulturowych, umiejętności kulturowych, powiązania międzynarodowe i chęć edukacji w kwestii świadomości kulturowej. Kategorie te ukazują doświadczenia respondentów w temacie wielokulturowości, charakterystykę opieki pedagogicznej nad studentami międzynarodowymi, chęć zaznajomienia się z innymi kulturami i bariery językowe. Kompetencja kulturowa ma pozytywny wpływ na jakość opieki pielęgniarskiej, zwiększenie motywacji do uzyskania nowej wiedzy i wywołuje pozytywne podejście do internacjonalizmu i szkolenia praktycznego.

Omówienie i podsumowanie: Osoby pytane zgodziły się, że obustronne poszanowanie różnych kultur jest ważne. Wyrazili oni chęć lepszego zrozumienia różnic kulturowych. Mentorzy nie potrzebowali żadnego specjalnego szkolenia, aby przejąć opiekę nad zagranicznymi studentami. Bariery językowe i obawy stopniowo zmniejszały się. Wyniki badania wpłyną na zrozumienie specyficznego po względem kulturowym doradztwa zagranicznym studentom pielęgniarstwa, które powinno być dostosowane do wartości kulturowych, wierzeń i tradycji.

Słowa kluczowe: *wielokulturowość; szkolenia praktyczne studentów międzynarodowych, internacjonalizm w szkolnictwie wyższym;*

Kompetencje kulturowe pielęgniarek dyplomowanych B. Filej, BM Kaučič, K. Breznik, T. Razlag Kolar (2016)

STRESZCZENIE

Wstęp: Żyjemy w społeczeństwie, które składa się z ludzi o różnych poglądach, przyzwyczajeniach, tradycjach i doświadczeniu. Jesteśmy częścią społeczeństwa wielokulturowego. Różnice pomiędzy ludźmi są wielowarstwowe, również w podejściu do tematu zdrowia i choroby. Aby pielęgniarka dyplomowana mogła zapewnić dobrej jakości i bezpieczną opiekę pielęgniarską musi posiadać kompetencje kulturowe. Celem tego badania było określenie poziomu kompetencji kulturowych pielęgniarek dyplomowanych.

Metodologia: Przeprowadzono nieeksperymentalne badanie ilościowe. W celu określenia stopnia kompetencji kulturowych pielęgniarek dyplomowanych użyto ujednoliconego kwestionariusza Narzędzie Samooceny Kompetencji Kulturowych.

Wyniki: W badaniu uczestniczyło 102 respondentów, średnio z 21 letnim doświadczeniem zawodowym i przeciętnie w wieku 41,93. 62 respondentów posiadało wykształcenie wyższe, 11 to absolwenci uniwersytetu i 19 posiadało studia podyplomowe. 72,5% pielęgniarek dyplomowanych biorących udział w badaniu posiada dobrą wiedzę na temat różnorodności wielu grup etnicznych i można je zdefiniować jako kompetentne kulturowo. Stwierdzono również, że wiek, płeć, doświadczenie zawodowe i wykształcenie statystycznie rzecz biorąc nie ma wielkiego wpływu na kompetencje kulturowe pielęgniarek dyplomowanych.

Omówienie: Badanie pokazało, że pielęgniarki dyplomowane posiadają wysoki stopień kompetencji kulturowych. W porównaniu z poprzednim badaniem, nasze rezultaty są stosunkowo zaskakujące i mogą również być rezultatem stosunkowo wysokiego postrzegania własnych kompetencji kulturowych. Rezultaty te będą z pewnością służyć jako baza do dalszych badań w tej dziedzinie.

Słowa kluczowe: wielokulturowość, kompetencje kulturowe, pielęgniarka dyplomowa, opieka zdrowotna

1.2 ANALIZA KOMPETENCJI KULTUROWYCH ORAZ POTRZEB EDUKACYJNYCH PIELĘGNIAREK W ZAKRESIE MIĘDZYKULTUROWEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OIT – WYNIKI BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Pytania badawcze

- (1) Jaki jest poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT w Polsce, Słowenii, Republice Czeskiej i innych państwach członkowskich EfCCNa?
- (2) Jakie są potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w Polsce, Słowenii, Republice Czeskiej i w innych państwach członkowskich EfCCNa w zakresie opieki wielokulturowej?

(3) Jak kompetencje kulturowe, potrzeby edukacyjne i kraj pochodzenia pielęgniarek ICU korelują ze sobą?

Badania przekrojowe wśród pielęgniarek OIT prowadzono w okresie kwiecień – maj 2017. Badania prowadzono z wykorzystaniem kwestionariuszy online oraz metoda tradycyjną z wykorzystaniem kwestionariuszy w wersji papierowej.

Uczestnicy badania

598 pielęgniarek pracujących w OIT w krajach europejskich takich jak Polska, Słowenia, Republika Czeska oraz w innych państwach członkowskich EfCCNa.

Kryteria włączenia do badania:

- Pielęgniarki intensywnej terapii
- Świadoma zgoda na udział w badaniu

Kryteria wykluczenia:

- Pielęgniarki pracujące w środowisku OIT jako pielęgniarki anestezjologiczne
- Brak zgody na udział w badaniu

Narzędzia badawcze

Kwestionariusz ankiety, który składał się z 76 pytań, podzielony na 3 części:

- Narzędzie badające kompetencje kulturowe pielęgniarek OIT: Skala Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego (HPCCI) który został opisany w: Schwarz JL, Witte R, Sellers SL, Luzadis RA, Weiner JL, Doming-Snyder E, Page JE., Development and psychometric assessment of the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organisation, Provision, and Financing*. 2015; 1-8. DOI: 10.1177/0046958015583696 / Autorzy wyrazili zgodę na wykorzystanie narzędzia badawczego.
- Narzędzie oceniające potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej na oddziałach intensywnej terapii (kwestionariusz stworzony przez grupę projektową po dokonaniu przeglądu literatury).
- Część tzw. metryczkowa

Kwestionariusz został przygotowany w języku angielskim, następnie przetłumaczono go na języki krajów biorących udział w projekcie (PL, SL, CZ), a następnie dokonano adaptacji kulturowej narzędzia w tych krajach.

Gromadzenie danych

Kwestionariusz online w 4 językach (PL, SL, CZ i angielski) został przygotowany na platformie administratora projektu a link do niego został wysłany do partnerów: PL, SL, CZ i EfCCNa.

KWESTIE ETYCZNE

Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Etyczną Uniwersytetu Rzeszowskiego, Polska – numer decyzji 4/4/2017 z 6 kwietnia 2017.

Respondenci otrzymali pełną informację na temat celu badania i procesie zbierania danych – informacje na temat celu badania i jego przebiegu zostały przedstawione we wstępie to narzędzia badawczego. Każdy uczestnik był zapewniony o anonimowości i poufności zebranych danych i poinformowany o prawie do dobrowolnego wycofania się z badania w każdej chwili. Wypełnienie ankiety online rozumie się jako wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu.

WYNIKI:

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych pielęgniarek

598 (100% przebadanych pielęgniarek) pielęgniarek OIT uczestniczyło w badaniu. Narodowość i pochodzenie etniczne badanych pielęgniarek była różnorodna. W celu dokonania analizy statystycznej podzielono je na 4 główne grupy: 155 pielęgniarek (25.92%) z Polski, 218 pielęgniarek (36.45%) z Republiki Czeskiej, 97 pielęgniarek (16.22%) ze Słowenii i 128 pielęgniarek (21.40%) z innych krajów na świecie, różnych narodowości: Szwecja, Polska, Izrael, Finlandia, Dania i wiele innych, reprezentujących 20 różnych krajów (dalej opisanych jako jedna grupa: grupa pielęgniarek zróżnicowana narodowościowo).

Średni wiek badanych pielęgniarek wynosił 39.41. W przypadku pielęgniarek czeskich - 37.58 (± 9.22 SD); w przypadku pielęgniarek reprezentujących różne kraje na świecie - 45.11 (± 11.36 SD); w przypadku polskich pielęgniarek - 37.88 (± 10.8 SD) i w przypadku pielęgniarek słoweńskich - 38,5 (± 11.07 SD).

Większość z badanych pielęgniarek to kobiety (522; 87.3%): w przypadku pielęgniarek czeskich 204 (93.6%); w przypadku pielęgniarek reprezentujących różne kraje na świecie: 114 (89.1%), w przypadku polskich pielęgniarek - 133 (85.8%) i w przypadku Słowenii - 71 (73.2%) (Tabela 5).

Tabela 5. PŁEĆ PIELĘGNIAREK BIORĄCYCH UDZIAŁ W BADANIU

Płeć	Pielęgniarki czeskie		Pielęgniarki różnych narodowości		Pielęgniarki polskie		Pielęgniarki słoweńskie		Suma całkowita	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobiety	204	93.6	114	89.1	133	85.8	71	73.2	522	87.3
Mężczyźni	14	6.4	14	10.9	22	14.2	26	26.8	76	12.7
Suma całkowita	218	100.0	128	100.0	155	100.0	97	100.0	598	100.0

Pośród tych osób, które wskazały swoją przynależność religijną (493; 82.4%), **większość** to:

- W przypadku pielęgniarek czeskich: katolicy (81; 54.7%) i ateści (63; 42.6%);
- W przypadku pielęgniarek z grupy o różnych narodowościach: katolicy (39; 39.8%), ateści (28; 28.6%), i Żydzi (15; 15.3%);
- W przypadku polskich pielęgniarek: katolicy (133; 97.1%);
- W przypadku słoweńskich pielęgniarek: katolicy (71; 87.7%) i ateści (10; 12.3%).

Pośród tych respondentów, którzy określili swoją edukację zawodową (492; 82.3%) **większość** to:

- W przypadku pielęgniarek czeskich: pielęgniarki ze specjalizacją (76; 36%) i pielęgniarki dyplomowane (52; 24.6%);
- W przypadku pielęgniarek różnej narodowości: pielęgniarki z tytułem licencjata w pielęgniarstwie (44; 34.6%) i pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa (39; 30.7%);
- W przypadku polskich pielęgniarek: pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa (73; 47.1%) i pielęgniarki z tytułem licencjata w pielęgniarstwie (45; 29%);
- W przypadku pielęgniarek ze Słowenii: pielęgniarki dyplomowane (70; 72.2%), opiekun (np. osób starszych) (19; 19.6%).

Średnia długość doświadczenia zawodowego pielęgniarek wynosiła 16.99 lat. W przypadku pielęgniarek czeskich: 16,65 ($\pm$ 9,65 SD); w grupa pielęgniarek zróżnicowanej narodowościowo: 20,58 ($\pm$ 10,81 SD); pośród polskich pielęgniarek: 15,13 ($\pm$ 10,09 SD) i pośród pielęgniarek ze Słowenii: 15,9 ($\pm$ 9,82 SD). Najdłuższe doświadczenie w zawodzie posiadały pielęgniarki reprezentujące różne kraje świata a najkrótsze Polki.

TABELA 6. ŚREDNIE DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI (W LATACH)

Kraj	Wyniki							
	n	$\bar{x}$	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Pielęgniarki czeskie	217	16.65	16.00	1.00	42.00	8.00	24.00	9.65
Pielęgniarki o różnej narodowości	128	20.58	19.00	1.00	45.00	12.00	28.00	10.81
Pielęgniarki polskie	152	15.13	12.00	1.00	38.00	7.00	23.00	10.09
Pielęgniarki słoweńskie	92	15.90	15.00	1.00	39.00	9.00	22.00	9.82

Średnia długość doświadczenia w zawodzie pielęgniarki OIT to 13.84 lat: pośród pielęgniarek czeskich: 12.98 ($\pm$ 8,91 SD); pośród pielęgniarek z grupy zróżnicowanej narodowościowo: 15.94 ($\pm$ 10.39 SD), pośród polskich pielęgniarek - 12.98 ($\pm$ 9.35 SD) i pośród pielęgniarek ze Słowenii 14.42 ($\pm$ 10.17 SD). Najdłuższe doświadczenie jako pielęgniarki OIT posiadały pielęgniarki reprezentujące różne kraje świata, najkrótsze Polki.

TABELA 7. ŚREDNIE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE JAKO PIEŁĘGNIARKA OIT

Państwo	Rezultaty							
	n	$\bar{x}$	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Pielęgniarki czeskie	213	12.98	12.00	1.00	41.00	5.00	20.00	8.91
Pielęgniarki różnych narodowości	124	15.94	14.00	1.00	44.00	8.00	23.50	10.39
Pielęgniarki polskie	149	12.98	10.00	1.00	38.00	5.00	20.00	9.35
Pielęgniarki słoweńskie	91	14.42	14.00	1.00	39.00	6.00	21.00	10.17

Częstotliwość podróży zagranicznych różniła się statystycznie pośród 4 grup ($p < 0.001$). Pielęgniarki z grupy zróżnicowanej narodowo podróżowały najczęściej (39.7% regularnie i 36.7% często). Pośród pielęgniarek ze Słowenii 40.2% podróżowało często i 42.3% rzadko. Pielęgniarki z Czech i Polski podróżowały za granicę rzadko (odpowiednio 45.4% i 45.2%).

