



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il nursing transculturale in una società multietnica: una
revisione della letteratura**

Relatore: Prof. Falchero Susanna

Laureando: Pastò Matilde
(matricola n.: 1226665)

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

ABSTRACT.

Background. I dati che analizzano le condizioni di salute della popolazione immigrata italiana hanno evidenziato un deterioramento nella salute percepita, specialmente per chi risiede da più tempo nel Paese, come conferma la teoria del *Healthy Immigrant Effect*. Approfondendo le condizioni di salute degli immigrati, si può notare una minore presa in carico da parte del Sistema Sanitario Nazionale: i pazienti stranieri partecipano in maniera inferiore ai programmi di screening tumorali, vivono discriminazioni nei luoghi di lavoro che peggiorano la loro salute mentale e non vengono presi in carico efficacemente per le patologie verso le quali sono più a rischio. Poiché i soggetti immigrati in Italia rappresentano l'8% della popolazione residente nel territorio nazionale è fondamentale fornire loro un'assistenza sanitaria mirata al soddisfacimento dei loro bisogni di salute, così da dare maggiore dignità alla loro persona e per evitare peggioramenti del loro stato di salute che alla lunga vanno a gravare sul SSN.

Proprio al fine di prendere in carico efficacemente pazienti con background culturali differenti dal proprio è nata, grazie a M. Leininger, la teoria nursing transculturale. Attraverso la sua teoria e quelle di altri studiosi si è cercato di individuare un metodo che ha come obiettivo quello di aiutare gli infermieri a prendere decisioni in un'ottica di cura culturalmente coerente.

Finalità e obiettivi. La seguente revisione della letteratura ha quindi come obiettivo quello di verificare se è presente una correlazione tra l'apprendimento di competenze culturali attraverso corsi di nursing transculturale e l'applicazione di un caring che sia culturalmente sensibile per i pazienti con background culturali differenti. Di seguito si è cercato anche di comprendere se le competenze culturali possano influenzare anche la soddisfazione dei pazienti rispetto alla loro presa in carico.

Metodo. Per la stesura del seguente elaborato è stata svolta una ricerca bibliografica di letteratura. Gli studi analizzati sono stati reperiti dai seguenti *databases* consultati: PubMed, Cinhal, Journal of Transcultural Nursing.

Sono stati selezionati studi sperimentali e quasi-sperimentali (4) e osservazionali (7) per un totale di 11 studi.

Risultati. La revisione in letteratura ha evidenziato la presenza di una correlazione positiva tra l'inserimento nei curricula infermieristici di nozioni di nursing transculturale e l'aumento della competenza culturale e dell'autoefficacia transculturale degli studenti. Allo stesso tempo non è stato possibile verificare l'effetto che può comportare l'ampliamento delle competenze culturali negli infermieri di reparto.

Dagli studi selezionati si evince che un livello di maggiore competenza culturale e autoefficacia transculturale riducono l'ansia degli infermieri che provano nel relazionarsi con gruppi culturali differenti dal proprio. Inoltre, creano un buon livello di soddisfazione di pazienti di diversa cultura. Per di più stata trovata correlazione tra la fiducia del paziente nei confronti del proprio infermiere e le competenze culturali dell'operatore sanitario.

Non è stato possibile valutare in maniera approfondita il modo in cui le competenze vengono applicate nella pratica assistenziale e se vi può essere una differenza significativa tra il loro utilizzo sistematico o meno.

Conclusioni. Le competenze culturali vengono sicuramente ampliate dall'apprendimento del nursing transculturale ed è presente una maggiore competenza culturale e soddisfazione dei pazienti ma la ricerca non risponde completamente al quesito proposto: è necessario fare ulteriori studi che valutino la pratica clinica e come questa venga influenzata dall'apprendimento delle competenze culturali e che, quindi, evidenzi eventualmente la necessità di potenziare queste conoscenze e abilità per migliorare la presa in carico dei pazienti.

Keyword: *cultural competence, cultural care, cross-cultural, transcultural nursing, practice, to improve, evaluate, effect, patient satisfaction.*

INDICE

Introduzione	p. 4
 CAPITOLO I. Quadro teorico	
<i>Parte I. Immigrazione e salute dell'immigrato in Italia</i>	p. 6
1.1 Immigrazione in Italia	p. 6
1.2 Stato di salute della popolazione immigrata in Italia	p. 7
1.1.1 Prevenzione dei tumori delle donne immigrate in Italia	p. 7
1.1.2 Salute mentale percepita negli immigrati in Italia correlata alle discriminazioni percepite sul luogo di lavoro	p. 9
1.1.3 La presa in carico della salute dell'immigrato	p. 7
1.3 Il minority distress	p. 10
<i>Parte II. Cultura e teorie del nursing</i>	p. 11
1.4 Il nursing transculturale	p. 11
1.4.1 Leininger e il Modello del Sole Nascente	p. 13
1.4.1.1 Ethnonursing research method	p. 16
1.4.2 Campinha-Bacote: processo di competenza culturale	p. 17
<i>Parte III. Scale di valutazione</i>	p. 20
1.5.1 Valutazione dell'autoefficacia culturale	p. 20
1.5.2 Valutazione della competenza culturale	p. 21
1.5.3 Valutazione della sensibilità morale	p. 22
1.5.4 Questionari di soddisfazione del paziente	p. 22
1.5.5 Valutazione dell'ansia tra gruppi	p. 23
 CAPITOLO II. Metodologia	
2.1 Obiettivo e quesito clinico	p. 24
2.2 Metodo PICO	p. 24
2.3 Strategia di ricerca	p. 25
2.4 Criteri di selezione degli studi	p. 25
2.5 Presentazione degli studi selezionati	p. 27

CAPITOLO III. Risultati della ricerca	
3.1 Studi rinvenuti	p. 43
3.2 Sintesi degli studi analizzati	p. 45
CAPITOLO IV. Discussione e conclusioni	
4.1 Discussione	p. 48
4.2 Punti di debolezza degli studi	p. 52
4.3 Implicazioni per la pratica	p. 54
4.4 Implicazioni per la ricerca	p. 54
4.5 Conclusione	p. 54
Bibliografia	p. 56
Sitografia	p. 59

INTRODUZIONE

L'8% della popolazione che vive in Italia è costituita da immigrati di diversa etnicità: ciò comporta una diversa cultura che si traduce in stili di vita, credenze e tradizioni diverse da quelle maggiormente presenti nel territorio della penisola. Lo scenario attuale è, perciò, quello di una sfaccettata realtà multiculturale.

È necessario, tuttavia, tutelare la presenza di culture diverse, nonostante rappresentino una minoranza: gli immigrati vivono infatti una condizione di marginalità sia sociale che psicofisica che, nel lungo termine, provoca effetti dannosi sulla loro salute.

La condizione di maggiore fragilità delle minoranze è documentata e può essere causata da diverse motivazioni: condizioni di vita precarie, minore sicurezza economica, difficoltà di accesso alle cure mediche al momento del bisogno per poca conoscenza o barriere culturali, differenze culturali. Un altro fattore da considerare nel quadro di salute delle minoranze è rappresentato, inoltre, dal *minority distress*, ovvero la condizione stressante che affligge tutte le minoranze sociali presenti in una data zona: ciò aumenta non solo i fattori di rischio di suicidio o pensieri suicidari nella minoranza, ma anche il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari ed endocrine o di intraprendere comportamenti a rischio per la loro salute (es. tabagismo). La condizione di salute dell'immigrato all'arrivo nel Paese ospitante, sostanzialmente buona, come testimonia il paradosso dell'Healthy Immigrant Effect, tende, tuttavia, a peggiorare con l'aumentare dell'età.

La disuguaglianza delle condizioni di vita della persona immigrata comporta, dunque, una difficoltà non trascurabile, specialmente nell'ottica di prevenzione della salute.

Secondo l'articolo 3 del Codice Deontologico degli Infermieri, *“l'infermiere si prende cura della persona assistita [...] senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale”*.

Alla luce di tale affermazione, si rende necessaria, nei confronti di soggetti immigrati, una presa in carico che sia maggiormente mirata alla tutela della loro cultura e dei loro stili di vita, cercando, al contempo, di fornire la migliore assistenza possibile, sia per garantire la dignità della persona, sia per riuscire ad evitare un peggioramento delle loro condizioni cliniche, che andrebbe poi a gravare sul SSN.

L'elaborato comprende i seguenti capitoli

- Capitolo 1 di background, all'interno del quale è stata tracciata una breve panoramica dell'immigrato in Italia e della sua salute, del concetto di cultura, della teoria del nursing transculturale elaborata da Leininger e degli aspetti che ha approfondito Campinha-Bacote e infine delle scale di valutazione analizzate successivamente.
- Capitolo 2 su materiali e metodi di ricerca. Il capitolo comprende scopo, quesito clinico, fonte dei dati, strategia di ricerca e presentazione dei 10 studi selezionati.
- Capitolo 3 nella quale sono spiegati risultati degli studi e sintesi dei 10 studi selezionati.
- Capitolo 4 di discussione dei risultati degli studi, comprende implicazioni per la pratica e per la ricerca e punti di debolezza degli studi e le conclusioni.

CAPITOLO I. Quadro teorico

PARTE I.

Immigrazione e salute dell'immigrato

Col termine immigrazione si fa riferimento all'insediamento di persone in un paese diverso da quello di nascita. I motivi che portano allo svilupparsi del fenomeno migratorio sono di diverso tipo. Di seguito ne verranno elencati solo alcuni:

- economici, quindi per ricercare delle migliori opportunità lavorative e di vita
- sanitari, quindi per esempio per lo scoppio di una guerra, per una epidemia, etc..
- politici, quindi per dittature o sistemi politici inadeguati
- personali.

Negli ultimi anni l'Europa è stata teatro di flussi migratori di estrema rilevanza: nel 2021 in Unione Europea la popolazione straniera (quindi non nata in un paese membro del UE) è di 37,5 milioni di persone, rappresentando perciò l'8,3% della popolazione dell'UE. Tra questi, 2 milioni 859 mila sono rifugiati.

1.1 IMMIGRAZIONE IN ITALIA

Così come il resto dell'Unione Europea, anche l'Italia presenta una popolazione straniera sempre crescente: secondo i dati elaborati dall'Istat, Istituto Nazionale di Statistica, nel 2010 erano presenti circa 3 milioni 548 mila residenti stranieri, mentre ad inizio 2021 risiedono circa 5.2 milioni di cittadini stranieri che rappresentano l'8.7% della popolazione residente.

Le motivazioni dei residenti stranieri evidenziate dai sondaggi sono motivi di famiglia (49%), lavoro (43%) e protezione internazionale (5%).

Per quanto riguarda l'occupazione dei cittadini stranieri in Italia sono impiegati prevalentemente nel settore terziario (55%), nell'industria (40%) e nell'agricoltura (5%). In particolar modo, svolgono lavori a bassa qualificazione (raccolta di frutta e verdura, pulizie industriali, lavori domestici).

1.2 STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN ITALIA

L'Italia, sottoscrivendo l'accordo Stato-Regioni del 2013, assicura parità di trattamento, a livello nazionale, tra il cittadino italiano e quello straniero, sotto il profilo dell'assistenza sanitaria e dell'accesso alle cure per i soggetti più vulnerabili. Secondo lo studio condotto da Petrelli *et al.* (2014) in collaborazione con l'Istat, vi è corrispondenza tra le condizioni di salute e il profilo generale dei migranti di prima generazione. Prendendo in considerazione i dati sullo stato di salute percepito, si identificano in buona salute l'88,8% degli uomini stranieri e l'86,4% delle donne straniere, mentre nella popolazione italiana i valori sono più bassi (pari a 85,3% e 81,8%). Parallelamente, però, si osservano maggiori segni di deterioramento nella salute percepita, soprattutto per coloro che risiedono da maggior tempo in Italia. Questo fenomeno viene confermato dalla teoria del *Healthy Immigrant Effect* (Treas & Gubernskaya, 2016) che afferma che spesso, in fase iniziale, gli immigrati godono di migliore salute percepita rispetto alla popolazione residente in un dato paese, ma che questa condizione tende a svanire con l'aumento del tempo di permanenza in quel luogo.

1.1.1 PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI DELLE DONNE IMMIGRATE IN ITALIA

In Italia gli screening per i tumori femminili (Pap test per tumore alla cervice uterina e mammografia per tumore al seno) sono parte dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Vengono invitate a svolgere questo screening le fasce d'età più a rischio

- 25-64 anni per il Pap test
- 50-69 per la mammografia.

Rispetto alle donne italiane, quelle straniere presentano maggior rischio rispetto al tumore della cervice uterina, sia per bassa presenza di screening nel paese di provenienza sia per l'alta prevalenza di papillomavirus umano in alcune aree dalle quali provengono diversi individui immigrati in Italia. Ciò implica che lo screening rappresenti un obiettivo fondamentale per il Sistema Sanitario Nazionale.

Nonostante questo, il livello di copertura per il Pap test nel 2013 è di 63,4% per le donne italiane e di solo 49,6% per le immigrate, mentre per lo screening del tumore al seno è pari al 56,8% per le italiane e solo al 37,1% per le immigrate (Petrelli *et al.*, 2017). Nonostante le coperture nazionali rimangano sotto gli standard previsti dalle linee guida europee (risulta accettabile la copertura al 70%) rimane evidente come vi sia una grande disparità nelle percentuali tra donne italiane e immigrate. Ciò porta a interrogarsi sulle motivazioni che rendono così diverse le percentuali di copertura per i tumori femminili: quello che emerge risulta essere la mancata conoscenza delle problematiche di salute da prevenire e la poca prevenzione fatta nel Paese d'origine. Inoltre, istruzione e reddito familiare influenzano la predisposizione a far prevenzione, così come per le donne italiane, ma per quelle immigrate rappresenta una difficoltà anche il livello di integrazione nella società italiana.

1.1.2 SALUTE MENTALE PERCEPITA NEGLI IMMIGRATI IN ITALIA CORRELATA ALLE DISCRIMINAZIONI PERCEPITE SUL LUOGO DI LAVORO

Con il termine discriminazione si definisce una diversità di comportamenti o di riconoscimento di diritti nei riguardi di determinati gruppi politici, razziali, etnici o religiosi. In ambito lavorativo, una discriminazione si verifica quando vengono attuati comportamenti differenti nei confronti di un individuo o un gruppo di individui, che minano l'eguaglianza che dovrebbero possedere.

