

PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO

STATE AND SOCIETY

E-ISSN 2451-0858 ISSN 1643-8299

ROK XXV: 2025, NR 2

Copyright© 2025 by the Author

Opublikowano w wolnym dostępie (Open Access) na licencji CC BY-NC-ND 4.0

DOI: 10.48269/2451-0858-pis-2025-2-001

Data wpłynięcia: 18.05.2025

Data akceptacji: 30.06.2025



OCENA INTELIGENCJI KULTUROWEJ W ZRÓŻNICOWANYCH POKOLENIOWO ZESPOŁACH PIELĘGNIARSKICH

Jadwiga Wioletta Klukow^{1,A,C,D,F}

<https://orcid.org/0000-0003-1243-9531>

Aleksandra Bugajska^{2,A-C}

<https://orcid.org/0009-0004-2280-8964>

Grażyna Dębska^{3,E,F}

<https://orcid.org/0000-0002-9711-261X>

Marta Szara^{4,D,F}

<https://orcid.org/0000-0003-2186-3895>

¹Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

²Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II w Krakowie,
Oddział Chorób Płuc z Pododdziałem Onkologicznym

³Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Umiejętności Pielęgniarskich

⁴Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,
D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Autor do korespondencji

Jadwiga Klukow, Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie
i Pielęgniarstwa Klinicznego, ul. Hrubieszowska 24, 22-400 Zamość,
e-mail: jadwiga.klukow@wp.pl

Streszczenie

Wprowadzenie: W dobie intensywnych procesów globalizacyjnych oraz nasilonej migracji ludności środowiska zawodowe są coraz bardziej zróżnicowane kulturowo, językowo i pokoleniowo. Celem pracy była ocena inteligencji kulturowej wśród pielęgniarek i pielęgniarzy zróżnicowanych pokoleniowo z uwzględnieniem ich cech socjodemograficznych.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 463 pielęgniarek i pielęgniarzy z terenu południowo-wschodniej Polski. Zastosowano polską wersję Skali Inteligencji Kulturowej. Materiał poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Ogólny poziom inteligencji kulturowej wyniósł średnio 4,25, w tym najwyższej został oceniony komponent matapoznawczy – 4,65, zaś najniższej poznawczy – 3,86.

Wnioski: Pielęgniarki i pielęgniarze charakteryzują się umiarkowanym poziomem inteligencji kulturowej, która jest determinowana miejscem zamieszkania, wyznaniem, wiekiem, stażem pracy i wykształceniem.

Słowa kluczowe: inteligencja kulturowa, generacje pokoleniowe, pielęgniarstwo

Wprowadzenie

W dobie intensywnych procesów globalizacyjnych oraz nasilonej migracji ludności współczesne społeczeństwa, w tym również środowiska zawodowe, stają się coraz bardziej zróżnicowane kulturowo, językowo i pokoleniowo. W kontekście opieki zdrowotnej, a zwłaszcza pielęgniarstwa, sytuacja ta stawia przed pracownikami nowe wyzwania związane z koniecznością współpracy w zespołach o zróżnicowanym tle kulturowym i generacyjnym, a także z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom o odmiennych wartościach, normach i światopoglądzie. Wymaga to rozwijania specyficznych kompetencji psychospołecznych, wśród których inteligencja kulturowa zajmuje miejsce szczególne [1].

Pojęcie inteligencji kulturowej po raz pierwszy zostało wprowadzone do piśmiennictwa naukowego w 2002 r. jako odpowiedź na potrzebę opisu zdolności jednostki do skutecznego funkcjonowania w realiach międzykulturowych [2:59]. Autorzy zdefiniowali inteligencję kulturową jako zdolność adaptacji do odmiennych warunków kulturowych, obejmującą komponenty metapoznawcze, poznawcze, motywacyjne i behawioralne [2–4]. Inteligencja kulturowa wykracza poza tradycyjne rozumienie inteligencji jako zdolności logicznego myślenia czy rozwiązywania problemów i obejmuje umiejętność rozumienia różnic kulturowych, reagowania na nie z empatią, otwartością oraz dostosowywania własnych zachowań w celu efektywnej komunikacji i współpracy [5–7].

Z punktu widzenia pielęgniarstwa rola inteligencji kulturowej jest szczególnie istotna, ponieważ zawód ten opiera się na relacji międzyludzkiej, empatii i skutecznej komunikacji interpersonalnej. Podejmowanie opieki nad pacjentem z odmiennym kodem kulturowym wymaga od pielęgniarek i pielęgniarzy nie tylko znajomości aspektów klinicznych, ale również gotowości do refleksji nad

własnymi uprzedzeniami i umiejętnością wnikliwej obserwacji zachowań uwarunkowanych kulturowo [8,9]. Jak zauważa Anna Jadwiga Piwowarczyk, inteligencja kulturowa nie jest cechą wrodzoną, ale umiejętnością, którą można rozwijać, oceniać i doskonalić zarówno w trakcie kształcenia akademickiego, jak i przez doświadczenie zawodowe [5].

