

Nurses' ability to function in an intercultural environment in light of their competence and cultural intelligence

Zdolność pielęgniarek do funkcjonowania w środowisku międzykulturowym w świetle ich kompetencji oraz inteligencji kulturowej

Magdalena Brodowicz-Król^{1,A-D,F-G,L} , Monika Kaczoruk^{2,B,F-G,K} ,
Maria Malm^{3,E,H-I} , Edyta Skiba^{4,A-B,D,I}, Joanna Chowaniec^{1,D-E} 

¹Faculty of Health Sciences and Psychology, Collegium Medicum, University of Rzeszów, Polska

²Department of Epidemiology, Institute of Rural Health in Lublin, Polska

³Department of Medical Informatics and Statistics with E-Health Lab, Medical University, Lublin, Polska

⁴Department of Health Sciences, Graduate Zamoyski Academy, Zamość, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Monika Kaczoruk

Department of Epidemiology, Institute of Rural Health in Lublin

Jaczeńskiego 2, 20-090, Lublin, Polska

e-mail: monika.kaczoruk@gmail.com

A – Development of the concept and methodology of the study/Opracowanie koncepcji i metodologii badań; B – Query - a review and analysis of the literature/Kwerenda – przegląd i analiza literatury przedmiotu; C – Submission of the application to the appropriate Bioethics Committee/Złożenie wniosku do właściwej Komisji Biotycznej; D – Collection of research material/Gromadzenie materiału badawczego; E – Analysis of the research material/Analiza materiału badawczego; F – Preparation of draft version of manuscript/Przygotowanie roboczej wersji artykułu; G – Critical analysis of manuscript draft version/Analiza krytyczna roboczej wersji artykułu; H – Statistical analysis of the research material/Analiza statystyczna materiału badawczego; I – Interpretation of the performed statistical analysis/Interpretacja dokonanej analizy statystycznej; K – Technical preparation of manuscript in accordance with the journal regulations/Opracowanie techniczne artykułu zgodne z regulaminem czasopisma; L – Supervision of the research and preparation of the manuscript/Nadzór nad przebiegiem badań i przygotowaniem artykułu

STRESZCZENIE

ZDOLNOŚĆ PIELĘGNIAREK DO FUNKCJONOWANIA W ŚRODOWISKU MIĘDZYKULTUROWYM W ŚWIELE ICH KOMPETENCJI ORAZ INTELIGENCJI KULTUROWEJ

Cel pracy. Ocena związku pomiędzy kompetencjami kulturowymi personelu pielęgniarskiego, ich poziomem inteligencji kulturowej a zdolnością do efektywnego uczestniczenia w interakcjach międzykulturowych.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 221 pielęgniarek i pielęgniarzy. Wykorzystano wystandaryzowane narzędzia do pomiaru inteligencji kulturowej (*Cultural Intelligence Scale*) oraz kompetencji kulturowych (*Cross-Cultural Competence Inventory*). Analizy statystyczne wykonano w oparciu o program Microsoft Excel 365 oraz Statistica 13.3. Przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha=0.05$.

Wyniki. Dłuższy staż pracy wiązał się z wyższymi wynikami w skali kłamstwa, wraz z wiekiem spadał poziom samoprezentacji wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Poziom inteligencji kulturowej był wysoki w odniesieniu do inteligencji metakognitywnej, a niski w zakresie inteligencji poznawczej. Im wyższa inteligencja metakognitywna, tym wyższe wyniki uzyskiwali respondenci w skalach tworzących kompetencje kulturowe, z wyjątkiem skali dotyczącej tolerancji.

Wnioski. Konieczne jest kontynuowanie badań oceniających kompetencje kulturowe pielęgniarek, które mogą stanowić punkt odniesienia dla kadry zarządzającej, w celu projektowania programów kształcenia w miejscu pracy, wzmacniających kompetencje kulturowe pielęgniarek oraz jakość świadczonej opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe:

Polska, pielęgniarki, personel medyczny, kompetencje kulturowe, inteligencja kulturowa

ABSTRACT

NURSES' ABILITY TO FUNCTION IN AN INTERCULTURAL ENVIRONMENT IN LIGHT OF THEIR COMPETENCE AND CULTURAL INTELLIGENCE

Aim. Assessment of the relationship between cultural competences of the nursing staff, level of their cultural intelligence and the ability to participate effectively in intercultural interactions.

Material and methods. The study included a group of 221 nurses and nurse practitioners. Standardised tools for the measurement of cultural intelligence - Cultural Intelligence Scale, and cultural competences - Cross-Cultural Competence Inventory). Statistical analyses were performed using the software Microsoft Excel 365, and Statistica 13.3. The level of significance was set at $\alpha=0.05$.

Results. A longer work experience was associated with higher lie scale scores, and the level of self-presentation decreased with nurses' age. The level of cultural intelligence was high with respect to metacognitive intelligence while it was low regarding cognitive intelligence. The higher metacognitive intelligence, the higher the results obtained by the respondents according to the scales contributing to cultural competences, except for the scale concerning tolerance.

Conclusions. It is necessary to continue studies assessing cultural competences of nurses, which may constitute a point of reference for the management staff in order to design educational programmes at the workplace to strengthen cultural competences of nurses and the quality of the health care provided.

Key words:

Poland, nurses, cultural intelligence, cross-cultural competence, staff members

INTRODUCTION

The concept of global ecumenism is a contemporary metaphor, illustrated through the phenomena of exchange, interactions which take place, and the general mobility of societies. Due to adaptation to complex cultural structures and accommodation for dynamic social interactions, a person becomes both a product and a creator of his own socio-cultural environment [1]. The answer to the above phenomena may be the theory of cultural contracts, according to which human experience is partially defined by coordination of the relationships based on assimilation, adaptation, or mutual valuation. The theory allows to understand how people from different cultural backgrounds build their identity within varied social categories [2]. In this context, cultural competences of health care staff are of the key importance, which among other things, enables them to an effective communication with patients and consideration of deeply rooted elements of cultural identity – both of their own and of those who received medical care. The level of these competencies exerts a significant effect on the quality of health care provided. In combination with the reduction of inequality in access to medical services for people of different racial, cultural or linguistic origins, it contributes to an increase in the effectiveness of the provided medical care [3]. A high level of cultural competences is the key factor enabling an effective implementation of the World Health Organization (WHO) strategy, which recognises the right to health as a fundamental right of every human being [4,5]. Equality in health, which is rooted in political strategy on the international, European and national levels, constitutes the basis for modern medical services – based on coordinated and complex care, which focuses on the needs of people and communities [6,7]. The above assumption is also related to the concept of cultural competences, as a strategy providing equal and high quality health services for patients with diverse cultural backgrounds [8]. Their important goal is to understand and accept socio-cultural differences in the perception of disease, through the pursuance of the principles of respect in the practical implementation of transcultural care [9]. In response to growing cultural diversity, the contemporary health care system requires from the medical staff to be prepared to take into account patients' different beliefs and practices [8]. An appropriate level of cultural competence distinguishes health care staff who can recognise and respect the cultural differences of patients, and also adjust the way of providing care for these patients. This skill develops in the course of personal improvement, where the awareness and deepening cultural knowledge translates into the development of professional competences [10]. As is emphasised by the WHO, "in response to COVID-19 and developing strategies to new normal, member countries should implement culturally sensitive measures to effectively reach the community of refugees and migrants" [11]. Cultural intelligence is one the key elements of cultural competences facilitating the process of adaptation to the new environment [12]. Analysis of both cultural competences and cultural intelligence allows better understanding why some people are

more effective than others in situations requiring intercultural interactions [13].

AIM

The aim of the study was the assessment of the relationship between cultural competences of male and female nurses, their level of cultural intelligence, and the ability to effectively participate in intercultural interactions. The objective of the study was measurement and assessment of both cultural competences and cultural intelligence among Polish health care staff.

MATERIALS AND METHODS

A cross-sectional study was carried out among male and female nurses, using a standard stool for the measurement of cultural intelligence and cultural competences. Cultural competences were assessed using the Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI), which considers three aspects: (1) cognitive, (2) emotional, and (3) behavioural [14,15]. Cultural intelligence was measured by means of the Cultural Intelligence Scale (CQS) for self-assessment of capability of an individual for effective coping in situations characterised by cultural diversity. The results were obtained by using descriptive statistics and advanced statistical tests, i.e. Pearson's correlation coefficient, Spearman's r correlations, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test. The level of statistical significance was set at $\alpha=0.05$. Statistical analyses were performed on the bases of the software Microsoft Excel 365 and Statistica 13.3. In accordance with applicable law, the study obtained consent from the Bioethical Committee at the Zamoyski Academy (Resolution No. KBAZ/2U/2024). The study was conducted in accordance with the assumptions of the Declaration of Helsinki.

RESULTS

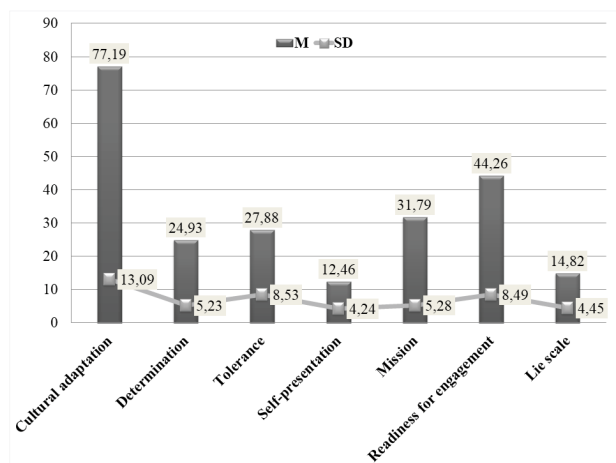
Description of the study group

The study included 221 male and female nurses, the majority of whom were females ($n=198$; 89.59%). The largest number of respondents were aged 30 - 39 ($n=62$; 28.05%) and 40 - 49 ($n=61$; 27.60%), whereas those aged 22 - 30 constituted 24.89%, followed by respondents aged 50 and over – 19.46%. In the study group prevailed male and female nurses who had work experience up to 5 years ($n=121$; 54.75%). A considerable percentage constituted nurses with work experience of at least 16 years ($n=60$; 27.15%). Respondents declared primarily Bachelor's degree ($n=156$; 70.59%), considerably more rarely Master's degree ($n=44$; 19.91%), while the smallest percentage completed secondary nursing school ($n=15$; 6.79%), or post-secondary nursing school ($n=6$; 2.71%). The majority of respondents were urban inhabitants (59.73%), whereas 40.27% lived in rural areas. The largest number of respondents were married ($n = 137$; 61.99%), followed by those unmarried – 18.10% ($n = 40$).