È stato dimostrato che subire discriminazioni ha forti associazioni con la salute mentale in termini di depressione, ansia, autostima, soddisfazione e percezione della qualità della propria vita (Brondolo *et al.*, 2017). Inoltre, anche per quanto riguarda la salute fisica, vi sono diverse associazioni con malattie cardiovascolari, prematurità e basso peso alla nascita, cancro.

Lo studio condotto da Petrelli A. *et al.* (2014) in collaborazione con l'Istat, ha analizzato perciò la correlazione tra la percezione di discriminazione in ambito lavorativo e la salute mentale percepita dall'immigrato in Italia. Si sentono maggiormente discriminate le donne, persone di età dai 25-44 anni, immigrati provenienti dall'Africa e chi risiede nel Sud Italia o nelle Isole. Gli immigrati che

riferivano di essere stati discriminati sul lavoro in quanto stranieri mostravano una probabilità del 16% maggiore di avere una peggiore salute mentale. Una probabilità maggiore si osserva anche tra chi afferma di sentirsi solo, chi ha un basso livello di soddisfazione della propria vita, chi era in Italia da almeno 5 anni, nella fascia d'età dai 25 ai 44 anni e nella fascia d'età dai 45 ai 64, chi era disoccupato al momento dello studio e le persone che avevano un livello di istruzione medio-basso.

I sintomi più comuni si manifestano come stati d'ansia, depressione, timore, frustrazione, senso di impotenza, perdita di speranza, ideazione paranoide, risentimento, livelli di autostima bassi.

1.1.3 LA PRESA IN CARICO DELLA SALUTE DELL'IMMIGRATO

Prendere in carico la salute della popolazione immigrata è un compito complesso e articolato, in quanto devono essere presi in considerazione i diversi fattori di rischio che agiscono diversamente rispetto alla popolazione italiana: pur avendo una salute generalmente migliore all'arrivo nel paese ospitante (parliamo sempre dell'*Healthy Immigrant Effect*), ciò che si evince è un generale peggioramento progressivo dello stato di salute degli immigrati con l'aumentare della permanenza. Oltre ad avere una maggiore predisposizione nello sviluppo di alcune patologie come tumori alla cervice uterina, al seno o talassemie, c'è una carenza di programmi di prevenzione primaria e secondaria specifica nei confronti degli immigrati (Petrelli *et al.*, 2017). Ciò comporta una ridotta sensibilizzazione rispetto alla propria salute, con l'aumento invece della differenza nella percezione di salute/malattia e, di seguito, un ridotto ricorso all'assistenza sanitaria in caso necessità. Invero, la probabilità di effettuare una visita medica risulta molto inferiore per gli immigrati rispetto che per la popolazione italiana (Petrelli *et al.*, 2017): si creano perciò ulteriori differenze, non solo linguistiche e culturali, ma anche a livello sanitario, che vanno a vanificare l'accordo Stato-Regioni del 2013 che tutela la parità di trattamento sanitario per l'immigrato in Italia. Attuando però dei programmi di prevenzione mirati, specifici e sensibili per gli immigrati, è stato provato l'aumento della consapevolezza nell'adottare comportamenti salutari e seguire le campagne di prevenzione (Spallek *et al.*, 2010).

Non è quindi sufficiente il diritto giuridico all'accesso alle cure ma è necessaria una alfabetizzazione sanitaria degli immigrati e una celerità dell'intervento, altrimenti si rischia di incorrere nella *inverse care law*¹ (Petrelli *et al.*, 2017).

1.3 IL *MINORITY DISTRESS*

Il minority stress definisce un alto livello di stress affrontato dai membri di gruppi di minoranze stigmatizzate (Meyer, 2003). Studiato prevalentemente in relazione alle comunità LGBTQ+, è stato analizzato anche in relazione ai gruppi di minoranze etniche. A pesare sulla salute dell'immigrato (e più in generale su ogni tipo di minoranza stigmatizzata) infatti, vi sono pregiudizio e discriminazione che aumentano significativamente i livelli di stress, con conseguente peggioramento della salute fisica e mentale. Ad esempio, è stata verificata la correlazione tra stress e pressione sanguigna instabile (Brondolo *et al.*, 2008) con conseguente aumento di rischio di malattie cardiovascolari, particolarmente frequenti nella popolazione afroamericana. Oltre ad aumentare i livelli di stress e prolungarli nel tempo, la discriminazione porta anche ad una riduzione dell'autocontrollo dell'individuo, che di seguito sarà meno propenso a seguire comportamenti salutari (come screening per il cancro, protezioni durante i rapporti sessuali e alimentazione sana), attuando al contrario comportamenti insalubri come consumo di alcol, sostanze stupefacenti, fumo (Brondolo *et al.*, 2017; Pascoe & Richman, 2009).

¹ *Inverse care law*: principio secondo cui la disponibilità di una buona assistenza medica-sociale tende a variare inversamente al bisogno della popolazione

PARTE II.

Cultura e teorie del nursing

In questa tesi il concetto di cultura verrà inteso secondo la definizione classica antropologica pubblicata da E.B. Tylor in *Primitive Culture* 1871: la cultura verrà intesa come l'insieme di norme e credenze, arte, morale, diritto, costumi e abitudini acquisite dall'uomo in quanto membro di una società. La cultura è perciò prodotto e manifestazione di una intera società o gruppo.

L'antropologia culturale è la disciplina che studia le culture e civiltà umane, ponendo particolare attenzione alle influenze che l'individuo riceve dalla cultura di appartenenza nello sviluppo della propria formazione. L'antropologia non definisce le culture come primitive o evolute, eliminando perciò il concetto preesistente di una gerarchia di sviluppo della società: viene abbracciata la filosofia del *relativismo culturale* che vede ciascuna cultura sviluppata a seconda delle necessità del proprio ambiente e delle situazioni storiche vissute, mettendo perciò ciascuna cultura nello stesso piano. Ogni cultura può perciò essere compresa soltanto in relazione al contesto nel quale si avvia e si sviluppa e alla necessità che si è trovata a fronteggiare.

La moderna antropologia, però, comprende che a partire dalla fine del XX secolo, con la globalizzazione e l'intensificazione di migrazioni, le varie culture hanno avuto modalità di interazione e mediazione differente rispetto a quella precedente. Se prima l'antropologia faceva riferimento a culture stabili, nel XXI secolo è necessario parlare di *antropologia multi situata*, che perciò abbandona l'identificazione di cultura con uno spazio stabile, approfondendo invece la circolazione dei significati culturali, oggetti e identità in uno spazio-tempo più ampio.

1.4 IL NURSING TRANSCULTURALE

La diversità culturale può rappresentare un ostacolo importante nell'offrire un'assistenza efficace. La mancanza di conoscenze e abilità da parte degli infermieri su come trattare in modo efficace pazienti di culture diverse può compromettere le loro relazioni con l'offerta di cure e la qualità dell'assistenza (Sharifi *et al.*, 2019). Con il

termine *nursing transculturale* si intende fare riferimento alle teorie elaborate inizialmente dall'infermiera Madeleine Leininger (1925-2012) che vanno a sopperire alla mancanza di competenza culturale degli operatori sanitari in favore di una società sempre più multietnica.

Leininger elaborò a partire dagli anni '50 il concetto di *nursing transculturale*, che fa riferimento ad un'idea di *caring* definito sulla base della cultura dell'individuo: l'assistenza culturalmente competente può verificarsi solo quando i valori dell'assistenza culturale sono noti e servono come base per un'assistenza significativa (Transcultural Nursing Society). L'assistenza infermieristica transculturale è perciò un'area di studio, ricerca e pratica incentrata su credenze, valori e pratiche basati sulla cultura che serve per aiutare le culture a mantenere o riguadagnare la propria salute e affrontare morte e disabilità in modo congruente alla cultura di appartenenza (Leininger, 1999). L'assistenza transculturale si basa su una assistenza sanitaria olistica e ciò porta gli operatori sanitari a dover ridurre le azioni meccaniche e a lavorare in modo più ampio e mirato, aumentando le tecniche interpersonali per apprendere i valori dei pazienti (Leininger, 1999).

I concetti fondamentali elaborati nella teoria del nursing transculturale sono i seguenti.

- Prendersi cura: si riferisce al fenomeno di assistere, supportare e aiutare un altro individuo che ha dei bisogni o o di migliorare la condizione umana (Leininger, 1988).
- Assistenza culturalmente congruente: «*Culturally congruent care means to provide care that is meaningful and fits with cultural beliefs and lifeways*» (Leininger, 1999, pagina 9) assistenza culturalmente congruente significa assistere in modo significativo e appropriato con i valori e gli stili di vita del paziente.
- Assistenza culturalmente competente: si intende un'assistenza caratterizzata da una sensibilità rispetto alle differenze che i pazienti possono avere nelle risposte alle loro esperienze in base al loro background, orientamento sessuale, stato economico, etnia e cultura. Indica una cura che tiene conto di come le differenze possano dare risposte diverse negli individui e nei loro processi di cura. Una persona culturalmente competente è un individuo che riconosce le

differenze, identifica modelli di risposta simili e bilancia le proprie azioni evitando pregiudizi. (Meleis, 1999).

- Competenza culturale: si fa riferimento al processo dinamico di acquisizione della capacità di fornire una assistenza efficace, sicura e di qualità ai pazienti considerando i loro diversi aspetti culturali (Sharifi *et al.*, 2019): ciò comporta una riduzione delle disuguaglianze sanitarie e maggiore fiducia dei pazienti nel sistema sanitario.

1.4.1 LEININGER E IL MODELLO DEL SOLE NASCENTE

La teoria del nursing transculturale di M. Leininger è schematizzata attraverso il Modello del Sole Nascente, ovvero una immagine concettuale che rappresenta i vari componenti della teoria del Cultural Care e di come questi influenzino la cura e lo stato di salute di persone, famiglie, gruppi e istituzioni socioculturali (Leininger, 1988). Viene definito così in quanto per Leininger la frase *let the sun rise* ha il significato metaforico di far aprire la mente agli infermieri in modo che cerchino e scoprono i diversi fattori che influenzano il caring e quindi la salute dei propri pazienti (Leininger, 1997).

Il modello del Sole Nascente propone un metodo che ha come obiettivo quello di aiutare gli infermieri a prendere decisioni in un'ottica di cura culturalmente coerente: attraverso i dati reperiti da famiglie, individui e società attraverso l'osservazione partecipante è possibile identificare quale modalità decisionale sarebbe più appropriata, vantaggiosa o soddisfacente per i pazienti (Leininger, 1988). Leininger definisce infatti la Teoria del Sole Nascente come una mappa cognitiva che orienta e descrive gli elementi e le dimensioni e le sfaccettature che devono essere usate per sviluppare la teoria del Cultural Care. Il modello si focalizza su diverse influenze nel nursing che spiegano i fenomeni emici ed etici nei diversi contesti storici, culturali e ambientali (Leininger, 1997). Nello sviluppare la sua teoria Leininger si rese conto, infatti, che gli infermieri avevano bisogno di espandere la loro visione per comprendere il fenomeno del Cultural Care, incorporando altre dimensioni come la storia etnografica, il contesto ambientale, il linguaggio e altro ancora. Il Modello del Sole Nascente è servito, perciò, a far riflettere gli infermieri su tutti questi nuovi aspetti

da considerare. Leininger auspica quindi che gli operatori sanitari amplino la visione del caring da sempre limitata ai fattori biologici e psicologici, prendendo anche in considerazione valori culturali e situazioni sociali che possano influenzare la presa in carico, il benessere e la malattia degli individui (Leininger, 1997). Per poter raggiungere questo obiettivo è necessario quindi comprendere ad esempio i significati che ogni cultura attribuisce al conforto, soccorso, presenza, attenzione e molti altri

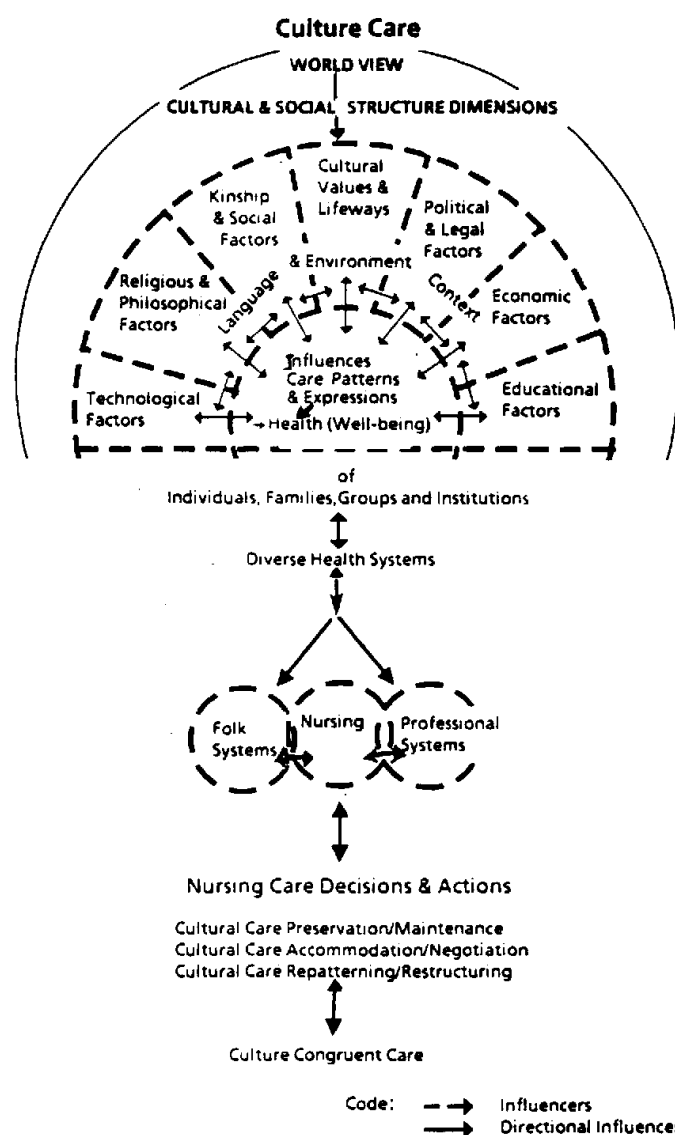


Figura 1.1 Modello del Sole Nascente ideato da M. Leininger (preso da Leininger 1988, p. 157)

elementi della cura; quindi, è necessario dare maggiore importanza alle informazioni *emiche* trasmesse, rispetto a quelle che il ricercatore osserva e interpreta *eticamente*², in quanto hanno un valore inestimabile che da maggiori indizi su come il paziente si aspetta di essere curato coerentemente alla sua cultura (Leininger, 1988). La teoria ha infatti aperto la mente degli infermieri nel cercare nuovi e nascosti significati e aree correlate alla cura degli individui e alla salute (Leininger, 1997).

