

Postawy pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam

Attitudes of nurses towards Muslim patients

ANNA MAJDA ^{1/}, RENATA MATUSIK-BAZIAK ^{2/}, JOANNA ZALEWSKA-PUCHAŁA ^{1/}

^{1/} Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

^{2/} Scanmed SA, Szpital Św. Rafała – Poradnie Specjalistyczne w Krakowie

Wprowadzenie. Chęć zrozumienia innej kultury i budowanie właściwej postawy w stosunku do pacjenta pochodzącego z odmiennego kręgu kulturowego ma w pracy zawodowej pielęgniarki szczególne znaczenie. Jest to też trudne doświadczenie, zwłaszcza wtedy, gdy kultura cudzoziemców jest odmienna, np. w przypadku pacjentów wyznających islam. Nie mniej jednak należy pamiętać, że za 'parawanem' odmienności kulturowej czy wyznania religijnego, dostrzec należy przede wszystkim człowieka.

Cel. Poznanie postaw pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam, poprzez analizę komponentu behawioralnego, poznawczego i emocjonalnego postawy.

Materiały i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 pielęgniarek, które miały kontakt w swojej pracy zawodowej z pacjentami wyznającymi islam. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i szacowania, a jako narzędzi badawczych użyto kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz skali Bogardusa i skali ASKED. Do obliczeń zastosowano program Statistica i test Kruskala-Wallis (H).

Wyniki. Badani deklaruwali w kwestionariuszu ankiety neutralną postawę wobec pacjentów wyznających islam. Skala Bogardusa wykazała postawę negatywną, a poszczególne jej itemy/twierdzenia wyraźnie dowiodły, że dystans społeczny badani mieli największy w sferze prywatnej i intymnej, a najmniejszy w sferze publicznej. Pielęgniarki swoje kompetencje kulturowe oceniały na średnim poziomie. Większość badanych odczuwała brak szacunku ze strony pacjentów wyznających islam, jednak nie była skrupowana współpracą z nimi, ani nie odczuwała zagrożeń z ich strony. Zmienne socjodemograficzne nie miały istotnego wpływu na dystans społeczny wobec osób wyznających islam.

Wnioski. W ramach edukacji międzykulturowej zarówno na poziomie przed, jak i podyplomowym, należy doskonalić kompetencje kulturowe i inteligencję kulturową pielęgniarek, które dają szansę na redukcję stereotypów i likwidację uprzedzeń oraz zmianę negatywnych postaw wobec osób odmiennych kulturowo, w tym pacjentów wyznających islam.

Słowa kluczowe: postawy, islam, pacjent, pielęgniarki

Introduction. The willingness to understand another culture and shaping correct attitudes towards a patient coming from a different culture is of particular importance in nurses' work. It is also a difficult experience, especially when the culture of foreigners is different e.g. of Muslim patients. Nevertheless, it should be borne in mind that beside cultural or religious differences, primarily another human being must be perceived.

Aim. To investigate the attitudes of nurses towards Muslim patients, through the analysis of behavioral, cognitive and emotional component of the attitude.

Material & method. The research was conducted among 100 nurses who in their work had contact with Muslim patients. The study used a diagnostic survey and estimation method and the research tools was the author's questionnaire, the Bogardus Scale and ASKED Scale. For calculation, the Statistica program and the Kruskal-Wallis test (H) were used.

Results. The survey respondents declared a neutral attitude towards Muslim patients. The Bogardus scale however showed a negative attitude and its individual items/statements clearly demonstrated that the social distance of the respondents was the greatest in the private, intimate sphere, and the smallest in the public sphere. The nurses assessed their cultural competencies on an average level. The majority of respondents felt a lack of respect from Muslim patients but they were not uncomfortable working with them, or did not feel threatened. The socio-demographic variables had no significant effect on the social distance towards Muslim patients.

Conclusion. As part of intercultural education, both on undergraduate and postgraduate level, nurses need to cultivate their cultural competences, cultural intelligence, giving themselves a chance to reduce stereotypes and to suppress prejudices, and to change negative attitudes towards culturally different people, including Muslims.

Key words: attitude, Islam, patient, nurses

© Hygeia Public Health 2017, 52(4): 428-434

www.h-ph.pl

Nadesłano: 19.08.2017

Zakwalifikowano do druku: 15.09.2017

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Anna Majda

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

ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

tel. 506 26 71 70, e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

Wprowadzenie

Postawa społeczeństwa wobec cudzoziemców jest postawą wobec relacji międzyludzkich. Współczesny