TABELA 8. CZY KIEDYKOLWIEK ODWIEDZIŁEŚ INNE KRAJE?

Częstotliwość podróży zagranicznych	CZ		Różne narodowości		PL		SL		Suma całkowita	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Regularnie	27	12.4	38	39.7	8	5.2	8	8.3	81	13.6
Bardzo często	29	13.3	28	21.9	20	12.9	6	6.2	83	13.9
Często	55	25.2	47	36.7	38	24.5	39	40.2	179	29.9
Rzadko	99	45.4	15	11.7	70	45.2	41	42.3	225	37.6
Nigdy	8	3.7	0	0.0	19	12.3	3	3.1	30	5.0
Suma całkowita	218	100.0	128	100.0	155	100.0	97	100.0	598	100.0
χ^2 - test	$\chi^2(12)=106.97 \ p<0.001$									

119 pielęgniarek czeskich (54.8%), 110 pielęgniarek różnych narodowości (89.4%), 95 polskich pielęgniarek (61.3%) i 80 pielęgniarek ze Słowenii (86.2%) przyznało, że posiada umiejętność posługiwania się językami obcymi.

TABELA 9. CZY POSŁUGUJES SIĘ JĘZYKIEM OBCYM?

Umiejętność posługiwania się językiem obcym	CZ		Różne narodowości		PL		SL		Suma całkowita	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	119	54.8	110	89.4	95	61.3	80	86.2	404	68.7
Nie	98	45.2	13	10.6	60	38.7	13	14.0	184	31.3
Suma całkowita	217	100.0	123	100.0	155	100.0	93	100.0	588	100.0

38 pielęgniarek czeskich (17.5%), 24 pielęgniarek różnych narodowości (19.2%), 7 polskich pielęgniarek (4.5%) i 2 pielęgniarki ze Słowenii (2.1%) wzięło udział w szkoleniach na temat pielęgniarstwa wielokulturowego.

TABELA 10. CZY BRAŁEŚ UDZIAŁ W SZKOLENIACH NA TEMAT PIELĘGNIARSTWA WIELOKULTUROWEGO?

Uczestnictwo w szkoleniach na temat pielęgniarstwa wielokulturowego	CZ		Różne narodowości		PL		SL		Suma	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	38	17.5	24	19.2	7	4.5	2	2.1	71	12.0
Nie	179	82.5	101	80.8	148	95.5	94	97.9	522	88.0
Suma	217	100.0	125	100.0	155	100.0	96	100.0	593	100.0

Poziom kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT w Polsce, Słowenii, Republice Czeskiej i innych państwach członkowskich EfCCNa

W tej części przedstawiono rezultaty analizy materiału zebranego przy użyciu Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego (HPCCI) (49 pytań podzielonych na 5 sekcji)

1. Świadomość i wrażliwość w odniesieniu do kompetencji kulturowych

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Pochodzenie etniczne jest najważniejszym czynnikiem określającym przynależność kulturową człowieka** to pielęgniarki polskie (3.9), następnie słoweńskie (2.94), czeskie (2.7) i pielęgniarki różnych narodowości (1.34). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Pielęgniarki polskie najczęściej wskazywały na odpowiedź „zgadzam się” (33.6%), pielęgniarki czeskie i słoweńskie „raczej się zgadzam”: (odpowiednio 23.1% i 29.9%); i pielęgniarki reprezentujące różne narodowości “nie zgadzam się” (39.1%).

TABELA 11. POCHODZENIE ETNICZNE JEST NAJWAŻNIEJSZYM CZYNNIKIEM OKREŚLAJĄCYM PRZYNALEŻNOŚĆ KULTUROWĄ CZŁOWIEKA

Q1	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	216	2.70	3.00	4	50 23.1%	0.00	6.00	1.60
Różne narodowości	128	1.34	1.00	1	50 39.1%	0.00	6.00	1.48
PL	152	3.90	4.00	5	51 33.6%	0.00	6.00	1.65

SL	97	2.94	3.00	4	29 29.9%	0.00	6.00	1.69
----	----	------	------	---	-------------	------	------	------

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Osoby pochodzące z tego samego kręgu kulturowego myślą i działają podobnie** to pielęgniarki słoweńskie (3.91), następnie czeskie (3.88), polskie (3.75) i pielęgniarki różnych narodowości (2.49). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej odpowiadały *“raczej się zgadzam”* (43.1% pielęgniarki czeskie, 30.5% pielęgniarki reprezentujące różne kraje na świecie, 26.7% pielęgniarki polskie i 42.3% słoweńskie).

TABELA 12. OSOBY POCHODZĄCE Z TEGO SAMEGO KRĘGU KULTUROWEGO MYŚLĄ I DZIAŁAJĄ PODOBNI

Q2	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	3.88	4.00	4	94 43.1%	0.00	6.00	1.28
Różne narodowości	128	2.49	2.00	4	39 30.5%	0,00	6.00	1.76
PL	150	3.75	4.00	4	40 26.7%	0.00	6.00	1.54
SL	97	3.91	4.00	4	41 42.3%	0.00	6.00	1.37

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Wiele aspektów kulturowości wpływa na zdrowie i opiekę zdrowotną** to pielęgniarki różnych narodowości (4.73), następnie Polacy (4.6), Czesi (4.45) i pielęgniarki ze Słowenii (4.37). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej odpowiadały: *“zgadzam się”* (46.8% pielęgniarki czeskie, 43% pielęgniarki reprezentujące różne narodowości, 33.8% Polki i 46.4% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 13. WIELE ASPEKTÓW KULTUROWOŚCI WPŁYWA NA ZDROWIE I OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Q3	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	4.45	5.00	5	102 46.8%	0.00	6.00	1.18

Różne narodowości	128	4.73	5.00	5	55 43.0%	0.00	6.00	1.18
PL	151	4.60	5.00	5	51 33.8%	1.00	6.00	1.17
SL	97	4.37	5.00	5	45 46.4%	0.00	6.00	1.26

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Aspekty różnorodności kulturowej powinny być oceniane dla każdej pojedynczej osoby, grupy i organizacji** to pielęgniarki o różnej narodowości (4.6), następnie Polki (4.51), pielęgniarki ze Słowenii (4.25) i pielęgniarki czeskie (3.52). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Pielęgniarki różnej narodowości, pielęgniarki polskie i ze Słowenii najczęściej odpowiedziały „*zgadzam się*” (odpowiednio 42.9%, 46.5% i 40.9%). Pielęgniarki czeskie w większości odpowiedziały: „*raczej się zgadzam*” – 27.6%.

TABELA 14. ASPEKTY RÓŻNORODNOŚCI KULTUROWEJ POWINNY BYĆ OCENIANE DLA KAŻDEJ POJEDYNCZEJ OSOBY, GRUPY I ORGANIZACJI

Q4	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	3.52	4.00	4	60 27.6%	0.00	6.00	1.57
Różne narodowości	126	4.60	5.00	5	54 42.9%	0.00	6.00	1.36
PL	142	4.51	5.00	5	66 46.5%	0.00	6.00	1.20
SL	93	4.25	5.00	5	38 40.9%	1.00	6.00	1.43

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Jeśli mam wiedzę na temat kręgu kulturowego, z którego pochodzi dana osoba, nie muszę już oceniać jej osobistych preferencji dotyczących opieki zdrowotnej** to pielęgniarki różnych narodowości (0.98), następnie pielęgniarki czeskie (1.49), pielęgniarki ze Słowenii (1.62) i pielęgniarki polskie (2.01). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej wskazały na odpowiedź „*nie zgadzam się*” (50% pielęgniarki czeskie,

35.8% pielęgniarki polskie, 45.8% pielęgniarki ze Słowenii) lub: „zdecydowanie się nie zgadzam” (43.3% pielęgniarek różnych narodowości).

TABELA 15. JEŚLI MAM WIEDZĘ NA TEMAT KRĘGU KULTUROWEGO, Z KTÓREGO POCHODZI DANA OSOBA, NIE MUSZĘ JUŻ OCENIAĆ JEJ OSOBISTYCH PREFERENCJI DOTYCZĄCYCH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Q5	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	214	1.49	1.00	1	107 50.0%	0.00	6.00	1.21
Różne narodowości	127	0.89	1.00	0	55 43.3%	0.00	6.00	1.22
PL	151	2.01	2.00	1	54 35,8%	0.00	6.00	1.49
SL	96	1.62	1.00	1	44 45.8%	0.00	5.00	1.45

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili ze stwierdzeniem: **Duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych** to pielęgniarki różnej narodowości (5.07), następnie pielęgniarki z Polski (4.89), pielęgniarki z Czech (4.68) i pielęgniarki ze Słowenii (4.34). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Pielęgniarki z Czech, pielęgniarki różnej narodowości i pielęgniarki ze Słowenii głównie wskazały na odpowiedź „zgadzam się” (odpowiednio 42.1%, 49.2% i 95.5%). Pielęgniarki polskie głównie wskazały na odpowiedź: „zdecydowanie zgadzam się” (41.1%).

TABELA 16. DUCHOWOŚĆ I PRZEKONANIA RELIGIJNE SĄ WAŻNE DLA WIELU GRUP KULTUROWYCH

Q6	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	216	4.68	5.00	5	91 42.1%	1.00	6.00	1.00
Różne narodowości	128	5.07	5.00	5	63 49.2%	0.00	6.00	0.97
PL	151	4.89	5.00	6	62 41.1%	0.00	6.00	1.40
SL	97	4.34	5.00	5	48 49.5%	1.00	6.00	1.31

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgadzali się ze stwierdzeniem: **Człowiek może identyfikować się z więcej niż jedną grupą kulturową** to pielęgniarki o różnej narodowości (5.03), następnie pielęgniarki polskie (4.18), pielęgniarki z Czech (3.84) i pielęgniarki ze Słowenii (3.84). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej wskazały na odpowiedź: *“zgadzam się”* (31.9% pielęgniarki czeskie, 63.2% pielęgniarki różnych narodowości i 43.8% Polki) i odpowiedź: *“raczej się zgadzam”* (33.3% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 17. CZŁOWIEK MOŻE IDENTYFIKOWAĆ SIĘ Z WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ GRUPĄ KULTUROWĄ.

Q7	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	210	3.84	4.00	5	67 31.9%	1.00	6.00	1.25
Różne narodowości	125	5.03	5.00	5	79 63.2%	2.00	6.00	0.76
PL	144	4.18	5.00	5	63 43.8%	0.00	6.00	1.33
SL	96	3.82	4.00	4	32 33.3%	0.00	6.00	1.56

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy w większości nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Bariery językowe są jedynymi trudnościami dla osób, które niedawno imigrowały do Polski/Czech/Słowenii ...** to pielęgniarki czeskie (1.2), następnie pielęgniarki różnych narodowości (1.21), pielęgniarki ze Słowenii (2.05) i pielęgniarki polskie (2.39). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“nie zgadzam się”* (46.8% pielęgniarki czeskie, 47.7% pielęgniarki różnych narodowości, 43.3% pielęgniarki ze Słowenii) lub odpowiedź: *“raczej się nie zgadzam”* – 27.3% pielęgniarki polskie.

TABELA 18. BARIERY JĘZYKOWE SĄ JEDYNYMI TRUDNOŚCIAMI DLA OSÓB, KTÓRE NIEDAWNO IMIGROWAŁY DO POLSKI/CZECH/SŁOWENII ...

Q8	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	216	1.20	1.00	1	101 46.8%	0.00	6.00	1.21
Różne narodowości	128	1.21	1.00	1	61	0.00	6.00	1.25

					47.7%			
PL	150	2.39	2.00	2	41 27.3%	0.00	6.00	1.82
SL	97	2.05	1.00	1	42 43.3%	0.00	6.00	1.79

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy w większości zgodzili się ze stwierdzeniem: **Rozumiem, że ludzie z różnych kręgów kulturowych mogą definiować pojęcie "opieka zdrowotna", w różny sposób** to pielęgniarki różnej narodowości (5.28), następnie pielęgniarki czeskie (4.72), Polki (4.66) i pielęgniarki ze Słowenii (4.45). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“zgadzam się”* (51.2% pielęgniarki czeskie, 55.5% pielęgniarki różnej narodowości, 48.3% pielęgniarki polskie, i 43.2% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 19. ROZUMIEM, ŻE LUDZIE Z RÓŻNYCH KRĘGÓW KULTUROWYCH MOGĄ DEFINIOWAĆ POJĘCIE "OPIEKA ZDROWOTNA", W RÓŻNY SPOSÓB.

