

Polish Adaptation of the Cross-Cultural Competence Inventory: An Overview

Polska Adaptacja Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych: Prezentacja narzędzia

Krystian Barzykowski¹, Anna Majda², Paweł Przyłęcki³

¹Institute of Psychology, Jagiellonian University, Krakow/Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²Faculty of Health Sciences, Institute of Nursing and Midwifery, Jagiellonian University Medical College, Krakow/
Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³Faculty of Health Sciences, Department of Sociology, Medical University of Lodz, Łódź/
Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

ORCID:

Krystian Barzykowski: 0000-0003-4016-3966

Anna Majda: 0000-0003-3632-1319

Paweł Przyłęcki: 0000-0002-9734-8518

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Krystian Barzykowski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

ul. Ingardena 6, 30-060 Kraków

e-mail: krystian.barzykowski@uj.edu.pl

STRESZCZENIE

POLSKA ADAPTACJA INWENTARZA KOMPETENCJI MIĘDZYKULTUROWYCH: PREZENTACJA NARZĘDZIA

Wprowadzenie. Rosnąca różnorodność kulturowa społeczeństwa polskiego stawia nowe wyzwania przed osobami, które swoją działalnością zawodową i profesjonalną obejmują osoby odmienne kulturowo. Pojawia się więc, z jednej strony, konieczność kształcenia i rozwijania kompetencji międzykulturowych, oraz, z drugiej strony, ich pomiaru rzetelnymi i trafnymi metodami.

Cel pracy. Celem pracy jest rekomendacja polskiej adaptacji Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych (*Cross-Cultural Competence Inventory*; CCCI). Dodatkowo artykuł omawia możliwości stosowania Inwentarza w kontekście polskiego systemu opieki medycznej.

Materiał i metody. Inwentarz CCCI poddano procedurze adaptacji do warunków polskich [1]. Składała się ona z dwóch badań z udziałem 455 (badanie 1) i 347 osób (badanie 2), których celem było określenie następujących własności psychometrycznych Inwentarza: rzetelność, spójność, wewnętrzna, stabilność w czasie, trafność teoretyczna, trafność kryterialna oraz trafność zbieżna.

Wyniki. Choć struktura polskiej adaptacji Inwentarza mierzona za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) sugeruje brak idealnego dopasowania wyników empirycznych kwestionariusza do 6-wymiarowej struktury postulowanej przez autorów oryginalnej wersji, to w badaniu 1 i 2 dowiedziono zadowalającej rzetelności oraz trafności (teoretycznej, kryterialnej, zbieżnej) polskiej adaptacji Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych.

Wnioski. Uzyskane wyniki badania 1 i 2 przemawiają za możliwością stosowania CCCI w badaniach naukowych wśród profesjonalistów opieki zdrowotnej i osób studiujących na kierunkach medycznych. Stanowią one podstawę dalszych prac nad udoskonalaniem struktury narzędzia CCCI i opracowywaniem norm uwzględniających różne grupy osób badanych.

Słowa kluczowe:

kompetencje międzykulturowe, polska adaptacja, właściwości psychometryczne, wielokulturowość w opiece medycznej

ABSTRACT

POLISH ADAPTATION OF THE CROSS-CULTURAL COMPETENCE INVENTORY: AN OVERVIEW

Introduction. The growing cultural diversity of Polish society creates new challenges for people who, in their professional activities, deal with culturally divergent people. Therefore, on the one hand, there is an urgent need for education and development in cross-cultural competences; on the other hand, there is a need to measure these competences with reliable and accurate methods.

Aim. The goal of the present paper is recommendation of the Polish adaptation of the Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI). In addition, the paper discusses the possible usage of the CCCI within the Polish healthcare system.

Methods. The CCCI was adapted to Polish in a multistage process [1]. Briefly, it consisted of two studies, with 455 (Study 1) and 347 (Study 2) participants, in which the psychometric properties of the CCCI were evaluated in terms of reliability, internal consistency, factorial structure, test-retest reliability, and theoretical validity, criterion and convergent validity.

Results. Although the original version of the CCCI was assumed to have a 6-dimensional factor structure, confirmatory factor analysis did not provide strong evidence for this assumption. However, as demonstrated in two studies, the Polish adaptation of the CCCI has satisfactory psychometric properties, such as reliability and validity (theoretical, criterion and convergent).

Conclusions. Results of Study 1 and Study 2 support the conclusion that the CCCI can be successfully used in empirical research among healthcare professionals and students of medical courses. Future work may focus on further improvements of the CCCI by, for example, developing Polish standardized norms for different groups of professionals.