świat cechuje bardzo szybkie tempo rozwoju, co wymaga na społeczeństwie zmiany w swoich postawach i szeroko pojętej otwartości na te zmiany. Uświado-

mienie potrzeby zmian oraz zastosowanie ich w codziennym życiu, to przejaw dojrzałości społeczeństwa [1]. W Polsce na przełomie ostatnich lat w związku ze wstąpieniem do UE nastąpił dość dynamiczny proces migracyjny. Takie zmiany powodują zetknięcie się z innością kulturową. Ogólnie Polacy pozytywnie są nastawieni do różnorodności kulturowej, uwidaczniają jednak pewne negatywne stereotypy [2]. Polacy największym zaufaniem darzą cudzoziemców z zachodniej części Europy, dużo mniejszym cudzoziemców z Europy wschodniej [3]. Przychylną postawę wobec cudzoziemców przejawia młodsza część społeczeństwa, która rzadziej dostrzega zagrożenie ze strony cudzoziemców. Społeczeństwo wieku emerytalnego wyklucza natomiast zupełnie wielokulturowość w swoim środowisku, przyjmując postawę bardzo radykalną. Im wyższe wykształcenie, tym postawa wobec cudzoziemców jest bardziej otwarta, tolerancyjna. Kobiety w większym stopniu niż mężczyźni przekonane są o pozytywnym wpływie różnorodności kulturowej [4]. Cudzoziemcy z krajów, w których dominującą religią jest islam traktowani są dość chłodno, ponieważ wiedza na ich temat czerpana jest głównie z mediów, w bardzo małym stopniu z bezpośrednich kontaktów [5].

Muzułmanie stanowią w Polsce bardzo niewielki odsetek społeczeństwa. Jedną z takich grup są Tatarzy, którzy w latach 80. XX w. byli najliczniejszą grupą wśród polskich muzułmanów. W kolejnych latach sytuacja dynamicznie się zaczęła zmieniać, aż do dnia dzisiejszego, czego powodem był napływ imigrantów z krajów muzułmańskich. Początkowo byli to studenci, następnie imigranci ekonomiczni, którzy zatrzymywali się w Polsce w drodze 'na zachód', aż w końcu uchodźcy z Afganistanu, Iranu, Czeczeni, Syrii. Te trzy grupy muzułmanów (Tatarzy, imigranci, uchodźcy) znacznie różnią się od siebie i też inaczej traktowani są przez polskie społeczeństwo. Tatarzy postrzegani są, jako grupa mieszkająca w Polsce od pokoleń i szanująca polską kulturę. Muzułmanie (imigranci, uchodźcy) są bardziej widoczni i wyróżniają się od polskiego społeczeństwa choćby przez wygląd fizyczny, co z kolei przyczynia się do niezbyt przychylniej, wręcz wrogiej postawy wobec nich [6].

Obecność osób pochodzących z odmiennych kręgów kulturowych czy religijnych w pracy pielęgniarek w Polsce ostatnimi czasy przybiera coraz szerszy krąg. Sytuacja taka stawia pielęgniarki przed nowymi zadaniami, takimi jak skuteczna komunikacja z 'Innym' pacjentem czy próba zrozumienia jego odmiennych kulturowo zachowań. Staje się ważnym elementem profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, w tym okazywania postawy pozbawionej stereotypów i uprzedzeń. W literaturze polskojęzycznej jest brak opracowań w tym zakresie, z wyjątkiem nielicznych, dotyczących świadomości stereotypów i uprzedzeń, postaw studen-

tów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo [7-8] czy postrzegania innych narodów i kultur przez młodzież studiującą nauki medyczne [9-10].

W Polsce przez szereg lat nie dostrzegano pacjenta odmiennego kulturowo w opiece medycznej. Obecnie przy różnorodności wyznaniowej, napływie cudzoziemców z różnych krajów, staje się on wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia. W związku z tym, powinni oni znać, rozumieć, uwzględniać i szanować różnicowanie kulturowe, religijne i społeczne pacjentów w procesie planowania i realizowania opieki nad nimi. Wykazywać się postawą tolerancji wobec 'Innych' [11].

Postawy można określić w oparciu o zewnętrzne wskaźniki. Zwykle wskaźniki te odwołują się do trzech typów reakcji na obiekt postawy. Postawy mogą być: 1. inferowane w oparciu o tzw. reakcje poznawcze, a więc przekonania, wiadomości; 2. określane w oparciu o reakcje afektywne (uczucia, oceny przypisywane obiektom) i 3. w oparciu o reakcje behawioralne (intencje, tendencje i działania związane z obiektem) [7].

Odmiennosc kulturowa może być źródłem niechęci, lęków i poczucia zagrożenia lub zaciekawienia, zachwytu i fascynacji. Postrzeganie 'Innego' jako człowieka ciekawego, stymulującego i wartościowego, sprzyja interakcjom opartym na wzajemnym uznaniu, szacunku i ukierunkowuje na współpracę i współdziałanie. Natomiast, gdy 'Inny' jest postrzegany jako mało znaczący, zacofany, z niską samooceną, wyzwala to zachowania agresywne, antagonizmy i dominację, utrudnia komunikację międzykulturową. W naturalny sposób stosunek do odrębności kulturowych, musi być badany, analizowany i dyskutowany w przestrzeni publicznej [7].