Level of cultural competences of nursing staff

According to the Cross-Cultural Competence Inventory the nurses in the study could obtain a total of 58 - 348 scores, where the higher the result meant the higher the level of cultural competences. The medium result obtained by the respondents was 218.51 ± 24.50 , and a half of them obtained at least 219 scores. The respondents obtained the highest results with respect to mission, cultural adaptation, and readiness for engagement, whereas the lowest result in the area of tolerance and self-presentation. The best result concerned the scale of readiness and engagement, where male and female nurses obtained the mean result of 44.26 ± 8.49 scores (according to the scale from 11 - 66), and a half of respondents obtained at least 45 scores. The worst result was obtained concerning self-presentation scale, where the mean result for the group was 12.46 ± 4.24 (according to the scale from 4 - 24). According to the control scale concerning lie and the need for social acceptance the mean result was 14.82 ± 4.45 , with a half of respondents obtaining at least 15 scores. Fig. 1 presents detailed data.

Statistical analysis showed that a longer work experience was associated with higher results according to the lie scale ($R=0.156$; $p=0.020$). In addition, a weak positive correlation was observed between age and self-presentation ($R=-0.193$; $p=0.004$) which means that among male and female nurses the level of self-presentation decreased with age. Moreover, the level of self-presentation was



*Overall result: $M=218.51$; $SD=24.5$

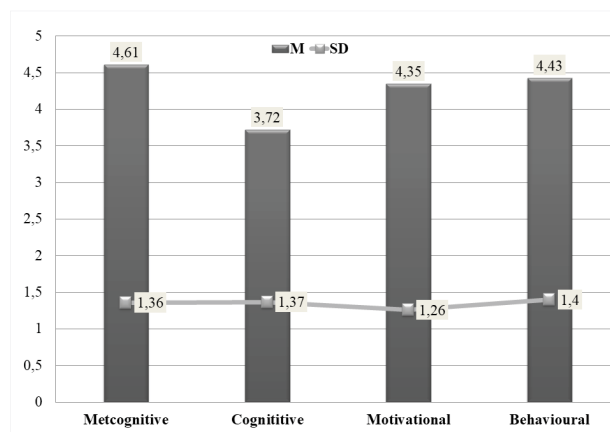
■ Fig 1. Level of cultural competences among male and female nurses in the study*

considerably higher in the group of males, compared to females ($p=0.033$). It can also be noticed that females presented a slightly higher level of cultural adaptation, whereas males obtained higher results with respect to determination. No statistically significant differences in the level of cultural competences of male and female nurses were found according to the place of residence, age, and marital status. However, it may be noticed that the level of self-presentation was slightly higher among respondents who were unmarried and in an informal relationship, while the sense of mission was lower among those unmarried. Tab. 1 and Tab. 2 present the level of cultural competences of male and female nurses in the study.

Level of intercultural sensitivity of nurses

The level of cultural intelligence among male and female nurses in the study was relatively low with respect to cognitive intelligence, mediocre for motivational and behavioural intelligence, and relatively high with respect to metacognitive intelligence. According to metacognitive intelligence the prevalence of high results over low results was observed, and the respondents' results most often remained within the range 5.0-6.0 ($n=64$). In the examined group cognitive intelligence remained on a relatively low level. Fig. 2 presents detailed data.

Cultural intelligence was relatively similar among males and females, only behavioural intelligence was



■ Fig 2. Level of cultural intelligence among male and female nurses participating in the study

■ Tab. 1. Level of cultural competences and socio-demographic data 1

	Gender		Mann-Whitney U test		Place of residence		Mann-Whitney U test	
	female (n=198)	male (n=23)	Z	p	rural area (n=89)	urban area (n=132)	Z	p
Cultural adaptation	78 (77.6 ± 12.9)	73 (73.9 ± 14.6)	1.502	0.133	77 (77.2 ± 13.2)	78 (77.2 ± 13.1)	-0.035	0.972
Determination	25 (24.8 ± 5.2)	27 (26.2 ± 5.4)	-1.736	0.082	26 (25.2 ± 5)	25 (24.8 ± 5.4)	0.681	0.496
Tolerance	27 (27.8 ± 8.4)	28 (29 ± 9.5)	-0.827	0.408	27 (27.8 ± 8.7)	27 (27.9 ± 8.4)	-0.16	0.873
Self-presentation	12 (12.3 ± 4.2)	15 (14.2 ± 4.2)	-2.133	0.033	12 (12.1 ± 4.3)	13 (12.7 ± 4.2)	-1.11	0.267
Mission	32 (31.8 ± 5.2)	33 (31.3 ± 6.3)	0.041	0.967	32 (32.1 ± 4.9)	32 (31.6 ± 5.5)	0.449	0.653
Readiness for engagement	45 (44.3 ± 8.5)	44 (44 ± 8.2)	0.372	0.71	46 (45 ± 8.4)	44 (43.8 ± 8.6)	0.756	0.45
Lie scale	15 (15 ± 4.5)	13 (13.5 ± 4.2)	1.626	0.104	16 (15.3 ± 4.6)	15 (14.5 ± 4.3)	1.314	0.189
Total	219.5 (218.4 ± 24.5)	217 (218.6 ± 25.0)	0.227	0.82	220 (219.4 ± 24.3)	219 (217.9 ± 24.7)	0.69	0.49

Nurses' ability to function in an intercultural environment in light of their competence and cultural intelligence

■ Tab. 2. Level of cultural competences and socio-demographic data 2

		Scale							
Demographic variables		Cultural adaptation	Determination	Tolerance	Self-presentation	Mission	Readiness for engagement	Lie scale	Total
Age	Spearman's r coefficient	0.014	0.094	0.056	-0.193	-0.059	0.031	0.085	-0.003
	p	0.836	0.165	0.408	0.004	0.383	0.648	0.209	0.967
Marital status	unmarried (n=40)	75 (76.5 ± 13.9)	25.5 (25 ± 4.3)	29.5 (29.5 ± 8.9)	14 (13.3 ± 4.1)	30.5 (30.8 ± 5.4)	44 (43.8 ± 7)	14.5 (14.5 ± 4.4)	216 (218.9 ± 20.2)
	married (n=137)	78 (77.1 ± 12.7)	25 (25.2 ± 5.4)	26 (27.5 ± 8.2)	12 (12 ± 4)	33 (32.1 ± 5.2)	46 (44.4 ± 9)	15 (15.1 ± 4.4)	222 (218.3 ± 25.2)
	divorced (n=19)	82 (79.7 ± 11.6)	26 (24.5 ± 5.4)	28 (28 ± 8.8)	12 (12.7 ± 4.4)	32 (31.9 ± 4.5)	46 (44.8 ± 8)	14 (14.7 ± 4.9)	219 (221.7 ± 24.1)
	informal relationship (n=21)	78 (79.1 ± 14.8)	23 (23.4 ± 5.2)	28 (26.1 ± 7.4)	15 (14.2 ± 5.3)	32 (32.7 ± 4.3)	42 (44.2 ± 8.4)	12 (13.9 ± 4.9)	214 (219.7 ± 27.9)
Kruskal-Wallis test	H	0.796	3.02	3.171	5.525	3.839	0.906	2.537	0.337
	p	0.851	0.389	0.366	0.137	0.279	0.824	0.469	0.953
Education	secondary nursing school (n=15)	75 (74 ± 11.6)	24 (24.3 ± 2.8)	26 (26 ± 8.6)	13 (12.9 ± 4)	31 (31.3 ± 5.4)	44 (44.7 ± 9.1)	16 (17.1 ± 4.4)	212 (213.13 ± 22.1)
	post-secondary nursing school (n=6)	78.5 (81 ± 13.4)	24 (25.2 ± 2.8)	26.5 (29.8 ± 10.2)	13.5 (12.7 ± 3.6)	33.5 (32.7 ± 6.2)	48 (45 ± 8.1)	14.5 (14.2 ± 2.3)	225 (226.3 ± 20)
	higher licentiate Bachelor's degree (n=156)	80 (78.3 ± 13.4)	25 (25 ± 5.5)	26.5 (27.7 ± 8.6)	12 (12.5 ± 4.3)	33 (31.9 ± 5.4)	45 (44.6 ± 8.7)	15 (14.6 ± 4.4)	222 (220 ± 24.8)
	higher Master's degree (n=44)	74 (74 ± 12)	25 (24.8 ± 5)	28 (29 ± 7.9)	12 (12.1 ± 4.4)	32 (31.3 ± 4.7)	44.5 (42.9 ± 7.8)	15 (15.1 ± 4.7)	210.5 (214 ± 24.6)
Kruskal-Wallis test	H	5.996	0.608	1.856	0.4	1.165	1.929	4.01	3.905
	p	0.112	0.895	0.603	0.94	0.762	0.587	0.26	0.272
Work experience	Spearman's r coefficient	0.007	0.131	0.034	-0.091	-0.028	0.082	0.156	0.043
	p	0.922	0.051	0.619	0.18	0.682	0.227	0.02	0.523

■ Tab. 3. Level of cultural intelligence among male and female nurses in the study, according to socio-demographic data

		Scale			
		Metacognitive intelligence	Cognitive intelligence	Motivational intelligence	Behavioural intelligence
Gender	female (n=198)	4.8 (4.6 ± 1.3)	3.8 (3.7 ± 1.4)	4.4 (4.4 ± 1.3)	4.6 (4.5 ± 1.4)
	male (n=23)	4.8 (4.5 ± 1.5)	3.7 (3.6 ± 1.2)	4.2 (4.3 ± 1.2)	4.2 (4 ± 1.5)
Mann-Whitney U test	Z	0.327	0.539	0.334	1.275
	p	0.743	0.59	0.738	0.202
Place of residence	rural area (n=89)	4.8 (4.5 ± 1.4)	4 (3.8 ± 1.4)	4.2 (4.2 ± 1.2)	4.6 (4.3 ± 1.4)
	urban area (n=132)	5 (4.7 ± 1.3)	3.7 (3.7 ± 1.4)	4.4 (4.4 ± 1.3)	4.6 (4.5 ± 1.4)
Mann-Whitney U test	Z	-0.989	0.938	-1.002	-0.868
	p	0.323	0.348	0.316	0.386
Correlation with age	Spearman's r coefficient	-0.01	-0.162	-0.014	0.01
	p	0.877	0.016	0.837	0.882
Correlation with work experience	Spearman's r coefficient	0.049	-0.009	-0.024	0.082
	p	0.469	0.89	0.721	0.225
Marital status	unmarried (n=40)	4.8 (4.7 ± 1.2)	4.3 (4.3 ± 1.3)	4.4 (4.5 ± 1.3)	4.6 (4.6 ± 1.2)
	married (n=137)	5 (4.6 ± 1.4)	3.7 (3.6 ± 1.4)	4.4 (4.3 ± 1.2)	4.6 (4.4 ± 1.5)
	divorced (n=19)	5 (4.9 ± 1.4)	3.8 (3.6 ± 1.3)	4.6 (4.8 ± 1.2)	4.2 (4.3 ± 1.4)
	informal relationship (n=21)	4.8 (4.5 ± 1.2)	3.8 (3.8 ± 1.3)	4 (4.1 ± 1.3)	4.4 (4.6 ± 1.3)
Kruskal-Wallis test	H	1.029	8.025	3.179	0.565
	p	0.794	0.046	0.365	0.905
Education	secondary nursing school (n=15)	4.3 (4.7 ± 1.1)	3.5 (3.6 ± 1.4)	3.6 (3.8 ± 1.2)	4.2 (4.1 ± 0.9)
	post-secondary nursing school (n=6)	4.4 (4.5 ± 1.4)	4.1 (4.1 ± 1.3)	4.5 (4.7 ± 1.2)	5.2 (4.8 ± 1.8)
	higher licentiate Bachelor's degree (n=156)	5 (4.6 ± 1.4)	3.8 (3.7 ± 1.4)	4.4 (4.4 ± 1.3)	4.6 (4.5 ± 1.4)
	higher Master's degree (n=44)	4.8 (4.6 ± 1.4)	3.8 (3.8 ± 1.3)	4.2 (4.3 ± 1.2)	4.4 (4.3 ± 1.3)
Kruskal-Wallis test	H	0.116	0.91	3.791	3.462
	p	0.99	0.823	0.285	0.326