Key words:

Cross-cultural competencies, Polish adaptation, psychometric properties, multiculturalism in health-care

INTRODUCTION

The issue of contact with culturally diverse patients is still marginally treated in Poland, both in the field of medical education and in the research sphere; this could be explained by the high degree of homogeneity of Polish society. However, rapid economic development and Poland's accession to the EU mean that Poland has become a country that is increasingly chosen by foreigners as a place to study and work. The effects of these rapid changes are noticeable, among others, in the healthcare system due to the increasing number of patients from other cultures.

This situation forced the need to introduce intercultural competence training into formal medical education aimed at developing future medical care workers, primarily doctors and nurses. This requirement was introduced top-down by the government in 2012 and is continued in the new education standards from 2019 [2,3]. Introducing topics in the field of multiculturalism and intercultural communication – so far rarely undertaken in medical fields – involves the need to equip teachers and healthcare managers with the necessary knowledge, skills and tools for measuring intercultural competences.

Although the issue of intercultural competences, including their definitions, theoretical models and tools designed for their measurement (e.g. Loftin et al. [4], Matsumoto and Hwang [5], Matveen and Merz [6]) is intensively discussed in English-language literature (also in the context of students and teachers of medical faculties), in Poland there are definitely fewer publications in this area. For this reason, increased interest of Polish researchers in this field can be expected in the coming years. Importantly, Polish authors currently only rarely publish research results directly related to the level of intercultural competences [7-9]; instead, they focus on reviewing foreign literature and the need to shape these competences among medical students and healthcare workers, mainly doctors and nurses [10-19]. In addition, a review of native tools for measuring intercultural competences indicates a lack of standardized tools that enable reliable and accurate estimation of intercultural competences of healthcare professionals and medical students [7]. For this reason, there is an urgent need to develop new and/or psychometric adaptations of existing tools that measure intercultural competences.

In order to address this gap and the need for standardized tools that allow valid, reliable estimation and measurement of cultural competence in Poland, in general, and in the context of the Polish healthcare system, in particular, we prepared the development and psychometric Polish adaptation of *The Cross-Cultural Competence Inventory* (henceforth called CCCI) [1]. Importantly, it can be argued that the CCCI is a comprehensive tool for measuring cultural competencies, especially because it measures three aspects of cross-cultural competency: (1) cognitive (culturally specific knowledge, attitudes, lack of prejudice, tolerance, flexibility, critical thinking); (2) emotional (cultural empathy, emotional control); and (3) behavioral (experience, initiative, leadership, commitment, communication, effective actions). Importantly,

the most commonly used definition of cultural competencies relates directly to the three-dimensional model [20]: (1) knowledge – providing culturally specific information; (2) skills – covering multicultural intervention strategies; (3) attitudes – cultural empathy, openness, curiosity, tolerance, flexibility, lack of prejudice in intercultural relations, awareness of one's own system of values and its limitations, awareness of different perspectives and hierarchy of values, norms and behavioral patterns. Therefore, it can be reasonably argued that the CCCI is an efficient and valid tool for comprehensively measuring cross-cultural competencies. For these reasons, we decided to use the CCCI in the present study.

AIM

The goal of the present paper is recommendation of the Polish adaptation of the Cross-Cultural Competence Inventory (CCCI). In addition, the paper discusses the possible usage of the CCCI within the Polish healthcare system.

METHOD

The Cross-Cultural Competence Inventory: A brief overview

The Cross-Cultural Competence Inventory (see Appendix 1)¹ consists of 63 items rated by participants on a 6-point scale (1 = *I do not agree at all*; 6 = *I completely agree*). The questions are part of 7 main scale dimensions: (1) Cultural Adaptability – 18 items relating to, among others, understanding the point of view of people from a different culture and different methods of problem solving, the ability to get used to living in a different culture, communicating with people from different cultures, respect for others' norms, and curiosity and willingness to learn about different cultures (e.g. *When dealing with people of a different ethnicity or culture, understanding their viewpoint is a top priority for me*); (2) Self-Presentation – 4 items relating to whether an individual can look straight into the eyes of another person while lying to or cheating him/her, showing a friendly attitude when he/she does not like the person at all (e.g. *If necessary, I am able to look anyone in the eye and tell a lie with a straight face*); (3) Tolerance of Uncertainty – 11 items relating to, among others, whether an individual likes changing plans at the last minute, unpredictable and uncertain situations, disorganized life and speech (e.g. *I find that a well-ordered life with regular hours suits my temperament*); (4) Determination – 7 items relating to concentration skills, avoiding uncertainty, being decisive (e.g. *I can control my thoughts from distracting me from the task at hand*); (5) Engagement – 11 items: asking, inter alia, if a person who is feeling stressed can calm down and think about other things; if an individual likes to talk at a large meeting of

¹ Legend / key to the Cross-Cultural Competence Inventory is at the authors, interested please contact the first author.

friends and acquaintances; if one likes to present him/herself to a group of friends; to what extent one can control his/her own emotions by changing the way he/she thinks about a situation (e.g. *When feeling stressed, I'm able to calm myself by thinking of other things*); (6) Mission Focus – 7 items relating to whether a person can find several solutions when dealing with a problem, understands what is important to others, is effective at work, has the ability to cooperate with others to help them find better ways to accomplish given tasks (e.g. *When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions*); (7) Lie and Social Desirability Scale – is a control scale evaluating the need to be socially accepted (e.g. *I have never been late for an appointment*).