Współczesne zespoły pielęgniarskie charakteryzują się nie tylko zróżnicowaniem kulturowym, ale także pokoleniowym. Na rynku pracy funkcjonują równocześnie przedstawiciele czterech pokoleń, od pokolenia baby boomers po generację Z, którzy różnią się nie tylko stylem pracy, podejściem do komunikacji czy wartościami, ale także oczekiwaniami wobec środowiska zawodowego [10,11]. Współpraca w takich zespołach wymaga kompetencji wykraczających poza standardowe umiejętności zawodowe. Istotną staje się zdolność do nawiązywania efektywnych relacji interpersonalnych z osobami różniącymi się wiekiem, stylem komunikacji, poziomem zaawansowania technologicznego czy hierarchią wartości. Tym samym inteligencja kulturowa staje się nie tylko narzędziem do pracy w środowisku wielokulturowym, ale także w środowisku wielopokoleniowym, w którym różnice międzyludzkie mogą stanowić zarówno zasób, jak i źródło konfliktów.

Ocena poziomu inteligencji kulturowej wśród pielęgniarek i pielęgniarzy różnych generacji może dostarczyć cennych informacji na temat przygotowania zespołów pielęgniarskich do pracy w zróżnicowanych środowiskach oraz wskazać kierunki działań edukacyjnych i organizacyjnych służących rozwojowi tej kompetencji.

Celem pracy jest ocena inteligencji kulturowej wśród pielęgniarek oraz pielęgniarzy zróżnicowanych pokoleniowo z uwzględnieniem ich cech socjodemograficznych.

Materiał i metody

Badaniami objęto 463 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w szpitalach na terenie południowo-wschodniej Polski. Dobór próby był celowy, a udział w badaniu dobrowolny i anonimowy. Respondenci otrzymali pisemną informację o celu badania. W badaniu wykorzystano polską adaptację Skali Inteligencji Kulturowej (Cultural Intelligence Scale; CQS) autorstwa Krystiana Barzykowskiego i wsp. CQS składa się z 20 stwierdzeń, na które respondenci odpowiadają w siedmiostopniowej skali od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 7 (zdecydowanie się zgadzam). Zapewnia ona globalny wynik dla ogólnej inteligencji kulturowej i jej czterech komponentów: metapoznawczego (4 pozycje), poznawczego (6 pozycji), motywacyjnego (5 pozycji) i behawioralnego (5 pozycji). Ze wskaźnikiem alfa-Cronbacha między 0,94 a 0,95 skala ma zadowalające właściwości psychometryczne [12].

Zastosowany kwestionariusz zawierał również pytania dotyczące cech socjo-demograficznych respondentów: płci, wieku, miejsca zamieszkania, stażu pracy, rodzaju oddziału, wykształcenia, wykształcenia podyplomowego, stanowiska pracy, wyznania oraz doświadczenia w kontaktach z osobą pochodzącą z innego kręgu kulturowego. Przynależność pielęgniarek i pielęgniarzy do poszczególnych generacji pokoleniowych określono na podstawie klasyfikacji zaproponowanej przez Caitlin M. Cambell i Patricie A. Patrician, w której osoby urodzone w latach 1946–1964 należą do generacji baby boomers, pokolenie X reprezentują osoby urodzone w latach 1965–1980, pokolenie Y nazywane również jako Milenialsi to osoby urodzone w latach 1981–1996, natomiast pokolenie Z to osoby urodzone po 1997 r. [13].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics (v.22) oraz statystyki opisowej i metod wnioskowania statystycznego (*Rho* Spearmana, test *H* Kruskala-Wallisa, test Wilcoxona, test Kołmogorowa-Smirnowa). Za istotny statystycznie przyjęto wynik $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 93,5% kobiet oraz 6,5% mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła 41,67 roku ($SD = 14,77$; *Min.* = 21 lat; *Maks.* = 69 lat). Wśród generacji pokoleniowych najliczniej reprezentowane było pokolenie X – 33,9% ($n = 157$) oraz pokolenie Z – 26,6% ($n = 123$). Blisko połowa badanych (45,1%) pracowała w zawodzie powyżej 20 lat, natomiast średni staż pracy wynosił 17,53 roku ($SD = 14,90$, *Min.* = 1 rok, *Maks.* = 48 lat). Zdecydowana większość ankietowanych zajmowała stanowiska wykonawcze (94,2%) i deklarowała wyznanie katolickie – 87,5%. Najliczniejsze grupy badanych były zatrudnione na oddziałach zachowawczych (34,8%) oraz zabiegowych (27,6%). Najwięcej osób, blisko 60%, posiadało wykształcenie wyższe na poziomie licencjata pielęgniarstwa (tabela 1).