Cel

Poznanie postaw pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam, poprzez analizę komponentu behawioralnego, poznawczego i emocjonalnego postawy.

Materiały i metody

W pracy wykorzystano takie metody badawcze, jak: sondaż diagnostyczny, metoda szacowania i następujące narzędzia badawcze:

- Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który pozwolił przybliżyć głównie komponent emocjonalny postawy badanych. Pytania w nim zawarte dotyczyły danych socjodemograficznych i emocji towarzyszących badanym podczas opieki nad pacjentami wyznającymi islam.
- Skala Dystansu Społecznego E. Bogardusa [12] badała aspekt behawioralny postawy oraz umożliwiła poznanie poziomu dystansu społecznego badanych wobec muzułmanów i pozwoliła określić,

czy postawa ich jest włączająca (inkluzywna) czy wykluczająca. Bogardus zakładał, że im bardziej jesteśmy tolerancyjni dla drugiej osoby, tym bardziej skłonni jesteśmy bliżej siebie ją widzieć. Założenie to stanowiło podstawę do sformułowania listy itemów/twierdzeń, które badani mieli zaakceptować lub nie. Oryginalna skala Bogardusa przechodziła wiele modyfikacji. Zmieniała się liczba twierdzeń/pytań (3-9), możliwość odpowiedzi (skala 0-1, 1-5, 1-7) [13-23]. Wersję skali Bogardusa (7 pytań) i jej interpretację, którą zastosowano w niniejszym badaniu przyjęto w oparciu o pracę Kasprzak i Walczak [23]. Badani zostali poproszeni o zaznaczenie odpowiedzi – poziomu akceptacji każdego pytania, na 5-stopniowej skali numerycznej oznaczającej: 1 – ‘zdecydowanie się nie zgadzam’, 2 – ‘częściowo się nie zgadzam’, 3 – ‘nie mam zdania’, 4 – ‘częściowo się zgadzam’ i 5 – ‘zdecydowanie się zgadzam’. Mogli uzyskać minimalnie 7 punktów, a maksymalnie 35 punktów. O postawie włączającej (pozytywnej) można powiedzieć przy uzyskaniu 26-35 punktów, neutralnej 17-25 punktów, a negatywnej 7-16 punktów. Pytania od numeru 1 do 3 dotyczyły dystansu społecznego w sferze publicznej (badały na ile respondent jest skłonny hipotetycznie wyrazić zgodę na przebywanie ‘Innego’ na terenie Europy, Polski, swego miejsca zamieszkania); 4 do 6 – dystansu w sferze prywatnej (badały dopuszczalność bezpośredniego kontaktu respondenta z ‘Innym’ w miejscu pracy, jako sąsiada, przyjaciela we własnym domu); pytanie 7 – dystansu w sferze intymnej (pomiar był wykonany za pomocą projekcyjnego pytania o ocenę sytuacji, w której ktoś z najbliższego otoczenia badanego, np. bliski znajomy, krewny chce związać się z ‘Innym’).

– Skala ASKED [24] – narzędzie do oceny kompetencji kulturowych; bada aspekt poznawczy (kognitywny) postawy badanych. Zawiera 5 pytań, z możliwością odpowiedzi ‘TAK’ – 2 punkty lub ‘NIE’ – 1 punkt. Badani mogli zdobyć max. 10 punktów, a min. 5 punktów. Uzyskanie 5-6 punktów – niski poziom kompetencji kulturowych, 7-8 – przeciętny, 9-10 punktów – wysoki.