Procedure

All studies were conducted in accordance with the ethical standards of the institutional research committee (The Jagiellonian Research Ethics Committee approved these studies KE/03/012018) and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. The psychometric validation of the CCCI was conducted in two independent studies. More precisely, a total of 455 individuals participated in Study 1 (mainly healthcare professionals such as nurses, physiotherapists and medical or nursing students), which examined the CCCI's internal consistency (Cronbach's α) and factorial structure (confirmatory factorial analysis). In addition, to address its theoretical validity, we developed The Positive/Negative Attitude Towards Culturally Divergent People Questionnaire. It was expected that people who have positive attitudes towards culturally divergent individuals should score higher on the CCCI compared to participants who have negative attitudes. Study 2 was conducted with 347 participants (the majority of whom were healthcare professionals such as nurses, student nurses or medical students) to further examine the psychometric properties of the CCCI: (1) test-retest reliability – participants completed the CCCI during two sessions separated by a period of at least 21 days; (2) theoretical validity – the CCCI was completed by 36 professional cross-cultural competence trainers who were expected to obtain higher CCCI scores than non-professionals; (3) criterion validity – the CCCI was correlated with the Cultural Intelligence Scale, which measures a similar theoretical concept [21]; (4) convergent validity – the relationship between CCCI and other variables such as personality, the need for cognitive closure, emotional intelligence, empathic sensitiveness, self-esteem and social desirability.

RESULTS

Research conducted by the authors confirm the reliability and validity of the CCCI Inventory [1].

Reliability. The internal consistency of the adapted CCCI inventory (Cronbach's α) was satisfactory and ranged from .83 to .86. The one-month test-retest reliability (Pearson's correlation coefficient) for the total score was .79.

Factorial structure. To verify the postulated 6-dimensional structure of the CCCI, a confirmatory factorial structure analysis (CFA) was performed. While the results indicated that the 6-dimensional structure was not the best fit to the data, all the items were significantly related to the general latent trait. Therefore, while the subscale score analysis should be treated with caution, our findings provide strong support for the usage of the total score of the CCCI as an indicator of cross-cultural competencies.

Theoretical validity. As expected, professional cross-cultural competence trainers (Study 2) and people who are more open to culturally different people (Study 1) scored significantly higher on the CCCI total score than less open people and non-professional participants. In this way, the theoretical validity of the CCCI was successfully proved.

Criterion validity. To examine the criterion validity we used the Cultural Intelligence Scale (CQS) [18], which measures a similar theoretical concept: cultural intelligence. As expected, we observed positive correlations between CCCI and CQS in the professional trainers group ($r = .67$) and the non-professional participants group ($r = .76$).

Convergent validity. We provided evidence for the convergent validity by examining the relationship between CCCI and a wide variety of different variables (e.g. self-esteem, emotional intelligence). In particular, the total score of the CCCI positively correlated with the following: (1) empathic sensitivity – taking perspective; (2) the need for cognitive closure – decisiveness; (3) the need for social approval; (4) emotional intelligence – emotion perception and empathy, insight into management of emotional knowledge and mood; and (5) self-esteem. At the same time, we observed the following negative correlations: (1) empathic sensitivity – personal suffering; (2) the need for cognitive closure – the need for order, predictability, tolerance of ambiguity, closed mind. Finally, cross-cultural competencies significantly correlated with personality: extraversion, agreeableness, emotional stability, intellect (positive correlations).

General Discussion

Possessing intercultural competences is a key element that enables the delivery of effective and culturally sensitive medical care to patients from diverse cultural and/or ethnical backgrounds [22]. Due to the need to provide culturally sensitive care in medical and nursing practice, measurement of competences and their impact on the quality of patient care are extremely important elements in the development of medicine and nursing, not only as academic sciences [23], but also healthcare practice. Therefore, there is a need to invest in the development of intercultural competences and their measurement with standardized tools. In this context, CCCI seems to be an appropriate tool to assess the possibilities of effective adaptation to the functioning of healthcare workers in relation to patients from other cultures by assessing their knowledge, skills and attitudes. According to Hammer [23], having a basic set of intercultural competences allows adaptation to any culture.