Wynik ogólnego poziomu inteligencji kulturowej wśród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy wynosi $M = 4,25$, co wskazuje na umiarkowany poziom tej kompetencji. Natomiast średnie wyniki poszczególnych komponentów wahały się od 3,86 do 4,65, przy czym najwyższy wynik uzyskano w komponencie meta-poznawczym ($M = 4,65$), zaś najniższy w komponencie poznawczym ($M = 3,86$) (tabela 2).

Analizując badanych pod względem przynależności do poszczególnych generacji pokoleniowych, wykazano, że najwyższy poziom inteligencji kulturowej uzyskały pielęgniarki i pielęgniarze z pokolenia Y ($M = 4,48$), natomiast najniższy z pokolenia baby boomers ($M = 4,06$). Istotny statystycznie okazał się tylko komponent motywacyjny ($p = 0,0298$), w którym najwyższe wyniki uzyskali badani z pokolenia Y ($M = 4,61$) oraz pokolenia Z ($M = 4,45$) (tabela 3).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Badana cecha		N	%
Płeć	kobieta	433	93,5
	mężczyzna	30	6,5
Generacje pokoleniowe	baby boomers	81	17,5
	pokolenie X	157	33,9
	pokolenie Y	102	22,0
	pokolenie Z	123	26,6
Miejsce zamieszkania	miasto	293	63,3
	wieś	170	36,7
Wykształcenie	średnie (liceum/studium medyczne)	61	13,2
	licencjat pielęgniarstwa	275	59,4
	magister pielęgniarstwa	127	27,4
Wykształcenie podyplomowe	kursy specjalistyczne	124	26,8
	kursy kwalifikacyjne	71	15,3
	szkolenia specjalizacyjne	138	29,8
	brak	130	28,1
Staż pracy	<5 lat	163	35,2
	5–10 lat	44	9,5
	11–20 lat	47	10,2
	>20 lat	209	45,1
Miejsce pracy – rodzaj oddziału	oddział zachowawczy	161	34,8
	oddział zabiegowy	128	27,6
	oddział pediatryczny	42	9,1
	oddział psychiatryczny	31	6,7
	SOR/izba przyjęć	34	7,3
	OIOM/oddział anestezyjologiczny	67	14,5
Stanowisko pracy	wykonawcze	436	94,2
	kierownicze	27	5,8
Wyznanie	katolicyzm	405	87,5
	ateizm	44	9,5
	inne wyznanie	14	3,0

N – liczba badanych

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Poziom inteligencji kulturowej wśród pielęgniarek/pielęgniarzy

Komponenty inteligencji kulturowej	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Q1</i>	<i>Me</i>	<i>Q3</i>
Metapoznawczy	4,65	1,42	1	7	4,00	5,00	5,75
Poznawczy	3,86	1,33	1	7	2,83	4,00	4,83
Motywacyjny	4,32	1,41	1	7	3,40	4,40	5,20
Behawioralny	4,33	1,46	1	7	3,40	4,60	5,20
Ogólny poziom inteligencji kulturowej	4,25	1,21	1	7	3,55	4,35	5,05

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *Min.* – wartość minimalna; *Maks.* – wartość maksymalna; *Q1* – kwartył I; *Me* – mediana; *Q3* – kwartył III

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Związek między komponentami inteligencji kulturowej a generacją pokoleniową pielęgniarek/pielęgniarzy