Ankiety rozdano wśród 125 pielęgniarek. Do analiz wykorzystano 100 w pełni wypełnionych kwestionariuszy. Badania przeprowadzono od października 2015 r. do marca 2016 r. w jednym z krakowskich szpitali. Dobór grupy badanej był celowy – do współpracy poproszono pielęgniarki, które w swojej pracy zawodowej miały kontakt z pacjentami wyznającymi islam. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej [25]. Do obliczeń zastosowano program Statistica i test Kruskala-Wallisa (H). We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 100 osób, w tym 98 kobiet. Najliczniejszą grupą były osoby pomiędzy 41-50 r.ż. (42%). Najmniej było osób powyżej 50 r.ż. (7%) i pomiędzy 22-30 r.ż. (13%). Najwięcej osób (41%) zamieszkiwało miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, a następnie wsie (28%), miasta 10-50 tys. mieszkańców (19%) i miasta 50-100 tys. (12%). Większość badanych stanowiły osoby z wykształceniem wyższym licencjackim (49%) i magisterskim (34%), wykształcenie średnie miało 17% badanych. Niemal wszyscy badani byli wyznania katolickiego (99%), jedna osoba zadeklarowała ateizm. Badani pracowali na takich oddziałach, jak: zabiegowy – 8%, rehabilitacja neurologiczna – 14%, poradnie – 9%, ortopedia – 8%, neurochirurgia – 14%, chirurgia – 16%, ambulatorium – 12% i inne – 19%. Wszyscy badani zadeklarowali, że mieli kontakt z pacjentem innej narodowości. Byli to przede wszystkim pacjenci narodowości arabskiej – 86%, ukraińskiej – 88%, brytyjskiej – 56%, afgańskiej – 29%, niemieckiej – 19%. Wszyscy badani zapewnili, że mieli kontakt z muzułmanami. Prawie wszyscy (91%) stwierdzili, że nie pracowali poza granicami Polski. Tylko 9% pracowało za granicą, przede wszystkim w Niemczech i Anglii. Zdecydowana większość ankietowanych (81%) uważała, że jest przygotowana do pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo. Podstawowymi źródłami wiedzy na temat opieki nad takimi pacjentami były przede wszystkim: szkolenia w miejscu pracy – 84%, czasopisma – 17%, uczelnia – 16%, książki – 15%. Sposobem porozumiewania się z pacjentami wyznającymi islam, niemówiącymi po polsku, najczęściej (90%) była pomoc ze strony tłumacza, jedynie 21% badanych komunikowało się w języku angielskim, a 16% w ich języku ojczystym. Badani w 48% dostrzegali, że w ich otoczeniu zawodowym nastawienie do osób wyznających islam nie jest lub raczej nie jest pozytywne, w 35% że jest lub raczej jest pozytywne, a 17% nie potrafiło się ustosunkować do tego pytania. Niemal połowa respondentów (46%) uważała się za osoby raczej tolerancyjne, 32% za tolerancyjne, 9% raczej nie, a 13% nie potrafiło się jednoznacznie ustosunkować do tego pytania. Nieco ponad połowa badanych (54%) nie potrafiła określić, czy polska ochrona zdrowia jest przyjazna dla muzułmanów, 28% stwierdziło, że raczej tak, 11%, że tak i 7%, że nie jest przyjazna dla muzułmanów. Spośród badanych 62% określiło swój stosunek do pacjentów wyznających islam jako neutralny, 17% jako pozytywny, 15% jako negatywny. W relacjach z pacjentami – muzułmanami 53% badanych przyznało, że kieruje się stereotypami, a 40% uprzedzeniami.

Dystans społeczny pielęgniarek w sferze publicznej, prywatnej, intymnej wobec muzułmanów

Analizując wyniki skali Bogardusa można uznać, że chęć badanych do utrzymywania kontaktów i integracji z osobami wyznającymi islam, kształtowała się na poziomie poniżej przeciętnej ($M=14,30$ pkt., $Me=14$ pkt., $min=7$ pkt., $max=30$ pkt.). Spośród badanych 38% nie zgadzało się (częściowo i zdecydowanie) na to, aby muzułmanie zamieszkiwali Europę, 55% aby zamieszkiwali Polskę, 78% aby zamieszkiwali ich miejscowości, 58% żeby byli ich współpracownikami, 68% żeby byli ich przyjaciółmi, 82% żeby byli ich sąsiadami, aż 88% nie wyobrażało sobie tego, że ktoś z ich rodziny miałby wstąpić w związek małżeński z wyznawcą islamu (tab. I). Nie wykazano istotnego zróżnicowania wyniku w skali dystansu społecznego Bogardusa w zależności od wieku ($H=5,07$; $p=0,1667$), płci ($H=0,2438$; $p=0,6215$), miejsca zamieszkania badanych ($H=0,75$; $p=0,8671$).

Samoocena kompetencji kulturowych przez pielęgniarki

Średnia ocen uzyskana przez badanych w skali ASKED wyniosła 8,18 pkt. ($Me=8$ pkt., $min=5$ pkt., $max=10$ pkt.). Spośród badanych 82% było świadomych własnych uprzedzeń wobec innych grup kulturowych, 59% twierdziło, że nie wie jak dokonać oceny kulturowej, po 48% deklaroowało, że nie potrafi opisać różnic pomiędzy różnorakimi grupami kulturowymi i nie posiada umiejętności przeprowadzania skutecznego wywiadu klinicznego z osobami z innych grup kulturowych. Prawie wszyscy (91%) uznali, że chcą być kulturowo kompetentni, co oznaczałoby, że są otwarci na wszelkiego rodzaju nowe informacje, które mogą wzbogacić ich wiedzę na temat innych kultur i religii.