Osservando il grafico composto da Leininger (Fig. 1.1), si identificano quattro livelli per l'attuazione di un

² *Etico ed emico*: in linguistica i due aggettivi, usati per la prima volta dal linguista K. Pike (1912) indicano rispettivamente la rilevanza dei dati interna al sistema studiato (emico) e i dati oggettivi registrati dall'esterno in base alla loro natura fisica (etico). In antropologia emico indica il modo con cui gli appartenenti a una cultura ne intendono le concezioni e le manifestazioni; etico concerne l'atteggiamento e le valutazioni di chi si pone da osservatore esterno di una qualsiasi cultura (Enciclopedia Treccani).

adeguato *cultural care*, che culmina con la capacità dell'infermiere di capire in che modo adattare, integrare o rimodellare il caring in base alla cultura. Leininger afferma che attraverso questo metodo è possibile analizzare individui, famiglie, gruppi e istituzioni/società.

1. *World view*: è necessario conoscere il punto di vista del paziente rispetto al contesto in analisi;
2. *Cultural and social structures*: vanno analizzati, successivamente, i fattori educativi, economici, tecnologici, religiosi e filosofici, sociali, culturali e stili di vita dell'individuo, famiglia o società in esame;
3. *Influences care patterns & expressions*: attraverso i fattori sopracitati al livello due è necessario comprendere come questi influenzino la pratica assistenziale nel contesto culturale in analisi;
4. *Nursing care decisions and actions*: attraverso le analisi dei fattori che influenzano la pratica assistenziale l'infermiere deve valutare quali modalità adottare per attuare il il piano assistenziale.

Le tre modalità di azione e decisione di cultural care che saranno più appropriate, soddisfacenti e avranno più benefici per gli individui sono le seguenti:

- Cultural care preservation (*maintenance*): include quelle azioni e decisioni professionali di assistenza, supporto o facilitazione che aiutano le persone di una particolare cultura a conservare e/o preservare i valori di cura rilevanti in modo che possano mantenere il loro benessere, riprendersi da una malattia o affrontare disabilità o/e morte.
- Cultural care accomodation (*negotiation*): include quelle azioni e decisioni professionali di assistenza, supporto o facilitazione che aiutano le persone di una cultura designata ad adattarsi o negoziare con coloro che forniscono assistenza per un risultato di salute benefico o soddisfacente.
- Cultural care repattering (*restructuring*): decisioni assistive che combinano diversi aspetti della cultura del paziente in modo utile o significativo.

Le tre modalità devono essere adatte alle vite delle persone ed essere allo stesso tempo terapeutiche e professionali e non nuocere agli individui (Leininger, 1997).

1.4.1.1 ETHNONURSING RESEARCH METHOD e ENABLERS

Il Modello del Sole Nascente ha creato una svolta nel mondo del nursing: cerca infatti di sensibilizzare gli operatori sanitari, che tante volte si fermano ad una mera interpretazione medica e psicologica del paziente, rendendo esplicita l'importanza di considerare anche l'aspetto culturale nella presa in carico dell'individuo. Avere uno spirito di osservazione acuto, quindi ricercare elementi di differenza e somiglianza nelle varie culture, comporta la capacità di attuare il cultural caring.

L'*ethnonursing research method* è un metodo di ricerca qualitativo delle informazioni che aiuta i ricercatori, quindi in questo caso gli infermieri, a studiare i fenomeni transculturali dell'assistenza, così da scoprire le informazioni di cui hanno bisogno per poter attuare il cultural caring.

Diversi sono gli strumenti (enabler) utilizzati da Leininger. Alcuni tra questi:

- 1) observation - participation - reflection enabler
- 2) stranger to trusted friend enabler,
- 3) inquiry guide enabler to assess culture care and health

Con il facilitatore del **Observation - Participation - Reflection enabler** (Fig.1.2) il ricercatore continua ad osservare, ascoltare, partecipare e riflettere rispetto quanto traspare (Leininger, 1997). Questo strumento serve a identificare diversi fattori e modelli di cura in relazione alla teoria del Cultural Care. Il ricercatore, attraverso questa guida, passa gradualmente dalla fase di osservazione a quella di partecipazione e successivamente a quella di piena riflessione e conferma dei dati ottenuti dagli informatori; dopo ogni periodo di osservazione deve confermare i risultati. Le fasi definite da Leininger aiutano a garantire una solida raccolta di dati per avere un database accurato e completo dagli informatori.

Phases	1	2	3	4
Description	Primary Observation and Active Listening (no active participation)	Primary Observation with limited participation	Primary Participation with continued observations	Primary Reflection and Reconfirmation of findings with informants

Figura 1.2 *Observation - Participation - Reflection enabler* (preso da Leininger 1997, p. 45)

A questo proposito, per valutare il rapporto tra chi trasmette i propri valori e ricercatore, Leininger ha creato lo **Stranger to Trusted Friend enabler**. Questo facilitatore aiuta il ricercatore a comprendere quando passa da “sconosciuto” ad “amico”. Questo passaggio è fondamentale per ottenere dati autentici, accurati e significativi poiché aiuta a stabilire relazioni di fiducia tra ricercatore e chi trasmette le informazioni (Leininger, 1997) Questo facilitatore è stato creato affinché il ricercatore diventi consapevole dei propri comportamenti, sentimenti e risposte mentre si lavora per raccogliere dati per conferma delle “verità” culturali (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Lo strumento può essere uno strumento utile anche per gli studenti di infermieristica transculturale per valutare le loro abilità cliniche transculturali: risulta utile quando studiano le relazioni infermiere-paziente/gruppo/famiglia in ospedale o in casa. I ricercatori che utilizzano questo abilitatore imparano a valutare i progressi nello studio rimanendo sensibili al feedback verbale o alle risposte delle persone (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014)

L'**Inquiry guide Enabler to assess culture care and health** è un facilitatore strettamente legato alla teoria del Cultural Care. Schematizza infatti i 12 domini da indagare derivati dal modello del Sole Nascente che vanno quindi analizzati per entrare nelle altre culture, ascoltare le storie e scoprirne le specificità. Di seguito sono elencati i 12 domini da approfondire: etnostoria; parentela e fattori sociali; valori culturali, credenze e modi di vita; fattori religiosi/spirituali/filosofici; fattori tecnologici; fattori economici; fattori politici e legali; fattori educativi; fattori linguistici e comunicativi; credenze e pratiche di cura professionali e generiche (popolari o laiche); fattori di assistenza infermieristica generali e specifici (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014).

Lo stesso **modello del Sole Nascente**, originariamente sviluppato come modello, è stato successivamente perfezionato in un abilitatore: non indica la teoria in sé, ma è una guida visiva che descrive molteplici fattori che possono influenzare le espressioni di cura della cultura e i loro significati (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014).

1.4.2 CAMPINHA-BACOTE: PROCESSO DI COMPETENZA CULTURALE

Successivamente a Leininger, sono stati proposti diversi modelli per affrontare le difficoltà nel fornire assistenza sanitaria nella multietnicità. Tra i vari modelli proposti,

Campinha-Bacote (2002) presenta il modello di competenza culturale nell'erogare assistenza sanitaria. Questo modello richiede che gli operatori sanitari non si sentano già culturalmente competenti ma che lo possano diventare. Questo processo implica l'integrazione dei principali costrutti definiti dal modello (Fig.1.3).

I costrutti sono i seguenti

- la **consapevolezza culturale**: è l'autoesame e l'esplorazione approfondita del proprio background culturale e professionale. Questo processo comporta il riconoscimento dei propri pregiudizi, pregiudizi e ipotesi su individui diversi e riduce il rischio di imposizione culturale (Campinha-Bacote, 2002).

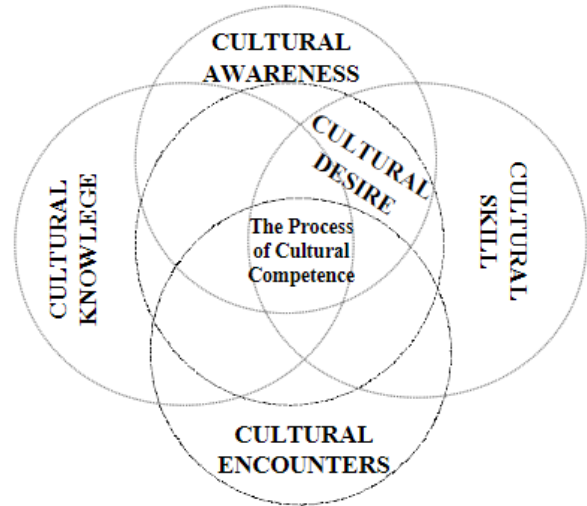


Figura 1.3 Processo di integrazione dei costrutti definiti da Campinha-Bacote nel suo modello di competenza culturale (preso da Campinha-Bacote 2002, p.183)

- la **conoscenza culturale**: il processo di ricerca e di acquisizione di solide basi educative su diversi gruppi culturali ed etnici. Per poter fare ciò l'operatore sanitario deve integrare credenze e valori culturali relativi alla salute, incidenza e prevalenza della malattia ed efficacia del trattamento. L'acquisizione di conoscenze culturali su valori e convinzioni relativi alla salute del paziente implica la comprensione della sua visione del mondo e quindi come interpreta la malattia. È importante sapere le incidenze delle malattie nei vari gruppi etnici, in quanto ciò comporta una migliore abilità di decisione sul trattamento, educazione sanitaria e screening (Campinha-Bacote, 2002).
- l'**abilità culturale**: è la capacità di raccogliere dati culturali rilevanti riguardo al problema che presenta il cliente e di eseguire con precisione una valutazione fisica basata sulla cultura (Campinha-Bacote, 2002).
- l'**incontro culturale**: è il processo che incoraggia l'operatore sanitario a impegnarsi direttamente in interazioni interculturali con clienti di background

culturalmente diversi. L'interazione diretta con i clienti di diversi gruppi culturali raffinerà o modificherà le proprie convinzioni esistenti su un gruppo culturale e preverrà possibili stereotipi che potrebbero verificarsi (Campinha-Bacote, 2002).

- il **desiderio culturale**: è la motivazione dell'operatore sanitario a *volere*, piuttosto che *dovere*, impegnarsi nel processo di divenire culturalmente consapevoli, culturalmente competenti, culturalmente abili e familiari con gli incontri culturali. Il desiderio culturale implica il concetto di cura. In questo, è importante perciò la reale motivazione dell'operatore sanitario di fornire un'assistenza che sia sensibile alla cultura (Campinha-Bacote, 2002).

PARTE III.

Scale di valutazione

Negli studi analizzati nei seguenti capitoli sono state utilizzate diverse scale di valutazione, quali:

- *Transcultural Self-Efficacy Test* (Jeffreys & Smoldaka, 1996, 1998)
- *Cultural Self-Efficacy Scale* (Hagman, 2006)
- *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence* (Campinha-Bacote, 2002)
- *Cultural Care Inventory* (Moulder, 2009)
- *Cultural Competence Scale for Nurses* (Chae, 2013)
- *Moral Sensitivity Questionnaire* (Lutzen and Nordin, 1994).
- *Questionario di Soddisfazione del Paziente* (Ware & Hayes, 1988)
- *Intergroup Anxiety Scale* (Stephan W. G. & Stephan C. W., 1985)

Di seguito verrà fatta una breve rassegna di quelle appena citate così da dare un quadro più chiaro al lettore.

1.5.1 SCALE DI VALUTAZIONE DELL'AUTOEFFICACIA CULTURALE

Il *Transcultural Self Efficacy Tool* (Jeffreys & Smoldaka, 1996, 1998) è uno strumento diagnostico utilizzato per valutare l'autoefficacia transculturale, ovvero la fiducia percepita per l'esecuzione o l'apprendimento di abilità infermieristiche transculturali (Jeffreys, 2000). In altre parole, è il grado in cui gli individui percepiscono di avere capacità di svolgere specifiche abilità infermieristiche transculturali necessarie per un'assistenza culturalmente competente e congruente (Jeffreys, 2000).

Il questionario è composto da 83 item ai quali è possibile rispondere attraverso una scala Likert di 10 punti (da 1 = non sicuro a 10 = totalmente sicuro). Le domande sono divise in tre gruppi: cognitivo, pratico, affettivo.

Negli item cognitivi si chiede agli intervistati di valutare la propria fiducia rispetto alla conoscenza dei modi in cui i fattori culturali possono influenzare l'assistenza infermieristica tra clienti di background culturali diversi. Negli item pratici si si chiede agli intervistati di valutare la propria fiducia nell'intervistare pazienti di diversa cultura per conoscere i loro aspetti culturali. Alcuni degli argomenti da approfondire sono, per

esempio, l'origine etnica, l'identità, le esperienze di discriminazione e di pregiudizio. Negli item affettivi si chiede agli intervistati di valutare valori, atteggiamenti e credenze riguardo la consapevolezza culturale, l'accettazione l'apprezzamento, il riconoscimento e altri (Jeffreys, 2000).

I punteggi sono calcolati facendo le medie dei punteggi ottenuti nelle varie categorie. È possibile valutare una singola sottoscala o il punteggio totale del test.