In summary, as demonstrated in the two validity studies, the Polish version of the CCCI has satisfactory psychometric properties such as reliability (including test-retest stability) and validity (theoretical, criteria and convergent). In addition, although the subscale score analysis is limited and should be treated with caution, our findings provide strong support for the usage of the total score of the CCCI as an indicator of cross-cultural competencies. For all these reasons, we postulate that the CCCI scale can be used in a practical way by nursing educators and clinical managers to identify areas of cultural competence, the development of which is necessary to improve the quality of healthcare. The use of the CCCI could also be helpful in choosing the content of intervention programs aimed at minimizing competence shortages and assessing their effectiveness in order to improve the cultural competence of healthcare professionals. In addition, conducting empirical research with the CCCI will make it possible to objectively observe the development of the

cultural competencies of medical students and to independently improve their intercultural education. Finally, the CCCI might be also used within different groups of participants to evaluate cross-cultural competencies among different types of professionals (i.e. teachers, police officers) who work with culturally divergent people. Thus, the CCCI enriches the pool of standardized tools that can be used to measure cross-cultural competencies in Polish.

CONCLUSIONS

- Intercultural competences are an important element of professional competence.
- The CCCI inventory has good and satisfactory psychometric indicators that justify its use in Polish conditions to measure intercultural competence.
- It is recommended to use the CCCI Inventory overall score as an indicator of overall intercultural competence.

Polska Adaptacja Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych: Prezentacja narzędzia

WPROWADZENIE

Problematyka kontaktu z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo jest w Polsce wciąż traktowana marginalnie, zarówno w obszarze edukacji medycznej jak i w sferze badawczej, co należy tłumaczyć wysokim stopniem homogeniczności społeczeństwa polskiego. Jednakże szybki rozwój gospodarczy i przyłączenie Polski do UE spowodowały, że Polska stała się krajem coraz częściej wybieranym przez cudzoziemców jako miejsce studiów, pracy a także docelowego miejsca zamieszkania. Skutki tych gwałtownie następujących zmian zauważalne są między innymi w systemie opieki zdrowotnej, ze względu na wzrastającą liczbę pacjentów pochodzących z innych kultur.

Sytuacja ta wymusiła konieczność wprowadzenia do formalnej edukacji medycznej zajęć, mających na celu rozwijanie u przyszłych pracowników opieki medycznej, przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, kompetencji międzykulturowych. Wymóg ten został wprowadzony ogólnie przez rząd w 2012 r. i jest kontynuowany w nowych standardach kształcenia z roku 2019 r. [2,3]. Wprowadzenie zagadnień z zakresu wielokulturowości i komunikacji międzykulturowej, dotąd rzadko podejmowanych na kierunkach medycznych, wiąże się z koniecznością wyposażenia nauczycieli, jak i osób zarządzających opieką medyczną, zarówno w potrzebną wiedzę, umiejętności, jak i narzędzia przeznaczone do pomiaru kompetencji międzykulturowych.

Choć zagadnienie kompetencji międzykulturowych, w tym ich definicji, modeli teoretycznych oraz narzędzi przeznaczonych do ich pomiaru (np. szeroki przegląd aktualnie stosowanych narzędzi przedstawia Loftin i wsp. [4],

Matsumoto i Hwang [5], Matveen i Merz [6]), jest intensywnie poruszane w literaturze anglojęzycznej (również w kontekście studentów i nauczycieli kierunków medycznych), to w Polsce liczba publikacji z tego obszaru jest zdecydowanie uboższa. Z tego też powodu, można oczekiwać w najbliższych latach wzrostu zainteresowania polskich badaczy w tym zakresie. Co ważne, obecnie autorzy polscy rzadko publikują wyniki badań dotyczących bezpośrednio poziomu samych kompetencji międzykulturowych [7-9], a raczej skupiają się na przeglądzie literatury zagranicznej i potrzebie kształtowania tychże kompetencji wśród studentów kierunków medycznych i pracowników ochrony zdrowia, głównie lekarzy i pielęgniarek [10-19]. Dodatkowo, przegląd rodzimych narzędzi do pomiaru kompetencji międzykulturowych wskazuje na brak wystandaryzowanych narzędzi pozwalających na rzetelne i trafne oszacowanie kompetencji międzykulturowych profesjonalistów opieki zdrowotnej i studentów kierunków medycznych [7]. Z tego też powodu istnieje nagła potrzeba opracowywania nowych i/lub adaptacji psychometrycznych już istniejących narzędzi niezbędnych do pomiaru kompetencji międzykulturowych.