Komponenty inteligencji kulturowe	Generacja pokoleniowa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Q1</i>	<i>Me</i>	<i>Q3</i>	test Kruskala-Wallisa
Metapoznawczy	baby boomers	4,34	1,36	1,00	7,00	3,75	4,50	5,25	<i>H</i> = 5,806 <i>p</i> = 0,1214
	pokolenie X	4,67	1,45	1,00	7,00	4,00	5,00	5,75	
	pokolenie Y	4,77	1,51	1,00	7,00	4,00	5,00	6,00	
	pokolenie Z	4,72	1,32	1,00	7,00	4,00	5,00	5,75	
Poznawczy	baby boomers	3,69	1,18	1,00	6,50	3,00	4,00	4,50	<i>H</i> = 6,204 <i>p</i> = 0,1021
	pokolenie X	3,71	1,35	1,00	7,00	2,67	4,00	4,67	
	pokolenie Y	4,12	1,38	1,33	7,00	3,17	4,08	5,00	
	pokolenie Z	3,93	1,34	1,00	6,33	3,00	4,17	5,00	
Motywacyjny	baby boomers	4,14	1,33	1,00	6,60	3,40	4,40	5,00	<i>H</i> = 8,960 <i>p</i> = 0,0298*
	pokolenie X	4,12	1,37	1,00	7,00	3,20	4,20	5,00	
	pokolenie Y	4,61	1,49	1,20	7,00	3,80	4,60	5,80	
	pokolenie Z	4,45	1,39	1,00	7,00	3,40	4,60	5,40	
Behawioralny	baby boomers	4,20	1,36	1,00	7,00	3,00	4,60	5,00	<i>H</i> = 5,219 <i>p</i> = 0,1564
	pokolenie X	4,16	1,45	1,00	7,00	3,00	4,20	5,00	
	pokolenie Y	4,54	1,46	1,00	7,00	4,00	4,40	5,80	
	pokolenie Z	4,45	1,50	1,00	7,00	3,40	4,80	5,40	
Ogólny poziom	baby boomers	4,06	1,05	1,00	6,30	3,50	4,30	4,70	<i>H</i> = 7,349 <i>p</i> = 0,0616
	pokolenie X	4,12	1,21	1,00	7,00	3,50	4,25	4,90	
	pokolenie Y	4,48	1,32	1,15	7,00	3,80	4,53	5,30	
	pokolenie Z	4,35	1,20	1,15	6,65	3,60	4,50	5,25	

H – wartość testu znaków rangowanych Wilcozona; *p* – poziom istotności statystycznej; * wynik istotny statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Potwierdzono ujemną, nieznaczną korelację ($R = -0,094$; $p = 0,043$) między wiekiem pielęgniarek/pielęgniarzy a ogólnym poziomem inteligencji kulturowej, co oznacza, że osoby młodsze uzyskały wyższy poziom inteligencji kulturowej. Wykazano ponadto ujemne korelacje między stażem pracy pielęgniarek/pielęgniarzy a ogólnym wynikiem inteligencji kulturowej ($R = -0,110$; $p = 0,017$) oraz komponentem poznawczym ($R = -0,115$; $p = 0,013$) i motywacyjnym ($R = -0,096$; $p = 0,039$) (tabela 4).

Tabela 4. Analiza korelacji między komponentami inteligencji kulturowej a wiekiem i stażem pracy pielęgniarek/pielęgniarzy

Zmienna	Komponent metapoznawczy	Komponent poznawczy	Komponent motywacyjny	Komponent behawioralny	Ogólny poziom
Wiek	-0,062	-0,083	-0,090	-0,080	-0,094*
Staż pracy	-0,067	-0,115*	-0,096*	-0,084	-0,110*

* wynik istotny statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy badań wykazano, że pielęgniarki i pielęgniarze pochodzący z miast w porównaniu z osobami zamieszkującymi tereny wiejskie charakteryzują się wyższym poziomem ogólnej inteligencji kulturowej ($M = 4,33$ vs $M = 4,11$) oraz inteligencji motywacyjnej ($M = 4,43$ vs $M = 4,13$) ($p < 0,05$). Ponadto pielęgniarki i pielęgniarze z wykształceniem wyższym – magistra pielęgniarstwa posiadają najwyższy poziom inteligencji kulturowej ($M = 4,35$), najniższy zaś badani z wykształceniem średnim ($M = 3,96$; $p = 0,0431$). Ponadto im wyższy poziom wykształcenia prezentowali badani, tym wyższe osiągalni wyniki w komponencie metapoznawczym ($p = 0,0248$). Wyższy poziom inteligencji kulturowej w komponencie poznawczym posiadali respondenci zatrudnieni na oddziałach psychiatrycznych ($p = 0,0093$). Wykazano również, że ogólny poziom inteligencji kulturowej był istotnie wyższy wśród osób deklarujących inne wyznania niż wyznanie katolickie ($M = 4,88$). Istotne różnice potwierdzono w przypadku komponentu metapoznawczego, poznawczego oraz motywacyjnego ($p < 0,005$) (tabela 5).