■ Tab. 4. Level of cultural intelligence among male and female nurses in the study, according to metacognitive intelligence

Cultural Intelligence Scale									
	Pearson's correlation coefficient	Metacognitive		Cognitive		Motivational		Behavioural	
		Pearson's r	p	Pearson's r	p	Pearson's r	p	Pearson's r	p
Cross-Cultural Competence Inventory	Cultural adaptation	0.606	<0.001	0.397	<0.001	0.62	<0.001	0.608	<0.001
	Determination	0.361	<0.001	0.322	<0.001	0.378	<0.001	0.298	<0.001
	Tolerance	-0.346	<0.001	-0.176	0.009	-0.17	0.011	-0.222	0.001
	Self-presentation	0.094	0.164	0.2	0.003	0.172	0.011	0.21	0.002
	Mission	0.474	<0.001	0.322	<0.001	0.402	<0.001	0.384	<0.001
	Readiness for engagement	0.541	<0.001	0.422	<0.001	0.458	<0.001	0.455	<0.001
	Lie scale	0.136	0.043	0.286	<0.001	0.116	0.085	0.056	0.408
	Total	0.586	<0.001	0.47	<0.001	0.628	<0.001	0.588	<0.001

slightly higher in females. Importantly, motivational and behavioural intelligence were the lowest among respondents who completed secondary nursing school, whereas the highest among respondents who graduated from post-secondary nursing school. Statistical analysis showed a weak, negative correlation between age, and cognitive intelligence among male and female nurses ($R=-0.162$; $p=0.016$), thus in this group, cognitive intelligence decreased with age. In addition, male and female nurses who were unmarried presented a significantly higher level of cognitive intelligence than the remaining respondents ($p=0.046$). Tab. 3 presents detailed data.

Relationship between cultural intelligence and the level of cultural competences among nurses

The study as well analysed the relationship between cultural intelligence of the nursing staff and the level of cultural competences obtained by them. Statistical analysis demonstrated that the higher metacognitive intelligence, the higher the respondents' results according to scales contributing to cultural competences, except for the scale concerning tolerance ($r=-0.346$; $p<0.001$). In the case of cognitive intelligence it was confirmed that the higher its level, the higher the results obtained by respondents according to the cultural competences scale, and the scales contributing to this scale, i.e. cultural adaptation, readiness and engagement, determination, self-presentation, mission, and lie scale. Importantly, with respect to tolerance scale a negative correlation was observed with cognitive intelligence ($r=-0.176$; $p=0.009$), thus, the higher is cognitive intelligence, the lower is tolerance. Concerning motivational intelligence it was found that the higher its value the higher are the results obtained by respondents according to cultural competences scales, except for that pertaining to tolerance ($r=-0.170$; $p=0.011$), the results of which demonstrated that the higher motivational intelligence, the lower tolerance. Similar results were obtained according to the behavioural scale where it was observed that the higher behavioural intelligence, the lower tolerance ($r=-0.222$; $p=0.001$). Tab. 4 presents detailed results.

DISCUSSION

The analysis of the literature concerning cultural competences performed by A. De-María B. et al. showed that in less than a half of the European countries (23 from among 50) studies or initiatives have been implemented which could respond to challenges related with cultural diversity in the health care system [10, 16]. In turn, D. Simpson emphasised that it is important to simultaneously analyse the level of cultural competences and cultural intelligence, because developing and improving them is a time-consuming process, but it brings benefits in the form of breaking stereotypes and improving intercultural relations [17]. Hence, the inspiration of the research team to carry out investigations related to understanding the level of cultural competences and their dependence on the level of cultural intelligence among the staff of Polish health care system.

The presented study demonstrated that the level of cultural competences among nursing staff was mediocre. Comparable results were also obtained by other researchers from Poland, Italy, Austria, or Asian countries [18-24]. The study conducted so far provides evidence for an increased risk of limited possibilities in satisfying cultural needs in daily nursing practice [25, 26]. A high level of cultural competences is indispensable because, unlike other members of the medical staff, these are nurses who provide direct patient care [27].

The conducted statistical analysis demonstrated that the level of competences was slightly higher among respondents with Bachelor's degree education, and those who completed post-secondary nursing school (compared to Master's degree and secondary nursing school). Similar data were provided by the results of research by NF. Rahma, which indicated that students of vocational education programme obtained higher results with respect to the components of cultural competences than students of academic programme [28]. One possible explanation for this trend may be the fact that nurses may be more willing to pursue advanced training and engage in independent learning, compared to those with Master's degree diplomas [24]. The results obtained confirmed the necessity for regular trainings and promotion of education at the place of work in the area of cultural competences, in order to provide complex care, adjusted to dynamically changing socio-demographic conditions.

The detailed analysis of the components that contribute to the image of overall competence showed that nursing staff are mission - oriented employees who can find solutions to difficult situations, but also possess skills to cooperate with others, even in stressful situations (readiness for engagement) [14]. Similar results were obtained in a study by Van Mol et al. which showed that work engagement is related to agreeableness, conscientiousness and emotional stability, and additionally balances responses to work-related stress [29]. Highly engaged staff in a health care facility are an impulse for the development of a friendly atmosphere at work, which is reflected in the provision of personalised patient-focused care, taking into account also his/her cultural needs [30-32]. A study by S. Sayed et al. and by NHA Awad explain that higher levels of personal initiative, lower hospital mortality rates, significantly higher financial profitability of the organisation and supporting organisation are fundamental factors providing incentives for nurses to become engaged in work [33, 34].

In the presented study, respondents obtained relatively high results according to the scale concerning cultural adaptation. Their abilities to use both knowledge and skills in relations with a patient was the factor conducive for the development of competence associated with cultural adaptation important from the aspect of the phenomenon of globalisation. The obtained results confirm that these were individuals accepting and respecting the point of view of people from other cultures, and different methods of problem solving, which is also indicated by other studies carried out in a group of Polish nurses [14, 35].

A study conducted by S. Young et al. showed that cultural competences develop through inner reflection and awareness in time [36]. The abovementioned concept was confirmed by the presented study, because high results according to the lie scale were associated with professional experience, with a longer duration of work experience indicating a higher level of competence according to the lie scale. In the Cross-Cultural Competence Inventory, the lie scale performs the control function and serves to assess the need for social acceptance. Thus, a higher score on this scale may indicate developed adaptability skills, which are especially important in the work environment requiring intercultural competences [37]. The need for social acceptance may also be a protective element increasing commitment and reducing the risk of social burnout. Hamama et al. emphasise that lack of support and social acceptance is associated with an increase in the level of occupational burnout among nurses [38]. In this context, the results of the presented study confirm the validity of introducing training programmes at the workplace, which not only develop cultural competences but also strengthen the sense of belonging and integration in the team [39]. In addition, the ability to function effectively across cultural barriers also indicates a high level of cultural intelligence, which plays an important role in the reduction of stress, and is the foundation of the effective work of a nurse in the culturally diverse environment [40, 41].

However, it is an alarming fact that among male and female nurses, who participated in the study, the level of self-presentation decreased with age. Self-presentation concerned statements related, among other things,

with the ability to make appearances, the ability to lie to a person, e.g.: 'If necessary, I can lie while looking someone straight in the eye' [37]. This level was considerably higher in the group of males, compared to females, and slightly higher for respondents who were unmarried. The situation observed may be explained by a study carried out by A. Nikbakht Nasrabadi et al., which demonstrated that nurses may feel compelled to use an innocent lie while taking care of a patient due to such factors as crisis of hope, bad news, or cultural diversity [42].

Cultural intelligence also plays an important role in developing culturally competent medical environments. It is defined as the ability to function effectively in culturally diverse environments. Cultural intelligence differs from cultural competence by the fact that it places an emphasis not only on knowledge of different cultures, but also on the ability to solve problems, adaptation and practicing behavioural flexibility (i.e. adjustment of behaviours based on changing circumstances) [43,44]. The presented study showed a relatively high level of metacognitive intelligence among nursing staff and a mediocre level of motivational and behavioural intelligence. This may indicate that the nursing staff possessed a high awareness of cultural preferences of their patients, and additionally, used these metacognitive skills in practice. This is of great importance for the development of cultural awareness and favours making more impartial decisions. Developing reflective thinking (metacognitive skills) together with critical thinking (cognitive skills) is considered important for the improvement of clinical reasoning. Studies by other researchers indicate that an increased metacognitive awareness is associated with the higher quality of patient care, more effective clinical analysis, more efficient decision-making, and the attitude focused on the concept of lifelong learning [45]. In the presented study male and female nurses who were unmarried showed a significantly higher level of cognitive intelligence, compared to the remaining respondents ($p=0.046$). This is contrary to the study by G. Mehralian et al., which explained that nurses who were married showed a higher ethical intelligence, potentially due to greater responsibility and sensitivity to ethical issues [46]. In addition, similar to a study by G. Teixeira it was demonstrated that the level of cultural intelligence among the nursing staff was not determined by socio-demographic characteristics, such as gender, place of residence, education, and work experience. This suggests that cultural intelligence may be a personal trait, not affected by the demographic factors [47].

In the presented study it was observed that nursing staff possessed skills of adjustment to the environment of patients in the face of different cultures. This was confirmed by a positive correlation between the level of respondents' cultural intelligence and their cultural competences. The justification for the above phenomenon may be the growing cultural diversity that the modern health care system faces. Studies by other researchers indicated that more frequent contact with representatives of different cultures promotes the growth of both competence and cultural intelligence. In addition, a high level of these characteristics in health care staff increases their openness to

the needs of patients from different cultures, which also favours more effective therapy [13,25,48].