Bezpośrednią odpowiedzią na tego typu zapotrzebowanie było opracowanie i walidacja psychometryczna polskiej adaptacji Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych – *The Cross-Cultural Competence Inventory* (dalej zwany Inwentarz CCCI), tak by możliwe było jego stosowanie w warunkach polskich, w ogóle, jak i w kontekście polskiego systemu opieki medycznej, w szczególności [1]. Co ważne, Inwentarz CCCI jest obecnie kompleksowym i wyczerpującym narzędziem do pomiaru kompeten-

cji międzykulturowych. Mierzy on trzy główne aspekty/obszary/wymiary kompetencji międzykulturowych: (1) wymiar poznawczy (odnosi się do wiedzy specyficznej kulturowo, nastawienia, braku uprzedzeń, tolerancji, elastyczności, myślenia krytycznego); (2) wymiar uczuciowy/afektywny oraz postawy (odnosi się do kulturowej empatii, kontroli emocjonalnej); (3) wymiar behawioralny (swoim zakresem obejmuje doświadczenie, inicjatywę, przywództwo, zaangażowanie, komunikację oraz skuteczne działania z uwzględnieniem kontekstu kulturowego). Tym samym, obszary te idealnie wpasowują się w powszechnie używaną obecnie definicję kompetencji międzykulturowych, opartą na trójwymiarowym modelu [20]: (1) wiedzy – dostarczającej informacji specyficznych kulturowo; (2) umiejętności – obejmujących wielokulturowe strategie interwencyjne; (3) postaw – odwołujących się swoim zakresem do empatii kulturowej, otwartości, ciekawości, tolerancji, elastyczności, braku uprzedzeń w relacjach międzykulturowych, świadomości własnego systemu wartości i jego ograniczeń, świadomości różnych perspektyw oraz hierarchii wartości, norm i wzorców zachowań. Z tego też względu, iż Inwentarz CCCI może być uznany za narzędzie pozwalające na pomiar najważniejszych elementów składowych kompetencji międzykulturowych, zdecydowano się na jego adaptację do warunków polskich.

CEL PRACY

Celem pracy jest rekomendacja polskiej adaptacji Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych (*Cross-Cultural Competence Inventory*; CCCI). Dodatkowo artykuł omawia możliwości stosowania Inwentarza w kontekście polskiego systemu opieki medycznej.

MATERIAŁ I METODY

Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych: struktura i budowa

Inwentarz Kompetencji Międzykulturowych (zob. załącznik nr 1)² składa się z 63 twierdzeń (w tym 5 tworzących skalę kłamstwa), które swoim zakresem obejmują 6 następujących obszarów/podskal: (1) Adaptacja kulturowa (18 twierdzeń dotyczących m.in. rozumienia punktu widzenia osób z innej kultury i różnych metod rozwiązywania przez nich problemów, umiejętności przyzwyczajania się do życia w innej kulturze, komunikowania się z osobami z odmiennych kultur, szanowania norm innych, ciekawości i zadowolenia z kontaktu z innymi oraz chęci poznawania różnych kultur; np.: *Podczas kontaktu z ludźmi o różnym pochodzeniu etnicznym lub kulturowym, priorytetem staje się dla mnie zrozumienie ich punktu widzenia*); (2) Samoprezentacja (4 twierdzenia dotyczące umiejętności sprawiania pozorów, zdolności do, m.in., okłamywania lub oszukiwania osoby,

której patrzy się prosto w oczy, okazywania przyjaznego nastawienia pomimo niechęci do danej osoby; np.: *Jeśli to konieczne, potrafię kłamać patrząc komuś prosto w oczy*); (3) Tolerancja niejednoznaczności/niepewności (11 twierdzeń, odwołujących się m.in. do tolerancji szybko i nagle zmieniających się sytuacji, planów, nieprzewidywalnych i niepewnych sytuacji, niezorganizowanego życia oraz wypowiedzi osób; np.: *Lubię mieć wszystko dobrze zaplanowane i każdą rzecz na swoim miejscu*); (4) Determinacja (7 twierdzeń dotyczących m.in. umiejętności koncentracji, unikania niepewności, bycia zdecydowanym; np.: *Potrafię kontrolować moje myśli, tak żeby mnie nie rozpraszały w wykonywaniu zadania, którym aktualnie się zajmuję*); (5) Gotowość do angażowania się (11 twierdzeń dotyczących m.in. umiejętności radzenia sobie, uspokojenia się w sytuacjach stresowych, preferowania kontaktu interpersonalnego, w tym dobrego radzenia sobie podczas dużych spotkań z przyjaciółmi i znajomymi, umiejętności kontroli swoich emocji; np.: *Czując stres, potrafię się uspokoić myśląc o innych sprawach*); (6) Misja (7 twierdzeń odnoszących się do umiejętności znajdowania/dostrzegania wielu rozwiązań trudności/sytuacji problemowych, zdolność rozumienia punktu widzenia innych, współpracy z innymi w celu znalezienia lepszych sposobów na realizację zadań, stopnia w jakim zachowanie odzwierciedla wewnętrzne uczucia, postawy i przekonania, umiejętności zachowania spokoju w stresujących sytuacjach; np.: *Kiedy stoję przed problemem zwykle potrafię znaleźć kilka jego rozwiązań*); (7) Skala kłamstwa i aprobaty społecznej – jest traktowana jako skala kontrolna odnosząca się do potrzeby bycia społecznie akceptowanym (np.: *Nigdy nie spóźniłem/am się na spotkanie*). Odpowiedzi udziela się za pomocą 6-stopniowej skali Likerta, gdzie 6 oznacza „zdecydowanie się zgadzam”, a 1 „zdecydowanie się nie zgadzam”.