Tabela 5. Średnie wartości komponentów inteligencji kulturowej z uwzględnieniem danych socjodemograficznych badanych pielęgniarek/pielęgniarzy*

Badana cecha		Komponenty inteligencji kulturowej					
		N	metapo- znawczy	poznawczy	v	behawio- ralny	ogólny poziom
			<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>
Miejsce zamieszkania	miasto	293	4,70±1,42	3,93±1,28	4,43±1,36	4,41±1,45	4,33±1,20
	wieś	170	4,55±1,42	3,73±1,40	4,13±1,48	4,19±1,46	4,11±1,23
	test	Z	-1,178	-1,652	-2,183	-1,508	-2,104
	Wilcoxon	p	0,2390	0,0986	0,0290**	0,1315	0,0354**
Wykształcenie	średnie (liceum/studium medyczne)	61	4,29±1,52	3,54±1,18	3,98±1,31	4,17±1,29	3,96±1,04
	licencjat pielęgniarstwa	275	4,63±1,39	3,87±1,34	4,37±1,40	4,32±1,46	4,26±1,23
	magister pielęgniarstwa	127	4,84±1,40	3,99±1,35	4,39±1,45	4,41±1,52	4,36±1,25
	test Kruskala-Wallisa	H	7,394	5,571	4,790	1,068	6,289
		p	0,0248**	0,0617	0,0912	0,5861	0,0431**
Rodzaj oddziału	zachowawczy	161	4,53±1,54	3,87±1,38	4,18±1,47	4,20±1,51	4,16±1,29
	zabiegowy	128	4,77±1,32	3,92±1,34	4,36±1,39	4,49±1,39	4,34±1,18
	psychiatryczny	42	5,23±1,36	4,60±1,26	4,85±1,40	4,58±1,44	4,78±1,14
	pediatryczny	31	4,43±1,28	3,50±1,25	4,21±1,42	4,11±1,31	4,02±1,16
	SOR/ izba przyjęć	34	4,60±1,46	3,72±1,06	4,29±1,51	4,37±1,58	4,20±1,16
	OIOM/ oddział anestezyjologiczny	67	4,58±1,33	3,66±1,28	4,43±1,21	4,30±1,48	4,20±1,15
	test Kruskala-Wallisa	H	8,191	15,258	7,306	4,276	10,281
		p	0,1460	0,0093**	0,1989	0,5104	0,0677
Wyznanie	katolicyzm	405	4,58±1,41	3,77±1,34	4,23±1,39	4,27±1,44	4,17±1,21
	ateizm	44	5,07±1,39	4,42±1,18	4,91±1,34	4,67±1,60	4,74±1,15
	inne	14	5,25±1,32	4,51±0,98	4,97±1,70	4,91±1,21	4,88±1,08
	test Kruskala-Wallisa	H	7,038	13,626	12,388	5,555	14,276
		p	0,0296**	0,0011**	0,0020**	0,0622	0,0008**

* w tabeli uwzględniono tylko te dane socjodemograficzne, w których wykazano istotność statystyczną ($p < 0,05$)

** istotność statystyczna ($p < 0,05$)

Źródło: opracowanie własne.

Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy deklarowali swoje doświadczenie w kontaktach z osobą pochodzącą z innego kręgu kulturowego, posiadali istotnie wyższy ogólny poziom inteligencji kulturowej ($p < 0,05$), jak również wyższą inteligencję kulturową we wszystkich jej komponentach ($p < 0,005$) (tabela 6).

Tabela 6. Średnie wartości komponentów inteligencji kulturowej z uwzględnieniem doświadczenia w kontaktach z osobą pochodzącą z innego kręgu kulturowego

Komponenty inteligencji kulturowej	Doświadczenie w kontaktach z osobą pochodzącą z innego kręgu kulturowego									test Wilcoxona
	<i>N</i>	odpowiedź	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Q1</i>	<i>Me</i>	<i>Q3</i>	
Metapoznawczy	307	tak	4,97	1,30	1,00	7,00	4,25	5,00	6,00	$Z = -7,01$
	156	nie	4,01	1,43	1,00	7,00	3,00	4,00	5,00	$p < 0,0001$
Poznawczy	307	tak	4,15	1,25	1,00	7,00	3,33	4,33	5,00	$Z = -6,616$
	156	nie	3,28	1,30	1,00	7,00	2,08	3,17	4,17	$p < 0,0001$
Motywacyjny	307	tak	4,60	1,37	1,00	7,00	3,80	4,80	5,60	$Z = -6,079$
	156	nie	3,78	1,32	1,00	7,00	3,00	4,00	4,80	$p < 0,0001$
Behawioralny	307	tak	4,62	1,40	1,00	7,00	3,80	5,00	5,60	$Z = -6,169$
	156	nie	3,76	1,40	1,00	7,00	2,80	4,00	4,80	$p < 0,0001$
Ogólny poziom	307	tak	4,54	1,13	1,00	7,00	3,90	4,65	5,30	$Z = -7,555$
	156	nie	3,67	1,16	1,00	7,00	2,83	3,85	4,48	$p < 0,0001$