Q9	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	4.72	5.00	5	111 51.2%	1.00	6.00	0.95
Różne narodowości	128	5.28	5.00	5	71 55,5%	3.00	6.00	0.63
PL	149	4.66	5.00	5	72 48.3%	0.00	6.00	1.04
SL	95	4.45	5.00	5	41 43.2%	1.00	6.00	1.24

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Myślę, że wiedza na temat różnych grup kulturowych pomaga mi w pracy z osobami, rodzinami, grupami i organizacjami** to pielęgniarki różnej narodowości (5.19) następnie pielęgniarki polskie (4.68), pielęgniarki ze Słowenii (4.50) i pielęgniarki czeskie (4.39). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“zgadzam się”* (36.7 pielęgniarki czeskie, 35.1% pielęgniarki polskie i 42.7%

pielęgniarki ze Słowenii). Pielęgniarki reprezentujące różne kraje w większości odpowiedziały: *“zdecydowanie się zgadzam”* (44.5%).

TABELA 20. MYŚLĘ, ŻE WIEDZA NA TEMAT RÓŻNYCH GRUP KULTUROWYCH POMAGA MI W PRACY Z OSOBAMI, RODZINAMI, GRUPAMI I ORGANIZACJAMI.

Q10	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	215	4.39	5.00	5	79 36.7%	0,00	6.00	1.18
Różne narodowości	128	5.19	5.00	6	57 44.5%	0,00	6.00	1.02
PL	148	4.68	5.00	5	52 35.1%	1,00	6.00	1.20
SL	96	4.50	5.00	5	41 42.7%	0.00	6.00	1.31

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Lubię pracować z ludźmi, którzy są kulturowo odmienni ode mnie** to pielęgniarki różnych narodowości (4.85), następnie pielęgniarki ze Słowenii (4.01), Polki (3.48) i pielęgniarki z Czech (2.76). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki o różnej narodowości oraz ze Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“zgadzam się”* (odpowiednio 36.8% i 35.1%). Podczas gdy pielęgniarki z Republiki Czeskiej i Polski w większości odpowiedziały: *“ani się zgadzam ani się nie zgadzam”* (odpowiednio 50.2% i 33.1%).

TABELA 21. LUBIĘ PRACOWAĆ Z LUDŹMI, KTÓRZY SĄ KULTUROWO ODMIENNI ODE MNIE.

Q11	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	213.0	2.76	3.00	3	107 50.2%	0.00	6.00	1.28
Różne narodowości	125.0	4.85	5.00	5	46 36.8%	0.00	6.00	1.18
PL	136.0	3.48	3.00	3	45 33.1%	0.00	6.00	1.49
SL	97.0	4.01	4.00	5	34 35.1%	0.00	6.00	1.28

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

2. Zachowania pielęgniarek w odniesieniu do kompetencji kulturowych

Respondenci, którzy najczęściej **uwzględniają kwestie kulturowości podczas oceny sytuacji pacjenta lub rodziny** to pielęgniarki polskie (3.47), następnie pielęgniarki różnych narodowości (3.36), pielęgniarki ze Słowenii (2.61) i pielęgniarki czeskie (2.37). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej i Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*czasami*” (odpowiednio 40.8% i 32.6%). Pielęgniarki różnych narodowości w większości odpowiedziały: „*dość często*” (22.8%), podczas gdy polskie pielęgniarki odpowiedziały: „*zawsze*” (20.9%).

TABELA 22. UWZGLĘDNIAM Kwestie KULTUROWOŚCI PODCZAS OCENY SYTUACJI PACJENTA LUB RODZINY.

Q12	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	201	2.37	2.00	2	82 40.8%	0.00	6.00	1.48
Różne narodowości	123	3.36	4.00	4	28 22.8%	0.00	6.00	1.67
PL	139	3.47	3.00	6	29 20.9%	0.00	6.00	1.79
SL	95	2.61	2.00	2	31 32.6%	0.00	6.00	1.69

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najrzadziej **podczas wykonywania pracy zawodowej poszukują informacji dotyczących potrzeb kulturowych moich nowych pacjentów i rodzin** to pielęgniarki czeskie (1.83), pielęgniarki ze Słowenii (1.86), Polki (2.64) i pielęgniarki różnych narodowości (2.91). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, różnych narodowości i z Polski najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*czasami*” (odpowiednio 54.2%, 37.6% i 24.5%). Podczas gdy pielęgniarki ze Słowenii w większości odpowiedziały: „*sporadycznie*” (28.1%).

TABELA 23. PODCZAS WYKONYWANIA PRACY ZAWODOWEJ POSZUKUJĘ INFORMACJI DOTYCZĄCYCH POTRZEB KULTUROWYCH MOICH NOWYCH PACJENTÓW I RODZIN.

Q13	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość	Min.	Max.	SD

					mody			
CZ	201	1.83	2.00	2	109 54.2%	0.00	6.00	1.29
Różne narodowości	125	2.91	2.00	2	47 37.6%	0.00	6.00	1.62
PL	143	2.64	2.00	2	35 24.5%	0.00	6.00	1.69
SL	96	1.86	2.00	1	27 28.1%	0.00	6.00	1.55

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najrzadziej **posiadali książki i inne dostępne materiały, które pomagają im w zdobyciu informacji o pacjentach i rodzinach pochodzących z różnych kultur** to pielęgniarki czeskie (1.26), następnie pielęgniarki ze Słowenii (1.36), pielęgniarki różnych narodowości (1.59) i Polki (1.95). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki różnych narodowości, polskie i ze Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“sporadycznie”* (odpowiednio 30.9%, 31.3% i 37%). Podczas gdy pielęgniarki czeskie w większości odpowiedziały: *“nigdy”* (45.2%).

TABELA 24. POSIADAM KSIĄŻKI I INNE DOSTĘPNE MATERIAŁY, KTÓRE POMAGAJĄ MI W ZDOBYCIU INFORMACJI O PACJENTACH I RODZINACH POCHODZĄCYCH Z RÓŻNYCH KULTUR.

Q14	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	197	1.26	1.00	0	89 45.2%	0.00	6.00	1.45
Różne narodowości	123	1.59	1.00	1	38 30.9%	0.00	6.00	1.65
PL	144	1.95	1.00	1	45 31.3%	0.00	6.00	1.60
SL	92	1.36	1.00	1	34 37.0%	0.00	6.00	1.49

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Pielęgniarki czeskie najrzadziej przyznawały się do **korzystania z różnych źródeł, aby poznać dziedzictwo kulturowe innych ludzi** (1.84), następne były pielęgniarki ze Słowenii (1.99), Polki (2.37) i pielęgniarki różnych narodowości (2.5). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z różnych krajów i z Polski najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“sporadycznie”* (odpowiednio 29.6% i 27.3%). Podczas

gdy pielęgniarki z Czech i Słowenii najczęściej odpowiedziały: „*czasami*” (odpowiednio 42.7% i 34.4%).

TABELA 25. KORZYSTAM Z RÓŻNYCH ŹRÓDEŁ, ABY POZNAĆ DZIEDZICTWO KULTUROWE INNYCH LUDZI.

Q15	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	213	1.84	2.00	2	91 42.7%	0.00	6.00	1.48
Różne narodowości	125	2.50	2.00	1	37 29.6%	0.00	6.00	1.72
PL	150	2.37	2.00	1	41 27.3%	0.00	6.00	1.46
SL	96	1.99	2.00	2	33 34.4%	0.00	6.00	1.52

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najrzadziej **prosilili pacjentów i ich rodziny o wyjaśnienie im tego jak oni sami postrzegają zdrowie i chorobę** to pielęgniarki czeskie (1.55), następnie pielęgniarki ze Słowenii (1.86), Polki (2.55) i pielęgniarki reprezentujące różne narodowości (3.1). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki różnych narodowości i z Polski najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*czasami*” (odpowiednio 27.8% i 30.1%). Podczas gdy pielęgniarki z Czech w większości odpowiedziały „*nigdy*” (35.3%), a ze Słowenii „*sporadycznie*” (33%).

TABELA 26. PROSZĘ PACJENTÓW I ICH RODZINY O WYJAŚNIENIE MI TEGO JAK ONI SAMI POSTRZEGAJĄ ZDROWIE I CHOROBE

Q16	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	207	1.55	2.00	0	73 35.3%	0.00	6.00	1.48
Różne narodowości	126	3.10	3.00	2	35 27.8%	0.00	6.00	1.83
PL	146	2.55	2.00	2	44 30.1%	0.00	6.00	1.54
SL	97	1.86	2.00	1	32 33.0%	0.00	6.00	1.53

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **prosilili pacjentów i ich rodziny, aby powiedzieli im o swoich oczekiwaniach co do opieki zdrowotnej** to pielęgniarki polskie (2.89), następnie pielęgniarki różnych narodowości (2.61), pielęgniarki ze Słowenii (2.42) i pielęgniarki czeskie (1.97). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki ze Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: *“sporadycznie”* (36.5%). Podczas gdy pielęgniarki czeskie, pielęgniarki o różnych narodowościach i Polacy najczęściej wskazywali na odpowiedź: *“czasami”* (odpowiednio 34%, 25% i 32.4%).

TABELA 27. PROSZĘ PACJENTÓW I ICH RODZINY, ABY POWIEDZIELI MI O SWOICH OCZEKIWANIACH CO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ.

Q17	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	212	1.97	2.00	2	72 34.0%	0.00	6.00	1.53
Różne narodowości	124	2.61	2.00	2	31 25.0%	0.00	6.00	1.80
PL	148	2.89	3.00	2	48 32.4%	0.00	6.00	1.51
SL	96	2.42	2.00	1	35 36.5%	0.00	6.00	1.71

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **unikają stosowania uogólnień, aby nie stereotypizować grup ludzi** to pielęgniarki różnych narodowości (4.5), następnie pielęgniarki ze Słowenii (3.92), Polki (3.52) i pielęgniarki czeskie (3.28). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Pielęgniarki różnych narodowości i ze Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: *„zawsze”* (odpowiednio 30.9% i 24%). Podczas gdy pielęgniarki czeskie w większości odpowiedziały: *“czasami”* (24.9%), a pielęgniarki polskie: *“często”* (22.3%).

TABELA 28. UNIKAM STOSOWANIA UOGÓLNIEN ABY NIE STEREOTYPIZOWAĆ GRUP LUDZI.

Q18	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	193	3.28	3.00	2	48 24.9%	0.00	6.00	1.75
Różne narodowości	123	4.50	5.00	6	38 30.9%	0.00	6.00	1.43
PL	148	3.52	3.00	3	33	0.00	6.00	1.66

					22.3%			
SL	96	3.92	4.00	6	23 24.0%	0.00	6.00	1.69

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **dostrzegają potencjalne trudności w procesie świadczenia usług, na które mogą napotykać osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych** to pielęgniarki różnych narodowości (3.78), następnie pielęgniarki czeskie (3.7), polskie (3.04) i pielęgniarki ze Słowenii (3.01). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej najczęściej wskazywały na odpowiedź: „często” (26.6%); pielęgniarki z różnych krajów w większości odpowiedziały: „bardzo często” (31.7%); pielęgniarki z Polski w większości odpowiedziały: „czasami” i „często” (26.9% - ten sam wynik dla obu odpowiedzi); podczas gdy pielęgniarki ze Słowenii odpowiedziały: „czasami” (32.2%).

TABELA 29.DOSTRZEGAM POTENCJALNE TRUDNOŚCI W PROCESIE ŚWIADCZENIA USŁUG, NA KTÓRE MOGĄ NAPOTYKAĆ OSOBY POCHODZĄCE Z INNYCH KRĘGÓW KULTUROWYCH

Q19	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	214	3.70	4.00	3	57 26.6%	1.00	6.00	1.26
Różne narodowości	120	3.78	4.00	5	38 31.7%	1.00	6.00	1.31
PL	145	3.04	3.00	2 i 3	39 26.9%	1.00	6.00	1.28
SL	90	3.01	3.00	2	29 32.2%	0.00	6.00	1.30

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **podejmowali działania w kierunku usuwania przeszkód, które mogą napotkać osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych, wtedy gdy je dostrzegą** to pielęgniarki różnych narodowości (4.07), następnie pielęgniarki czeskie (3.14), ze Słowenii (3.1) i Polski (2.82). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z różnych krajów najczęściej wskazywały na odpowiedź: „bardzo często” (30.8%). Podczas gdy pielęgniarki z Czech, Polski i Słowenii w większości odpowiedziały: „czasami” (odpowiednio 34%, 31.9% i 29.9%).

TABELA 30. DZIAŁAM W KIERUNKU USUWANIA PRZESZKÓD, KTÓRE MOGĄ NAPOTKAĆ OSOBY POCHODZĄCE Z INNYCH KRĘGÓW KULTUROWYCH, WTEDY GDY JE DOSTRZĘGĘ.

Q20	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	203	3.14	3.00	2	69 34.0%	0.00	6.00	1.63
Różne narodowości	120	4.07	4.00	5	37 30.8%	1.00	6.00	1.31
PL	144	2.82	3.00	2	46 31.9%	0.00	6.00	1.39
SL	87	3.10	3.00	2	26 29.9%	0.00	6.00	1.53

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **usuwać przeszkody napotkane przez pacjentów i rodziny z innych kręgów kulturowych, wtedy gdy mi je zgłoszą** to pielęgniarki różnych narodowości (3.93), następnie pielęgniarki ze Słowenii (3.47), Czech (3.46) i Polski (3.16). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki różnych narodowości najczęściej wskazywały na odpowiedź: „bardzo często” (25.8%); pielęgniarki z Polski Słowenii najczęściej odpowiadały: “często” (odpowiednio 28.3% i 34.4%); podczas gdy pielęgniarki czeskie najczęściej odpowiadały: „czasami” (28.1%).