La *Cultural Self-Efficacy Scale* (Hagman, 2006) è stata sviluppata per valutare l'autoefficacia culturale di infermieri e studenti di infermieristica. E' composta da 25 items divisi in tre categorie: conoscenza dei concetti culturali, fiducia degli infermieri nell'esecuzione delle abilità di cura culturale, conoscenza dei modelli culturali per culture diverse. È possibile rispondere agli items attraverso una scala Likert di 5 punti (1=sicurezza molto bassa e 5=sicurezza molto alta). Punteggi elevati indicano la capacità degli intervistati di fornire un'assistenza culturale adeguata a pazienti con diversi contesti culturali, mentre un punteggio basso significa che gli intervistati non sono efficienti nel fornire assistenza culturale a clienti diversi.

1.5.2 SCALE DI VALUTAZIONE DELLA COMPETENZA CULTURALE

L'*Innventory for Assessing The Process of Cultural Competence* (Campinha-Bacote, 2002) è uno strumento progettato per misurare il livello di competenza culturale tra gli operatori sanitari e gli studenti laureati nei settori sanitari. È uno strumento di autovalutazione che misura il proprio livello di competenza culturale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Si compone di 25 item che misurano i cinque costrutti culturali: desiderio, consapevolezza, conoscenza, abilità e incontri. Ci sono 5 item per ogni costrutto culturale analizzato. È possibile rispondere attraverso una scala Likert di 4 punti (fortemente d'accordo, d'accordo, in disaccordo, fortemente in disaccordo) (Sargent *et al.*, 2005).

Il punteggio totale può variare da 20 a 80, con un punteggio più alto che rappresenta un livello più elevato di competenza culturale. I punteggi che vanno da 20 a 39 indicano "incompetenza culturale", da 40 a 59 indicano "consapevolezza culturale", da 60 a 74 indicano "competenza culturale", e da 75 a 80 indica "competenza culturale" (Sargent *et al.*, 2005).

Il *Cultural Care Inventory* (Moulder, 2009) è uno strumento creato per valutare la competenza culturale. Contiene 51 items divisi in quattro categorie: consapevolezza culturale, atteggiamenti verso il cultural care, preparazione al cultural care, abilità. Gli elementi vengono valutati su una scala Likert a 5 punti che va da fortemente d'accordo (5 punti) a fortemente in disaccordo (1 punto). I punteggi ottenibili vanno da 51 a 255.

La *Cultural Competence Scale for Nurses* è uno strumento per valutare le competenze culturali degli infermieri in contesti di caring nei quali devono prendere in carico anche pazienti con background culturali differenti.

La scala contiene 33 voci suddivise in quattro sezioni: consapevolezza culturale, conoscenza culturale, sensibilità culturale e abilità culturali. Nella versione presa in esame nello studio di Ham & Tak (2022) era possibile rispondere attraverso una scala Likert di 7 punti (1= fortemente in disaccordo, 7=fortemente d'accordo). Un punteggio alto sulla scala rappresenta un alto livello di competenza culturale.

1.5.3 VALUTAZIONE DELLA SENSIBILITÀ MORALE

Il *Moral Sensitivity Questionnaire* (Lutzen & Nordin, 1994) è uno strumento ideato per valutare la sensibilità morale negli infermieri.

E' possibile rispondere ai 30 item proposti attraverso una scala Likert di 7 punti. Gli item valutavano sei dimensioni: autonomia, beneficenza, approccio olistico, conflitto, pratica e orientamento. E' possibile fare un minimo di 30 punti e di 210 punti. Un punteggio più alto indica un livello più basso di sensibilità morale.

1.5.4 QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Nello studio di Castro & Ruiz (2009) è stato usato il *Patient Satisfaction Questionnaire* (Ware & Hayes, 1988). E' un questionario composto di 51 voci alle quali è possibile rispondere attraverso una scala Likert a 5 punti. Le categorie valutate sono le seguenti: soddisfazione generale, qualità tecnica (completezza, attenzione, competenza) del professionista e completezza dei servizi, modalità interpersonale (cortesia rispetto, sensibilità, cordialità) del professionista, comunicazione di chi

fornisce assistenza, aspetti finanziari della visita, tempo trascorso con chi fornisce assistenza, accesso, disponibilità e convenienza.

Nello studio di Tang *et al.* (2018) è stata utilizzata la *Patient Satisfaction with Primary Nurses Scale* (Yu, 2012), strumento composto da 23 item divisi in tre categorie: trattamento e servizio, abilità e caring, guida e ambiente. E' possibile rispondere alle domande attraverso una scala Likert di 7 punti (1=molto insoddisfatto e 7=molto soddisfatto). Un'ultima domanda sulla soddisfazione generale verso gli infermieri è valutata su una scala di valutazione da 0 a 10, con numeri più alti che indicano una maggiore soddisfazione.

1.5.5 VALUTAZIONE DELL'ANSIA TRA GRUPPI

L'*Intergroup Anxiety Scale* (Stephan W. G. & Stephan C. W., 1985) è uno strumento creato per esaminare l'ansia derivante dalla comunicazione con i membri di gruppi diversi. E' composta da 10 domande e a ciascuna è possibile rispondere con una scala Likert a 7 punti (1 =estremamente in disaccordo e 7 =estremamente d'accordo). Il punteggio totale è stato calcolato sommando tutte le voci; un punteggio alto rappresentava un alto livello di ansia.

CAPITOLO II. Materiali e metodi

2.1 OBIETTIVO E QUESITO CLINICO

L'obiettivo di questa tesi bibliografica è di verificare se è presente una correlazione tra l'apprendimento di competenze culturali assimilate attraverso l'insegnamento e l'esperienza clinica e l'applicazione di una pratica clinica culturalmente sensibile negli ambienti sanitari. Inoltre, verrà indagato se conoscere modelli di nursing transculturale può rendere più mirato e professionale il *caring* infermieristico.

Il quesito clinico è il seguente: *“il caring infermieristico può risultare più efficace attraverso l'apprendimento e l'applicazione di competenze di nursing transculturale?”*.

2.2 METODO PICO

Al fine di rendere più efficace la ricerca nelle banche dati e la successiva selezione degli articoli pertinenti il quesito clinico è stato formulato attraverso il modello PICO, come visibile di seguito.

Tabella 1. Modello PICO applicato al quesito di ricerca

P	<i>popolazione/soggetto in esame</i>	il caring infermieristico
I	<i>intervento</i>	attuato con competenze di nursing transculturale
C	<i>Confronto</i>	rispetto a chi non le possiede (o ne possiede meno)
O	<i>outcome (esito)</i>	risulta più efficace?

2.3 STRATEGIA DI RICERCA

È stata effettuata una revisione della letteratura consultando le seguenti banche dati: PubMed, Cinahl e Journal of Transcultural Nursing.

Per la ricerca nelle banche dati sono state utilizzate le seguenti chiavi di ricerca: *cultural competence, cultural care, cross-cultural, transcultural nursing, practice, to improve, evaluate, effect, patient satisfaction.*

Sono stati utilizzati i seguenti operatori booleani: AND.

Sono stati inclusi nella ricerca solo studi in lingua inglese.

2.4 CRITERI DI SELEZIONE DEGLI STUDI

Per la selezione dei documenti sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione

- Data di pubblicazione: dal 2000.
- Tipologia di studi: studi sperimentali, studi quasi sperimentali, studi osservazionali
- Tipologia di partecipanti: studenti di Infermieristica, neolaureati in Infermieristica, infermieri, pazienti in diversi contesti di cura con background culturale differente.
- Lingua di pubblicazione: inglese

Di seguito i criteri di esclusione

- Data di pubblicazione precedente l'anno 2000.
- Lingua di pubblicazione diversa dall'inglese

Disegno dello studio: sono stati selezionati studi sperimentali e quasi-sperimentali (4) e osservazionali (6) per un totale di 10 studi.

Gli studi sperimentali e quasi sperimentali sono divisi in:

- Uno studio personalizzava l'assistenza a pazienti di culture differenti per migliorarne gli effetti: Little *et al.* (2013)
- Tre studi valutavano l'effetto che può avere inserire nel curriculum un corso di competenza culturale negli studenti di Infermieristica: James *et al.* (2021), Fadaeinia (2022), Yuksel Kacan (2022).

Gli studi osservazionali sono divisi in:

- Uno studio valutava la competenza culturale degli studenti e dei docenti di Infermieristica: Sargent (2005)
- Uno studio valutava l'effetto che diversi corsi di competenza culturale avevano sugli studenti di Infermieristica: Mesler (2014).
- Uno studio valutava la competenza culturale del corso di Doctor of Nursing Practice dopo che il curriculum era stato modificato per ampliare le nozioni di nursing transculturale: Singleton (2017)
- Due studi valutavano la correlazione tra competenza culturale degli infermieri e la soddisfazione dei pazienti: Castro & Ruiz (2009), Tang *et al.* (2018)
- Uno studio valutava i fattori che influenzavano l'autoefficacia transculturale negli infermieri: Ham & Tak (2022).

Tipologia di intervento: sono stati selezionati due tipi di studi

- studi che valutavano la competenza culturale e la autoefficacia transculturale attraverso l'introduzione di un corso di cultura infermieristica nel piano di studio.
- studi che valutavano la soddisfazione dei pazienti che ricevevano cure in correlazione alla competenza transculturale o agli interventi adattati al paziente di altra cultura.

Tipi di outcomes misurati: di seguito i criteri di valutazione utilizzati negli studi analizzati che sono stati presi in considerazione nell'analisi e discussione degli stessi

- Livello di autoefficacia transculturale valutata attraverso la somministrazione del *Transcultural Self-Efficacy Test* (Jeffreys & Smodlaka, 1996, 1998)
- Livello di competenza culturale valutata attraverso la somministrazione di *Assessing the Process of Cultural Competence* (Campinha-Bacote, 2002) e *Cultural Competence Scale for Nurses* (Chae, 2013)
- Livello di sensibilità morale valutata attraverso la somministrazione del *Moral Sensitivity Questionnaire* (Lutzen and Nordin, 1994)

- Livello di soddisfazione del paziente valutata attraverso la somministrazione del *Questionario di Soddisfazione del Paziente* (Ware & Hayes, 1988)
- Livello di ansia intergruppo valutata attraverso la somministrazione dell'*Intergroup Anxiety Scale* (Stephan W. G. & Stephan C. W., 1985)

2.5 PRESENTAZIONE DEGLI STUDI SELEZIONATI

Di seguito verranno presentati i dieci studi selezionati in ordine cronologico di pubblicazione.

1. Sargent et al, 2005, *Cultural competence among nursing students and faculty*

Scopo: l'obiettivo dello studio è di descrivere la competenza culturale degli studenti e dei docenti della scuola di Infermieristica e di discutere le implicazioni che questa ha per i curricula.

Tipologia di studio: studio osservazionale.

Lo studio è stato svolto in un College di Infermieristica degli Stati Uniti, in Ohio.

Campione: come campione sono stati scelti 88 studenti del primo anno (che ancora non avevano svolto corsi di infermieristica clinica), 121 studenti al quarto anno (quindi nell'anno conclusivo di College) e 51 docenti della facoltà di Infermieristica. Sono stati scelti studenti del primo e dell'ultimo anno in quanto gli studenti del primo hanno potuto apprendere concetti di competenza culturale di base ma senza pratica clinica, mentre quelli dell'ultimo anno hanno seguito diversi corsi sulla competenza culturale e hanno fatto almeno sei corsi di pratica clinica. Dal confronto dei due gruppi dovrebbe essere possibile comprendere i risultati del curriculum rispetto alla competenza culturale. Inoltre sono stati presi come campione dello studio anche membri della facoltà di Infermieristica per cercare di verificare se i docenti possedevano più competenza culturale rispetto agli studenti.

Intervento: Viene somministrato il questionario *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence IAPCC* (Campinha-Bacote, 2002) per misurare i livelli di competenza culturale nei tre diversi gruppi (studenti del primo anno, studenti dell'ultimo anno e docenti della facoltà).

Risultati: è stato analizzato il livello di competenza culturale, diviso in: culturalmente consapevole, culturalmente competente e culturalmente esperto. Degli studenti del primo anno 94.3% era culturalmente consapevole e 5.7% era culturalmente competente; studenti dell'ultimo anno: 86.8% era culturalmente consapevole, 13.2% culturalmente competente; docenti: 56.9% avevano raggiunto la consapevolezza culturale, 39.2% erano culturalmente competenti e il 3.9% era culturalmente esperto. Nella Tabella 2.1 è possibile vedere i range e le medie dei vari gruppi ai quali è stato somministrato il questionario. Il range dell'IAPCC-R va da culturalmente incompetente (25-50), culturalmente consapevole (51-74), culturalmente competente (75-90), a culturalmente esperto (91-100).

Implicazioni: una maggiore esposizione a esperienze che aumentano la consapevolezza culturale, le conoscenze, le abilità comportano maggiore capacità dei neolaureati di fornire una pratica professionale di qualità in una società sempre più diversificata.

Tabella 2.1 Risultati della competenza culturale

Risultati della competenza culturale		
Gruppo	Range	Media
Primo anno	42-64	50.68
Quarto anno	44-66	54.75
Docenti	43-76	59.04

2. **Castro & Ruiz, 2009**, *The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction*

Scopo: Lo scopo dello studio è di esplorare la relazione tra il grado di competenza culturale negli infermieri (NPs) e la soddisfazione dei pazienti messicani.

Tipo di studio: studio osservazionale.

Lo studio è stato condotto in Arizona, più precisamente a Phoenix, USA.

Campione: gli infermieri (NPs) sono stati reclutati tramite una lettera spedita per posta con il consenso e una presentazione del progetto. I criteri di inclusione erano: essere in possesso della licenza dello State Board of Nursing e un carico di pazienti che fosse

al 75% almeno di pazienti con diverso background culturale. Sono stati identificati 15 infermieri da 11 diverse cliniche.

Per quanto riguarda i pazienti con diverso background culturale, sono stati selezionati nelle sale d'attesa delle cliniche dalle quali erano stati scelti gli infermieri. I principali criteri di inclusione erano: età di almeno 18 anni e autoidentificazione come messicano. Sono stati perciò intervistati 218 pazienti che erano stati visti dagli infermieri selezionati almeno una volta.

Intervento: viene somministrato il questionario Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence IAPCC (Campinha-Bacote, 2002) per misurare i livelli di competenza culturale degli infermieri. Ai pazienti viene somministrato il *Patient Satisfaction Questionnaire* (Ware & Hays, 1988) e la *Acculturation Rating Scale for Mexican-Americans* (Cuellar, Arnold, & Maldonado, 1995).