In the presented study it was an alarming fact that the correlation between metacognitive, cognitive, motivational and behavioural intelligence, and cultural competences of nurses with relation to uncertainty tolerance was negative. Uncertainty is a sense of doubt that blocks or delays action. Among its causes are mentioned insufficient level of personal and empirical knowledge or lack of resources to support the decision-making process [49]. Therefore, it is important to implement trainings associated with professional development, which may contribute to resilience and tolerance towards uncertainty. Detailed studies are necessary to provide information concerning effective methods of supporting nurses in coping with this phenomenon.

Intercultural competencies are widely recognised as an essential asset of health care staff. What is important is that they are not an innate characteristics, but require systematic education [50]. Due to the accelerated process of globalisation, developing cultural skills among medical staff is becoming crucial - both within the basic education system and from a general perspective of the future professional improvement of employees. Nurses constitute the largest group of health care staff and, simultaneously, spend most of their working time providing direct patient care [51]. Although the study did not analyse changes in the level of competences in time, its results are an important reference for decision-makers responsible for creating educational and health policy. The provision of the variety of forms of professional improvement becomes a necessary action. In addition,, constant monitoring and assessment of the effect of changes in educational programmes on the development of cultural competences is also important, which ultimately will enable the provision of high quality care, sensitive to the cultural needs of patients. The abovementioned thesis is confirmed by the results of a study by J.M. Bąk et al., which indicate an important role of integration of the content related to cultural diversity into nursing educational programmes, and the necessity to implement targeted training as an integral part of their professional development [31]. Moreover, a systematic review by S. Osmancevic et al. indicated that education and trainings, as well as technology-based applications and support, which will be the continuation of nursing education, may improve the level of their cultural competence in practice. The theoretical part of the intervention should focus on the development of cultural knowledge, sensitiveness, intercultural awareness, as well as communication and cultural assessment skills [52]. Issues such as race, religion, sexual orientation, gender and disability, voice tones and nonverbal communication, cultural sensitivity programme and foreign language courses are also important [27].

CONCLUSIONS

1. Cultural competences of nurses conditioning their ability to function in an intercultural environment were assessed as mediocre. The staff which participated in the study was characterised by a mediocre level of overall cultural competences, with better results obtained regarding cultural adaptation, focusing on mission, and readiness for engagement, compared to the area of tolerance of uncertainty and self-presentation.
2. The level of cultural intelligence among male and female nurses in the study was relatively high in relation to metacognitive intelligence, mediocre for motivational and behavioural intelligence, and relatively low with respect to cognitive intelligence.
3. Due to the escalation of the phenomenon of global ecumene, the investigation of professional experiences of nurses is an indispensable stage for the identification of gaps in health care, considering cultural issues.
4. It is necessary to continue studies assessing cultural competences of nurses, which could be a reference point for management staff in order to design educational programmes at the place of work, strengthening cultural competences of nurses, and consequently, the quality of the provided healthcare.

Zdolność pielęgniarek do funkcjonowania w środowisku międzykulturowym w świetle ich kompetencji oraz inteligencji kulturowej

WPROWADZENIE

Metaforą współczesności, zilustrowaną poprzez zjawiska wymiany, zachodzących interakcji oraz powszechnej mobilności społeczeństw jest koncepcja globalnej ekumeny. Adaptacja do złożonych struktur kulturowych oraz akomodacja do dynamicznych interakcji społecznych sprawia, że człowiek staje się zarówno wytworem, jak i twórcą swojego środowiska społeczno – kulturowego [1]. Odpowiedzią na powyższe zjawiska może być teoria kontraktów kulturowych, według której doświadczenie ludzkie jest częściowo definiowane poprzez koordynację relacji opartych na asymilacji, adaptacji lub wzajemnym wartościowaniu. Teoria ta pozwala zrozumieć, jak osoby pochodzące z różnych środowisk kulturowych budują swoją tożsamość w ramach zróżnicowanych kategorii społecznych [2]. W tym kontekście kluczowe znaczenie mają kompetencje kulturowe pracowników systemu ochrony zdrowia, które umożliwiają im skuteczną komunikację z pacjentami oraz uwzględnianie głęboko zakorzenionych elementów tożsamości kulturowej – zarówno własnej, jak i osób korzystających z opieki medycznej. Poziom tych kompetencji ma istotny wpływ na jakość świadczonej opieki zdrowotnej. W połączeniu z redukcją nierówności w dostępie do świadczeń medycznych dla osób o odmiennym pochodzeniu rasowym, kulturowym czy językowym, przyczynia się do zwiększenia efektywności realizowanej opieki medycznej [3]. Wysoki poziom kompetencji kulturowych stanowi kluczowy czynnik umożliwiający skuteczną realizację strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która uznaje prawo do zdrowia za fundamentalne prawo każdego człowieka [4,5]. Równość w zdrowiu, znajdująca swoje umocowanie w strategii politycznej na poziomie międzynarodowym, europejskim i krajowym, stanowi podstawę nowoczesnych świadczeń usług medycznych – opartych na skoordynowanej oraz kompleksowej opiece, zorientowanej na potrzeby ludzi i społeczności [6,7]. Z powyższym założeniem wiąże się również koncepcja kompetencji kulturowych jako strategii zapewniania równej i wysokiej jakości usługi zdrowotne dla pacjentów o zróżnicowanym pochodzeniu kulturowym [8]. Istotnym ich celem jest zrozumienie i akceptacja społeczno-kulturowych różnic w postrzeganiu choroby, poprzez wdrażanie zasad szacunku w praktycznej realizacji opieki transkulturowej [9]. W odpowiedzi na rosnącą różnorodność kulturową, współczesny system ochrony zdrowia wymaga od personelu medycznego gotowości do uwzględniania odmiennych przekonań i praktyk pacjentów [8]. Odpowiedni poziom kompetencji kulturowych wyróżnia pracowników ochrony zdrowia, którzy potrafią rozpoznawać i szanować różnice kulturowe pacjentów, a także dostosowywać do nich sposób sprawowania opieki. Umiejętność ta rozwija się w toku procesu doskonalenia osobistego,

w którym świadomość oraz pogłębianie wiedzy kulturowej przekładają się na rozwój kompetencji zawodowych [10]. Jak podkreśla WHO: „reagując na COVID-19 i opracowując strategie przejścia do nowej normalności, państwa członkowskie powinny wdrożyć środki, które są wrażliwe kulturowo, aby skutecznie dotrzeć do społeczności uchodźców i migrantów” [11]. Jednym z kluczowych elementów kompetencji kulturowych, ułatwiającym proces adaptacji do nowego środowiska, jest inteligencja kulturowa [12]. Analiza zarówno kompetencji kulturowych, jak również inteligencji kulturowej pozwala lepiej zrozumieć dlaczego niektóre osoby są bardziej skuteczne niż inne, w sytuacjach wymagających interakcji międzykulturowych [13].

CEL PRACY

Celem przeprowadzonego badania była ocena związku pomiędzy kompetencjami kulturowymi pielęgniarek i pielęgniarzy, ich poziomem inteligencji kulturowej a zdolnością do efektywnego uczestniczenia w interakcjach międzykulturowych. Badanie miało na celu pomiar i ocenę zarówno kompetencji kulturowych, jak i inteligencji kulturowej wśród pracowników polskiego systemu ochrony zdrowia.

MATERIAŁ I METODY

Przeprowadzono badanie przekrojowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy, wykorzystując wystandaryzowane narzędzia do pomiaru inteligencji kulturowej oraz kompetencji kulturowych. Do oceny kompetencji kulturowych zastosowano Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych (*Cross-Cultural Competence. Inventory - CCCI*), który uwzględnia trzy aspekty: (1) poznawczy, (2) emocjonalny, (3) behawioralny [14,15]. Inteligencję kulturową mierzono za pomocą Skali Inteligencji Kulturowej (*Cultural Intelligence Scale - CQS*), służącej do samooceny zdolności jednostki do skutecznego radzenia sobie w sytuacjach charakteryzujących się różnorodnością kulturową. Do scharakteryzowania wyników zastosowano statystyki opisowe oraz zaawansowane testy statystyczne, tj.: współczynnik korelacji Pearsona, współczynnik korelacji Spearmana, test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha=0.05$. Analizy statystyczne wykonano w oparciu o program Microsoft Excel 365 oraz Statistica 13.3. Zgodnie z obowiązującym prawem, badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej funkcjonującej przy Akademii Zamojskiej (Uchwała nr KBAZ/2U/2024). Badanie przeprowadzono zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej.

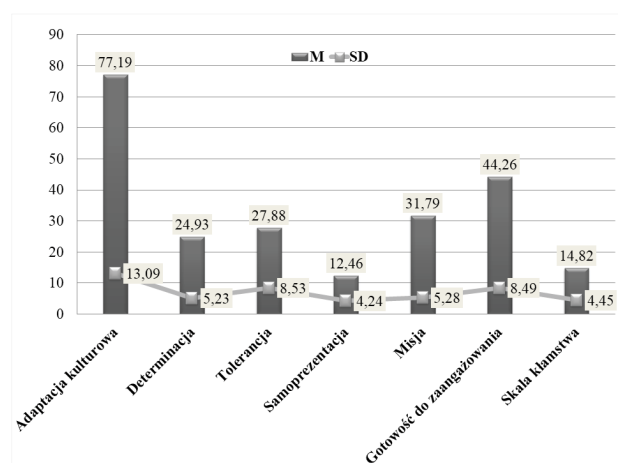
WYNIKI

Opis grupy badanej

W badaniu wzięło udział 221 pielęgniarek i pielęgniarzy, z czego przeważającą większość stanowiły kobiety (n=198; 89,59%). Najliczniej reprezentowane były osoby w przedziale wiekowym 30 - 39 lat (n=62; 28,05%) oraz 40 - 49 lat (n=61; 27,60%). Uczestnicy w wieku 22 - 30 lat stanowili 24,89% badanych, natomiast osoby w wieku 50 lat i więcej - 19,46%. W badanej grupie przeważali pielęgniarze i pielęgniarki ze stażem pracy do 5 lat (n=121; 54,75%). Znaczący odsetek stanowili pracownicy z doświadczeniem zawodowym co najmniej 16 lat (n=60; 27,15%). Respondenci deklarowali przeważnie wykształcenie wyższe licencjackie (n=156; 70,59%), znacznie rzadziej wyższe magisterskie (n=44; 19,91%), a najmniej z nich ukończyło liceum pielęgniarstwo (n=15; 6,79%) lub studium pielęgniarstwo (n=6; 2,71%). Większość badanych mieszkała w miastach (59,73%), podczas gdy 40,27% stanowili mieszkańcy wsi. Dominującą grupą były osoby pozostające w związku małżeńskim (n = 137; 61,99%), natomiast osoby stanu wolnego – panny i kawalerowie – stanowiły 18,10% (n = 40).