Uczucia towarzyszące pielęgniarkom podczas opieki nad pacjentami wyznającymi islam

Większość badanych (60%) raczej nie odczuwała zagrożenia podczas współpracy z muzułmanami, zaledwie 4% respondentów odczuwało zagrożenie, 16% raczej je odczuwało, a 20% zdecydowanie nie odczuwało zagrożenia. Na brak szacunku ze strony pacjentów muzułmanów zwracało uwagę 69% badanych. Badani zdecydowanie najczęściej (70%) nie odczuwali skrępowania podczas współpracy z pacjentami wyznającymi islam, jednakże 30% stwierdziło, że takie skrępowanie odczuwało.

Większego zaangażowania w opiekę wymagali pacjenci płci męskiej wyznający islam zdaniem 84% badanych, w przypadku kobiet wyznających islam była to grupa zaledwie 16% badanych. Towarzystwo kobiecie wyznania islamskiego przez mężczyznę lub innego członka rodziny podczas czynności wykonywanych przez pielęgniarki/pielęgniarzy przez ponad połowę badanych (54%) postrzegane było, jako coś, co utrudnia pracę, ale starali się oni dostosować do tej sytuacji, 28% badanych zdecydowanie twierdziło, że to było utrudnienie, a 18% zadeklarowało, że obecność innych przy wykonywaniu tego typu czynności nie wpływała w żaden sposób na wykonywaną przez nich pracę.

Dyskusja

Fundamentalizm islamski przyczynił się do tego, iż islam w Polsce kojarzony jest z takimi zjawiskami, jak: nietolerancja, przemoc, wojna, a przede wszystkim terroryzm. Ciekawe jest to, że osoby, które miały bezpośredni kontakt z wyznawcami islamu zazwyczaj nie kojarzą islamu z negatywnymi zjawiskami, jak terroryzm czy wojna. Zatem osobiste kontakty przyczyniają się do ocieplenia relacji z muzułmanami, a także mniej krytycznego postrzegania ich kultury i tradycji. Jednak osobisty kontakt Polaków z muzułmanami

Tabela I. Postawy badanych wobec muzułmanów w skali Bogardusa (%)
Table I. Attitudes of respondents towards Muslims in Bogardus Scale (%)

Czy zgadzasz się, aby muzułmanie /Do you agree to Muslims	zdecydowanie się nie zgadzam /I strongly disagree	częściowo się nie zgadzam /I partly disagree	nie mam zdania /I have no opinion	częściowo się zgadzam /I partly agree	zdecydowanie się zgadzam /I definitely agree
zamieszkiwali Europę /living in Europe	12	26	37	20	5
zamieszkiwali Polskę /living in Poland	26	29	35	8	2
zamieszkiwali w Twojej miejscowości /living in your town/village	42	36	19	2	1
byli Twoimi współpracownikami /being your co-workers	31	27	36	3	3
stali się Twoimi przyjaciółmi /becoming your friends	33	35	24	4	4
byli Twoimi sąsiadami /becoming your neighbors	59	23	15	1	2
weszli w związek małżeński z członkiem Twojej rodziny /marrying a member of your family	76	12	10	–	2

jest sporadyczny, toteż postawa wobec nich jest mało przyjazna [5]. Badania opinii publicznej prowadzone przez CBOS zdecydowanie ukazują negatywny stosunek polskiego społeczeństwa do muzułmanów. Polacy uważają wyznawców islamu za najbardziej niesympatyczną grupę odmienną kulturowo [6, 26]. Zgodnie z badaniami CBOS z 2015 r. tylko 12% badanych zadeklarowało, że znają osobiście jakiegoś muzułmanina lub muzułmankę [5]. Porównując powyższe dane z wynikami badań własnych, zastanawiający jest fakt, że badane pielęgniarki w 100% deklarowały kontakt z pacjentami – wyznawcami islamu, a mimo to ich postawa była wciąż mało akceptująca. Być może na taką postawę badanych zasadniczy wpływ miały wydarzenia polityczne i migracyjne związane ze światem islamu, które zbiegły się w czasie z przeprowadzanymi badaniami. Bądź może miało to związek z „nie do końca rozstrzygniętą kwestią tzw. hipotezy kontaktu stwierdzającej, że pozostawanie w dłuższym kontakcie z przedstawicielami stereotypizowanych grup redukuje wzajemne stereotypy i uprzedzenia” [11].