Risultato: rispetto alla competenza culturale, l'intervallo di punteggi degli infermieri andava da 63 a 92 punti su 100 (con media di 78.33). Due infermieri sono risultati culturalmente esperti, sette competenti e i restanti sei culturalmente consapevoli. Non c'erano infermieri culturalmente incompetenti.

Rispetto alla soddisfazione dei pazienti, la scala di soddisfazione andava da 29 a 89 punti su 100 (con media di 65). La correlazione tra la competenza culturale degli infermieri e la soddisfazione dei pazienti messicani è stata valutata come positiva: ciò indica che una maggiore competenza culturale negli infermieri è associata a maggiore soddisfazione dei pazienti.

I pazienti intervistati, rispetto al livello di acculturazione³, sono risultati non acculturati, con un punteggio di -1.94 su una scala che andava da -4 a +4.

Implicazioni: attraverso lo studio è stata evidenziata la correlazione positiva che c'è tra soddisfazione dei pazienti e la maggiore competenza culturale del personale infermieristico. Questo può essere uno spunto di riflessione per comprendere l'importanza di integrare nel curriculum degli infermieri delle nozioni di nursing transculturale.

³ **Acculturazione:** mutamento della cultura e dei costumi di un popolo in seguito a contatti con un altro popolo o altri popoli. Il termine si riferisce a ogni sorta di mutamenti di usanze, costumi, tecnologie, riti, credenze ecc., che abbiano origine in una cultura non per cause interne a essa, bensì per l'influenza di culture diverse (Enciclopedia Treccani).

3. **Little, 2013**, *Prenatal Group Visit Program for a Population With Limited English Proficiency*

Scopo: L'obiettivo di questo studio era di esaminare la fattibilità di condurre visite prenatali di gruppo in un contesto di medicina di famiglia con donne giapponesi che hanno una conoscenza dell'inglese limitata e diversi background culturali.

Tipo di studio: studio sperimentale.

Lo studio è stato condotto tra maggio 2010 e gennaio 2012 nel *Dipartimento di medicina di famiglia* del Japanese Family Health Program (JFHP) dell'Università del Michigan, USA.

Campione: tutte le donne che partecipavano al JFHP erano eleggibili per partecipare allo studio. Di queste, 42 donne hanno valutato il programma attraverso dei sondaggi somministrati dopo le sessioni. Per l'intervista postnatale sono state selezionate le donne che avevano partecipato ad almeno 4 incontri prenatali (n=20).

Intervento: di seguito nella Tabella 2.2 sono riportate le modifiche che sono state apportate al programma standard neonatale.

Tabella 2.2 Modifiche apportate al programma standard neonatale

MODELLO STANDARD	MODELLO MODIFICATO
10 sessioni nell'arco di 10 mesi con partecipazione delle donne che hanno la data di parto stimata entro 1 mese dalla fine del corso (funziona bene per gruppi con molti partecipanti).	5 sessioni con partecipazione di donne che hanno la data di parto stimata entro 3 mesi
Le donne che partecipano possono scegliere di far partecipare anche i partner.	E' stata data la possibilità di partecipare a partner e figli.
Il programma copre argomenti come relazioni abusive, problemi sessuali e consumo di droghe o alcol e stabilisce che queste discussioni	Discutere gli argomenti sensibili durante le visite prenatali individuali piuttosto che all'interno del gruppo.

dovrebbero essere tenute liberamente all'interno del gruppo.	
Le discussioni sull'allattamento al seno si concentrano sui vantaggi dell'allattamento al seno.	Concentrare le discussioni sull'allattamento al seno sulla tecnica e sulle risorse.
--	Insegnare le normali procedure che vengono fornite negli Stati Uniti rispetto al parto e alla sua gestione.
--	Consigli sulle precauzioni per i viaggi poiché molte donne giapponesi tornano 2-3 volte l'anno in Giappone.
Educazione alimentare.	Focalizzare l'educazione alimentare sugli ingredienti giapponesi comunemente consumati.
Enfatizzare l'importanza del sostegno sociale e raccomandare vivamente alle donne di cercare di assicurarsi il sostegno della famiglia.	Enfatizzare l'importanza di avere un supporto sociale dalla famiglia in Giappone o allungando il periodo di congedo del partner.
Valutazione individuale durante il gruppo di supporto.	Introdurre un divisorio durante le valutazioni individuali durante il gruppo di supporto.

Risultati: i risultati sono stati valutati attraverso un questionario con scala Likert con valori da 1 a 7. Valori da 1-3 indicavano risposta positiva, 4-6 negativa e 7 incerta. Inoltre è stata valutata la soddisfazione anche rispetto agli argomenti affrontati attraverso 3 risposte possibili: “ben affrontato”, “non affrontato”, “necessario maggiore approfondimento”.

Di seguito le percentuali di soddisfazione nei vari ambiti:

- Stare con altre donne in gravidanza 98%
- Sentirsi ben preparate per il travaglio e il parto 96%
- Preparazione alla assistenza prenatale 96%
- Soddisfazione rispetto all'assistenza prenatale attraverso le sessioni di gruppo 94%
- Preparazione alla nascita del bambino 85%

Rispetto agli argomenti affrontati (segni di pericolo, cura dei bambini, allattamento e nutrizione, esercizi e rilassamento, discomfort durante la gravidanza, preparazione alla nascita e problemi post partum) dal 96% al 100% delle partecipanti li hanno valutato “ben affrontati”.

Implicazioni: questo studio dimostra la soddisfazione delle donne giapponesi in gravidanza rispetto ad un gruppo prenatale che sia culturalmente coerente.

4. **Mesler, 2014**, *A Comparative Study of Cultural Competence Curricula in Baccalaureate Nursing Programs*

Scopo: lo scopo dello studio è stato di definire la competenza culturale degli studenti laureati in infermieristica con 3 tipi di programmi diversi nel proprio curriculum: programma con integrazione dei contenuti culturali, programma con corso culturale (non infermieristico) e programma di nursing transculturale. Inoltre è stato determinato il cambiamento durante il periodo accademico rispetto alle competenze culturali acquisite a partire dal primo anno fino alla laurea.

Tipologia di studio: studio osservazionale.

I dati dello studio sono stati raccolti durante le prime due settimane del semestre autunnale in una università statunitense.

Campione: il campione era composto da 759 studenti di infermieristica in 6 programmi differenti. I tre gruppi erano così definiti: 363 soggetti nel gruppo con il corso di nursing transculturale, 237 soggetti nel gruppo con il corso di cultura non infermieristica e 159 soggetti nel programma in cui era integrato il contenuto culturale. Sono stati esclusi gli studenti del secondo anno, quindi presi in considerazione quelli del primo (*freshman*), del terzo (*junior*) e del quarto (*senior*) anno.

Intervento: sono stati somministrati il questionario *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence IAPCC* (Campinha-Bacote, 2002) e il *Transcultural Self-Efficacy Tool TSET* (Jeffreys & Smoldaka, 1996, 1998).

I dati dei freshmen sono stati considerati la base di partenza, i dati degli studenti junior sono stati considerati post corso di cultura (se presente nel programma) e preclinici, i dati degli studenti senior sono stati considerati il prodotto finale.

Il corso di nursing transculturale era un corso di 3 crediti tenuto dalla facoltà di infermieristica in entrambi i programmi inclusi in questo studio. Il corso di cultura non infermieristica era anche un corso di 3 crediti insegnato nei dipartimenti di filosofia, sociologia o antropologia. I programmi con l'integrazione avevano contenuti culturali

insegnati durante i corsi infermieristici. I diversi corsi appena elencati si svolgevano durante il secondo anno (anno non presente nei dati raccolti).

Risultato: Il range dell'IAPCC-R va da culturalmente incompetente (25-50), culturalmente consapevole (51-74), culturalmente competente (75-90), a culturalmente esperto (91-100). I freshmen in tutti e 3 i corsi hanno ottenuto un punteggio nella categoria culturalmente consapevoli (51-75 punti su 100 possibili), con un punteggio medio di 67,94 in tutti e 3 i programmi sull'IAPCC.

Gli studenti che hanno seguito un corso di cultura infermieristica sono stati l'unico gruppo a raggiungere un livello di competenza culturale con punteggi medi di 75,10 e quindi ad aumentare nuovamente il punteggio medio nell'anno superiore a 75,75, il livello più alto tra i 3 programmi. Gli studenti nel corso di cultura infermieristica hanno raggiunto un punteggio significativamente più alto rispetto a quelli che hanno frequentato un corso di cultura non infermieristica ($p < 0.01$) ma non significativamente rispetto a quelli col corso integrato. Nella Tabella 2.3 sono riassunti le medie dei risultati raggiunti dagli studenti nel questionario IAPCC nei diversi anni e nei diversi corsi.

Nell'autoefficacia (TSET), hanno ottenuto un punteggio compreso tra 6 e 7, che è considerato leggermente competente su una scala da 1 (non sicuro) a 10 (totalmente sicuro).

Implicazioni: gli studenti che hanno seguito un corso di cultura infermieristica sono stati gli unici a raggiungere il livello di culturalmente competente. Nei curriculum dei corsi di Infermieristica dovrebbe essere incluso un corso di cultura infermieristica.

Tabella 2.3 Media dei risultati raggiunti dagli studenti nel questionario IAPCC

Livello accademico	Corso di nursing transculturale	Corso di cultura non infermieristica	Corso integrato
Freshmen	67.88	67.35	68.78
Junior	75.10	72.32	72.15
Senior	75.63	73.11	73.90

5. Singleton, 2017, *An Enhanced Cultural Competence Curriculum and Changes in Transcultural Self-Efficacy in Doctor of Nursing Practice Students*

Scopo: lo studio ha valutato l'efficacia del miglioramento della competenza culturale attraverso un nuovo curriculum DNP valutando la percezione di autoefficacia transculturale degli studenti DNP (Doctor of Nursing Practice).

Tipologia di studio: studio osservazionale.

Lo studio è stato svolto tra il 2008 e il 2012 in una università di New York, USA.

Campione: il campione dello studio è formato dalle prime cinque classi di studenti che hanno iniziato gli studi dal 2008 al 2012 e che poi hanno completato il programma triennale. Il campione è formato dai 54 studenti che hanno sostenuto sia il pre-test e il post-test ed è quindi stato possibile accoppiare i dati.

Intervento: è stata valutata la preparazione degli studenti rispetto alle competenze culturali che il corso di DNP offre. E' stata valutata l'autoefficacia transculturale attraverso il *Transcultural Self-Efficacy Tool* TSET (Jeffreys & Smodlaka, 1996, 1998).

Risultati: È stata dimostrata una differenza statistica dalla prima misurazione a quella successiva negli studenti. All'inizio del corso gli studenti avevano un TSE alto con punteggio medio di 7.42 su 10 punti. Successivamente ai tre anni nei quali gli studenti hanno svolto il corso di DNP, il punteggio medio era di 9.3. La differenza è risultata statisticamente significativa.

Implicazioni: i risultati indicano che gli studenti che hanno completato il curriculum potenziato rispetto alle competenze culturali hanno riportato miglioramenti significativi nella loro TSE percepita.

6. **Tang et al., 2018.** *The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust*

Scopo: lo studio ha l'obiettivo di valutare l'influenza della competenza culturale degli infermieri sulla soddisfazione del paziente e il ruolo di mediazione che ha in questo la fiducia del paziente.

Tipo di studio: studio osservazionale.

Lo studio è stato condotto tra maggio e agosto del 2016 in sei ospedali a Changsha, in Cina.

Campione: hanno risposto ai questionari 583 pazienti divisi tra i sei ospedali di Changsha, Cina. I criteri di inclusione dei pazienti sono i seguenti: età maggiore di 18 anni, ospedalizzati da più di 5 giorni, familiari con il loro *primary nurse* così che potessero valutarlo. I criteri di esclusione erano: se il paziente era gravemente malato o aveva una patologia mentale e cognitiva che precludeva il coinvolgimento nell'intervista.

È stato utilizzato un metodo di campionamento basato sul numero di identificazione del paziente e sono stati definiti idonei un terzo dei pazienti in ciascun reparto (tranne l'unità di terapia intensiva).

Intervento: è stata valutata la competenza culturale del *primary nurse* coinvolto nella cura del paziente attraverso il questionario *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Cultural Competency Item Set* (Tian, 2017). È stata valutata la soddisfazione del paziente con il *primary nurse* attraverso la scala *Patient Satisfaction with Primary Nurses Scale* (Yu, 2012). È stata valutata la fiducia nel *primary nurse* attraverso la *Wake Forest Physician Trust Scale* (Dong, 2012).

Risultati: il risultato medio della competenza culturale dell'infermiere misurato con la scala CAHPS-CC è stato di 528.1 su 700. La fiducia del paziente era positivamente correlata alla soddisfazione del paziente nei confronti dei *primary nurse* ($<0,01$).

L'effetto della competenza culturale degli infermieri sulla soddisfazione del paziente nei confronti degli infermieri di base è stato relativamente più alto rispetto all'effetto sulla soddisfazione complessiva del paziente nei confronti dell'ospedale. Le analisi hanno indicato che la fiducia del paziente mediava solo parzialmente la relazione tra la competenza culturale degli infermieri e la soddisfazione del paziente nei confronti dei *primary nurse*.

È stata valutata la correlazione tra i comportamenti comunicativi positivi, comportamenti di costruzione della fiducia e processo decisionale condiviso (valutati attraverso la scala CAHPS-CC) sulla fiducia che il paziente provava rispetto al *primary nurse*.

Di seguito la Figura 2.1 schematizza le correlazioni analizzate con rispettivi valori statistici significativi. $P < 0,01$ è indice di correlazione positiva tra i due fattori analizzati.