Procedura badania

Walidacja własności psychometrycznych Inwentarza CCCI prowadzona była w dwóch niezależnych badaniach, zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej (zostały one również zaaprobowane przez Komisję Etyczną; nr KE/03/012018). W badaniu 1 udział wzięło 455 osób (głównie pielęgniarek, osób studiujących na kierunkach pielęgniarstwo, medycyna) a jego celem była, po pierwsze, analiza rzetelności (metodą α Cronbacha) oraz struktury wewnętrznej kwestionariusza (metodą konfirmacyjnej analizy czynnikowej), oraz po drugie, określenie trafności teoretycznej. W tym celu skonstruowano autorską wersję ankiety Pozytywnych/Negatywnych Postaw Względem Osób Odmiennych Kulturowo i oczekiwano, iż osoby wykazujące pozytywne postawy względem odmienności kulturowej będą uzyskiwać wyższe wyniki w CCCI w porównaniu z osobami wykazującymi negatywne postawy. Badanie 2 miało na celu pogłębienie analizy własności psychometrycznych Inwentarza i objęło 347 osób (głównie pielęgniarek, osób studiujących na kierunkach pielęgniarstwo, medycyna). W szczególności analizie poddano: (1) stabilność narzędzia – w tym celu osoby badane wypełniały Inwentarz dwukrotnie, z co najmniej 3-tygodniowym odstępem między pomiarami); (2) trafność

²Legenda/klucz do Inwentarza Kompetencji Międzykulturowych jest u autorów, zainteresowanych prosimy o kontakt z pierwszym autorem.

teoretyczną – w tym celu przebadano Inwentarzem 36 osób będących profesjonalnymi trenerami kompetencji międzykulturowych oczekując wśród nich wyższych wyników w porównaniu z typową grupą odniesienia; (3) trafność kryterialną – w tym celu odniesiono wyniki w Inwentarzu Kompetencji Międzykulturowych do skonstruowanej i zaadaptowanej do warunków polskich Skali Inteligencji Kulturowej [21]; (4) trafność zbieżną – analizowano związek kompetencji międzykulturowych z szerokim wachlarzem zmiennych takich jak, na przykład, osobowością, potrzebą domknięcia poznawczego, inteligencją emocjonalną, wrażliwością empatyczną, oraz samooceną).

WYNIKI

Prowadzone przez autorów badania potwierdzają rzetelność i trafność Inwentarza CCCI [19 1].

Rzetelność. Inwentarz CCCI (wynik ogólny) uzyskał zadowalające, dobre wskaźniki rzetelności mierzonej α Cronbacha, wahające się między 0,83 a 0,86. Zaobserwowano również wysoką stabilność Inwentarza CCCI (korelacja między dwukrotnym wykonaniem Inwentarza wyniosła 0,79).

Struktura wewnętrzna Inwentarza CCCI. W celu weryfikacji postulowanej 6-wymiarowej struktury Inwentarza CCCI, przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową (CFA). Choć nie zaobserwowano perfekcyjnego dopasowania wyników empirycznych do postulowanego modelu, to wszystkie pozycje testowe były istotnie skorelowane z czynnikiem nadrzędnym. Tym samym, choć analiza wyników poszczególnych podskal Inwentarza, jeżeli prowadzona, powinna być prowadzona z ostrożnością, to zaleca się stosowanie wyniku ogólnego, jako ogólnego wskaźnika kompetencji międzykulturowych.