Z badań CBOS z 2015 r. monitorującego stosunek Polaków do innych narodów, z użyciem skali określającej stopień sympatii i antypatii, jaki mają do danego narodu wynika też, że 44% badanych zadeklarowało negatywny stosunek do muzułmanów, 33% stosunek obojętny i zaledwie 23% stosunek pozytywny. Okazało się również, że spotykają się oni z najzimniejszymi uczuciami ze strony Polaków, średnia temperatura uczuć do wyznawców islamu była ujemna [5]. Stefaniuk na grupie 711 Polaków zdiagnozował postawy wobec muzułmanów i muzułmank, które były również negatywne, przy czym nieco mniej w odniesieniu do tych ostatnich. Sprzeciw wobec obecności w swoim otoczeniu społecznym muzułmanów wyraziło 21,5 do 55% badanych, a wobec muzułmank 19,4 do 46,1%. Dwie trzecie respondentów zadeklarowało, że czułoby się nieswojo w otoczeniu muzułmanów. Ponad połowa uważała, że zagrażają ekonomicznemu dobrobytowi Polaków i polskim wartościom oraz zamachami terrorystycznymi. Co ciekawe, wyższy poziom uprzedzeń wobec muzułmanów oraz wyższy poziom krytyki islamu prezentowały osoby młodsze [26]. Rezultaty badania opisanego w niniejszej pracy ujawniły, że badane pielęgniarki pytane w kwestionariuszu ankiety – zadeklarowały w większości (62%) neutralny stosunek do muzułmanów, zaś pozytywny zaledwie w 17%. Jak się jednak okazało, były w tym zakresie mało samokrytyczne, gdyż w skali Bogardusa zdecydowanie bardziej stanowczo zadeklarowały swój negatywny, chłodny stosunek (większy dystans społeczny, zwłaszcza w sferze prywatnej i intymnej) w odniesieniu do muzułmanów. Badane nie wykazywały dużych chęci do budowania bliższych relacji z wyznawcami islamu i im bardziej dotyczyło to ich bliskiego otoczenia, tym

bardziej ich postawa była negatywna. Podobnie wysoki poziom uprzedzeń wobec muzułmanów reprezentowany był przez młodzież podlaską [23], studentów kierunku Wychowanie fizyczne (studia licencjackie) [13], studentów kierunku Pielęgniarstwo (licencjat) [7], którzy także szczególnie dezaprobowali możliwość pokrewieństwa przez małżeństwo w rodzinie z muzułmanką/muzułmaninem. Postawa młodzieży podlaskiej wobec muzułmanów była bardzo zbliżona do postaw pielęgniarek i pielęgniarzy z badań własnych, którzy wszyscy mieli kontakt z pacjentami wyznającymi islam, podobnie jak młodzież podlaska mieszkająca na ziemiach, najliczniej zamieszkujących przez autochtonów muzułmańskich – Tatarów. Biorąc pod uwagę odstęp czasowy prowadzonych badań, postawa ta nie uległa też większej zmianie. Kasprzak i Walczak [23] podkreślają, że muzułmanie są obojętną grupą w sferze prywatnej, natomiast w sferze intymnej wyraźnie wykluczana, z osobą wyznającą islam można spotykać się sporadycznie, ale nie na stałe – zdaniem badanej młodzieży. Badani studenci pielęgniarstwa w nieco większym stopniu deklarowali postawę akceptującą wobec muzułmanów (31%) niż badane pielęgniarki (17%), aczkolwiek też byli mało krytyczni, bowiem wcześniej pytani zadeklarowali uprzedzenia wobec mniejszości religijnych, w tym m.in. muzułmanów zaledwie w 11% [7].

Wyniki przeprowadzonych badań obrazują, że badane pielęgniarki są świadome swoich stereotypów (53%) i uprzedzeń (40%) w stosunku do osób odmiennych kulturowo – wyznających islam i co najważniejsze chciałyby być kompetentne kulturowo, co by oznaczało, że są otwarte na zdobywanie nowych umiejętności i rozwijanie inteligencji kulturowej. Koncepcja inteligencji kulturowej jest stosunkowo nowym konstruktem, będącym odpowiedzią na wyzwania, które niesie globalizacja. Może być rozwijana i doskonalona. Odnosi się do jednostki, podobnie jak inteligencja ogólna, emocjonalna czy społeczna. Jest pojęciem nowym, składającym się z kilku komponent (poznawczej, metapoznawczej, motywacyjnej, behawioralnej), dobrze opisanym w literaturze anglojęzycznej, znanym w biznesie międzynarodowym, dużo mniej miejsca zajmującym w publikacjach polskich [27]. Autorki uznały, że jest wartym przeniesienia na grunt zarządzania zespołem opiekującym się pacjentem pochodzącym z różnych kręgów kulturowych. Jak pisze Starosta, będącym specyficzną formą inteligencji, skoncentrowanej na zdolności jednostki do rozumienia, poprawnego wnioskowania, funkcjonowania, zarządzania, radzenia sobie w sytuacjach charakterystycznych dla zróżnicowania kulturowego [28]. Kontakt z osobami innych narodowości i religii daje szansę rozwoju interpersonalnego i społecznego. Dzięki komunikacji z ‘Innymi’ rozwija się wiedza