Poziom kompetencji kulturowych personelu pielęgniarstwa

W Skali Kompetencji Kulturowych ankietowane pielęgniarki i pielęgniarze mogli uzyskać ogółem od 58 do 348 punktów, a im wyższy wynik, tym wyższy poziom kompetencji kulturowych. Średni wynik respondentów wyniósł $218,51 \pm 24,50$, a połowa z nich uzyskała co najmniej 219 punktów. Badani osiągnęli najwyższe wyniki w zakresie misji, adaptacji kulturowej, oraz gotowości do zaangażowania. Najniższe w obszarze tolerancji i samoprezentacji. Najbardziej korzystny wynik dotyczył skali gotowości i zaangażowania, w której pielęgniarki i pielęgniarze osiągnęli średnio $44,26 \pm 8,49$ punktów (w skali od 11 do 66), a połowa badanych uzyskała co najmniej 45 punktów. Najgorszy wynik osiągnięto w skali samoprezentacji, w której średni wynik dla grupy wynosił $12,46 \pm 4,24$ (w skali od 4 do 24). W skali kontrolnej, dotyczącej kłamstwa i potrzeby akceptacji społecznej, średni wynik wyniósł $14,82 \pm 4,45$, przy czym połowa osób uzyskała co najmniej 15 punktów. Szczegółowe dane przedstawiono na Ryc. 1.



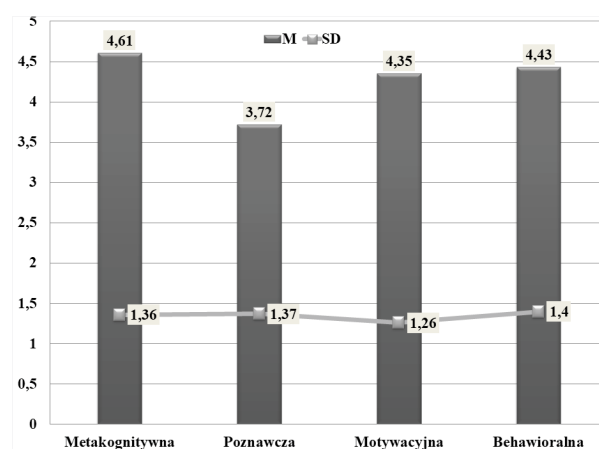
*Wynik ogólny: M=218,51; SD=24,5

■ Ryc. 1. Poziom kompetencji kulturowych wśród ankietowanych pielęgniarzek i pielęgniarzy*

Analiza statystyczna wykazała, że dłuższy staż pracy wiązał się z wyższymi wynikami w skali kłamstwa ($R=0,156$; $p=0,020$). Ponadto stwierdzono słabą, dodatnią korelację pomiędzy wiekiem a samoprezentacją ($R=-0,193$, $p=0,004$), co oznacza, że wraz z wiekiem spadał poziom samoprezentacji wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Ponadto poziom samoprezentacji był znacznie wyższy w grupie mężczyzn niż kobiet ($p=0,033$). Można zauważyć także, że kobiety wykazywały nieco wyższy poziom adaptacji kulturowej, natomiast mężczyźni mieli wyższe wyniki w zakresie determinacji. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie kompetencji kulturowych pielęgniarek i pielęgniarzy w zależności od miejsca zamieszkania, wieku, stanu cywilnego. Można jednak zauważyć, że poziom samoprezentacji był nieco wyższy dla respondentów stanu wolnego i w związku nieformalnym, natomiast poczucie misji było niższe wśród badanych stanu wolnego. Poziom kompetencji kulturowych ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy przedstawiono w Tab. 1 i 2.

Poziom wrażliwości międzykulturowej pielęgniarzek

Poziom inteligencji kulturowej wśród ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy był stosunkowo niski w zakresie inteligencji poznawczej, przeciętny dla inteligencji motywacyjnej i behawioralnej, a dość wysoki w odniesieniu do inteligencji metakognitywnej. W skali inteligencji metakognitywnej zaobserwowano przewagę wyników wysokich nad niskimi, a respondenci najczęściej znajdowali się w przedziale 5,0-6,0 (n=64). Inteligencja poznawcza kształtowała się w badanej grupie na dość niskim poziomie. Szczegółowe dane przedstawiono na Ryc. 2.



■ Ryc. 2. Poziom inteligencji kulturowej wśród ankietowanych pielęgniarzek i pielęgniarzy

Inteligencja kulturowa kształtowała się dość podobnie wśród kobiet i mężczyzn, jedynie inteligencja behawioralna była nieco wyższa wśród kobiet. Co istotne, inteligencja motywacyjna i behawioralna były najniższe wśród respondentów po liceum pielęgniarstwie, a najwyższe u badanych z ukończonym studium pielęgniarstwa. Analiza statystyczna wykazała słabą, ujemną korelację pomiędzy wiekiem, a inteligencją poznawczą wśród pielęgniarek i pielęgniarzy ($R=-0,162$; $p=0,016$), a zatem wraz

Zdolność pielęgniarek do funkcjonowania w środowisku międzykulturowym w świetle ich kompetencji oraz inteligencji kulturowej

■ Tab. 1. Poziom kompetencji kulturowych a zmienne socjodemograficzne 1

	Płeć		Test U Manna-Whitneya		Miejsce zamieszkania		Test U Manna-Whitneya	
	kobieta (n=198)	mężczyzna (n=23)	Z	p	wieś (n=89)	miasto (n=132)	Z	p
Adaptacja kulturowa	78 (77,6 ± 12,9)	73 (73,9 ± 14,6)	1,502	0,133	77 (77,2 ± 13,2)	78 (77,2 ± 13,1)	-0,035	0,972
Determinacja	25 (24,8 ± 5,2)	27 (26,2 ± 5,4)	-1,736	0,082	26 (25,2 ± 5)	25 (24,8 ± 5,4)	0,681	0,496
Tolerancja	27 (27,8 ± 8,4)	28 (29 ± 9,5)	-0,827	0,408	27 (27,8 ± 8,7)	27 (27,9 ± 8,4)	-0,16	0,873
Samoprezentacja	12 (12,3 ± 4,2)	15 (14,2 ± 4,2)	-2,133	0,033	12 (12,1 ± 4,3)	13 (12,7 ± 4,2)	-1,11	0,267
Misja	32 (31,8 ± 5,2)	33 (31,3 ± 6,3)	0,041	0,967	32 (32,1 ± 4,9)	32 (31,6 ± 5,5)	0,449	0,653
Gotowość do zaangażowania	45 (44,3 ± 8,5)	44 (44 ± 8,2)	0,372	0,71	46 (45 ± 8,4)	44 (43,8 ± 8,6)	0,756	0,45
Skala kłamstwa	15 (15 ± 4,5)	13 (13,5 ± 4,2)	1,626	0,104	16 (15,3 ± 4,6)	15 (14,5 ± 4,3)	1,314	0,189
Wynik ogólny	219,5 (218,4 ± 24,5)	217 (218,6 ± 25,0)	0,227	0,82	220 (219,4 ± 24,3)	219 (217,9 ± 24,7)	0,69	0,49

■ Tab. 2. Poziom kompetencji kulturowych a zmienne socjodemograficzne 2

		Skala							
Zmienne demograficzne		Adaptacja kulturowa	Determinacja	Tolerancja	Samoprezentacja	Misja	Gotowość do zaangażowania	Skala kłamstwa	Wynik ogólny
Wiek	R Spearmana	0,014	0,094	0,056	-0,193	-0,059	0,031	0,085	-0,003
	p	0,836	0,165	0,408	0,004	0,383	0,648	0,209	0,967
Stan cywilny	wolny/wolna (n=40)	75 (76,5 ± 13,9)	25,5 (25 ± 4,3)	29,5 (29,5 ± 8,9)	14 (13,3 ± 4,1)	30,5 (30,8 ± 5,4)	44 (43,8 ± 7)	14,5 (14,5 ± 4,4)	216 (218,9 ± 20,2)
	zamężna/zonaty (n=137)	78 (77,1 ± 12,7)	25 (25,2 ± 5,4)	26 (27,5 ± 8,2)	12 (12 ± 4)	33 (32,1 ± 5,2)	46 (44,4 ± 9)	15 (15,1 ± 4,4)	222 (218,3 ± 25,2)
	po rozwodzie (n=19)	82 (79,7 ± 11,6)	26 (24,5 ± 5,4)	28 (28 ± 8,8)	12 (12,7 ± 4,4)	32 (31,9 ± 4,5)	46 (44,8 ± 8)	14 (14,7 ± 4,9)	219 (221,7 ± 24,1)
	związek nieformalny (n=21)	78 (79,1 ± 14,8)	23 (23,4 ± 5,2)	28 (26,1 ± 7,4)	15 (14,2 ± 5,3)	32 (32,7 ± 4,3)	42 (44,2 ± 8,4)	12 (13,9 ± 4,9)	214 (219,7 ± 27,9)
Test Kruskala-Wallisa	H	0,796	3,02	3,171	5,525	3,839	0,906	2,537	0,337
	p	0,851	0,389	0,366	0,137	0,279	0,824	0,469	0,953
Wykształcenie	liceum pielęgniarskie (n=15)	75 (74 ± 11,6)	24 (24,3 ± 2,8)	26 (26 ± 8,6)	13 (12,9 ± 4)	31 (31,3 ± 5,4)	44 (44,7 ± 9,1)	16 (17,1 ± 4,4)	212 (213,13 ± 22,1)
	studium pielęgniarskie (n=6)	78,5 (81 ± 13,4)	24 (25,2 ± 2,8)	26,5 (29,8 ± 10,2)	13,5 (12,7 ± 3,6)	33,5 (32,7 ± 6,2)	48 (45 ± 8,1)	14,5 (14,2 ± 2,3)	225 (226,3 ± 20)
	wyższe licencjackie (n=156)	80 (78,3 ± 13,4)	25 (25 ± 5,5)	26,5 (27,7 ± 8,6)	12 (12,5 ± 4,3)	33 (31,9 ± 5,4)	45 (44,6 ± 8,7)	15 (14,6 ± 4,4)	222 (220 ± 24,8)
	wyższe magisterskie (n=44)	74 (74 ± 12)	25 (24,8 ± 5)	28 (29 ± 7,9)	12 (12,1 ± 4,4)	32 (31,3 ± 4,7)	44,5 (42,9 ± 7,8)	15 (15,1 ± 4,7)	210,5 (214 ± 24,6)
Test Kruskala-Wallisa	H	5,996	0,608	1,856	0,4	1,165	1,929	4,01	3,905
	p	0,112	0,895	0,603	0,94	0,762	0,587	0,26	0,272
Staż pracy	R Spearmana	0,007	0,131	0,034	-0,091	-0,028	0,082	0,156	0,043
	p	0,922	0,051	0,619	0,18	0,682	0,227	0,02	0,523

z wiekiem inteligencja poznawcza w tej grupie spadała. Ponadto, pielęgniarki i pielęgniarze stanu wolnego wykazywali istotnie wyższy poziom inteligencji poznawczej niż pozostali badani ($p=0,046$). Szczegółowe dane zawarto w Tab. 3.