Trafność teoretyczna. Zgodnie z oczekiwaniami zarówno osoby deklarujące większą otwartość względem osób odmiennych kulturowo i/lub etnicznie (badanie 1), jak również osoby będące profesjonalnymi trenerami kompetencji międzykulturowych (badanie 2) uzyskują istotnie statystycznie wyższe wyniki w Inwentarzu CCCI w porównaniu z osobami deklarującymi mniejszą otwartość lub nieprofesjonalistami. Tym samym dowiedziono trafności teoretycznej Inwentarza CCCI.

Trafność kryterialna. W celu określenia trafności kryterialnej zastosowano Skalę Inteligencji Kulturowej [18], a więc inne narzędzie pomiarowe o podobnej koncepcji teoretycznej. Zgodnie z oczekiwaniami zaobserwowano wysoką statystycznie istotną korelację zarówno w grupie profesjonalistów ($r = 0.67$) jak i nieprofesjonalistów ($r = 0.76$).

Trafność zbieżna. W celu określenia trafności zbieżnej zbadano związek wyników Inwentarza CCCI z szerokim wachlarzem zmiennych. Zaobserwowano istotne dodatnie korelacje wyniku ogólnego z: (1) wrażliwością emocjonalną: przyjmowaniem perspektywy, (2) potrzebą domknięcia poznawczego: zdecydowaniem, (3) aprobatą społeczną, (4) inteligencją emocjonalną: percepcją emocji i empatią, wglądem i wiedzą emocjonalną, oraz (5) poczuciem własnej wartości. Jednocześnie wyniki Inwentarza CCCI były ujemnie skorelowane z: (1) empatyczną

wrażliwością: osobistą przykrością, (2) potrzebą domknięcia poznawczego: preferowaniem porządku, preferowaniem przewidywalności, nietolerancją wieloznaczności, zamkniętością umysłową. Wreszcie kompetencje międzykulturowe dodatnio korelowały z cechami osobowości, takimi jak: ekstrawersja, ugodowość, stabilność emocjonalna oraz intelekt.

DYSKUSJA

Posiadanie kompetencji międzykulturowych jest kluczowym elementem pozwalającym na dostarczenie efektywnej i kulturowo wrażliwej opieki medycznej pacjentom pochodzącym z odrębnych kulturowo i/lub etnicznie kręgów [22]. Ze względu na konieczność zapewnienia w praktyce lekarskiej i pielęgniarstwie opieki wrażliwej kulturowo, pomiar kompetencji oraz ich wpływu na jakość opieki nad pacjentem są niezmiernie istotnymi elementami dla rozwoju medycyny i pielęgniarstwa, nie tylko jako nauk akademickich [23], ale również praktycznych. W związku z tym, istnieje potrzeba inwestowania w rozwój kompetencji międzykulturowych i ich pomiar standaryzowanymi narzędziami. W tym kontekście CCCI wydaje się być odpowiednim narzędziem, pozwalającym na ocenę możliwości skutecznego przystosowania się do funkcjonowania pracowników opieki medycznej w odniesieniu do pacjentów pochodzących z innych kręgów kulturowych, poprzez ocenę ich wiedzy, umiejętności, postawy. Według Hammer [23] posiadanie podstawowego zestawu kompetencji międzykulturowych umożliwia adaptację do dowolnej kultury.

Podsumowując, w toku prowadzonych badań walidacyjnych wykazano, że Inwentarz CCCI posiada zadowalające, dobre własności psychometryczne zarówno w zakresie jego rzetelności (w tym stabilności), jak również jego trafności (teoretycznej, kryterialnej, różnicowej). Dodatkowo, pomimo ograniczenia co do możliwości stosowania poszczególnych podskal Inwentarza CCCI, zaleca się stosowanie wyniku ogólnego, jako ogólnej miary kompetencji międzykulturowych. Tym samym, narzędzie to może z powodzeniem być stosowane do pomiaru kompetencji międzykulturowych wśród pracowników opieki medycznej i studentów kierunków medycznych (np. na kierunku pielęgniarstwo, medycyna). Może być on także wykorzystywany przez, np. nauczycieli pielęgniarstwa, medycyny i klinicznych menedżerów w wyodrębnianiu obszarów kompetencji międzykulturowych, niezbędnych dla podniesienia jakości opieki nad pacjentem z odmiennego kręgu kulturowego. Jednocześnie prowadzenie badań empirycznych z użyciem Inwentarza CCCI pozwoli monitorować rozwój kompetencji międzykulturowych studentów kierunków medycznych oraz może sprzyjać doskonaleniu procesu ich edukacji międzykulturowej w sposób bardziej zobjektywizowany (tj. wymierny). Inwentarz CCCI wzbogaca obecnie istniejący warsztat badawczy, nie tylko w kontekście zawodów medycznych. W przyszłości, zwłaszcza po opracowaniu norm, może być on także stosowany w innych grupach zawodowych (np. wśród nauczycieli), aby ocenić ich kompetencje międzykulturowe w pracy z dziećmi i młodzieżą cudzoziemców/imigrantów.