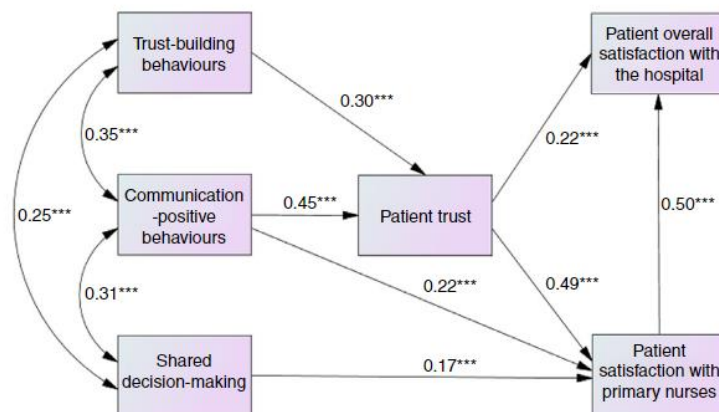


Figura 2.1 Correlazioni analizzate nello studio di Tang *et al.*, 2018
(preso da Tang *et al.*, 2018, p. 755)

Implicazioni: i risultati hanno confermato l'ipotesi che la competenza culturale degli infermieri sia associata alla soddisfazione del paziente e di come la fiducia faccia da mediatore di questo legame. Nello specifico, tre aspetti della competenza culturale degli infermieri sono stati identificati come fattori significativi connessi alla soddisfazione del paziente (comportamenti comunicativi positivi, comportamenti di costruzione della fiducia e del processo decisionale condiviso). I risultati offrono una maggiore comprensione di come sia correlata la competenza culturale degli infermieri alla soddisfazione del paziente attraverso la fiducia del paziente. Tali conoscenze possono fornire indizi per interventi adeguati e mirati per lo sviluppo della competenza culturale degli infermieri.

7. James et al., 2021, *Nursing Student Differences in Transcultural Self-Efficacy by Culture Curriculum: A Longitudinal Study*

Scopo: Lo studio mira a confrontare gli effetti a lungo termine di un corso di cultura infermieristica entry-level (ELNCC) sull'autoefficacia transculturale (TSE) negli studenti di infermieristica rispetto ad una classe che non partecipava al corso.

Tipologia di studio: quasi sperimentale.

Lo studio è stato svolto in una università del Texas a partire dall'autunno del 2015 per due anni di seguito.

Campione: lo studio ha seguito due coorti di studenti del *Bachelor of Science in Nursing* (BSN). Il gruppo sperimentale è stato seguito dall'anno junior (terzo anno) fino alla laurea (fine quarto anno).

Nel gruppo sperimentale è presente una variazione del campione. Nel corso dello studio, la dimensione del campione ad ogni test è a causa di fattori quali il ritiro degli studenti, o la bocciatura nel programma infermieristico, il ritorno a un'altra coorte a causa della bocciatura al corso o per circostanze della vita, dimenticanza di completare il sondaggio e vincoli di tempo.

Il gruppo di controllo è stato analizzato solo in concomitanza con la laurea.

Intervento: gli studenti del gruppo sperimentale hanno seguito un corso di nursing transculturale (ELNCC) durante il loro anno junior mentre gli studenti del gruppo di controllo non vi hanno partecipato.

L'autoefficacia transculturale è stata valutata attraverso il *Transcultural Self-Efficacy Tool* TSET (Jeffreys & Smodlaka, 1996, 1998). Gli studenti iscritti al corso di nursing transculturale hanno svolto il sondaggio in quattro momenti diversi: prima del corso di nursing transculturale durante il primo semestre dell'anno junior (J1 pretest), dopo il corso di nursing transculturale al primo semestre dell'anno junior (J1 posttest), alla fine del secondo semestre dell'anno junior (J2) e poco prima della laurea (S2). Il gruppo di controllo ha svolto il test solamente nelle ultime settimane prima di laurearsi.

Risultati: nella Tabella 2.4 sono riassunte le differenze degli studenti del gruppo sperimentale nei vari momenti in cui l'hanno svolto. I punteggi post-test erano significativamente più alti dei punteggi pre-test nelle varie dimensioni del TSE (cognitiva, pratica e affettiva). Nell'autoefficacia (TSET) il punteggio medio alla laurea del gruppo sperimentale è stato di 8.53 su una scala da 1 a 10; quello del gruppo di controllo è stato di 7.77. Alla laurea, i punteggi del gruppo sperimentale erano significativamente più alti di quelli del gruppo di controllo in tutte le dimensioni tranne quella affettiva.

Implicazioni: i punteggi della TSE negli studenti che hanno seguito un corso di nursing transculturale risultano più alti, anche a distanza di un anno dal test e dal corso.

Tabella 2.4 Differenze nel gruppo sperimentale nei vari momenti rispetto al test prima del corso

Scala	Pretest J1 – Posttest J1	Pretest J1 – Posttest J2	Pretest J1 – Laurea S2
Totale	-2.31	-1.60	-2.23
Cognitiva	-3.11	-2.31	-3.25
Pratica	-2.68	-1.81	-2.65
Affettiva	-1.15	-0.71	-0.82

La differenza tra le medie è stata calcolata sottraendo la media posttest dalla media pretest.
Un segno meno (-) indica che la media posttest è superiore alla media pretest.
Un segno più (+) indica che la media posttest è inferiore alla media pretest.

8. Fadaeinia, 2022, *Improving Cultural Competence and Self-Efficacy Among Postgraduate Nursing Students: Results of an Online Cultural Care Training Program*

Scopo: lo studio mirava a indagare l'effetto di un programma online di formazione sulla presa in carico culturale (cultural care) e sull'autoefficacia tra gli studenti di infermieristica post-laurea.

Tipologia di studio: studio sperimentale.

Lo studio è stato svolto da febbraio ad aprile 2021 alla Kerman University of Medical Sciences nel sud-est dell'Iran.

Campione: la popolazione dello studio comprendeva tutti gli studenti della Kerman University dopo la laurea in infermieristica sanitaria di comunità, infermieristica medica chirurgica, infermieristica in terapia intensiva neonatale, infermieristica in terapia intensiva e infermieristica psichiatrica. Il campione era di 90 studenti, poi assegnati in maniera randomica al gruppo di controllo (45) e al gruppo di intervento (45). Di questi, 80 studenti hanno completato il questionario.

Intervento: il gruppo di intervento ha svolto un corso online di nursing transculturale mentre il gruppo di controllo non l'ha svolto. I questionari sono stati somministrati ad entrambi i gruppi un mese prima e dopo il corso online. Per valutare la competenza culturale è stata usata la scala *Cultural Care Inventory* (Moulder, 2009) i cui punteggi ottenibili vanno da 51 a 255 e punteggi più alti indicano maggiore competenza culturale. Per valutare l'autoefficacia transculturale è stata utilizzata la *Cultural Self-*

Efficacy Scale (Hagman, 2006): maggiore è il punteggio ottenuto maggiore è l'autoefficacia transculturale.

Risultati: non c'erano differenze significative tra i due gruppi al momento del pre-test sia in competenza culturale che in autoefficacia transculturale. Dopo il programma online, i punteggi del *Cultural Care Inventory* nei gruppi di intervento (media di 194,51) e di controllo (media di 160,85), indicavano una differenza significativa tra i due gruppi a favore del gruppo di intervento ($p = .001$).

I risultati di media nella *Cultural Self-Efficacy Scale* erano simili al momento del pretest (su 5 punti ottenibili, il gruppo di intervento aveva totalizzato 2.83 mentre il gruppo di controllo 3.13).

Dopo il corso i risultati medi ottenuti dal gruppo di intervento (3.8) e dal gruppo di controllo (3.38) è stato possibile valutare una differenza statisticamente significativa tra i risultati ottenuti tra i due gruppi.

Implicazioni: I programmi educativi sono la chiave per sviluppare la competenza e l'autoefficacia degli operatori sanitari nel fornire assistenza culturale

9. Ham & Tak, 2022, *Factors Influencing Transcultural Self-Efficacy Among Nurses With Foreign Patient Care Experience*

Scopo: lo scopo di questo studio è di esaminare i fattori che influenzano l'autoefficacia transculturale (TSE) tra gli infermieri coreani, tra cui la competenza culturale e l'ansia intergruppo.

Tipologia di studio: studio osservazionale.

Lo studio è stato condotto nel 2020 in un ospedale di Seoul, Corea del Sud.

Campione: il campione è stato scelto prendendo in considerazione i dieci reparti dell'ospedale che avevano ospitato il maggior numero di pazienti stranieri. La proposta di partecipare è stata estesa a tutti gli infermieri che avevano avuto in carico almeno un paziente straniero. Il campione, infine, è stato composto da 131 infermieri dell'ospedale di Seoul che hanno deciso di partecipare.

Intervento: E' stata valutata l'autoefficacia transculturale attraverso il *Transcultural Self-Efficacy Tool* TSET (Jeffreys & Smoldaka, 1996, 1998). Inoltre è stata utilizzata

l'*Intergroup Anxiety Scale* (Stephan W. G. & Stephan C. W., 1985) per esaminare l'ansia derivante dalla comunicazione con i membri di altri gruppi e la versione coreana di *Cultural Competence Scale for Nurses* (Chae, 2013), somministrata per valutare la capacità degli infermieri di fornire cure infermieristiche culturalmente sensibili e appropriate.

Risultati: Il punteggio medio di TSET degli infermieri era 5,27 su 10. Tra le categorie, la sottoscala affettiva era la più alta e la sottoscala pratica era la più bassa. In altre parole, gli infermieri si percepiscono più abili nel riconoscere il valore delle diverse culture e nell'accettare le differenze culturali con i pazienti stranieri ma meno efficaci nel raccogliere le caratteristiche culturali dei pazienti attraverso le interviste.

Nell'analisi delle diverse correlazioni, la competenza culturale e la TSE erano correlate positivamente ($p < .001$): ciò significa che infermieri con maggiore competenza culturale sono più efficaci nelle situazioni dove va usato il nursing transculturale. Inoltre, la scala che valutava l'ansia intergruppo e la TSE erano correlate negativamente: ($p < .001$); più diminuisce l'ansia degli infermieri nell'incontrare un paziente straniero, maggiore è la loro percezione di sentirsi efficaci e brave.

Implicazioni: I risultati dello studio suggeriscono che è fondamentale rafforzare l'aspetto pratico della TSE e ridurre il livello di ansia riducendo al minimo il divario culturale attraverso l'apprendimento attivo nei programmi di educazione multiculturale.

10. **Yuksel Kacan, 2022**, *The Effect of Transcultural Nursing Course on Students' Moral Sensitivity: A Quasi-Experimental Study*

Scopo: lo scopo dello studio è di esaminare l'effetto che un corso di nursing transculturale ha sulla sensibilità morale⁴ degli studenti della facoltà di Scienze della Salute in una università statale della Turchia.

Tipologia di studio: quasi sperimentale.

Lo studio è stato svolto nel semestre primaverile dell'anno accademico 2020-2021 nella facoltà di Scienze della Salute in una università statale in Turchia.

⁴ La sensibilità morale è una caratteristica che sviluppa le capacità necessarie per definire i dilemmi etici, comprendere le persone vulnerabili emotivamente e mentalmente e prevedere i risultati etici delle decisioni quando si prendono decisioni per conto degli altri (Yeom *et al.*, 2017)

Campione: Il curriculum degli studenti del secondo anno presi in esame prevede la scelta di quattro corsi tra dieci possibili scelte, tra i quali uno di nursing transculturale (TNC, *transcultural nursing course*). Gli studenti del secondo anno che hanno scelto il corso di TNC sono stati scelti come gruppo sperimentale; gli studenti sono stati divisi nei due gruppi successivamente alla scelta del corso. Per il gruppo di controllo sono stati scelti tutti gli studenti del secondo anno che non partecipavano al corso di TNC; di questi 64 hanno accettato di partecipare allo studio e hanno compilato il questionario.

In conclusione, il gruppo di intervento era composto da 36 studenti e il gruppo di controllo era composto da 64 studenti.

Di seguito la Figura 2.2 descrive la flowchart dello studio.

Intervento: il gruppo sperimentale ha svolto un corso di nursing transculturale. Il gruppo di controllo non ha svolto il corso. I curricula dei due gruppi erano sovrapponibili nel resto dei corsi. Il corso TNC durava per un semestre (14 settimane) e includeva 90 minuti di lezione alla settimana.

Risultati: la sensibilità morale è stata valutata nei due gruppi attraverso il *Moral Sensitivity Questionnaire* (Lutzen e Nordin, 1994) successivamente al corso di TNC del gruppo sperimentale.

I risultati hanno mostrato valori di sensibilità morale maggiori nel gruppo sperimentale (un risultato maggiore nel Moral Sensitivity Questionnaire è indice di sensibilità morale inferiore): il gruppo sperimentale di media ha avuto un punteggio di 60,52, il gruppo di controllo di 76,34. Inoltre, è stato determinato che i livelli di sensibilità morale degli studenti nel gruppo di intervento erano più alti in termini autonomia, beneficenza, approccio olistico e pratica con una differenza statisticamente significativa.

Implicazioni: l'intervento del corso di nursing transculturale ha aumentato i livelli di sensibilità morale degli studenti che hanno partecipato al corso. In questo contesto, si raccomanda di fornire corsi di nursing transculturale in tutti i curricula universitari come corso obbligatorio.