TABELA 31. USUWAM PRZESZKODY NAPOTKANE PRZEZ PACJENTÓW I RODZINY Z INNYCH KRĘGÓW KULTUROWYCH, WTEDY GDY MI JE ZGŁOSZĄ.

Q21	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	203	3.46	3.00	2	57 28.1%	0.00	6.00	1.69
Różne narodowości	120	3.93	4.00	5	31 25.8%	1.00	6.00	1.48
PL	145	3.16	3.00	3	41 28.3%	0.00	6.00	1.44
SL	90	3.47	3.00	3	31 34.4%	0.00	6.00	1.59

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Pielęgniarki, które najczęściej **były otwarte na informacje zwrotne od pacjentów i ich rodzin na temat tego, jak odnoszą się do osób pochodzących z odmiennych kultur** to te ze Słowenii (4.48), następnie pielęgniarki różnych narodowości (4.31), pielęgniarki polskie (3.79) i pielęgniarki czeskie (3.59). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Słowenii i różnych narodowości najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zawsze” (odpowiednio 29.6%, 43.8% i 37.9%). Pielęgniarki polskie najczęściej odpowiedziały: „często” (33.3%).

TABELA 32. JESTEM OTWARTA/Y/ NA INFORMACJE ZWROTNE OD PACJENTÓW I ICH RODZIN NA TEMAT TEGO, JAK ODNOSZĘ SIĘ DO OSÓB POCHODZĄCYCH Z ODMIENNYCH KULTUR.

Q22	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	199	3.59	3.00	6	59 29.6%	0.00	6.00	1.96
Różne narodowości	124	4.31	5.00	6	47 37.9%	0.00	6.00	1.75
PL	147	3.79	3.00	3	49 33.3%	0.00	6.00	1.61
SL	96	4.48	5.00	6	42 43.8%	1.00	6.00	1.55

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowieź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **byli otwarci na informacje zwrotne od współpracowników na temat tego, jak odnoszę się do osób pochodzących z odmiennych kultur** to pielęgniarki ze Słowenii (4.4), następnie pielęgniarki różnych narodowości (4.32), pielęgniarki polskie (3.88) i czeskie (3.69). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Słowenii i różnych narodowości najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zawsze” (odpowiednio 29.3%, 44.7% i 38.1%). Podczas gdy pielęgniarki polskie najczęściej odpowiedziały „często” (26.2%).

TABELA 33. JESTEM OTWARTA/Y/ NA INFORMACJE ZWROTNE OD WSPÓŁPRACOWNIKÓW NA TEMAT TEGO, JAK ODNOSZĘ SIĘ DO OSÓB POCHODZĄCYCH Z ODMIENNYCH KULTUR.

Q23	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	205	3.69	3.00	6	60	0.00	6.00	1.89

					29.3%			
Różne narodowości	126	4.32	5.00	6	48 38.1%	0.00	6.00	1.76
PL	145	3.88	4.00	3	38 26.2%	1.00	6.00	1.52
SL	94	4.40	4.00	6	42 44.7%	1.00	6.00	1.60

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **znajdują sposoby, aby dostosować swoją opiekę do preferencji ich pacjentów i ich rodzin** to pielęgniarki różnych narodowości (3.98), następnie pielęgniarki ze Słowenii (3.59), Polski (3.59) i Czech (3.27). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Polski i Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „często” (odpowiednio 24% i 28.4%). Podczas gdy pielęgniarki czeskie najczęściej odpowiadały „czasami” (28.6%), a pielęgniarki różnych narodowości najczęściej odpowiadały: „bardzo często” (32.5%).

TABELA 34. ZNAJDUJĘ SPOSOBY, ABY DOSTOSOWAĆ SWOJĄ OPIEKĘ DO PREFERENCJI MOICH PACJENTÓW I ICH RODZIN.

Q24	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	210	3.27	3.00	2	60 28.6%	0.00	6.00	1.67
Różne narodowości	126	3.98	4.00	5	41 32.5%	0.00	6.00	1.49
PL	146	3.53	3.00	3	35 24.0%	0.00	6.00	1.51
SL	95	3.59	3.00	3	27 28.4%	1.00	6.00	1.55

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **dokumentują przeprowadzoną ocenę uwarunkowań kulturowych w opiece nad pacjentem** to pielęgniarki różnych narodowości (2.58), następnie pielęgniarki polskie (2.37), pielęgniarki ze Słowenii (1.62) i Czech (0.33). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Polski i Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „nigdy” (odpowiednio 86.8%, 20.8% i 35.1%). Podczas gdy pielęgniarki różnych narodowości najczęściej wskazały na odpowiedź: „czasami” (26%).

TABELA 35. DOKUMENTUJĘ PRZEPROWADZONĄ OCENĘ UWARUNKOWAŃ KULTUROWYCH W OPIECE NAD PACJENTEM.

Q25	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	205	0.33	0.00	0	178 86.8%	0.00	6.00	0.98
Różne narodowości	123	2.58	2.00	2	32 26.0%	0.00	6.00	1.94
PL	144	2.37	2.00	0	30 20.8%	0.00	6.00	1.94
SL	94	1.62	1.00	0	33 35.1%	0.00	6.00	1.86

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **dokumentowali modyfikacje świadczonych usług, poczynione wspólnie z pacjentami i ich rodzinami** to pielęgniarki różnych narodowości (3.1), następnie pielęgniarki polskie (2.51), pielęgniarki czeskie (2.16) i pielęgniarki ze Słowenii (2.13). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*nigdy*” (38.7%); pielęgniarki polskie najczęściej odpowiadały: „*czasami*” (21.4%); pielęgniarki różnych narodowości w większości odpowiadały: „*sporadycznie*” i „*czasami*” (18.3% dla obu odpowiedzi); a pielęgniarki ze Słowenii najczęściej odpowiadały: „*sporadycznie*” (29.8%).

TABELA 36. DOKUMENTUJĘ MODYFIKACJE ŚWIADCZONYCH USŁUG, POCZYNIŁE WSPÓLNIE Z PACJENTAMI I ICH RODZINAMI.

Q26	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	204	2.16	2.00	0	79 38.7%	0.00	6.00	2.24
Różne narodowości	120	3.10	3.00	1 i 2	22 18.3%	0.00	6.00	1.98
PL	140	2.51	2.00	2	30 21.4%	0.00	6.00	1.88
SL	94	2.13	1.00	1	28 29.8%	0.00	6.00	1.93

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **uczyli się od swoich współpracowników na temat ludzi z różnym dziedzictwem kulturowym** to pielęgniarki różnych narodowości (3.8), następnie pielęgniarki polskie (2.75), ze Słowenii (2.38) i Czech (2.24). Wyniki ukazują średnią w siedmiopunktowej skali Likerta (0-6). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Polski i Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*czasami*” (odpowiednio 39.8%, 23.1% i 34%). Podczas gdy pielęgniarki różnych narodowości najczęściej odpowiedziały: „*bardzo często*” (26.8%).

TABELA 37. UCZĘ SIĘ OD MOICH WSPÓŁPRACOWNIKÓW NA TEMAT LUDZI Z RÓŻNYM DZIEDZICTWEM KULTUROWYM

Q27	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	201	2.24	2.00	2	80 39.8%	0.00	6.00	1.61
Różne narodowości	127	3.80	4.00	5	34 26.8%	0.00	6.00	1.51
PL	147	2.75	3.00	2	34 23.1%	0.00	6.00	1.75
SL	97	2.38	2.00	2	33 34.0%	0.00	6.00	1.39

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

3. Komunikacja, w której centrum jest pacjent

Respondenci, którzy najczęściej **dają pacjentowi i jego rodzinie możliwość wyboru przy podejmowaniu decyzji w przypadku wielu sposobów sprawowania opieki** to pielęgniarki różnych narodowości (2.89), następnie pielęgniarki czeskie (2.68), pielęgniarki polskie (2.57) i pielęgniarki ze Słowenii (2.24). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Polski i Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*często*” (odpowiednio 28.9%, 36.8% i 35.1%). Podczas gdy pielęgniarki różnych narodowości najczęściej odpowiedziały: „*czasami*” i „*często*” (29.7% dla obu odpowiedzi).

TABELA 38. GDY ISTNIEJE WIELE MOŻLIWYCH SPOSOBÓW SPRAWOWANIA OPIEKI, JAK CZĘSTO DAJESZ PACJENTOWI I JEJEGO RODZINIE MOŻLIWOŚĆ WYBORU PRZY PODEJMOWANIU DECYZJI?

Q28	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.68	3.00	3	63 28.9%	0,00	4.00	1,17

Różne narodowości	128	2.89	3.00	2 i 3	38 29.7%	0,00	4.00	1,07
PL	155	2.57	3.00	3	57 36.8%	0,00	4.00	1,12
SL	97	2.24	2.00	3	34 35.1%	0,00	4.00	1,04

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **podejmują starania, aby pacjent i jego rodzina mieli kontrolę nad opieką, gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki** to pielęgniarki różnych narodowości (2.72), następnie pielęgniarki polskie (2.55), czeskie (2.52) i ze Słowenii (1.74). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, pielęgniarki różnej narodowości i pielęgniarki ze Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*czasami*” (odpowiednio 33%, 28.9% i 29.9%). Podczas gdy pielęgniarki polskie najczęściej wskazały na odpowiedź: „*często*” (36.1%).

TABELA 39. GDY ISTNIEJE WIELE MOŻLIWYCH SPOSOBÓW SPRAWOWANIA OPIEKI, JAK CZĘSTO PODEJMUJESZ STARANIA, ABY PACJENT I JEGO RODZINA MIELI KONTROLĘ NAD OPIEKĄ?

Q29	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.52	2.00	2	72 33.0%	0.00	4.00	1.15
Różne narodowości	128	2.72	3.00	2	37 28.9%	0.00	4.00	1.16
PL	155	2.55	3.00	3	56 36.1%	0.00	4.00	1.05
SL	97	1.74	2.00	2	29 29.9%	0.00	4.00	1.24

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **proszą pacjentów i ich rodziny by wzięli odpowiedzialność za opiekę, gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki** to pielęgniarki z Republiki Czeskiej (2.29), następnie pielęgniarki różnych narodowości (2.23), pielęgniarki polskie (2.22) i pielęgniarki ze Słowenii(1.42). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, pielęgniarki różnych narodowości i pielęgniarki z Polski najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*czasami*” (odpowiednio 29.8%, 26.6%, 38.7%). Podczas gdy pielęgniarki ze Słowenii w większości odpowiedziały: „*nigdy*” i „*rzadko*” (27.8% dla obu odpowiedzi).

TABELA 40. GDY ISTNIEJE WIELE MOŻLIWYCH SPOSOBÓW SPRAWOWANIA OPIEKI, JAK CZĘSTO PROSISZ PACJENTA I JEGO RODZINĘ BY WZIĘLI ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA OPIEKĘ?

Q30	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.29	2.00	2	65 29.8%	0.00	4.00	1.31
Różne narodowości	128	2.23	2.00	2	34 26.6%	0.00	4.00	1.29
PL	155	2.22	2.00	2	60 38.7%	0.00	4.00	1.21
SL	97	1.42	1.00	0 i 1	27 27.8%	0.00	4.00	1.23

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

4. Orientacja praktyczna

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Dobrze rozumiem zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną** to pielęgniarki z Polski (2.65), następnie pielęgniarki różnych narodowości (2.64), pielęgniarki ze Słowenii (2.61) i z Czech (2.42). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*ani się zgadzam ani się nie zgadzam*” (45.4%); pielęgniarki z różnych krajów na świecie, pielęgniarki z Polski i Słowenii najczęściej odpowiedziały: „*zgadzam się*” (odpowiednio 53.1%, 63.2% i 45.2%).

TABELA 41. DOBRZE ROZUMIEM ZALEŻNOŚCI POMIĘDZY UWARUNKOWANIAMI SPOŁECZNO-KULTUROWYMI, ZDROWIEM A OPIEKĄ MEDYCZNĄ.

Q31	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	216	2.42	2.00	2	98 45.4%	0.00	4.00	0.74
Różne narodowości	128	2.64	3.00	3	68 53.1%	1.00	4.00	0.82
PL	155	2.65	3.00	3	98 63.2%	0.00	4.00	0.80
SL	93	2.61	3.00	3	42 45.2%	0.00	4.00	0.89

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **To personel medyczny powinien decydować o tym, co będzie tematem rozmowy podczas np. wizyty czy konsultacji** to pielęgniarki z Polski (1.99), następnie pielęgniarki różnych narodowości (1.17), pielęgniarki ze Słowenii (0.93) i pielęgniarki czeskie (0.85). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „nie zgadzam się” (46.3% pielęgniarek czeskich, 39.4% pielęgniarek różnych narodowości, 36.8% pielęgniarek z Polski i 41.2% pielęgniarek ze Słowenii).