Związek pomiędzy inteligencją kulturową a poziomem kompetencji kulturowych wśród pielęgniarek

W badaniach dokonano także analizy związku pomiędzy inteligencją kulturową personelu pielęgniarskiego a osiągniętym przez nich poziomem kompetencji kulturowych. Analiza statystyczna wykazała, że im wyższa inteligencja metakognitywna, tym wyższe wyniki uzyskiwali

respondenci w skalach tworzących kompetencje kulturowe, z wyjątkiem skali dotyczącej tolerancji ($r=-0,346$; $p<0,001$). W przypadku inteligencji poznawczej wykazano, że im wyższy jej poziom, tym wyższe wyniki uzyskiwali respondenci w skali kompetencji kulturowych oraz w skalach ją tworzących, tj.: adaptacji kulturowej, gotowości i zaangażowania, determinacji, autoprezentacji, misji oraz w skali kłamstwa. Co istotne w przypadku skali związanej z tolerancją, wykazano ujemną korelację z inteligencją poznawczą ($r=-0,176$; $p=0,009$), a zatem im wyższa inteligencja poznawcza, tym niższa tolerancja. W przypadku inteligencji motywacyjnej wykazano, że im jej wartość jest wyższa tym wyższe wyniki osiągnęli respondenci w skali kompetencji kulturowych, z wyjątkiem skali dotyczącej

■ Tab. 3. Poziom inteligencji kulturowej wśród ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy w zależności od zmiennych socjodemograficznych

Skala					
		Inteligencja metakognitywna	Inteligencja poznawcza	Inteligencja motywacyjna	Inteligencja behawioralna
Płeć	kobieta (n=198)	4,8 (4,6 ± 1,3)	3,8 (3,7 ± 1,4)	4,4 (4,4 ± 1,3)	4,6 (4,5 ± 1,4)
	mężczyzna (n=23)	4,8 (4,5 ± 1,5)	3,7 (3,6 ± 1,2)	4,2 (4,3 ± 1,2)	4,2 (4 ± 1,5)
Test U Manna-Whitneya	Z	0,327	0,539	0,334	1,275
	p	0,743	0,59	0,738	0,202
Miejsce zamieszkania	wieś (n=89)	4,8 (4,5 ± 1,4)	4 (3,8 ± 1,4)	4,2 (4,2 ± 1,2)	4,6 (4,3 ± 1,4)
	miasto (n=132)	5 (4,7 ± 1,3)	3,7 (3,7 ± 1,4)	4,4 (4,4 ± 1,3)	4,6 (4,5 ± 1,4)
Test U Manna-Whitneya	Z	-0,989	0,938	-1,002	-0,868
	p	0,323	0,348	0,316	0,386
Korelacja z wiekiem	R Spearmana	-0,01	-0,162	-0,014	0,01
	p	0,877	0,016	0,837	0,882
Korelacja ze stażem pracy	R Spearmana	0,049	-0,009	-0,024	0,082
	p	0,469	0,89	0,721	0,225
Stan cywilny	wolny/wolna (n=40)	4,8 (4,7 ± 1,2)	4,3 (4,3 ± 1,3)	4,4 (4,5 ± 1,3)	4,6 (4,6 ± 1,2)
	zamężna/zonaty (n=137)	5 (4,6 ± 1,4)	3,7 (3,6 ± 1,4)	4,4 (4,3 ± 1,2)	4,6 (4,4 ± 1,5)
	po rozwodzie (n=19)	5 (4,9 ± 1,4)	3,8 (3,6 ± 1,3)	4,6 (4,8 ± 1,2)	4,2 (4,3 ± 1,4)
	związek nieformalny (n=21)	4,8 (4,5 ± 1,2)	3,8 (3,8 ± 1,3)	4 (4,1 ± 1,3)	4,4 (4,6 ± 1,3)
Test Kruskala-Wallisa	H	1,029	8,025	3,179	0,565
	p	0,794	0,046	0,365	0,905
Wykształcenie	liceum pielęgniarzkie (n=15)	4,3 (4,7 ± 1,1)	3,5 (3,6 ± 1,4)	3,6 (3,8 ± 1,2)	4,2 (4,1 ± 0,9)
	studium pielęgniarzkie (n=6)	4,4 (4,5 ± 1,4)	4,1 (4,1 ± 1,3)	4,5 (4,7 ± 1,2)	5,2 (4,8 ± 1,8)
	wyższe licencjackie (n=156)	5 (4,6 ± 1,4)	3,8 (3,7 ± 1,4)	4,4 (4,4 ± 1,3)	4,6 (4,5 ± 1,4)
	wyższe magisterskie (n=44)	4,8 (4,6 ± 1,4)	3,8 (3,8 ± 1,3)	4,2 (4,3 ± 1,2)	4,4 (4,3 ± 1,3)
Test Kruskala-Wallisa	H	0,116	0,91	3,791	3,462
	p	0,99	0,823	0,285	0,326

■ Tab. 4. Poziom inteligencji kulturowej wśród ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy w zależności od inteligencji metakognitywnej

Cultural Intelligence Scale									
	Współczynnik korelacji Pearsona	Metakognitywna		Poznawcza		Motywacyjna		Behawioralna	
		r Pearsona	p	r Pearsona	p	r Pearsona	p	r Pearsona	p
Skala Kompetencji Kulturowych	Adaptacja kulturowa	0,606	<0,001	0,397	<0,001	0,62	<0,001	0,608	<0,001
	Determinacja	0,361	<0,001	0,322	<0,001	0,378	<0,001	0,298	<0,001
	Tolerancja	-0,346	<0,001	-0,176	0,009	-0,17	0,011	-0,222	0,001
	Samoprezentacja	0,094	0,164	0,2	0,003	0,172	0,011	0,21	0,002
	Misja	0,474	<0,001	0,322	<0,001	0,402	<0,001	0,384	<0,001
	Gotowość do zaangażowania	0,541	<0,001	0,422	<0,001	0,458	<0,001	0,455	<0,001
	Skala kłamstwa	0,136	0,043	0,286	<0,001	0,116	0,085	0,056	0,408
	Wynik ogólny	0,586	<0,001	0,47	<0,001	0,628	<0,001	0,588	<0,001

tolerancji ($r=-0,170$; $p=0,011$), której wyniki wykazały, że im wyższa inteligencja motywacyjna, tym niższa tolerancja. Podobne wyniki uzyskano w skali inteligencji behawioralnej, w której wykazano, że im wyższa inteligencja behawioralna, tym niższa tolerancja ($r=-0,222$; $p=0,001$). Szczegółowe wyniki zawarto w Tab. 4.

■ DYSKUSJA

Przeprowadzona przez A. De-María B. i wsp. analiza literatury w zakresie kompetencji kulturowych wykazała, że w mniej niż połowie krajów europejskich (23 z 50) zrealizowano badania lub inicjatywy, które mogłyby odpowiedzieć na wyzwania związane z różnorodnością kulturową w systemie ochrony zdrowia [10, 16]. Z kolei D. Simpson podkreśliła, że istotna jest jednoczesna analiza poziomu kompetencji kulturowych oraz inteligencji kulturowej, bowiem ich rozwijanie i doskonalenie jest procesem

czasochłonnym, ale przynoszącym korzyści w postaci przełamywania stereotypów i polepszenia relacji międzykulturowych [17]. Stąd inspiracja zespołu badawczego w kierunku realizacji badań związanych z poznaniem poziomu kompetencji kulturowych oraz ich zależności od poziomu inteligencji kulturowej wśród pracowników polskiego systemu ochrony zdrowia.

Badania własne wykazały, że poziom kompetencji kulturowych wśród personelu pielęgniarskiego był przeciętny. Porównywalne dane uzyskali także inni badacze z Polski, Włoch, Austrii, czy z krajów azjatyckich [18-24]. Zrealizowane dotychczas badania dają podstawy do stwierdzenia zwiększonego ryzyka ograniczonych możliwości zaspokajania potrzeb kulturowych w codziennej praktyce pielęgniarskiej [25, 26]. Wysoki poziom kompetencji kulturowych jest niezbędny, ponieważ w przeciwieństwie do pozostałych członków kadry medycznej to pielęgniarki sprawują bezpośrednią opiekę nad pacjentem [27].

W przeprowadzonej analizie statystycznej zaobserwowano, że poziom kompetencji kulturowych był nieco wyższy wśród respondentów z wykształceniem wyższym licencjackim oraz ukończonym studium pielęgniarskim (niż w przypadku studiów na poziomie magisterskim i liceum pielęgniarskiego). Podobnych danych dostarczyły wyniki badań NF. Rahma, w których wskazano, że uczniowie programu zawodowego uzyskiwali wyższe wyniki w komponentach kompetencji kulturowych niż studenci programu akademickiego [28]. Jednym z możliwych wyjaśnień tej tendencji może być fakt, że pielęgniarki mogą być bardziej skłonne do kontynuowania zaawansowanego szkolenia i angażowania się w samodzielną naukę, w porównaniu do pielęgniarek z dyplomami magisterskimi [24]. Uzyskane wyniki potwierdzają konieczność regularnych szkoleń oraz promowanie kształcenia w miejscu pracy w zakresie kompetencji kulturowych, aby zapewnić kompleksową opiekę, dostosowaną do dynamicznie zmieniających się warunków społeczno-demograficznych.

Szczegółowa analiza komponentów składających się na obraz ogólnej kompetencji kulturowej wykazała, że personel pielęgniarski to pracownicy skupieni przede wszystkim na misji, którzy potrafią znaleźć rozwiązania dla trudnych sytuacji, ale także posiadają umiejętność współpracy z innymi, również w sytuacjach stresowych (gotowość do zaangażowania) [14]. Podobne dane dostarczyły badania Van Mol i wsp., w których wykazano, że zaangażowanie w pracę jest powiązane z ugodowością, sumiennością i stabilnością emocjonalną, ponadto równoważy reakcje na stres związany z pracą [29]. Wysoce zaangażowana kadra w placówce opieki zdrowotnej stanowi impuls do rozwoju przyjaznej atmosfery w pracy, która znajduje swoje odzwierciedlenie w realizacji spersonalizowanej opieki skoncentrowanej na pacjencie, uwzględniającej również jego kulturowe potrzeby [30-32]. Badania przeprowadzone przez S. Sayed i wsp. oraz przez NHA. Awad wyjaśniają, że wyższe stopnie inicjatywy osobistej, niższe wskaźniki śmiertelności w szpitalach, znacznie wyższa rentowność finansowa organizacji i wspierająca organizacja, stanowią podstawowe czynniki zachęcające pielęgniarki do zaangażowania w pracę [33,34].