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Inteligencja kulturowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy reprezentujących różne generacje pokoleniowe została oceniona na umiarkowanym poziomie, a najniższe wartości dotyczą komponentu poznawczego. Wyniki te są zgodne z przeglądem systematycznym Martina Červenego i wsp., którzy podkreślają, że wiedza kulturowa często nie idzie w parze z gotowością do działania, a komponenty poznawcze są relatywnie słabiej rozwinięte niż komponenty motywacyjne i behawioralne. Ponadto niewystarczające przygotowanie z zakresu kompetencji kulturowych skutkuje trudnościami w sytuacjach kontaktu z pacjentami z innych kręgów kulturowych [14]. Z kolei Selvendina Osmancevic i wsp. przedstawili wyniki, które dowodzą, że pielęgniarki posiadają wysoką świadomość kulturową i deklarowaną gotowość do pracy w środowisku wielokulturowym, ale umiarkowaną umiejętność zastosowania tej wiedzy w praktyce. Szczególnie interesujące jest spostrzeżenie, że kadra pielęgniarska rzadko otrzymuje wsparcie od swoich przełożonych w zakresie rozwijania kompetencji kulturowych [15], co może tłumaczyć rozbieżność między wiedzą a działaniem.

W badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy poziom inteligencji kulturowej systematycznie wzrastał od pokolenia baby boomers do pokolenia Y, po czym zauważono nieznaczny jego spadek w pokoleniu Z. Sytuacja ta może być związana z mniejszym doświadczeniem zawodowym tej grupy, co zdaniem Anu-Marji Kaihlanen i wsp. osłabia rozwój kompetencji praktycznych w kontaktach międzykulturowych [16]. Ponadto pielęgniarki i pielęgniarze z pokolenia Y charakteryzują się najwyższym poziomem inteligencji kulturowej, szczególnie w komponentach poznawczym i motywacyjnym. Potwierdza to tezę, że młodsze pokolenia są bardziej otwarte na różnorodność i lepiej przygotowane do pracy w warunkach wielokulturowych [17], chociaż mają trudności z zastosowaniem posiadanej wiedzy w praktyce [18].

Dodatkowo warto zauważyć, że przedstawicielom starszych pokoleń brakuje kontaktu z mentorami, co jak zauważają słusznie Diana Sanches i wsp., stanowi ważne źródło transferu wiedzy i postaw zawodowych [18]. Natomiast Osmancevic i wsp. podkreślają, że największy rozwój kompetencji kulturowych obserwuje się u studentów i początkujących pielęgniarek, które mają możliwość uczestniczenia w programach edukacyjnych i międzynarodowych wymianach [15]. To częściowo tłumaczy uzyskane wyższe wyniki wśród badanych z pokolenia Y, ale wskazuje też na potrzebę praktycznego wsparcia pielęgniarek i pielęgniarzy z pokolenia Z we wczesnych latach kariery.

Analiza zależności między inteligencją kulturową a wiekiem oraz stażem pracy potwierdziła, że osoby młodsze i z krótszym doświadczeniem zawodowym uzyskały wyższy poziom inteligencji kulturowej. Wykazano ponadto ujemne korelacje między stażem pracy a komponentem poznawczym i motywacyjnym. Do podobnych wniosków doszli również Si Hui Evangeline Tan i Guey Fong Chin, którzy zaobserwowali, że młodsze pokolenia, pomimo krótszego stażu, często cechuje większa otwartość i elastyczność poznawcza, co może rekompensować brak praktyki zawodowej [17]. Odmiennego zdania są Sanches i wsp. wskazujący, że doświadczenie zawodowe stanowi jeden z najsilniejszych predyktorów inteligencji kulturowej [18].

W badaniach własnych istotne okazało się również wykształcenie, ponieważ pielęgniarki i pielęgniarze posiadający tytuł magistra uzyskali wyższe wyniki we wszystkich komponentach inteligencji kulturowej. Zdaniem Červenego i wsp. zaawansowane kształcenie sprzyja rozwijaniu samoświadomości kulturowej oraz zdolności analitycznego myślenia w kontekście różnic kulturowych. Wysoki poziom wiedzy teoretycznej i umiejętność krytycznej refleksji wspiera również interpretację zachowań pacjentów w ujęciu międzykulturowym [14]. Z kolei analiza przeprowadzona przez Kaihlanen i wsp. wykazała, że pielęgniarki wskazują na potrzebę bardziej praktycznego przygotowania do pracy w środowisku wielokulturowym. Wiele programów szkoleniowych ma charakter ogólny, zbyt teoretyczny, a ich wpływ na praktykę kliniczną jest ograniczony [16]. Generacyjna różnorodność wpływa na odmienne strategie uczenia się oraz postrzegania