TABELA 42. TO PERSONEL MEDYCZNY POWINIEN DECYDOWAĆ O TYM, CO BĘDZIE TEMATEM ROZMOWY PODCZAS NP. WIZYTY CZY KONSULTACJI.

Q32	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	0.85	1.00	1	101 46.3%	0.00	4.00	0.87
Różne narodowości	127	1.17	1.00	1	50 39.4%	0.00	4.00	1.01
PL	155	1.99	2.00	1	57 36.8%	0.00	4.00	1.00
SL	97	0.93	1.00	1	40 41.2%	0.00	4.00	0.94

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Często jest lepiej dla pacjenta i jego rodziny, gdy nie mają pełnej informacji na temat stanu zdrowia** to pielęgniarki różnych narodowości (0.66), następnie pielęgniarki czeskie (1.04), pielęgniarki ze Słowenii (1.13) i Polski (1.44). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Polski i Słowenii najczęściej wskazywały na odpowiedź: „nie zgadzam się” (odpowiednio 49.1%, 39.7% i 36.8%). Podczas gdy pielęgniarki różnych narodowości w większości odpowiedziały: „zdecydowanie się nie zgadzam” (57%).

TABELA 43. CZĘSTO JEST LEPIEJ DLA PACJENTA I JEGO RODZINY GDY NIE MAJĄ PEŁNEJ INFORMACJI NA TEMAT STANU ZDROWIA

Q33	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	1.04	1.00	1	107 49.1%	0.00	4.00	0.96
Różne narodowości	128	0.66	0.00	0	73	0.00	4.00	0.97

					57.0%			
PL	151	1.44	1.00	1	60 39.7%	0.00	4.00	0.98
SL	95	1.13	1.00	1	43 45.3%	0.00	4.00	1.03

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy w większości nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Pacjent i jego rodzina powinni polegać na wiedzy personelu medycznego i nie powinni próbować dowiadywać się o swoim stanie zdrowia na własną rękę** to pielęgniarki różnych narodowości (1.29), następnie pielęgniarki czeskie (1.50), pielęgniarki ze Słowenii (1.79) i Polski (1.85). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki wskazywały na odpowiedź: „nie zgadzam się” (odpowiednio 38.1%, 39.7%, 32.3% i 36.1%).

TABELA 44. PACJENT I JEGO RODZINA POWINNI POLEGAĆ NA WIEDZY PERSONELU MEDYCZNEGO I NIE POWINNI PRÓBOWAĆ DOWIADYWAĆ SIĘ O SWOIM STANIE ZDROWIA NA WŁASNĄ RĘKĘ.

Q34	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	1.50	1.00	1	83 38.1%	0.00	4.00	1.15
Różne narodowości	126	1.29	1.00	1	50 39.7%	0.00	4.00	1.10
PL	155	1.85	2.00	1	50 32.3%	0.00	4.00	1.09
SL	97	1.79	2.00	1	35 36.1%	0.00	4.00	1.16

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Gdy personel medyczny zadaje wiele pytań na temat pochodzenia pacjenta i jego rodziny, ingeruje zbyt w jego sprawy osobiste** to pielęgniarki różnej narodowości (1.07), następnie pielęgniarki czeskie (1.32), pielęgniarki ze Słowenii (1.53) i Polski (1.63). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „nie zgadzam się” (odpowiednio 55.5%, 60.2%, 47% i 33%).

TABELA 45. GDY PERSONEL MEDYCZNY ZADAJE WIELE PYTAŃ NA TEMAT POCHODZENIA PACJENTA I JEGO RODZINY, INGERUJE ZBYTNIO W JEGO SPRAWY OSOBISTE.

Q35	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	1.32	1.00	1	121 55.5%	0.00	4.00	0.92
Różne narodowości	128	1.07	1.00	1	77 60.2%	0.00	4.00	0.82
PL	151	1.63	1.00	1	71 47.0%	0.00	4.00	0.93
SL	97	1.53	1.00	1	32 33.0%	0.00	4.00	1.03

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Gdy personel medyczny naprawdę dobrze realizuje proces diagnozowania, leczenia i pielęgnowania, wówczas sposób odnoszenia się do pacjenta i jego rodziny nie jest aż tak ważny** to pielęgniarki różnych narodowości (0.53), następnie pielęgniarki czeskie (0.61), pielęgniarki ze Słowenii (0.94) i Polski (1.21). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej i pielęgniarki różnych narodowości najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*zdecydowanie się nie zgadzam*” (odpowiednio 48.2% i 55.5%). Podczas gdy pielęgniarki z Polski i Słowenii w większości odpowiedziały: „*nie zgadzam się*” (odpowiednio 56.8% i 51.5%).

TABELA 46. GDY PERSONEL MEDYCZNY NAPRAWDĘ DOBRZE REALIZUJE PROCES DIAGNOZOWANIA, LECZENIA I PIELĘGNOWANIA, TO SPOSÓB ODNOSZENIA SIĘ DO PACJENTA I JEGO RODZINY NIE JEST AŻ TAK WAŻNY.

Q36	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	0.61	1.00	0	105 48.2%	0.00	4.00	0.69
Różne narodowości	128	0.53	0.00	0	71 55.5%	0.00	3.00	0.68
PL	155	1.21	1.00	1	88 56.8%	0.00	4.00	0.92
SL	97	0.94	1.00	1	50 51.5%	0.00	3.00	0.80

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Pacjent i jego rodzina powinni być traktowani jak partnerzy personelu medycznego, mieć taką samą pozycję i możliwość decydowania** to pielęgniarki różnych narodowości (2.91), następnie pielęgniarki czeskie (2.83), pielęgniarki ze Słowenii (2.21) i Polski (2.19). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Republiki Czeskiej, Słowenii i pielęgniarki różnych narodowości najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*zgadzam się*” (odpowiednio 49.5%, 38.5% i 48%). Podczas gdy pielęgniarki polskie w większości odpowiedziały: „*ani się zgadzam ani się nie zgadzam*” i „*zgadzam się*” (29% dla każdej odpowiedzi).

TABELA 47. PACJENT I JEGO RODZINA POWINNI BYĆ TRAKTOWANI JAK PARTNERZY PERSONELU MEDYCZNEGO, MIEĆ TAKĄ SAMĄ POZYCJĘ I MOŻLIWOŚĆ DECYDOWANIA.

Q37	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.83	3.00	3	108 49.5%	1.00	4.00	0.92
Różne narodowości	127	2.91	3.00	3	61 48.0%	0.00	4.00	0.95
PL	155	2.19	2.00	2 i 3	45 29.0%	0.00	4.00	1.09
SL	96	2.21	2.00	3	37 38.5%	0.00	4.00	1.03

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **W przypadku, gdy pacjent i jego rodzina nie zgadzają się z personelem medycznym, oznacza to, że personel medyczny nie zdobył ich szacunku i zaufania** to pielęgniarki czeskie (1.42), następnie pielęgniarki polskie (1.43), pielęgniarki ze Słowenii (1.50) i pielęgniarki różnych narodowości (1.58). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „*nie zgadzam się*” (53. 7% pielęgniarki z Republiki Czeskiej, 52.4% pielęgniarki różnych narodowości, 55.5% pielęgniarki polskie and 44.8% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 48. W PRZYPADKU GDY PACJENT I JEGO RODZINA NIE ZGADZAJĄ SIĘ Z PERSONELEM MEDYCZNYM, OZNACZA TO, ŻE PERSONEL MEDYCZNY NIE ZDOBYŁ ICH SZACUNKU I ZAUFANIA.

Q38	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość	Min.	Max.	SD

					mody			
CZ	218	1.42	1.00	1	117 53.7%	0.00	4.00	0.96
Różne narodowości	126	1.58	1.00	1	66 52.4%	0.00	4.00	0.94
PL	155	1.43	1.00	1	86 55.5%	0.00	4.00	0.74
SL	96	1.50	1.00	1	43 44.8%	0.00	4.00	0.97

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy w większości zgodzili się ze stwierdzeniem: **Plan leczenia i/lub opieki nie może się powieść, jeśli jest niezgodny ze stylem życia i wartościami pacjenta lub jego rodziny** to pielęgniarki różnych narodowości (2.77), następnie pielęgniarki czeskie (2.39), pielęgniarki ze Słowenii (2.22) i Polski (2.21). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (48.4%) pielęgniarki czeskie, 57.5% pielęgniarki różnych narodowości, 34.8% pielęgniarki z Polski i 30.9% ze Słowenii).

TABELA 49. PLAN LECZENIA I/LUB OPIEKI NIE MOŻE SIĘ POWIEŚĆ, JEŚLI JEST NIEZGODNY ZE STYLEM ŻYCIA I WARTOŚCIAMI PACJENTA LUB JEGO RODZINY.

Q39	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.39	3.00	3	105 48.4%	0.00	4.00	1.02
Różne narodowości	127	2.77	3.00	3	73 57.5%	1.00	4.00	0.83
PL	155	2.21	2.00	3	54 34.8%	0.00	4.00	1.03
SL	97	2.22	2.00	3	30 30.9%	0.00	4.00	1.05

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej nie zgodzili się ze stwierdzeniem: **Znajomość pochodzenia kulturowego pacjenta i jego rodziny, nie jest szczególnie ważna w procesie leczenia i świadczenia opieki pielęgniarskiej** to pielęgniarki różnych narodowości (0.99), następnie pielęgniarki czeskie (1.13), pielęgniarki ze Słowenii (1.46) i Polski (1.5). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej

wskazywały na odpowiedź: „nie zgadzam się” (65.1% pielęgniarki czeskie, 60.09% pielęgniarki różnych narodowości, 54.8% pielęgniarki polskie, 40.2% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 50. ZNAJOMOŚĆ POCHODZENIE KULTUROWEGO PACJENTA I JEGO RODZINY, NIE JEST SZCZEGÓLNIIE WAŻNA W PROCESIE LECZENIA I ŚWIADCZENIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ.

Q40	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	1.13	1.00	1	142 65.1%	0.00	4.00	0.82
Różne narodowości	128	0.99	1.00	1	78 60.9%	0.00	3.00	0.72
PL	155	1.50	1.00	1	85 54.8%	0.00	4.00	0.96
SL	97	1.46	1.00	1	39 40.2%	0.00	4.00	1.01

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

5. Samoocena kompetencji kulturowych

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Jako pracownik opieki zdrowotnej, wiem w jaki sposób zmniejszyć bariery w komunikacji z pacjentami i ich rodzinami** to pielęgniarki różnych narodowości (2.94), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.60), pielęgniarki czeskie (2.54) i polskie (2.44). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (55.6% pielęgniarki czeskie, 70.1% pielęgniarki różnych narodowości, 60.3% pielęgniarki polskie, and 51.5% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 51. JAKO PRACOWNIK OPIEKI ZDROWOTNEJ, WIEM W JAKI SPOSÓB ZMNIEJSZYĆ BARIERY W KOMUNIKACJI Z PACJENTAMI I ICH RODZINAMI.

Q41	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	216	2.54	3.00	3	120 55.6%	0.00	4.00	0.81
Różne narodowości	127	2.94	3.00	3	89 70.1%	1.00	4.00	0.61

PL	151	2.44	3.00	3	91 60.3%	0.00	4.00	0.85
SL	97	2.60	3.00	3	50 51.5%	1.00	4.00	0.80

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Prezentuję pozytywny styl komunikacji z pacjentami i ich rodzinami** to pielęgniarki ze Słowenii (3.23), następnie pielęgniarki różnych narodowości (3.11), pielęgniarki czeskie (3.1) i polskie (2.83). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (69.3% pielęgniarki czeskie, 70.1% pielęgniarki różnych narodowości, 72.3% pielęgniarki z Polski, i 67% ze Słowenii).

TABELA 52. PREZENTUJĘ POZYTYWNY STYL KOMUNIKACJI Z PACJENTAMI I ICH RODZINAMI.

Q42	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	3.10	3.00	3	151 69.3%	0.00	4.00	0.60
Różne narodowości	127	3.11	3.00	3	89 70.1%	2.00	4.00	0.54
PL	155	2.83	3.00	3	112 72.3%	1.00	4.00	0.64
SL	97	3.23	3.00	3	65 67.0%	2.00	4.00	0.53

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Jako pracownik opieki zdrowotnej, potrafię stworzyć przyjazne środowisko dla moich pacjentów i ich rodzin** to pielęgniarki różnych narodowości (3.17), następnie pielęgniarki czeskie (3.17), pielęgniarki ze Słowenii (2.95) i Polski (2.85). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (72.5% pielęgniarki czeskie, 73.2% pielęgniarki różnych narodowości, 74.2% pielęgniarki z Polski, i 65.6 ze Słowenii).

TABELA 53. JAKO PRACOWNIK OPIEKI ZDROWOTNEJ, POTRAFIĘ STWORZYĆ PRZYJAZNE ŚRODOWISKO DLA MOICH PACJENTÓW I ICH RODZIN.