Respondenci w badaniach własnych uzyskali dosyć wysokie wyniki w skali dotyczącej adaptacji kulturowej. Ich zdolność do wykorzystania zarówno wiedzy, jak i umiejętności w relacji z pacjentem, stanowiła czynnik sprzyjający rozwojowi kompetencji związanej z adaptacją kulturową, ważnej z punktu widzenia zjawiska globalizacji. Uzyskany wynik potwierdza, że były to osoby akceptujące i szanujące punkt widzenia osób z innych kultur oraz odmienne metody rozwiązywania problemów, co także potwierdzają inne badania zrealizowane w grupie polskich pielęgniarek [14,35].

W badaniach przeprowadzonych przez S. Young i wsp. wskazano, że kompetencje kulturowe rozwijają się poprzez wewnętrzną refleksję i świadomość w czasie [36]. Powyższą koncepcję potwierdzono w badaniach własnych, bowiem wysokie wyniki w skali kłamstwa wiązały się z doświadczeniem zawodowym, przy czym dłuższy staż pracy wskazywał na wyższy poziom kompetencji w skali kłamstwa. W narzędziu Cross-Cultural Competence Inventory skala kłamstwa pełni funkcję kontrolną i służy do oceny potrzeby bycia akceptowanym społecznie. Wyższy wynik w tej skali może zatem wskazywać na rozwinięte umiejętności adaptacyjne, które są szczególnie istotne w środowisku pracy wymagającym kompetencji międzykulturowych [37]. Potrzeba akceptacji społecznej może być także elementem ochronnym, zwiększającym zaangażowanie i zmniejszającym ryzyko wypalenia zawodowego. Jak podkreślają Hamama i wsp., brak wsparcia i społecznej akceptacji wiąże się ze wzrostem poziomu wypalenia zawodowego u pielęgniarek [38]. W tym kontekście wyniki uzyskanych badań potwierdzają zasadność wprowadzenia programów szkoleniowych w miejscu pracy, które nie tylko rozwijają kompetencje kulturowe, ale także wzmacniają poczucie przynależności i integracji w zespole. Zarówno przynależność, jak i potrzeba akceptacji społecznej mogą być zatem istotnymi mechanizmami redukującymi ryzyko wypalenia zawodowego [39]. Ponadto zdolność do skutecznego funkcjonowania ponad barierami kulturowymi, stanowi także o wysokim poziomie inteligencji kulturowej, która odgrywa istotną rolę w redukcji stresu i stanowi fundament efektywnej pracy pielęgniarki w zróżnicowanym kulturowo środowisku [40, 41].

Niepokojącym jest jednak fakt, że wraz z wiekiem spadał poziom autoprezentacji wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Samoprezentacja dotyczyła twierdzeń związanych m.in. z umiejętnością sprawiania pozorów, zdolności do okłamywania osoby np.: „Jeśli to konieczne, potrafię kłamać patrząc komuś prosto w oczy” [37]. Poziom samoprezentacji był znacznie wyższy w grupie mężczyzn niż kobiet i nieco wyższy dla respondentów stanu wolnego. Zaobserwowaną sytuację mogą wyjaśniać badania przeprowadzone przez A. Nikbakht Nasrabadi i wsp., które wykazały, że pielęgniarki mogą czuć się zmuszone do używania niewinnego kłamstwa podczas opieki nad pacjentem z powodu takich czynników, jak kryzys nadziei, złe wieści czy różnorodność kulturowa [42].

W rozwijaniu kulturowo kompetentnych środowisk medycznych istotne znaczenie odgrywa również inteligencja kulturowa. Jest ona definiowana jako zdolność do

efektywnego funkcjonowania w zróżnicowanych kulturowo środowiskach. Inteligencja kulturowa różni się od kompetencji kulturowej tym, że kładzie nacisk nie tylko na wiedzę o różnych kulturach, ale także na zdolność rozwiązywania problemów, adaptacji i praktykowania elastyczności behawioralnej (tj. dostosowywania zachowań w oparciu o zmieniające się okoliczności) [43,44]. Przeprowadzone badania wykazały dość wysoki poziom inteligencji metakognitywnej wśród personelu pielęgniarskiego oraz przeciętny poziom inteligencji motywacyjnej i behawioralnej. Może to wskazywać, że personel pielęgniarski posiadał wysoką świadomość preferencji kulturowych swoich pacjentów, a ponadto wykorzystywał w praktyce te umiejętności metapoznawcze. Ma to istotne znaczenie dla rozwoju świadomości kulturowej i sprzyja podejmowaniu bardziej bezstronnych decyzji. Rozwijanie myślenia refleksyjnego (umiejętności metapoznawcze) wraz z myśleniem krytycznym (umiejętności poznawcze) uznawane jest za ważne dla doskonalenia rozumowania klinicznego. Badania innych autorów wskazują, że zwiększona świadomość metapoznawcza wiąże się z wyższą jakością opieki nad pacjentem, skuteczniejszą analizą kliniczną, sprawniejszym podejmowaniem decyzji oraz postawą skoncentrowaną na koncepcji uczenia się przez całe życie [45]. W przeprowadzonym badaniu własnym pielęgniarki i pielęgniarze stanu wolnego wykazywali istotnie wyższy poziom inteligencji poznawczej niż pozostali respondenci ($p=0,046$). W przeciwieństwie do badań G. Mehralian i wsp., w których wyjaśniano, że pielęgniarki będące w związkach małżeńskich wykazywały wyższą inteligencję etyczną, potencjalnie ze względu na większą odpowiedzialność i wrażliwość na kwestie etyczne [46]. Ponadto podobnie jak w badaniach G. Teixeira wykazano, że poziom inteligencji kulturowej personelu pielęgniarskiego nie był determinowany zmiennymi socjodemograficznymi, tj. płcią, miejscem zamieszkania, wykształcenie i staż pracy. Sugeruje to, że inteligencja kulturowa może być cechą indywidualną, a nie taką, na którą wpływają czynniki demograficzne [47].

W badaniach własnych zaobserwowano, że personel pielęgniarski posiadał umiejętność dostosowania się do środowiska pacjentów w obliczu różnych kultur. Potwierdzeniem tego była dodatnia korelacja pomiędzy poziomem inteligencji kulturowej badanych a ich kompetencjami kulturowymi. Uzasadnieniem powyższego zjawiska może być rosnąca różnorodność kulturowa, z którą mierzy się współczesny system ochrony zdrowia. Badania innych autorów wskazały, że częstszy kontakt z przedstawicielami różnych kultur sprzyja wzrostowi zarówno kompetencji, jak i inteligencji kulturowej. Dodatkowo, wysoki poziom tych cech u pracowników ochrony zdrowia zwiększa ich otwartość na potrzeby pacjentów pochodzących z różnych kultur, co także sprzyja skuteczniejszej terapii [13,25,48].

W przeprowadzonych badaniach niepokojącym był fakt, że korelacja pomiędzy inteligencją metakognitywną, poznawczą, motywacyjną i behawioralną a kompetencjami kulturowymi pielęgniarek w odniesieniu do tolerancji niepewności miała charakter ujemny. Niepewność to stan wątpliwości, który może blokować lub opóźniać działanie. Wśród jej przyczyn wymienia się niewystarczająco

jący poziom wiedzy osobistej, jak i empirycznej lub brak zasobów wspierających proces podejmowania decyzji [49]. Ważnym jest zatem realizacja szkoleń związanych z rozwojem zawodowym, które mogą przyczynić się do zwiększenia odporności i tolerancji wobec niepewności. Konieczne są szczegółowe badania, które dostarczą informacji na temat skutecznych sposobów wspierania pielęgniarek w radzeniu sobie z tym zjawiskiem.

Kompetencje międzykulturowe są powszechnie uznawane za niezbędny atut pracowników systemu ochrony zdrowia. Co istotne, nie stanowią one cechy wrodzonej, lecz wymagają systematycznej nauki [50]. Z uwagi na przyspieszony proces globalizacji, rozwijanie umiejętności kulturowych wśród kadry medycznej staje się kluczowe - zarówno w ramach podstawowego systemu edukacji, jak i z perspektywy przyszłego doskonalenia zawodowego pracowników. Pielęgniarki stanowią największą grupę pracowników systemu ochrony zdrowia i jednocześnie spędzają większość swojego czasu pracy na bezpośredniej opiece nad pacjentami [51]. Chociaż badanie nie analizowało zmian poziomu kompetencji w czasie, jego wyniki stanowią ważne odniesienie dla decydentów odpowiedzialnych za kreowanie polityki edukacyjnej i zdrowotnej. Niezbędnym działaniem staje się zapewnianie różnorodnych form doskonalenia zawodowego. Istotnym jest również stałe monitorowanie i ocena wpływu zmian w programach nauczania na rozwój kompetencji kulturowych, co ostatecznie umożliwi świadczenie wysokiej jakości opieki wrażliwej na potrzeby kulturowe pacjentów. Powyższą tezę potwierdzają wyniki badań J.M. Bąk i wsp., które wskazują na istotną rolę integracji treści dotyczących różnorodności kulturowej w programach kształcenia pielęgniarek oraz na konieczność wdrażania ukierunkowanych interwencji szkoleniowych jako integralnego elementu ich rozwoju zawodowego [31]. Ponadto, systematyczny przegląd przeprowadzony przez S. Osmancevic i wsp. wykazał, że edukacja i szkolenia, a także aplikacje i wsparcie oparte na technologii, które stanowią będą kontynuacją kształcenia pielęgniarek, mogą poprawić ich poziom kompetencji kulturowych w praktyce. Część teoretyczna interwencji powinna koncentrować się na rozwijaniu wiedzy kulturowej, wrażliwości, świadomości międzykulturowej, kompetencji komunikacyjnych oraz umiejętności przeprowadzania oceny kulturowej [52]. Ważnym jest także rasa, religia, orientacja seksualna, płeć i niepełnosprawność; tony głosu i komunikacja niewerbalna; oraz program wrażliwości kulturowej i kursy języków obcych [27].

WNIOSKI

1. Kompetencje kulturowe pielęgniarek, warunkujące ich zdolność do funkcjonowania w środowisku międzykulturowym, oceniono na poziomie umiarkowanym. Badany personel charakteryzował się przeciętnym poziomem ogólnych kompetencji kulturowych, z lepszymi wynikami w zakresie adaptacji kulturowej, koncentracji na misji, oraz gotowości do zaangażowania, niż w obszarze tolerancji niepewności i autoprezentacji.
2. Poziom inteligencji kulturowej wśród ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy był dość wysoki w odniesieniu

do inteligencji metakognitywnej, przeciętny dla inteligencji motywacyjnej i behawioralnej, a stosunkowo niski w zakresie inteligencji poznawczej.