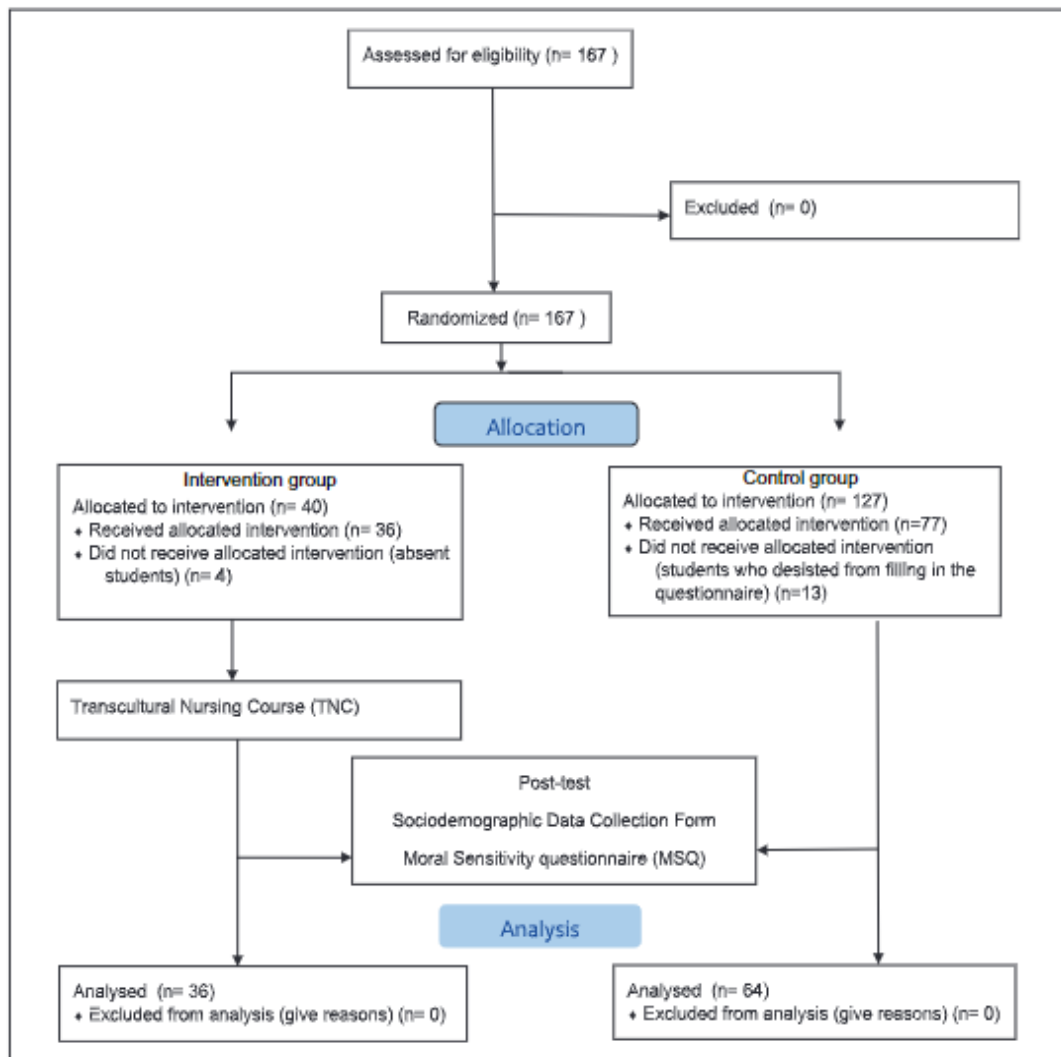


Figura 2.2 Flowchart dello studio di Yuksel Kacan, 2022 (preso da Yuksel Kacan, 2022, p. 429)

CAPITOLO III. Risultati della ricerca

3.1 STUDI RINVENUTI

Dalla ricerca in letteratura sono stati selezionati 10 articoli: 4 studi sperimentali o quasi sperimentali e 6 studi osservazionali.

La Tabella 3.1 riporta una sintesi degli studi rinvenuti, seguita, nel capitolo 3.2, da una rassegna più approfondita di essi.

Tabella 3.1 Studi rinvenuti

Autori e titolo	Anno di pubblicazione	Disegno di studio
1. Sargent S. et al. <i>Cultural competence among nursing students and faculty</i>	2005	Studio osservazionale
2. Castro & Ruiz <i>The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction</i>	2009	Studio osservazionale
3. Little et al. <i>Prenatal group visit program for a population with limited English proficiency</i>	2013	Studio sperimentale
4. Mesler <i>A comparative study of cultural competence curricula in baccalaureate nursing programs</i>	2014	Studio osservazionale

<p>5. Singleton</p> <p><i>An Enhanced Cultural Competence Curriculum and Changes in Transcultural Self-Efficacy in Doctor of Nursing Practice Students</i></p>	<p>2017</p>	<p>Studio osservazionale</p>
<p>6. Tang et al.</p> <p><i>The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust</i></p>	<p>2018</p>	<p>Studio osservazionale</p>
<p>7. James et al.</p> <p><i>Nursing Student Differences in Transcultural Self-Efficacy by Culture Curriculum: A Longitudinal Study</i></p>	<p>2021</p>	<p>Studio quasi sperimentale</p>
<p>8. Fadaeinia</p> <p><i>Improving Cultural Competence and Self-Efficacy Among Postgraduate Nursing Students: Results of an Online Cultural Care Training Program</i></p>	<p>2022</p>	<p>Studio sperimentale</p>
<p>9. Ham & Tak</p> <p><i>Factors Influencing Transcultural Self-Efficacy Among Nurses With Foreign Patient Care Experience</i></p>	<p>2022</p>	<p>Studio osservazionale</p>
<p>10. Yuksel Kacan</p> <p><i>The Effect of Transcultural Nursing Course on Students' Moral Sensitivity: A Quasi-Experimental Study</i></p>	<p>2022</p>	<p>Studio quasi sperimentale</p>

3.2 SINTESI DEGLI STUDI ANALIZZATI

Di seguito verranno sintetizzati gli 11 studi selezionati nella ricerca bibliografica.

Nello studio di Sargent *et al.* (2005) sono stati analizzati attraverso il questionario IAPCC i valori di competenza culturale di studenti al primo anno, neolaureati e docenti della facoltà di Infermieristica. Nello studio i partecipanti avevano dato come “non definito” la risposta principale alla descrizione del background culturale/etnico, indicando che non vi è stato un corso specifico di nursing transculturale nel loro curriculum. I range dell’IAPCC vanno da culturalmente incompetente (25-50), culturalmente consapevole (51-74), culturalmente competente (75-90), a culturalmente esperto (91-100). I dati emersi rispetto alla competenza culturale indicano che mediamente sia gli studenti del primo anno (media di 50.68), neolaureati (media di 54.74) e i docenti (media di 59.04) sono culturalmente consapevoli.

Lo studio di Castro & Ruiz (2009) ha analizzato la correlazione tra la competenza culturale degli infermieri con la soddisfazione dei loro pazienti messicani. Ciò che emerge dallo studio è che la competenza culturale negli infermieri viene associata a positivamente alla soddisfazione dei pazienti messicani: la competenza culturale variava la soddisfazione dei pazienti del 4%.

Lo studio di Little *et al.* (2013) ha analizzato le modifiche al programma prenatale presente in un ospedale del Michigan in relazione alla cultura e alle abitudini delle donne giapponesi che l’avrebbero frequentato. È stata valutata attraverso una scala Lickert la soddisfazione delle donne alla fine del programma prenatale: le partecipanti hanno valutato positivamente diversi parametri, come stare con le altre donne in gravidanza (98%), migliorare la loro comprensione dell'assistenza prenatale (96%), preparazione al travaglio e al parto (96%), organizzazione delle visite (94%) e preparazione all'assistenza neonatale (85%).

Lo studio di Mesler, (2014) analizzato la competenza culturale attraverso il questionario IAPCC in relazione alla tipologia di corso culturale al quale partecipavano gli studenti, ovvero corso integrato di cultura, corso di cultura non

infermieristica, corso di nursing transculturale. Lo studio ha evidenziato che solamente gli studenti che hanno seguito il corso di nursing transculturale sono riusciti a raggiungere un livello di competenza culturale medio di 75,75 su 100, con una differenza statisticamente significativa rispetto al gruppo che aveva seguito il corso di cultura non infermieristica.

Lo studio di Singleton (2017) ha valutato la preparazione degli studenti rispetto alle competenze culturali che il corso di DNP offre dopo che questo è stato migliorato e le nozioni di nursing culturale sono state ampliate. All'inizio del corso di Laurea avevano valori di autoefficacia transculturale con punteggio medio di 7.42 su 10 punti. Successivamente ai tre anni nei quali gli studenti hanno svolto il corso di Infermieristica, il punteggio medio era di 9.3. La differenza era statisticamente significativa $p < .001$ e ha indicato che il corso DNP ha fornito agli studenti una adeguata preparazione in ambito culturale.

Lo studio di Tang *et al.* (2019) ha valutato l'influenza della competenza culturale dei primary nurse sulla soddisfazione del paziente e il ruolo di mediazione che ha in questo la fiducia del paziente. E' emerso che la fiducia del paziente era positivamente correlata alla soddisfazione del paziente e che, inoltre, comportamenti comunicativi positivi, comportamenti di costruzione della fiducia e processo decisionale condiviso aumentano il senso di fiducia che il paziente prova nei confronti dell'infermiere.

Lo studio di James *et al.* (2021) ha analizzato gli effetti di prendere parte ad un corso di nursing transculturale mettendo a confronto l'autoefficacia transculturale degli studenti che vi hanno partecipato e quelli che non vi hanno partecipato. Emerge un'autoefficacia transculturale maggiore nel gruppo sperimentale (media di 8.53 su 10) rispetto al gruppo di controllo (media di 7.77 su 10) con una differenza statisticamente significativa. Nello specifico, gli studenti che avevano svolto il corso avevano un TSE significativamente più alto a livello cognitivo e nella dimensione pratica. La differenza tra il valore di TSE prima del corso e alla laurea è di -2.31, che indica un aumento del risultato del test dopo la laurea.

Lo studio di Fadaeinia *et al.* (2022) ha analizzato gli effetti che un corso di nursing transculturale online ha sugli studenti neolaureati. Al momento del pre test svolto prima del corso online non sono state evidenziate differenze significative nei punteggi (circa 153 su 255). Dopo il corso online, il punteggio medio di competenza culturale nel gruppo di intervento era di 194,51 su 255 e in quello di controllo di 160, 85. La differenza significativa è risultata molto ampia. I risultati indicano perciò che il corso di nursing transculturale ha aumentato di molto la competenza culturale degli infermieri che vi hanno partecipato.

Lo studio di Ham & Tak (2022) ha valutato l'autoefficacia transculturale di alcuni infermieri coreani ed è stata inoltre esaminata la competenza culturale degli infermieri e la sua correlazione con l'ansia derivante dalla comunicazione con i membri di altri gruppi culturali. L'autoefficacia transculturale è risultata di 5,27 su 10. Tra le varie dimensioni analizzate, quella affettiva era la più alta e quella pratica la più bassa, a indicare che gli infermieri riconoscono il valore delle diverse culture ma non sanno come attuare interventi culturalmente coerenti e come definire le caratteristiche culturali dei pazienti. E' stata trovata una correlazione positiva tra l'autoefficacia transculturale e la competenza culturale: gli infermieri con maggiore competenza culturale sono più abili in situazione di nursing transculturale. L'autoefficacia transculturale è stata correlata negativamente con l'ansia intergruppo: più gli infermieri sono in ansia nell'incontrare un paziente straniero, meno si sentono efficaci e bravi.

Lo studio di Yüksel Kaçan (2022) ha evidenziato l'aumento della sensibilità morale negli studenti che hanno preso parte ad un corso di nursing transculturale, rispetto agli studenti che non vi avevano preso parte, con differenza statisticamente significativa. In particolare, è emerso che, analizzando le varie dimensioni analizzate dal questionario somministrato, nelle aree di autonomia, beneficenza, approccio olistico e pratica i risultati del gruppo sperimentale erano più alti in modo statisticamente significativo.

CAPITOLO IV. Discussione e conclusione

4.1 DISCUSSIONE

La teoria del nursing transculturale, nata dagli studi di M. Leininger (1999), fonda le sue basi sulla necessità di fornire un caring che considera la cultura dell'individuo a cui viene data assistenza. È una teoria, perciò, incentrata sull'apprendimento delle conoscenze, credenze, valori delle altre culture affinché l'assistenza sanitaria sia meno meccanica e più mirata e che la capacità decisionale venga integrata con le informazioni ricevute. Per poter fare questo, Leininger e altri infermieri hanno elaborato teorie e metodi per riuscire a carpire in maniera efficace gli aspetti culturali utili agli operatori sanitari per fornire una assistenza culturalmente sensibile nei confronti dei pazienti e del loro background culturale.

Questa revisione della letteratura aveva perciò come primo obiettivo proposto quello di verificare se le abilità apprese attraverso lo studio del nursing transculturale creano un adeguato livello di competenza culturale e, come secondo obiettivo, se la competenza culturale può essere utile per fornire un nursing più efficace e finalizzato e, perciò, che dona maggiore benessere nei pazienti.

Prima di verificare se era necessario inserire nel curriculum dei sanitari un corso di nursing transculturale, in particolar modo degli infermieri, è cercato di analizzare la competenza culturale di infermieri, studenti di Infermieristica, neolaureati e docenti della facoltà.

In uno studio analizzato è stata quindi verificata la competenza culturale in una università degli Stati Uniti: gli studenti, i neolaureati e i docenti della facoltà hanno una media insufficiente per quanto riguarda le competenze culturali (nei questionari somministrati che valutavano le competenze culturali sono emersi punteggi medi che andavano da 50 a 59 su 100) ad indicare che erano solo *culturalmente consapevoli* (Sargent *et al.*, 2005). Ciò implica un livello non adeguato a fornire in maniera efficace cure culturalmente coerenti, ma è da approfondire se le loro competenze culturali

possano migliorare attraverso una maggiore esperienza in ambiti clinici che permettano loro di venire a confronto con pazienti di altro background culturale.

Per quanto riguarda le competenze culturali degli infermieri, pur avendo due studi che analizzavano il loro livello culturale, non è stato possibile paragonarli in quanto le scale di valutazione utilizzate erano differenti e indicavano diversamente la competenza culturale. Nel primo studio la competenza culturale veniva misurata in una scala da 0 a 7 punti e gli infermieri ne avevano totalizzati 4.6 (Ham & Tak, 2022) mentre nel secondo studio gli infermieri avevano un punteggio medio di 78 su 100 che corrispondeva nella scala al livello culturalmente competente (Castro & Ruiz, 2009): la competenza culturale risultava insufficiente nel primo studio, mentre nel secondo gli infermieri erano considerati competenti.

Una seconda analisi degli studi si è poi concentrata sul verificare se, attraverso l'apprendimento di concetti di nursing transculturale, è possibile migliorare la competenza culturale degli operatori sanitari. A tal proposito, gli studi reperiti hanno valutato l'aumentare delle competenze culturali attraverso l'ampiamiento del curriculum solo negli studenti di Infermieristica, non concentrandosi su corsi di formazione per infermieri che già esercitavano.