Q43	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość	Min.	Max.	SD

					mody			
CZ	218	3.02	3.00	3	158 72.5%	1.00	4.00	0.55
Różne narodowości	127	3.17	3.00	3	93 73.2%	1.00	4.00	0.54
PL	151	2.85	3.00	3	112 74.2%	0.00	4.00	0.66
SL	96	2.95	3.00	3	63 65.6%	0.00	4.00	0.76

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Staram się okazywać wysoki poziom szacunku dla pacjentów i ich rodzin** to pielęgniarki różnych narodowości (3.45), pielęgniarki ze Słowenii (3.38), Polski (3.12), i Czech (2.84). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (57.6% pielęgniarki czeskie, 53.1% pielęgniarki różnych narodowości, 66.5% pielęgniarki z Polski i 52.1% Słowenii).

TABELA 54. STARAM SIĘ OKAZYWAĆ WYSOKI POZIOM SZACUNKU DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN.

Q44	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.84	3.00	3	125 57.6%	0.00	4.00	0.68
Różne narodowości	128	3.45	3.00	3	68 53.1%	2.00	4.00	0.52
PL	155	3.12	3.00	3	103 66.5%	0.00	4.00	0.72
SL	96	3.38	3.00	3	50 52.1%	0.00	4.00	0.65

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Jako pracownik opieki zdrowotnej, dokonuje stałej oceny swoich umiejętności w pracy z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami** to pielęgniarki różnych narodowości (3.02), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.91), Polski (2.79) i Czech (2.66). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (59.6% pielęgniarki czeskie, 60% pielęgniarki różnych narodowości, 63% pielęgniarki z Polski i 63.5% ze Słowenii).

TABELA 55. JAKO PRACOWNIK OPIEKI ZDROWOTNEJ, DOKONUJE STAŁEJ OCENY SWOICH UMIEJĘTNOŚCI W PRACY Z RÓŻNYMI GRUPAMI PACJENTÓW I ICH RODZINAMI.

Q45	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	213	2.66	3.00	3	127 59.6%	0.00	4.00	0.69
Różne narodowości	125	3.02	3.00	3	75 60.0%	1.00	4.00	0.67
PL	154	2.79	3.00	3	97 63.0%	0.00	4.00	0.77
SL	96	2.91	3.00	3	61 63.5%	1.00	4.00	0.78

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Staram się stworzyć atmosferę prawdziwego zaufania w relacji z pacjentami i ich rodzinami** to pielęgniarki różnych narodowości (3.4), następnie pielęgniarki ze Słowenii (3.3), Czech (3.13) i Polski (2.94). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (70.6% pielęgniarek czeskich, 54% pielęgniarek różnych narodowości, 65.8% pielęgniarek z Polski, i 56.3% Słowenii).

TABELA 56. STARAM SIĘ STWORZYĆ ATMOSFERĘ PRAWDZIWEGO ZAUFANIA W RELACJI Z PACJENTAMI I ICH RODZINAMI.

Q46	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	3.13	3.00	3	156 71.6%	0.00	4.00	0.55
Różne narodowości	126	3.40	3.00	3	68 54.0%	2.00	4.00	0.55
PL	155	2.94	3.00	3	102 65.8%	0.00	4.00	0.77
SL	96	3.30	3.00	3	54 56.3%	1.00	4.00	0.62

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Dokładam wszelkich starań, aby zrozumieć wyjątkową historię każdego pacjenta i jego rodziny** to pielęgniarki ze

Słowenii (3.31), następnie pielęgniarki różnych narodowości (3.22), pielęgniarki z Polski (2.78) i Czech (2.60). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (47% pielęgniarki czeskie, 63% pielęgniarki różnych narodowości, 65.8% pielęgniarki z Polski, 55.8% Słowenii).

TABELA 57. DOKŁADAM WSZELKICH STARAŃ, ABY ZROZUMIEĆ WYJĄTKOWĄ HISTORIĘ KAŻDEGO PACJENTA I JEGO RODZINY.

Q47	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.60	3.00	3	102 47.0%	1.00	4.00	0.82
Różne narodowości	127	3.22	3.00	3	80 63.0%	1.00	4.00	0.59
PL	155	2.78	3.00	3	102 65.8%	1.00	4.00	0.69
SL	95	3.31	3.00	3	53 55.8%	1.00	4.00	0.62

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Cenię doświadczenie życiowe każdego z moich pacjentów i ich rodzin** to pielęgniarki ze Słowenii (3.34), następnie pielęgniarki różnych narodowości (3.28), pielęgniarki z Czech (2.89) i Polski (2.85). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (61.9% pielęgniarek z Czech, 60.6% pielęgniarek różnych narodowości, 71% pielęgniarki z Polski, i 53.1% ze Słowenii).

TABELA 58. CENIĘ DOŚWIADCZENIE ŻYCIOWE KAŻDEGO Z MOICH PACJENTÓW I ICH RODZIN.

Q48	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	215	2.89	3.00	3	133 61.9%	0.00	4.00	0.68
Różne narodowości	127	3.28	3.00	3	77 60.6%	1.00	4.00	0.59
PL	155	2.85	3.00	3	110 71.0%	0.00	4.00	0.62
SL	96	3.34	3.00	3	51 53.1%	1.00	4.00	0.65

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się ze stwierdzeniem: **Skuteczne wykorzystanie umiejętności interpersonalnych jest bardzo ważne w pracy z moimi pacjentami i ich rodzinami** to pielęgniarki różnych narodowości (3.38), następnie pielęgniarki czeskie (3.26), pielęgniarki ze Słowenii (3.24) i Polski (3.05). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (63.3% pielęgniarki z Czech, 46.8% pielęgniarki różnych narodowości, 66% pielęgniarki z Polski i 56.3% Słowenii).

TABELA 59. SKUTECZNE WYKORZYSTANIE UMIEJĘTNOŚCI INTERPERSONALNYCH JEST BARDZO WAŻNE W PRACY Z MOIMI PACJENTAMI I ICH RODZINAMI.

Q49	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	3.26	3.00	3	138 63.3%	0.00	4.00	0.59
Różne narodowości	126	3.38	3.00	3	59 46.8%	1.00	4.00	0.64
PL	153	3.05	3.00	3	101 66.0%	0.00	4.00	0.73
SL	96	3.24	3.00	3	54 56.3%	1.00	4.00	0.69

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w odniesieniu do opieki wielokulturowej

Respondenci, którzy najczęściej uważali, że są dobrze przygotowani do zapewnienia właściwej opieki pielęgniarskiej pacjentom oddziałów intensywnej terapii, którzy pochodzą z różnych kręgów kulturowych to pielęgniarki różnych narodowości (2.43), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.32), Polski (2.14) Czech (1.93). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Polski, Słowenii i różnych narodowości najczęściej wskazywały na odpowiedź: *zgadzam się*” (odpowiednio 48.4%, 45.4% i 40.4%). Podczas gdy pielęgniarki z Czech w większości odpowiedziały: *ani się zgadzam ani się nie zgadzam*” (32.7%).

TABELA 60. MYŚLĘ, ŻE JESTEM DOBRZE PRZYGOTOWANY/A DO ZAPEWNIENIA WŁAŚCIWEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ PACJENTOM ODDZIAŁÓW INTENSYWNEJ TERAPII, KTÓRZY POCHODZĄ Z RÓŻNYCH KRĘGÓW KULTUROWYCH.

Q50	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	1.93	2.00	2	71 32.7%	0.00	4.00	0.94
Różne narodowości	128	2.43	3.00	3	62 48.4%	0.00	4.00	1.02
PL	152	2.14	2.00	3	69 45.4%	0.00	4.00	1.01
SL	94	2.32	2.00	3	38 40.4%	0.00	4.00	0.87

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej są **zainteresowani poszerzaniem swojej wiedzy z zakresu wielokulturowości** to pielęgniarki różnej narodowości (3.21), następnie pielęgniarki ze Słowenii i Polski (2.79), następnie pielęgniarki czeskie (2.65). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (42.9% pielęgniarki czeskie, 59.4% pielęgniarki różnych narodowości, 60% pielęgniarki z Polski i 54.3% Słowenii).

TABELA 61. JESTEM ZAINTERESOWANY POSZERZANIEM MOJEJ WIEDZY Z ZAKRESU WIELOKULTUROWOŚCI

Q51	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.65	3.00	3	93 42.9%	0.00	4.00	0.91
Różne narodowości	128	3.21	3.00	3	76 59.4%	1.00	4.00	0.62
PL	155	2.79	3.00	3	93 60.0%	0.00	4.00	0.98
SL	94	2.79	3.00	3	51 54.3%	0.00	4.00	0.81

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy są najczęściej **zainteresowani swoich umiejętności praktycznych z zakresu wielokulturowości** to pielęgniarki różnych narodowości (3.18), następnie pielęgniarki polskie (2.84), pielęgniarki ze Słowenii (2.80) i Czech (2.64). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki najczęściej wskazywały na odpowiedź: „zgadzam się” (42.9% pielęgniarki czeskie, 59.4% pielęgniarki różnych narodowości, 53.9% pielęgniarki polskie, and 56.8% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 62. JESTEM ZAINTERESOWANY/A ROZWIJANIEM MOICH UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH Z ZAKRESU WIELOKULTUROWOŚCI

Q52	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.64	3.00	3	93 42.9%	0.00	4.00	0.88
Różne narodowości	128	3.18	3.00	3	76 59.4%	0.00	4.00	0.68
PL	154	2.84	3.00	3	83 53.9%	0.00	4.00	0.89
SL	95	2.80	3.00	3	54 56.8%	0.00	4.00	0.74

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowieź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej są **zainteresowani kształceniem na temat wielokulturowej opieki nad pacjentami ICU w postaci konferencji z wykładami prowadzonymi przez ekspertów** to pielęgniarki różnych narodowości (2.96), następnie pielęgniarki polskie (2.86), pielęgniarki ze Słowenii (2.84) i Czech (2.65). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki wskazały w większości na odpowiedź: „zgadzam się” (47.5% pielęgniarki czeskie, 59.4% pielęgniarki różnych narodowości, 57.5% pielęgniarki z Polski, 47.3% Słowenii).

TABELA 63. KONFERENCJA Z WYKŁADAMI PROWADZONYMI PRZEZ EKSPERTÓW W DZIEDZINIE OPIEKI WIELOKULTUROWEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ PACJENTÓW LECZONYCH W OIT, TO FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRA MNIE INTERESUJE.

Q53	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.65	3.00	3	103 47.5%	0.00	4.00	0.88
Różne narodowości	128	2.96	3.00	3	76 59.4%	1.00	4.00	0.76
PL	153	2.86	3.00	3	88	1.00	4.00	0.83

					57.5%			
SL	91	2.84	3.00	3	43 47.3%	0.00	4.00	0.97

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej są zainteresowani kształceniem w formie warsztatów prowadzonych przez ekspertów reprezentujących różne grupy etniczne i religijne to pielęgniarki różnych narodowości (2.99), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.86), Polski (2.79) i Czech (2.56). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki wskazały w większości na odpowiedź: „zgadzam się” (46.1% pielęgniarki czeskie, 53.9% pielęgniarki różnych narodowości, 56.7% pielęgniarki z Polski i 54.9% Słowenii).

TABELA 64. WARSZTATY NA TEMAT OPIEKI WIELOKULTUROWEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ PACJENTÓW LECZONYCH W OIT, Z EKSPERTAMI REPREZENTUJĄCYMI RÓŻNE GRUPY ETNICZNE I RELIGIJNE, TO FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRA MNIE INTERESUJE.

Q54	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.56	3.00	3	100 46.1%	0.00	4.00	0.86
Różne narodowości	128	2.99	3.00	3	69 53.9%	1.00	4.00	0.75
PL	150	2.79	3.00	3	85 56.7%	0.00	4.00	0.98
SL	91	2.86	3.00	3	50 54.9%	0.00	4.00	0.90

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej są zainteresowani kursami online jako formą kształcenia na temat wielokulturowej opieki nad pacjentami OIT to pielęgniarki różnych narodowości (2.72), następnie pielęgniarki z Polski (2.60), Słowenii (2.55) i Czech (2.22). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki różnych narodowości, pielęgniarki z Polski i Słowenii w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (odpowiednio 45.3%, 55.7% i 45.7%). Podczas gdy pielęgniarki z Czech w większości odpowiedziały: „ani się zgadzam ani się nie zgadzam” (36.4%).