wartości zawodowych, w tym efektywności komunikacji, stylu przywództwa i podejścia do problemów klinicznych. Czynniki te mogą również modyfikować sposób przyswajania i wykorzystywania kompetencji kulturowych. Co więcej, starsze pokolenia preferują tradycyjne formy edukacji, natomiast młodsze są bardziej otwarte na uczenie się przez doświadczenie [18]. W wynikach badań własnych znalazło to również odzwierciedlenie, ponieważ pielęgniarki i pielęgniarze z pokoleń Y i Z uzyskali wyższe wyniki w komponentach związanych z refleksją i motywacją, natomiast przedstawiciele pokolenia baby boomers preferowali stabilność i zachowawcze postawy wobec różnic kulturowych. Może to oznaczać, że w szkoleniach dla różnych grup wiekowych należy stosować różne strategie dydaktyczne, dostosowane do ich preferencji poznawczych. Zwłaszcza że niektóre metody szkoleniowe, zdaniem Červenego i wsp., mają ograniczoną efektywność ze względu na brak kontaktu z różnorodnością kulturową w środowisku pracy [14]. Wyniki badań własnych, które potwierdzają istotny związek inteligencji kulturowej z doświadczeniem w kontaktach międzykulturowych, podkreślają konieczność projektowania szkoleń opartych na symulacjach, studiach przypadków i praktykach klinicznych. Takie podejście nie tylko zwiększa efektywność nauczania, ale też buduje zaufanie, empatię i gotowość do działania, które są kluczowymi elementami domen behawioralnej i motywacyjnej.

Na podstawie wyników badań zaobserwowano, że pielęgniarki i pielęgniarze mieszkający w miastach osiągnęli istotnie wyższy ogólny wynik inteligencji kulturowej oraz w komponencie motywacyjnym. Może to wynikać z częstszej ekspozycji na różnorodność kulturową w środowiskach miejskich. Podobne obserwacje przedstawili Osmancevic i wsp., sugerując, że zróżnicowanie etniczne i większy dostęp do szkoleń międzykulturowych w miastach wspiera rozwój kompetencji kulturowych [15].

Zależność między inteligencją kulturową a wyznaniem również została potwierdzona jako istotna. Pielęgniarki i pielęgniarze deklarujący inne wyznanie niż katolickie, a także osoby bezwyznaniowe, osiągnęli wyższe wyniki we wszystkich komponentach inteligencji kulturowej. Może to świadczyć o większej otwartości poznawczej i doświadczeniu w kontaktach z osobami o odmiennych przekonaniach. Kaihlanen i wsp. podkreślają, że świadomość kulturowa kształtuje się w kontekście osobistych doświadczeń religijnych i społecznych [16].

Zgodnie z zaleceniami WHO konieczne jest wdrażanie programów rozwoju kompetencji kulturowych uwzględniających różnice pokoleniowe i środowiskowe [19]. Zidentyfikowane w badaniu zależności stanowią istotne źródło wiedzy dla decydentów, edukatorów i menedżerów ochrony zdrowia, którzy mogą wykorzystać je do optymalizacji programów szkoleniowych, wspierania rozwoju zawodowego kadry pielęgniarskiej oraz poprawy jakości opieki w warunkach kulturowej różnorodności. Jednak, żeby kompetencje te rozwijały się skutecznie, muszą być wspierane przez celowe, kontekstowe i adekwatne narzędzia edukacyjne, zintegrowane z polityką kadrową i systemem kształcenia ustawicznego,

w tym z obowiązującymi standardami uczenia się [20]. Wymaga to również kultury organizacyjnej sprzyjającej otwartości, inkluzywności i interakcji międzykulturowej, co stanowi jeden z filarów współczesnego i odpowiedzialnego pielęgniarstwa.

Wnioski

1. Pielęgniarki i pielęgniarze prezentują przeciętny poziom inteligencji kulturowej, a największe deficyty dotyczą komponentu poznawczego.
2. Najwyższym poziomem inteligencji kulturowej charakteryzują się pielęgniarki i pielęgniarze z pokolenia Y, zaś najniższym z pokolenia baby boomers.
3. Inteligencja kulturowa w zespołach pielęgniarstwach determinowana jest czynnikami środowiskowymi i zawodowymi, jak miejsce zamieszkania, wyznanie, wiek, staż pracy, wykształcenie, miejsce pracy oraz posiadane doświadczenie w kontaktach międzykulturowych.