3. Ze względu na eskalację zjawiska globalnej ekumeny, badanie zawodowych doświadczeń pielęgniarek jest niezbędnym etapem do zidentyfikowania luk w opiece zdrowotnej, uwzględniającej kwestie kulturowe.
4. Konieczne jest kontynuowanie badań oceniających kompetencje kulturowe pielęgniarek, które mogą stanowić punkt odniesienia dla kadry zarządzającej, w celu projektowania programów kształcenia w miejscu pracy, wzmacniających kompetencje kulturowe pielęgniarek, a w konsekwencji jakość świadczonej opieki zdrowotnej.

ORCID

Magdalena Brodowicz-Król  <https://orcid.org/0000-0001-7678-7549>

Monika Kaczoruk  <https://orcid.org/0000-0002-2436-5747>

Maria Malm  <https://orcid.org/0000-0002-9480-926X>

Joanna Chowaniec  <https://orcid.org/0009-0002-4558-4129>

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Koszczyk M, Łupicka-Szczęśniak D. Doświadczenia socjalizacyjne wzorów kultury fizycznej a styl życia na starość. *Wych. w Rodz.* 2016;13(1):143-162. <https://doi.org/10.23734/wwr20161.143.162>
2. Chen Y, Lin H. Cultural Identities. *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. Retrieved 14 Apr. 2025. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.20>
3. Sharifi N, Adib-Hajbaghery M, Najafi M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* 2019;99:103386. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
4. World Health Organization (WHO) European Region. Health of refugees and migrants Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants---who-european-region-> (Accessed on 15 April 2025)
5. Antón-Solanas I, Rodríguez-Roca B, Vanceulebroeck V, et al. Qualified nurses' perceptions of cultural competence and experiences of caring for culturally diverse patients: a qualitative study in four European countries. *Nurs. Rep.* 2022;12(2):348-364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>
6. OECD. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/328065>
8. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi, T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nurs.* 2019; 18: 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
9. Lin MH, Wu CY, Hsu HC. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *ANR.* 2019; 45: 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.11.001>
10. De-Maria B, Topa G, López-González MA. Cultural Competence Interventions in European Healthcare: A Scoping Review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(10):1040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
11. World Health Organization. Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. WHO. 2020. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056632>
12. Li M. An examination of two major constructs of cross-cultural competence: Cultural intelligence and intercultural competence. *Personality and Individual Differences.* 2020; 164. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110105>
13. Majda A, Bodys-Cupak IE, Zalewska-Puchała J, et al. Cultural competence and cultural intelligence of healthcare professionals providing emergency medical services. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021;18(21):11547. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111547>
14. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P, et al. The cross-cultural competence inventory: validity and psychometric properties of the Polish adaptation. *PLoS ONE.* 2019; 7(14). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212730>
15. Thomson CA, Ross KG. The construct & criterion validation of the cross-cultural competence inventory: final report. DEOMI. 2010.
16. Li S, Miles K, George RE, et al. A critical review of cultural competence frameworks and models in medical and health professional education: A meta-ethnographic synthesis: BEME Guide No. 79. *Medical Teacher.* 2023; 45(10), 1085-1107. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174419>
17. Simpson D. Znaczenie inteligencji kulturowej w zarządzaniu międzynarodowymi zespołami projektowymi. *Horyzonty Polityki.* 2017; 8(23): 163-182. <https://doi.org/10.17399/HP.2017.082308>
18. Ślusarska B, Marcinowicz L, Błażejczak A. Cultural competencies in Polish and Lithuanian nurses: A cross-sectional comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2023; 37(2): 444-457. <https://doi.org/10.1111/scs.13129>
19. Jaworski M, Cieślak I, Panczyk M, et al. Cultural intelligence and multicultural personality of novice nurses in the midst of the refugee crisis in Poland – a preliminary report. *Piel. XXI w.* 2024;23(2): 111-117. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2024-0020>
20. Cicolini G, Della Pelle C, Comparcini D, et al. Cultural competence among Italian nurses: a multicentric survey. *J. Nurs. Scholarsh.* 2015;47(6):536-543. <https://doi.org/10.1111/jnu.12165>
21. Osmanovic S, Großschädl F, Lohrmann C. Cultural competence among nursing students and nurses working in acute care settings: a cross-sectional study. *BMC Health Serv. Res.* 2023;23(1):105. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09103-5>
22. Nair MH, Pandya A, Parveen S. Influencia De las competencias culturales en Los resultados de la atención sanitaria. *Salud Ciencia Y Tecnología.* 2023;3(51):445. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202344>
23. Cai D, He W, Klug D. Cultural competence among nurses and its influencing factors: a cross-sectional study. *Nurs. Health Sci.* 2021;23(2):411-418. <https://doi.org/10.1111/nhs.12821>
24. Zeleke TS, Wudu MA, Bekalu YE, et al. Cultural competence and associated factors among nurses working in public hospitals of South Wollo zone, Northeast Ethiopia: a multi-center cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2024; 23: 487. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02162-x>
25. Bakhtiar Z, Hanifi N, Varjoshani N J. The Relationship Between Cultural Intelligence and Cultural Competence of Students of Nursing and Midwifery During COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Education and Curricular Development,* 2023; 10: 1-8. <https://doi.org/10.1177/23821205231184042>
26. Baratipour M, Hanifi N, Amini K. Relationship between cultural intelligence with communication skills and social interactions of emergency department staff: a cross-sectional study. *Medical-Surgical Nursing Journal.* 2021; 10(4): e121175. <https://doi.org/10.5812/msnj.121175>
27. Červený M, Kratochvilová I, Hellerová V, et al. Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011-2021. *Front Psychol.* 2022; 24(13):936181. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>
28. Rahma NF, Novieastari E. Differences in cultural competence between nursing students in academic and professional programs. *Enfermería clínica.* 2019; 29: 528-531. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.080>
29. Van Mol MMC, Nijkamp MD, Bakker J, et al. Counterbalancing work-related stress? Work engagement among intensive care professionals. *Australian critical care: official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses.* 2018; 31(4): 234-241. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.05.001>
30. George V, Massey L. Proactive strategy to improve staff engagement. *Nurse Lead.* 2020;18(6):532-535. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.008>
31. Bąk JM, Niedorys B, Chrzan-Rodak A, et al. Religijność, a kompetencje kulturowe pielęgniarek w kontekście przeobrażeń społecznych. *Rozprawy Społeczne.* 2020;14(1): 98-103.
32. Cary MP Jr, Randolph SD, Broome ME, et al. Creating a culture that values diversity and inclusion: an action-oriented framework for schools of nursing. *Nursing forum.* 2020; 4(50):687-694. <https://doi.org/10.1111/nuf.12485>
33. Sayed S, Ahmed MZ, Bakr MM, et al. Zaangażowanie w pracę pielęgniarską: analiza koncepcji. *Menoufia Nurs. J.* 2019;4(2):15-22. <https://doi.org/10.21608/MENJ.2019.118478>
34. Soleimani M, Yarahmadi S. Cultural competence in critical care nurses and its relationships with empathy, job conflict, and work engagement: a cross-sectional descriptive study. *BMC nursing.* 2023; 22(1):113. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01285-x>
35. Zarzycka D, Chrzan-Rodak A, Bąk J, et al. Nurse Cultural Competence-cultural adaptation and validation of the Polish version of the Nurse Cultural Competence Scale and preliminary research results. *PLoS one.* 2020; 15(10): 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240884>
36. Young S, Guo KL. Cultural diversity training: The necessity of cultural competence for health care providers and in nursing practice. *Health Care Manag.* 2016; 35: 94-102. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000294>
37. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P. Polish adaptation of the cross-cultural competence inventory: An overview. *Piel. XXI w.* 2020; 1(70): 15-21. <http://dx.doi.org/10.2478/pielxxiw-2020-0006>
38. Hamama L, Hamama-Raz Y, Stokar YN, et al. Burnout and perceived social support: The mediating role of secondary traumatization in nurses vs. physicians. *J. Adv. Nurs.* 2019; 75(11): 2742-2752. <https://doi.org/10.1111/jan.14122>

39. Frangieh J, Hughes V, Edwards-Capello A, et al. Fostering belonging and social connectedness in nursing: Evidence-based strategies: A discussion paper for nurse students, faculty, leaders, and clinical nurses. *Nursing outlook*. 2024; 72(4), 102174. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102174>
40. Majda A, Zalewska-Puchała J, Bodys-Cupak I, et al. Evaluating the effectiveness of cultural education training: cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(8):4002. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084002>
41. Kowalczyk K, Krajewska-Kulak E, Sobolewski M. Working excessively and burnout among nurses in the context of sick leaves. *Front. Psychol*. 2020; 11: 285. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00285>
42. Nasrabadi AN, Joolaei S, Navab E, et al. White lie during patient care: a qualitative study of nurses' perspectives. *BMC Med. Ethics*. 2020; 21(1):86. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00528-9>
43. Richard-Eaglin A. The significance of cultural intelligence in nurse leadership. *Nurse Leader*. 2021; 19(3):90-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2020.07.009>
44. Webb M, Carnago L, Knisely MR. Bridging the Gap: Role of Cultural Intelligence (CQ) in Addressing Pain Inequities. *Pain management nursing*. 2024; 25(3): 205-208. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.04.016>
45. Asadzandi S, Mojtahedzadeh R, Mohammadi A. What are the Factors that Enhance Metacognitive Skills in Nursing Students? A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and MIDWIFERY RESEARCH*. 2022; 27(6):475-484. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_247_21
46. Mehralian G, Yusefi AR, Bahmaei J, et al. Examination of ethical intelligence and cognitive flexibility of nurses and their role in predicting the level of patient privacy protection. *BMC Nurs*. 2024;23:501. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02153-y>
47. Teixeira G, Picoito R, Gaspar F, et al. Cultural competence and nursing work environment: impact on culturally congruent care in portuguese multicultural healthcare units. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(23):2430. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232430>
48. Lim SS, Yon KJ. Relationship between cultural values, cultural intelligence, and readjustment to home culture for returnees: mediated effect of social support. *Korean. J. Couns. Psychother*. 2020;32:1743-1768. <https://doi.org/10.23844/kjcp.2020.11.32.4.1743>
49. Hörberg A, Wälivaara BM, Wihlborg J. Taking or creating control: A qualitative study of uncertainty among novice nurses in ambulance care. *International emergency nursing*. 2023; 69: 101308. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101308>
50. Liu T-T, Chen M-Y, Chang Y-M, et al. A preliminary study on the cultural competence of nurse practitioners and its affecting factors. *Healthcare*. 2022; 10(4):678. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040678>
51. Huang L. Developing intercultural competence through a cultural metacognition-featured instructional design in English as a foreign language classrooms. *Frontiers in psychology*. 2023; 14: 1126141. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1126141>
52. Osmancevic S, Steiner LM, Großschädl F, et al. The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Nurs. Stud*. 2025;167:105079. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105079>

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
29.04.2025

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
08.07.2025

Translation/Tłumaczenie: Hanna Horitza