i wrażliwość międzykulturowa, poznajemy siebie, własną wielopłaszczyznową tożsamość. Trzeba jednak pamiętać o tym, że warunkiem nawiązywania owocnych relacji z 'Innymi' jest z jednej strony chęć wejścia w taką relację, z drugiej zaś wsparcie otoczenia, np. mediów, polityki państwa. Istotna jest również ustawiczna edukacja międzykulturowa, wzmacnianie stosunkowo najmniej zagrożonego w tej grupie zawodowej obszaru dystansu publicznego, zmiana stereotypów i likwidacja uprzedzeń. Nikt nie jest wolny od stereotypów, ważne jest, aby je sobie uświadomić, zrozumieć powody ich istnienia, zatrzymać wtedy, gdy się uruchamiają i podjąć działania, które pomogą w zmianie postaw. Stereotyp jest nieuniknionym następstwem funkcjonowania poznawczego, to uprzedzenie już nim nie może być i trzeba go likwidować. W przeciwnym razie stereotypy i uprzedzenia stają się szkodliwe dla relacji międzyludzkich i międzykulturowych, tworzą mury, odrywają od myślenia, nie pozwalają widzieć niepowtarzalnych cech, potrzeb, zachowań 'Innych' i ich uwarunkowań, utrudniają zindywidualizowaną opiekę. Ważną perspektywą, obok hipotezy kontaktu w projektach zmiany stereotypów, jest indywidualna perspektywa osłabiania ich roli w jednostkowej percepcji rzeczywistości. W zmianie stereotypów pośrednią rolę odegrać może podnoszenie samooceny postrzegającego, redukcja poziomu frustracji i lęku, podnoszenie wiedzy związanej ze zróżnicowaniem społecznego świata [11].

Negatywne postawy wobec odmienności kulturowych, zamykanie się w kręgu własnych wartości kulturowych oraz przyjmowanie za właściwą tylko własną perspektywę postrzegania świata, odbierają nam szansę rozwoju. Warunkiem nawiązywania twórczych relacji z 'Innymi' jest wykroczenie poza etnocentryczny punkt widzenia, zgodnie z którym 'Inny' jest odbierany jako gorszy, odstający od normy przyjętej przez kulturę, z której pochodzimy. Wiąże się to z przekonaniem o wyższości kultury własnej grupy i traktowaniem jej zasad, norm, wartości, jako właściwych, a wszystkich innych jako niewłaściwych. Tendencja do oceniania 'Innych' według własnych standardów kulturowych jest naturalna, jednak utrudnia kontakty z 'Innymi'. Relacje międzykulturowe stają się twórcze, gdy przyjmujemy postawę bliższą relatywizmowi kulturowemu i próbujemy interpretować zachowania 'Innych' w kontekście ich kultury. Wtedy nie rozpatrujemy odmiennych cech kulturowych w kategoriach dobra/zła, nie wartościujemy. Postrzegamy je po prostu jako inne. Takiemu podejściu towarzyszy ciekawość poznawcza, wyrażająca się w chęci poznawa-

nia 'Innego'. Dzięki niej jesteśmy w stanie postrzegać 'Innego' jako interesującego i wartościowego.

W ramach edukacji międzykulturowej na poziomie przed-, jak i podyplomowym, należy doskonalić kompetencje kulturowe i inteligencję kulturową pielęgniarek, w ten sposób zmieniać ich stereotypowe postrzeganie i likwidować uprzedzenia oraz modyfikować postawy wobec osób odmiennych kulturowo, w tym pacjentów wyznających islam. Przekształcać postawy zamknięte ku postawom otwartym, związanym z postrzeganiem różnicy kulturowej jako szansy w rozwoju własnej kulturowej grupy odniesienia.

Efekty diagnozy postaw pielęgniarek wobec odmienności muzułmańskiej mogą stanowić podstawę do formułowania propozycji zmian w zakresie polityki społecznej, zwłaszcza w sferze edukacji, kultury oraz w zakresie opieki zdrowotnej. Mogą być wstępem do szerszej zakrojonych badań.