Bibliografia

1. Berie KM, Salih MH, Abate HK. *Cultural Competence Nursing Care and Its Associated Factors Among Nurses in Northern Ethiopia: A Mixed Method Study Design*. Nursing: Research and Reviews. 2021; 11: 55–67, <https://doi.org/10.2147/NRR.S342426>.
2. Earley PC, Ang S. *Cultural Intelligence: Individual Interactions Across Cultures*. Stanford Business Books, Stanford 2003.
3. Van Dyne L, Ang S, Koh C. *Cultural intelligence. Measurement and scale development* [w:] Moodian MA (ed.). *Contemporary leadership and intercultural competence. Exploring the cross-cultural dynamics within organizations*. Thousand Oaks, SAGE 2009: 233–254.
4. Simpson D. *Cultural intelligence as an important attribute of global managers*. International Business and Global Economy. 2016; 35/2: 295–308.
5. Piwowarczyk AJ. *Istota i znaczenie inteligencji kulturowej w kontekście kształcenia uniwersyteckiego*. E-mentor. 2016; 1(63): 4–13.
6. Alifuddin M, Widodo W. *How Is Cultural Intelligence Related to Human Behavior?* J Intell. 2022; 10(1): 3, <https://doi.org/10.3390/jintelligence10010003>.
7. Simpson D. *Znaczenie inteligencji kulturowej w kierowaniu zespołami międzynarodowymi*. International Business and Global Economy. 2015; 34: 136–151.
8. Jaworski M, Cieślak I, Panczyk M, Barzykowski K, Majda A, Theofanidis D, Gottlib-Małkowska J. *Cultural intelligence and multicultural personality of novice nurses in the midst of the refugee crisis in Poland – a preliminary report*. Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century. 2024; 23(2): 111–117, <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2024-0020>.
9. Majda A, Zalewska-Puchała J. *Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie*. Pielęgniarstwo Polskie. 2018; 2(68): 196–203, <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.24>.

10. Rollan Oliveira S, Siles González J. *Nursing Professionals within the Intergenerational Context during the 20th and 21st Centuries: an Integrative Review*. Invest Educ Enferm. 2021; 39(3): e14, <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e14>.
11. Lee T, Ji Y. *Professional Nursing Values in Nursing Students During Transitional Period to Nurses From the Perspective of Generation Z: A Longitudinal Study*. J Adv Nurs. 2025; 81(8): 4723–4733, <https://doi.org/10.1111/jan.16637>.
12. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P. *Polska Adaptacja Skali Inteligencji Kulturowej: Prezentacja Narzędzia*. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej. 2021; 6(1): 25–34, [https://doi.org/10.19251/pwod/2021.1\(3\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2021.1(3)).
13. Campbell CM, Patrician PA. *Generational Preferences in the Nursing Work Environment: A Dimensional Concept Analysis*. J Nurs Manag. 2020; 28(4): 927–937, <https://doi.org/10.1111/jonm.13024>.
14. Červený M, Kratochvilová I, Hellerová V, Tóthová V. *Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011–2021*. Front Psychol. 2022; 13: 936181, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>.
15. Osmancevic 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>.
16. Kaihlanen A-M, 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>.
17. Tan SHE, Chin GF. *Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital*. BMC Nurs. 2023; 22(1): 88, <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01256-2>.
18. Sanches D, Pereira S, Castro S, Mendes M, Santos E, Ribeiro O. *Generational diversity in nursing practice environments – scoping review*. BMC Nurs. 2024; 23(1): 928, <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02607-3>.
19. *Refugee and migrant health: global competency standards for health workers*. WHO, Geneva 2021; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030626> [dostęp: 7.08.2025].
20. Rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2024, poz. 1514).

Assessment of cultural intelligence in multigenerational nursing teams

Abstract

Introduction: In the context of intensified globalization and increased population mobility, professional communities are becoming increasingly diverse in terms of culture, language, and generation. The aim of this study was to assess the level of cultural intelligence among nurses from different generational cohorts, considering their sociodemographic characteristics.

Material and methods: The study included 463 nurses from southeastern Poland. The Polish version of the Cultural Intelligence Scale (CQS) was employed. The data were analyzed using statistical methods.

Results: The overall level of cultural intelligence averaged 4.25. The highest-scoring dimension was the metacognitive component (4.65), while the cognitive dimension scored the lowest (3.86).

Conclusions: Nurses demonstrated a moderate level of cultural intelligence. This level was significantly influenced by variables such as place of residence, religion, age, years of professional experience, and education level.

Key words: cultural intelligence, generational cohorts, nursing