WNIOSKI

- Kompetencje międzykulturowe stanowią ważny element profesjonalnej kompetencji zawodowej.
- Inwentarz CCCI posiada dobre i zadowalające wskaźniki psychometryczne, które uzasadniają możliwość jego stosowania w warunkach polskich do pomiaru kompetencji międzykulturowych
- Zaleca się stosowanie wyniku ogólnego Inwentarza CCCI, jako wskaźnika ogólnych kompetencji międzykulturowych.

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P, Szкуп M. The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation. *PLoS ONE*. 2019; 14(3): e0212730 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212730> (8.12.2019)
2. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz.U.2012 poz. 631. <http://prawo.sejm.gov.pl> (5.06.2018).
3. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, Dz.U.2019 poz. 1573. <http://prawo.sejm.gov.pl> (8.12.2019).
4. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of Cultural Competence in Nurses: An Integrative Review. *Scientific World Journal*. 2013; 2013:289101.
5. Matsumoto D, Hwang HC. Assessing cross-cultural competence: a review of available tests. *J Cross Cult Psychol*. 2013; 44(6): 849-873.
6. Matveev AV, Merz MY. Intercultural Competence Assessment: What Are Its Key Dimensions Across Assessment Tools? *International Association for Cross-Cultural Psychology Conferences*. 2014. http://www.iacp.org/sites/default/files/stellenbosch_pdf/Matveev.pdf (3.07.2018).
7. Szкуп-Jabłońska M, Schneider-Matyka D, Kubiak J, i wsp. Ocena kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia. *Fam Med Prim Care Rev*. 2013; 15, 394-396.
8. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E, i wsp. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Probl Pielęg*. 2014; 22(2): 367-372.
9. Dobrowolska B, Ozga D, Gutysz-Wojnicka A. i i wsp. Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej. Raport projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615. Aug 2017. http://mice-icu.eu/wp-content/uploads/2017/12/01-ICU-Nurses-intercultural-training-needs-and-competencies-analysis-report_PL.pdf (25.07.2018)
10. Lubowiecki-Vikuk A, Gnuowski M. Rola kompetencji międzykulturowych na rynku turystyki medycznej w Polsce. *Hyg Pub Health*. 2016; 51(3): 255-261.
11. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie. *Probl Pielęg*. 2011; 21(3): 327-334.
12. Majda A, Zalewska-Puchała J. Kulturowe odrębności w pielęgniarstwie. [w:] Zarzycka D, Ślusarska B, red. *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwie*. Warszawa: WL PZWL; 2017. pp. 119-140.
13. Majda A, Zalewska-Puchała J. Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie. *Pielęg Pol*. 2018; 2(68): 196-303.
14. Mroczkowska R. Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej. *Pielęg Spec*. 2013; 1: 27-31.
15. Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A, Dobrowolska B. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego. *Pielęg XXI w*. 2017; 4(61): 40-45.
16. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji. *Pielęg XXI w*. 2018; 1(62): 30-36.
17. Ozga D, Dobrowolska B, Gutysz-Wojnicka A. i wsp. Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-IC) – International project for ICU nurses. *Pielęg XXI w*. 2018; 62(1): 50-52.
18. Ozga D, Jadczyk M. Deklaracja Brisbane zbiorem wytycznych dla pielęgniarek OIT, dotyczących opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo. *Pielęgiarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece* 2018; 4(1):1.
19. Benbenishty J, Gutysz-Wojnicka A, Harth I, et. al. The migrant crisis and the importance of developing cultural competence in the intensive care unit. *Nursing Critical Care* 2017; 22(5): 262-263.

20. Arredondo P, Toporek R, Brown S, et al. Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies. *Journal of Multicultural Counseling Development*. 1996; 24(1): 42-78.
21. Barzykowski K, Majda A, Szкуп M, Przyłęcki P. The Polish version of the Cultural Intelligence Scale: Assessment of its reliability and validity among healthcare professionals and medical faculty students. *PLoS ONE* 2019; 14(11): e225240 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225240> (8.12.2019)
22. Earley PC, Ang S. *Cultural Intelligence: Individual interactions across cultures*. Stanford: Stanford University Press, 2003.
23. Hammer MR. Behavioral dimensions of intercultural effectiveness: A replication and extension. *Int J Intercult Relat*. 1987; 11: 65-88.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
22.02.2020

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
04.03.2020

Translation/Tłumaczenie: Krystian Barzykowski, Anna Majda, Paweł Przyłęcki