TABELA 65. KURS ONLINE NA TEMAT OPIEKI WIELOKULTUROWEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ PACJENTÓW LECZONYCH W OIT, TO FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRĄ MNIE INTERESUJE

Q55	Analiza statystyczna
-----	----------------------

	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.22	2.00	2	79 36.4%	0.00	4.00	0.96
Różne narodowości	128	2.72	3.00	3	58 45.3%	0.00	4.00	0.96
PL	149	2.60	3.00	3	83 55.7%	0.00	4.00	0.94
SL	92	2.55	3.00	3	42 45.7%	0.00	4.00	0.99

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarze/pielęgniarki pracujący w OIT powinni rozwijać swoją znajomość języków obcych** to pielęgniarki ze Słowenii (3.1), następnie pielęgniarki z Polski (3.08), Czech (2.81) i pielęgniarki różnych narodowości (2.66). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (53.2% pielęgniarki z Czech, 43.8% pielęgniarki różnych narodowości, 40.1% pielęgniarki z Polski i 47.9% ze Słowenii).

TABELA 66. JAKO PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM/AM ROZWIJAĆ SWOJĄ ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

Q56	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.81	3.00	3	116 53.2%	0.00	4.00	0.83
Różne narodowości	128	2.66	3.00	3	56 43.8%	0.00	4.00	0.84
PL	152	3.08	3.00	3	61 40.1%	0.00	4.00	0.93
SL	96	3.10	3.00	3	46 47.9%	0.00	4.00	0.91

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Ci z respondentów, którzy przyznali, że są zainteresowani poszerzaniem swojej wiedzy w dziedzinie umiejętności posługiwania się językiem obcym w większości wskazali na język angielski: 56.3% pielęgniarek z Czech, 33.7% pielęgniarek różnych narodowości, 70.3% pielęgniarek z Polski i 43.7% pielęgniarek ze Słowenii.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki OIT powinny wiedzieć więcej na temat charakterystyki społeczno-kulturowej różnych grup etnicznych i religijnych** to pielęgniarki różnych narodowości (2.79), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.60), Polski (2.59) i Czech (2.26). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki różnych narodowości, pielęgniarki z Polski i Słowenii w większości wskazały na odpowiedź: „*zgadzam się*” (odpowiednio 48.4%, 49% i 44.7%). Podczas gdy pielęgniarki z Czech w większości odpowiedziały: „*ani się zgadzam ani się nie zgadzam*” (54.6%).

TABELA 67. JAKO PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM/AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ NA TEMAT CHARAKTERYSTYKI SPOŁECZNO-KULTUROWEJ RÓŻNYCH GRUP ETNICZNYCH I RELIGIJNYCH.

Q57	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.26	2.00	2	119 54.6%	0.00	4.00	0.73
Różne narodowości	126	2.79	3.00	3	61 48.4%	1.00	4.00	0.72
PL	147	2.59	3.00	3	72 49.0%	0.00	4.00	0.84
SL	94	2.60	3.00	3	42 44.7%	0.00	4.00	0.87

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Z pośród tych, którzy wyrazili swoje zainteresowanie powiększeniem swojej wiedzy na temat różnych grup etnicznych i religijnych (163; 27,3 %), **najczęściej** wspominanymi grupami były:

- W przypadku pielęgniarek czeskich: kultura arabska (49; 34.5%), kultura Romów (27; 19%); Świadków Jehowy (17; 12%) i kultura wietnamska (15; 10.6%);
- W przypadku pielęgniarek reprezentujących różne narodowości: najczęściej wspomniano kulturę arabską (38; 54.3%) i żydowską (8; 11.4%);
- W przypadku pielęgniarek polskich: kultura arabska (32; 34.8%), kultura Romów (17; 18.5%), Świadków Jehowy (15; 16.3%), kultura żydowska (12; 13%);
- W przypadku pielęgniarek ze Słowenii: kultura arabska (17; 39.5%), Świadków Jehowy (10; 23.3%), kultura Romów (9; 20.9%).

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni wiedzieć więcej na temat zagrożeń dla zdrowia występujących w różnych grupach etnicznych** to pielęgniarki różnych narodowości (2.98), następnie pielęgniarki polskie (2.85), pielęgniarki z Czech (2.82) i Słowenii (2.77). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej

skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (62.8% pielęgniarek czeskich, 61.4% pielęgniarek różnych narodowości, 72.5% pielęgniarek z Polski i 55.2% ze Słowenii).

TABELA 68. JAKO PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM/AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ NA TEMAT ZAGROZEŃ DLA ZDROWIA WYSTĘPUJĄCYCH W RÓŻNYCH GRUPACH ETNICZNYCH

Q58	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.82	3.00	3	137 62.8%	1.00	4.00	0.71
Różne narodowości	127	2.98	3.00	3	78 61.4%	1.00	4.00	0.70
PL	149	2.85	3.00	3	108 72.5%	0.00	4.00	0.76
SL	96	2.77	3.00	3	53 55.2%	0.00	4.00	0.85

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni wiedzieć więcej na temat społeczno-kulturowych aspektów opieki nad pacjentami w różnych sytuacjach klinicznych, np. opieka nad pacjentem umierającym** to pielęgniarki różnych narodowości (3.28), następnie pielęgniarki ze Słowenii (3.04), Polski (2.96) i Czech (2.95). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (65.6% pielęgniarki z Czech, 53.5% pielęgniarki różnych narodowości, 66.7% pielęgniarki z Polski i 50% Słowenii).

TABELA 69. JAKO PIELĘGNIARZ/PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM/AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ NA TEMAT SPOŁECZNO-KULTUROWYCH ASPEKTÓW OPIEKI NAD PACJENTAMI W RÓŻNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH NP. OPIEKA NAD PACJENTEM UMIERAJĄCYM.

Q59	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.95	3.00	3	143 65.6%	0.00	4.00	0.70
Różne narodowości	127	3.28	3.00	3	68 53.5%	1.00	4.00	0.64
PL	150	2.96	3.00	3	100 66.7%	0.00	4.00	0.75

SL	96	3.04	3.00	3	48 50.0%	0.00	4.00	0.85
----	----	------	------	---	-------------	------	------	------

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni wiedzieć więcej na temat nawyków żywieniowych różnych grup etnicznych i religijnych** to pielęgniarki różnych narodowości (2.99), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.95), Polski (2.89), i Czech o (2.87). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (63.3% pielęgniarki czeskie, 55.6% różnych narodowości, 66.4% pielęgniarki z Polski i 52.6% Słowenii).

TABELA 70. JAKO PIELĘGNIARZ / PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM /AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ NA TEMAT NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH RÓŻNYCH GRUP ETNICZNYCH I RELIGIJNYCH.

Q60	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.87	3.00	3	138 63.3%	0.00	4.00	0.69
Różne narodowości	126	2.99	3.00	3	70 55.6%	1.00	4.00	0.72
PL	152	2.89	3.00	3	101 66.4%	0.00	4.00	0.69
SL	95	2.95	3.00	3	50 52.6%	0.00	4.00	0.83

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni wiedzieć więcej na temat procedur terapeutycznych akceptowanych lub nie przez pacjentów z różnych grup etnicznych i religijnych** to pielęgniarki różnych narodowości (3.09), następnie pielęgniarki ze Słowenii i Polski (2.96) i Czech (2.81). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (63.8% pielęgniarki z Czech, 55.9% pielęgniarki różnych narodowości, 61.1% pielęgniarki z Polski i 54.2% ze Słowenii).

TABELA 71. JAKO PIELĘGNIARZ / PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM /AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ NA TEMAT PROCEDUR TERAPEUTYCZNYCH AKCEPTOWANYCH LUB NIE PRZEZ PACJENTÓW Z RÓŻNYCH GRUP ETNICZNYCH I RELIGIJNYCH.

Q61	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD

CZ	218	2.81	3.00	3	139 63.8%	0.00	4.00	0.72
Różne narodowości	127	3.09	3.00	3	71 55.9%	1.00	4.00	0.71
PL	149	2.96	3.00	3	91 61.1%	0.00	4.00	0.80
SL	96	2.96	3.00	3	52 54.2%	0.00	4.00	0.87

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni wiedzieć więcej o wzorcach komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentami reprezentującymi różne grupy kulturowe** to pielęgniarki różnych narodowości (3.06), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.96), Polski (2.93) i Czech (2.89). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (66.1% pielęgniarki czeskie, 56.7% pielęgniarki różnych narodowości, 63.3% pielęgniarki polskie i 51% pielęgniarki ze Słowenii).

TABELA 72. JAKO PIELEŃNIARZ / PIELEŃNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM /AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ O WERBALNYCH I NIEWERBALNYCH WZORCACH KOMUNIKACJI Z PACJENTAMI REPREZENTUJĄCYMI RÓŻNE GRUPY KULTUROWE

Q62	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.89	3.00	3	144 66.1%	0.00	4.00	0.70
Różne narodowości	127	3.06	3.00	3	72 56.7%	0.00	4.00	0.74
PL	150	2.93	3.00	3	95 63.3%	1.00	4.00	0.75
SL	96	2.96	3.00	3	49 51.0%	0.00	4.00	0.91

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni wiedzieć więcej o sposobach rozwiązywania konfliktów występujących w pracy pielęgniarek OIT, których podłożem są różnice kulturowe** to pielęgniarki różnych narodowości (3.06), następnie pielęgniarki ze Słowenii (2.93), Polski (2.86) i Czech (2.78). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane

pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (63.1% pielęgniarki z Czech, 60.3% pielęgniarki różnych narodowości, 61.9% pielęgniarki z Polski i 50% ze Słowenii).

TABELA 73. JAKO PIELĘGNIARZ / PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM /AM WIEDZIEĆ WIĘCEJ O SPOSOBACH ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW WYSTĘPUJĄCYCH W PRACY PIELĘGNIAREK OIT, KTÓRYCH PODŁOŻEM SĄ RÓŻNICE KULTUROWE

Q63	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	217	2.78	3.00	3	137 63.1%	0.00	4.00	0.76
Różne narodowości	126	3.06	3.00	3	76 60.3%	1.00	4.00	0.67
PL	147	2.86	3.00	3	91 61.9%	0.00	4.00	0.83
SL	96	2.93	3.00	3	48 50.0%	0.00	4.00	1.00

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej zgodzili się, że **jako pielęgniarki/pielęgniarze OIT powinni bardziej rozpoznać własne korzenie kulturowe i przyjrzeć się swojej postawie wobec osób reprezentujących różne kultury** to pielęgniarki różnych narodowości (2.73), następnie pielęgniarki z Polski (2.71), Czech (2.61) i Słowenii (2.56). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Wszystkie badane pielęgniarki w większości wskazały na odpowiedź: „zgadzam się” (53.2% pielęgniarki z Czech, 54.8% pielęgniarki różnych narodowości, 58.2% pielęgniarki z Polski 45.3% ze Słowenii).

TABELA 74. JAKO PIELĘGNIARZ / PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT POWINIENEM /AM BARDZIEJ ROZPOZNAĆ WŁASNE KORZENIE KULTUROWE I PRZYJRZEĆ SIĘ MOJEJ POSTAWIE WOBEC OSÓB REPREZENTUJĄCYCH RÓŻNE KULTURY.

Q64	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	218	2.61	3.00	3	116 53.2%	0.00	4.00	0.74
Różne narodowości	124	2.73	3.00	3	68 54.8%	0.00	4.00	0.90
PL	146	2.71	3.00	3	85 58.2%	1.00	4.00	0.85
SL	95	2.56	3.00	3	43 45.3%	0.00	4.00	1.12

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Respondenci, którzy najczęściej **doświadczyli trudnej sytuacji podczas świadczenia opieki pacjentom odmiennym kulturowo na oddziale intensywnej terapii** to pielęgniarki różnych narodowości (2.83), następnie pielęgniarki z Polski (2.26), Czech (2.01) i ze Słowenii (1.9). Wyniki te wskazują średnią w pięciopunktowej skali Likerta (0-4). Badane pielęgniarki z Czech i Słowenii najczęściej wskazały na odpowiedź: „*ani się zgadzam ani się nie zgadzam*” (odpowiednio 44.1% and 29.7%). Podczas, gdy pielęgniarki z Polski i reprezentujące różne narodowości najczęściej odpowiedziały: „*zgadzam się*” (odpowiednio 51.5% i 38.8%).

TABELA 75. JAKO PIELĘGNIARZ / PIELĘGNIARKA PRACUJĄCA W OIT OSOBIŚCIE DOŚWIADCZYŁEM/AM TRUDNEJ SYTUACJI PODCZAS ŚWIADCZENIA OPIEKI PACJENTOM ODMIENNYM KULTUROWO

Q65	Analiza statystyczna							
	n	$\bar{x}$	Me	Moda	Wartość mody	Min.	Max.	SD
CZ	195	2.01	2.00	2	86 44.1%	0.00	4.00	0.95
Różne narodowości	126	2.83	3.00	3	65 51.6%	1.00	4.00	0.79
PL	129	2.26	2.00	3	50 38.8%	0.00	4.00	1.06
SL	91	1.90	2.00	2	27 29.7%	0.00	4.00	1.24

n-liczba obserwacji; $\bar{x}$ -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Moda – najczęstsza wartość (odpowiedź) w zbiorze danych; Min-minimum; Max-maximum; SD-odchylenie standardowe.