Wnioski

1. Badani deklarowali postawę neutralną, zaś wg skali Bogardusa zaprezentowali postawę wykluczającą wobec muzułmanów, nie chcieli wchodzić w głębsze i bliższe relacje. W sferze prywatnej i intymnej demonstrowali dystans społeczny największy, w sferze publicznej średnio o połowę mniejszy.
2. Ankietowani ocenili na średnim poziomie swoje kompetencje kulturowe. Byli świadomi własnych uprzedzeń i stereotypów w stosunku do osób reprezentujących odmienną kulturę, większość z nich zadeklarowała chęć bycia kulturowo kompetentnymi i otwartymi na przyjmowanie informacji na temat innych kultur.
3. Respondenci odczuwali przede wszystkim brak szacunku ze strony pacjentów wyznających islam, natomiast w zdecydowanej większości nie byli ani skrupowani współpracą z nimi, ani nie odczuwali zagrożenia z ich strony.
4. Stereotypy i uprzedzenia względem mniejszości muzułmańskiej istnieją w świadomości pielęgniarek, co może mieć wpływ na relacje zawodowe z osobami pochodzącymi z tego kręgu kulturowego i ich rodzinami.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Krajewska A. Kompetencje personalne i społeczne. Ekonomik, Warszawa 2015.
2. Pilch T. Historyczne korzenie i współczesna konieczność tolerancji. [w:] Migracja, uchodźstwo, wielokulturowość. Zderzenie kultur we współczesnym świecie. Lalak D (red). Żak, Warszawa 2007: 127-151.
3. Kutyla M. Postawy Polaków wobec innych narodów. *Ann Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Sociologica* 2012, 1: 115-125.
4. Wiśniewski R. Postawy Polaków wobec obcokrajowców. Instytut Socjologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2010. *Stud Migracyjne – Prz Polonijny* 2011, 37(2(140)): 221-234.
5. Postawy wobec islamu i muzułmanów. CBOS, Warszawa 2015, nr 37. http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_037_15.PDF (15.10.2017).
6. Stefaniuk T. Islam i muzułmanie w Polsce. [w:] W stronę nowej wielokulturowości. Kusek R (red). Międzynarodowe Centrum Kultury, Kraków 2010: 166-187.
7. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. *Probl Pielęg* 2013, 21(3): 327-334.
8. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2013, 21(2): 187-194.
9. Kułak A, Kułak P, Shpakau A, Okurowska-Zawada B. Postrzeganie innych narodów i kultur przez młodzież polską studiującą nauki medyczne. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(3): 679-687.
10. Krajewska-Kułak E, Shpakau A, Kułak W, et al. Polish and Belarusian students' attitudes toward other nations. *Prog Health Sci* 2012, 2(2): 29-42.
11. Czykwin E. Stereotypizacja i stygmatyzacja – podstawy teoretyczne. [w:] Pacjent „Inny” wyzwaniem opieki medycznej. Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A (red). UM Białymstok, Silva Rerum Poznań 2016: 27-46.
12. Bogardus ES. Measuring Social Distance. *J Appl Sociol* 1925, 9: 299-308.
13. Szejnberg A, Jasiński TL. Ocena dystansu społecznego wobec przejawów dyskryminacji w deklaracjach studentów. *Forum Oświatowe* 2015, 27(1): 103-118.
14. Majewska D. Postawy uczniów szkół ponadpodstawowych wobec osób odbiegających od normy. *Zagad Wychow Zdr Psych* 1986, 5-6: 52-63.
15. Zasepa E. Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych. *Rocz Pedagog Spec* 1998, 9: 278-286.
16. Maciątek J, Kurcz I. Stereotypy różnych narodowości występujące u dorosłych Polaków. [w:] Stereotypy i uprzedzenia. Kolokwia Psychologiczne. Chlewiński Z, Kurcz I (red). IP PAN, Warszawa 1992: 199-215.
17. Bujnowska A. Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych. UMCS, Lublin 2009.
18. Kazanowski Z. Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób upośledzonych umysłowo. UMCS, Lublin 2011.
19. Czerniejewska I. Materiały pomocnicze do prowadzenia warsztatów. [w:] Antydyskryminacja na co dzień. Czerniejewska I (red). Jeden Świat, Poznań 2005: 49-82.
20. Weigl B. Stereotypy i uprzedzenia etniczne u dzieci i młodzieży. *Studium empiryczne*. IP PAN, Warszawa 1999.
21. Jasińska-Kania A, Łodziński S. Obszary i formy wykluczenia etnicznego w Polsce: mniejszości narodowe, imigranci, uchodźcy. Scholar, Warszawa 2009.
22. Komorowska A, Komorowska S. Postawy społeczne uczniów klas gimnazjalnych w stosunku do osób niepełnosprawnych. *Prz Badań Eduk* 2011, 2(13): 5-19.
23. Kasprzak T, Walczak B. Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej. Raport z badania. [w:] Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej. Jasińska-Kania A, Staszyńska KM (red). Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, Białystok 2009: 51-196.
24. Campinha-Bacote J. Many faces: addressing diversity in health care. *Online J Issues Nurs* 2003, 8(1): 3.
25. Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Etyczne zasady prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi. http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/93097/Deklaracja-Helsinki-przyjeta-na-64-ZO-WMA_-pazdziernik-2013_pelny-tekst.pdf (15.10.2017).
26. Stefaniak A. Postrzeganie muzułmanów w Polsce: Raport z badania sondażowego. Centrum Badań nad Uprzedzeniami, Warszawa 2015.
27. Simpson DM. Znaczenie inteligencji kulturowej w zarządzaniu międzynarodowymi zespołami projektowymi. *Horyzonty Polityki* 2017, 8(23): 163-182.
28. Starosta A. Inteligencja kulturowa jako niezbędny element zarządzania różnorodnością kulturową. *Management* 2012, 16(1): 402-412.