Ci respondenci, którzy doświadczyli **sytuacji trudnych podczas udzielania opieki pacjentom z różnych kręgów kulturowych na oddziale OIT** najczęściej wspominali o problemach:

- Bariery językowe podczas komunikacji z pacjentem lub jego rodziną pochodzącymi z innych państw; kwestie informowania o metodach leczenia; poziom umiejętności pisania i czytania pacjentów z innych kręgów kulturowych;
- Brak współpracy z pacjentami z innych kręgów kulturowych i brak akceptacji procedur leczenia;
- Wzorce odwiedzin rodziny (np. powyżej 30 osób) i zachowanie członków rodziny podczas wizyty – np. kultura romska;
- Brak zaufania pacjenta i bezradność personelu w procesie opieki nad pacjentami z innych kręgów kulturowych;
- Procedury opiekuńcze i płeć pracowników medycznych w przypadku pacjentów z kręgu kultury Islamu (np. brak akceptacji personelu męskiego w przypadku kobiet - pacjentów);

- Konkretnie procedury terapeutyczne w kontekście różnic kulturowych, np. odmowa transfuzji krwi w przypadku Świadców Jehowy; śmierć mózgowa a kultura (np. śmierć mózgowa i dawstwo narządów w kulturze arabskiej; obrządek po śmierci dziecka).
- Brak zrozumienia kultury kraju goszczącego i oczekiwanie całkowitego zrozumienia kultury, z której wywodzi się pacjent;
- Nawyki żywieniowe w różnych krajach, np. kwestia koszerności w przypadku żywienia pacjenta z kręgu kultury żydowskiej;
- Złe rokowania i kwestia wyparcia śmierci, niepodjęcie lub przerwanie leczenia w różnych kulturach;
- Agresja wśród pacjentów z innych kręgów kulturowych;
- Praktyki religijne;
- Dzielenie pokoju przez pacjentów o odmiennej płci;
- Obrzędy przed i pośmiertne; dotyk a opieka – w szczególności w przypadku śmierci:
- Płeć a preferencje odnośnie poszanowania w komunikacji i ustalenie priorytetów w opiece nad pacjentem.

CZĘŚĆ V:

1. WNIOSKI I REKOMENDACJE

1.1. DANE UZYSKANE Z ANALIZY W CELU PRZYGOTOWANIA KURSU Z ZAKRESU OPIEKI WIELOKULTUROWEJ W OIT

Analiza raportów krajowych wysłanych przez partnerów projektu, w szczególności w kwestii przed i podyplomowej edukacji pielęgniarek w zakresie wielokulturowej opieki pielęgniarskiej, pokazała, że jest to element obecny w programach nauczania pielęgniarstwa, ale w bardzo różnym stopniu i różnym zakresie. Istnieją przykłady dobrej praktyki, np. w Republice Czeskiej, gdzie istnieje konkretny przedmiot nauczania dotyczący pielęgniarstwa transkulturowego, czy też w Polsce, gdzie na niektórych uniwersytetach również taki przedmiot jest realizowany. Jednak, nie jest to ogólna praktyka, w szczególności, kiedy mowa o szkoleniu pielęgniarek OIT.

Przegląd piśmiennictwa naukowego w krajach uczestniczących w projekcie pokazał dodatkowo, że nie ma opublikowanych wyników badań na temat kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT. Dodatkowo, badania na temat pielęgniarskiej opieki wielokulturowej w Słowenii, Republice Czeskiej i Polsce są rzadkie.

Analiza danych empirycznych z badań kwestionariuszowych wśród pielęgniarek OIT państw biorących udział w projekcie, pokazała, że 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

Ankietowane pielęgniarki uzyskały przeciętne (średnie) wyniki. Jest natomiast widoczne, że pielęgniarki z doświadczeniem wielokulturowym (zarówno osobistym, jak też zawodowym) w porównaniu do reszty badanych uzyskały wyższe wyniki w tych podskalach. Jednakże, co należy dodać, wyniki te nie są o wiele wyższe od tych uzyskanych przez pielęgniarki reprezentujące państwa bardziej jednolite etnicznie, takie jak Polska, Słowenia czy też Republika Czeska.

Pomimo zainteresowania pogłębianiem wiedzy i umiejętności odnoszących się do pielęgniarstwa wielokulturowego w oddziałach intensywnej terapii, pielęgniarki osiągnęły niskie wyniki w przypadku następujących aspektów:

- poszukiwania informacji odnoszących się do potrzeb kulturowych pacjentów i ich rodzin;
- korzystania z różnych źródeł, aby poznać dziedzictwo kulturowe innych ludzi;
- pytania pacjentów i ich rodziny, aby wyjaśnili im to jak oni sami postrzegają zdrowie i chorobę;
- prośenia pacjentów i ich rodziny, aby powiedzieli im o swoich oczekiwaniach co do opieki zdrowotnej
- dokumentowania przeprowadzonej oceny uwarunkowań kulturowych w opiece nad pacjentem oraz dokumentowania modyfikacji świadczonych usług, które zostały poczynione wspólnie z pacjentami i ich rodzinami.

Wszystkie ankietowane pielęgniarki, zarówno te z państw monoetnicznych jak i te z państw wielokulturowych wykazały zainteresowanie rozwojem wiedzy i umiejętności na temat świadczenia opieki nad pacjentem pochodzącym z odmiennej kultury hospitalizowanym w OIT. Jednakże, wyższe wyniki – i tym samym większe zainteresowanie – wykazały pielęgniarki z grupy reprezentującej różne narodowości, z doświadczeniem codziennego życia i pracy w środowisku zróżnicowanym kulturowo.

1.2. SPECYFICZNE POTRZEBY EDUKACYJNE PIELĘGNIAREK W ZAKRESIE MIĘDZYKULTUROWEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OIT

Istnieje potrzeba szkoleń na temat wielokulturowości dla pielęgniarek OIT. Analizując odpowiedzi pielęgniarek biorących udział w badaniu i przedstawiony przez nie opis sytuacji trudnych podczas opieki nad pacjentami z odmiennych kręgów kulturowych na oddziale intensywnej terapii, można stwierdzić, że szkolenie takie powinno zawierać:

- podstawy filozofii, etyki i prawa wyjaśniające zasady postępowania w przypadku pacjentów z odmiennych kręgów kulturowych;
- zróżnicowanie pojęć: kultura, mniejszość etniczna, charakterystyka podstawowych religii – analiza różnic w podejściu do zdrowia, opieki medycznej i oczekiwań pacjentów z różnych kręgów kulturowych;
- informacje na temat specyfiki opieki pielęgniarstwa na oddziałach OIT i potrzeby opieki wielokulturowej;
- informacje na temat czynników wpływających na pielęgniarstwo: komunikacja interpersonalna (uśmiech, milczenie, kontakt wzrokowy, wzorce informowania pacjenta o jego stanie zdrowia, wzorce pobierania zgody na opiekę medyczną, bariery językowe); ocena kulturowa i jej dokumentowanie, elementy badania fizykalnego w opiece międzykulturowej, znaczenie dotyku i jego granice; procedury higieniczne; dieta; odwiedziny i wsparcie rodziny; praktyki religijne i duchowe w opiece pielęgniarstwa.
- informacje na temat międzykulturowej opieki w sytuacjach trudnych: umieranie i śmierć, resuscytacja, transfuzja krwi, rezygnacja z uporczywej terapii, transplantacja, leczenie bólu.
- konflikty wartości a proces podejmowania decyzji podczas opieki nad pacjentami z innych kręgów kulturowych.

Ponadto, istnieje potrzeba wdrożenia innych działań, które pomogłyby zrozumieć pielęgniarstwu znaczenie pochodzenia kulturowego pacjenta i jego rodziny podczas udzielania profesjonalnej opieki pielęgniarstwa.

PIŚMIENNICTWO

- Filej, B., Kaučič, B.M., Breznik, K., & Razlag Kolar, T., 2016. Cultural competences of registered nurses. In: Kaučič, B.M., et al. eds. *Multicultural society – cultural competences – health promotion 65+ - Challenges for Nursing Students. Celje, 23. – 27. november 2016*. Celje: Visoka zdravstvena šola, p. 12.
- Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U., Pistotnik, S., Škraban, J., & Zaviršek, D., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf [15. 1. 2017].
- College of Nursing in Celje, 2016. *About us, study programme*. Available at: <http://www.vzsce.si/en/> [30. 1. 2017].
- Loredan, J. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83-9.

- Hvalič Touzery, S., Smodiš, M., & Kalender Smajlović, S., 2016. Mentorstvo tujim študentom zdravstvene nege: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 76-86.
- Nurses and Midwives Association of Slovenia, 2016. About us, professional groups. Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/en> [30. 1. 2017].
- About our organization. The Czech Association of Nurses. [online]. ČAS, 2008. [cited 2017-01-16]. Available at: <http://www.cna.cz/en/about-the-company>
- ČLK: Česká lékařská komora. *Metodický pokyn pro lékaře – administrativní postup při ošetření pacientů z EU, EHP a Švýcarska*. [online]. Available from: http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Cizinci/lezeni_cizincu_EU.html
- ČAS: Česká asociace sester (The Czech Association of Nurses). *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. ČAS, 2017. [online]. Available from: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
- Hladík, J., Jadama L.M. Multicultural competence of helping profession students: crosscultural comparison between Europe and Africa. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016;217: 669 – 678.
- Hudáčková, A., Brabcová, I. Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. (Problems of hospitalization of members of the Ukrainian minority in hospitals in the Czech Republic). *Kontakt*. 2011;13(2):138-147. (in Czech)
- Chrásková, J., Šimůnková, L. The use of pictograms in providing the nursing care for women within the Vietnamese community. *Kontakt*. 2009;1:193-200. (in Czech)
- Jarošová, D., Žitníková, P. Assessing the methodological quality of clinical practice guidelines for preventing intravascular catheter-related infections. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014;5(4),176-183
- MZCR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky (Ministry of Health of the Czech Republic). *A set of questions and answers for communicating with a foreigner: Nursing*. MZCR, 2016. [online]. Available from: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/3/karty%20pacienta/03_angli%C4%8Dtina_O%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf
- MZCR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky (Ministry of Health of the Czech Republic). *Koncepce ošetrovatelství*. (The Conception of Nursing). Věstník 9, 2004. MZCR, 2014. [online]. Available from: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
- Ministry of Health, 2016. Komunikační karty pro cizince pacienty a zdravotníky. Available at: http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_1.html [30. 6. 2017]
- Počty registrovaných osob v jednotlivých oborech k 1.1.2017 (The number of registered persons in various fields of January 1st, 2017) [online]. [cited 2017-01-16]. Available at: <http://www.nconzo.cz/web/guest/statistika>

- Poskytování zdravotní péče občanům Evropské unie. (Providing of health care of European Union citizens) [online]. ČLK. [cited 2017-01-16]. Available at: http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Cizinci/leceni_cizincu_EU.html
- Straková, J., Scholtzová, E. Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. (*Knowledge of general nurses about the care of patients from different nations and ethnicities*). Florence. 2012;8(5):28-31. (in Czech)
- Sprateková, L. *Multikulturní aspekty péče o umírající. (Multicultural aspects of care about dying patients)*. Bachelor thesis. Pardubice: University of Pardubice, Faculty of Health Studies, 2012. (in Czech)
- Majda A., Zalewska-Puchała J. (2011). Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. *Intercultural sensitivity in the nursing care*. Problemy Pielęgniarstwa, 19(2); 253-258
- Majda A., Zalewska-Puchała J., Barczyk E. (2013a). Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. *Attitudes of the students of nursing toward people of different cultures*. Problemy pielęgniarstwa, 21(3); 327-334
- Majda A., Zalewska-Puchała J., Barczyk E. (2013b). Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. *Attitudes of the students of nursing toward people of different cultures*. Problemy Pielęgniarstwa 21(2); 187-194
- Mroczkowska R. (2013). Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej. *The cultural difference as a new challenge in the practice of nurse and midwife*. Pielęgniarstwo Specjalistyczne, 1; 27-31
- Ogórek-Tęcza B., Kamińska A., Matusiak M., Skupnik R. (2012). Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. *The effects of empathy level on the perception of relationship: a nurse and a patient from a different cultural area*. Pielęgniarstwo XXI wieku, 4(41); 61-65
- Szkup-Jabłońska M., Schneider-Matyka D., Kubiak J., Grzywacz A., Jurczak A., Augustyniak K., Grochans E. (2013). Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia. *Cultural competence assessment among health care workers*. Family Medicine and Primary Care Review, 15(3); 394-396
- Zalewska-Puchała J., Majda A. (2012). Wrażliwość międzykulturowa w opiece położniczej. *Intercultural sensitivity in midwifery care*. Problemy Pielęgniarstwa, 20(3); 416-422
- Zdziebło K., Nowak-Starz G., Makiela E., Stępień R., Wiraszka G. (2014). Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Intercultural competences in nursing*. Problemy Pielęgniarstwa, 22(2); 367-372
- NIPiP (2017). Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa.
- CKPPiP (2016). Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - <http://www.ckppip.edu.pl/kafelki/programy-ksztalcenia/szkolenia-specjalizacyjne.html> .