Concentrandosi perciò sugli studenti non ancora laureati, la ricerca in letteratura ha evidenziato una correlazione positiva tra l'inserimento nei curricula di nozioni di nursing transculturale e l'aumento della competenza culturale e dell'autoefficacia transculturale degli studenti. Infatti, negli studi analizzati, è stato possibile verificare che rispetto ai risultati che gli studenti di infermieristica avevano conseguito prima di apprendere le nozioni di nursing transculturale, vi è stato un significativo incremento dei punteggi successivi all'intervento (Fadaeinia *et al.*, 2022; James *et al.*, 2021; Mesler, 2014; Singleton, 2017). Ancora, che la sensibilità morale aumenta negli studenti che prendono parte ad un corso di nursing transculturale (Yüksel Kaçan, 2022).

Nella Tabella 4.1 e Tabella 4.2 sono stati riassunti i risultati dei test sulle competenze culturali e sull'autoefficacia transculturale svolti nei vari studi. Nonostante le tipologie

di test siano differenti in alcuni studi, come specificato nella tabella, si è voluto comunque evidenziare il trend in crescita del gruppo di intervento successivamente al corso di nursing transculturale. La differenza tra le medie post corso del gruppo sperimentale e di controllo è risultata significativa in tutti i casi analizzati.

Tab. 4.1 Riassunto risultati sulle competenze culturali pre-post corso degli studi analizzati

Studio	Media risultati pre corso		Media risultati post corso		Test effettuato
	Gruppo Controllo	Gruppo intervento	Gruppo Controllo	Gruppo intervento	
					//
Fadaeinia <i>et al.</i> , 2022	155.34	152.20	160.85	194.51	<i>Cultural Care Inventory</i> (Moulder, 2009)
Mesler, 2014	67.37*	67.88	73.11*	75.63	<i>IAPCC</i> (Campinha-Bacote, 2002)

*Nello studio di Mesler (2014) come gruppo di controllo è stato considerato il gruppo che ha frequentato un corso di cultura non infermieristica ed è stato confrontato con il gruppo che ha frequentato un corso di nursing transculturale.

Tab. 4.2 Riassunto risultati sull'autoefficacia transculturale pre-post corso degli studi analizzati

Studio	Media risultati pre corso		Media risultati post corso		Test effettuato
	Gruppo Controllo	Gruppo intervento	Gruppo Controllo	Gruppo intervento	
					//
James <i>et al.</i> , 2021	//	6.31	7.77	8.53	<i>TSE-T</i> (Jeffreys & Smodlaka, 1996, 1998).
Mesler, 2014	6.87*	6.86	7.63*	7.82	<i>TSE-T</i> (Jeffreys & Smodlaka, 1996, 1998).
Singleton, 2017	//	7.42	//	9.3	<i>TSE-T</i> (Jeffreys & Smodlaka, 1996, 1998).

*Nello studio di Mesler (2014) come gruppo di controllo è stato considerato il gruppo che ha frequentato un corso di cultura non infermieristica ed è stato confrontato con il gruppo che ha frequentato un corso di nursing transculturale.

Di seguito le conclusioni che sono state tratte dall'analisi appena effettuata. Frequentare un corso di nursing transculturale comporta

- maggiore abilità nel gestire situazioni di presa in carico transculturale grazie ad un buon livello di competenza culturale
- maggiore autoefficacia percepita nei contesti dove sono presenti pazienti con background culturali differenti
- maggiore capacità di comprendere dilemmi etici e di prevedere i risultati etici delle decisioni prese per conto dei pazienti.

Questo implica la necessità di formare gli studenti anche in un'ottica transculturale, così da avere le competenze per fornire una assistenza congrua e mirata al paziente. Ciò ha l'obiettivo di aumentare le abilità dell'infermiere di comprendere il paziente in una prospettiva olistica e, nondimeno, di accrescere la soddisfazione dei pazienti.

La revisione della letteratura si è focalizzata successivamente proprio sulla soddisfazione del paziente. Dagli studi selezionati si evince che un livello maggiore di autoefficacia transculturale e di competenza culturale, positivamente correlate alle conoscenze apprese di nursing transculturale (come verificato precedentemente), riducono l'ansia che gli infermieri provano nel relazionarsi con gruppi culturali diversi (Ham & Tak, 2022).

La competenza culturale e l'autoefficacia creano, inoltre, un buon livello di soddisfazione dei pazienti di altra cultura nei confronti del servizio che viene offerto loro (Castro & Ruiz, 2009; Tang *et al.*, 2019). Per di più, vi è una correlazione significativamente positiva tra la fiducia che il paziente con background culturale differente prova per il proprio infermiere e le competenze culturali dell'operatore sanitario: è da implementare la fiducia attraverso comportamenti comunicativi positivi e un processo decisionale condiviso (Tang *et al.*, 2019).

Infine, un ultimo studio ha analizzato la soddisfazione dei pazienti in esame ai quali era stato offerto un programma sanitario modificato per andare incontro alle loro caratteristiche culturali. Dai dati è emerso un alto livello di soddisfazione (Little *et al.*, 2013) generale.

Non è stato però possibile approfondire gli effetti che un corso di nursing transculturale può avere in un'ottica di pratica assistenziale, quindi se questa cambi in maniera significativa o meno a seconda della presenza o meno di un curriculum che comprenda anche queste.

Da quanto emerge, perciò, è possibile rispondere solo in parte al quesito di ricerca: le competenze culturali vengono sicuramente ampliate dall'apprendimento del nursing transculturale ma, con gli studi analizzati, non è possibile affermare se ciò comporta un miglioramento della pratica assistenziale.

4.2 PUNTI DI DEBOLEZZA DEGLI STUDI

Lo studio di Castro & Ruiz (2009) nell'analisi della soddisfazione dei pazienti rispetto al loro infermiere, non ha cambiato il termine "dottore" in "infermiere" nel questionario somministrato. La scelta è stata fatta in quanto il termine *Nurse Practitioner* (NP) indica un infermiere con maggiore educazione e autonomia rispetto ad un infermiere normale, ma nella lingua dei pazienti non vi era un termine corrispettivo e "*Latinas refer to their NPs as doctors anyway*" (Castro & Ruiz, 2009, pag. 284). Questo potrebbe aver alterato i risultati dello studio, in quanto è possibile che i pazienti in esame non abbiano analizzato l'operato dell'infermiere di riferimento, ma piuttosto dei dottori o degli operatori sanitari in generale.

Lo studio sperimentale di Little *et al.* (2013) ha analizzato la soddisfazione dei pazienti dopo aver reso più culturalmente coerente il programma al quale partecipano, ma, non avendo preso in considerazione l'idea di studiare anche un gruppo di controllo, è impossibile sapere se vi è stato un aumento della soddisfazione dei pazienti successivo alle modifiche effettuate o se già era presente un buon livello di soddisfazione generale.

Similmente allo studio appena citato, anche lo studio di Singleton (2017) non ha analizzato l'autoefficacia transculturale prima di apportare modifiche al programma DNP (Doctor of Nursing Practice), ed è perciò impossibile eseguire un confronto che vada a confermare o meno l'utilità delle modifiche effettuate.

Lo studio di James *et al.* (2021) ha somministrato il questionario sull'autoefficacia transculturale al gruppo di controllo solamente una volta, alla laurea. Non è stato possibile verificare se quindi vi è stato un aumento del livello di autoefficacia transculturale o meno nel gruppo di controllo e se questo sia andato di pari passo con il gruppo di intervento.

Allo stesso tempo, il campione del gruppo di intervento è variato di molto nel corso dello studio longitudinale. E' possibile che gli studenti che hanno partecipato fino alla fine allo studio siano stati quelli più interessati all'argomento, e che perciò sono stati più recettivi nei confronti delle lezioni di nursing transculturale.

In generale, è stato infatti difficile il reperimento di studi che andassero a sondare le competenze culturali degli infermieri, in quanto gran parte degli studi che hanno analizzato le competenze culturali si sono focalizzati sugli studenti. Non è stato valutato in maniera approfondita il modo in cui le competenze vengono applicate nella pratica assistenziale e se vi può essere una differenza significativa tra il loro utilizzo o meno.

Gli studi che si sono concentrati sulle competenze degli infermieri, infatti, non avevano carattere sperimentale ma osservazionale, e hanno perciò analizzato la realtà che si presentava nei reparti in studio. Perciò non è stato possibile verificare l'effetto che può comportare l'ampliamento delle competenze culturali negli infermieri di reparto.

La revisione della letteratura, come già accennato, non è riuscita ad approfondire cosa comporta l'applicazione di competenze culturali a livello di time management e di organizzazione del reparto. Non è stato quindi possibile comprendere in maniera più approfondita se vi sono anche degli svantaggi o degli ulteriori benefici nell'applicazione del nursing transculturale.

4.3 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Gli studi analizzati offrono uno spunto utile per migliorare la pratica clinica: migliorando la competenza culturale e l'autoefficacia transculturale gli infermieri, i curriculum degli studenti che le hanno ampliate indicano maggiore competenza nel prendere in carico pazienti di culture differenti e riescono, di seguito, a creare maggiore soddisfazione nei pazienti.

Per poter raggiungere una buona competenza di nursing transculturale è però necessario inserire nei curricula degli studenti dei corsi mirati a svilupparle e a fornire loro gli strumenti adatti per sapere gestire nella pratica clinica pazienti con background culturali differenti dal proprio.

4.4 IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

Da questa ricerca ciò che emerge è la necessità di approfondire l'ambito in quanto l'oggetto in analisi è poco approfondito, specialmente nel contesto della pratica assistenziale e dell'erogazione dei servizi attraverso competenze di nursing transculturale. Come è stato sottolineato in precedenza, diviene necessario comprendere se vi sono benefici ulteriori o svantaggi nell'applicazione di tali conoscenze, che potrebbero magari dare un quadro più approfondito e chiaro rispetto all'argomento.

4.5 CONCLUSIONI

La teoria del nursing transculturale elaborata da M. Leininger risulta molto attuale in quanto l'immigrazione aumenta sempre più e, con questo, la popolazione straniera residente in un dato Paese. Come si è cercato di evidenziare nella prima parte di questo elaborato, anche l'Italia vanta una realtà multiculturale importante e, come hanno dimostrato i dati portati a seguito, dal punto di vista sanitario è necessario prendere in carico in maniera più mirata gli immigrati che vivono nel territorio italiano.

Questo elaborato ha avuto perciò lo scopo di valutare se le teorie di Leininger creassero una maggiore competenza culturale in chi le apprendeva e se, quindi, fossero

importanti da inserire nel curriculum degli infermieri per renderli maggiormente preparati alla multietnicità presente anche negli ambienti sanitari.

Ciò che emerge dalla ricerca in letteratura è che le competenze culturali sono correlate positivamente alla soddisfazione del paziente e negativamente all'ansia che l'infermiere prova nei confronti di gruppi etnici differenti. Negli studenti di infermieristica, è stato verificato che è possibile aumentare le competenze culturali attraverso corsi di nursing culturale.

Allo stesso tempo, però, non risponde completamente al quesito proposto, in quanto è necessario fare ulteriori studi che valutino la pratica clinica e come questa venga influenzata dall'apprendimento delle competenze culturali e che, quindi, evidenzino eventualmente la necessità di potenziare queste conoscenze e abilità per migliorare la presa in carico dei pazienti. È stata evidenziata perciò la difficoltà di trovare studi che applichino la teoria infermieristica e che valutino i suoi benefici nella pratica assistenziale.

Per questo è necessario approfondire ulteriormente con nuovi studi se le nozioni di nursing transculturale possano essere la soluzione più efficace e utile agli infermieri per prendere in carico i pazienti con background culturale differente dal proprio.

BIBLIOGRAFIA

- Brondolo, E., Byer, K., Gianaros, P. J., Liu, C., Prather, A. A., Thomas, K., Woods-Giscombé, C. L., Beatty, L. A., & Puryear Keita, G. (2017). Working Group Members STRESS AND HEALTH DISPARITIES Contexts, Mechanisms, and Interventions Among Racial/Ethnic Minority and Low Socioeconomic Status Populations. *American Psychological Association*, 29–31.
<http://www.apa.org/pi/health-disparities/resources/stress-report.aspx>
- Brondolo, E., Libby, D. J., Denton, E. G., Thompson, S., Beatty, D. L., Schwartz, J., Sweeney, M., Tobin, J. N., Cassells, A., Pickering, T. G., & Gerin, W. (2008). Racism and ambulatory blood pressure in a community sample. *Psychosomatic Medicine*, 70(1), 49–56. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815ff3bd>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3).
- Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(5), 278–286. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00406.x>
- Fadaeinia, M. M., Miri, S., Azizzadeh Forouzi, M., Roy, C., & Farokhzadian, J. (2022). Improving Cultural Competence and Self-Efficacy Among Postgraduate Nursing Students: Results of an Online Cultural Care Training Program. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/10436596221101925>
- Ham, H. J., & Tak, S. H. (2022). Factors Influencing Transcultural Self-Efficacy Among Nurses With Foreign Patient Care Experience. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(1), 87–95. <https://doi.org/10.1177/10436596211016514>
- James, L., Stiles, A., & Stephens, C. (2021). Nursing Student Differences in Transcultural Self-Efficacy by Culture Curriculum: A Longitudinal Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(3), 286–294.
<https://doi.org/10.1177/1043659620950422>
- Jeffreys, M. R. (2000). *Development and Psychometric Evaluation of the Transcultural Self-Efficacy Tool: A Synthesis of Findings*.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 152–160.
<https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Leininger M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2).
- Leininger, M. (1999). What Is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1).

- Little, S. H., Motohara, S., Miyazaki, K., Arato, N., & Fetters, M. D. (2013). Prenatal group visit program for a population with limited English proficiency. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(6), 728–737. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.06.130005>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2014). Leininger's Enablers for Use with the Ethnonursing Research Method. In *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (pp. 73–99).
- Meleis, A. I. (1999). Culturally Competent Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 12.
- Mesler, D. M. (2014). A comparative study of cultural competence curricula in baccalaureate nursing programs. *Nurse Educator*, 39(4), 193–198. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000040>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 674–697.
- Pascoe E., & Richman L. (2009). Supplemental Material for Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/a0016059.supp>
- Petrelli, A., di Napoli, A., Perez, M., & Gargiulo, L. (2017). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat. *Epidemiologia & Prevenzione*, 50, 1–72. www.epiprev.it
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A., & Martsof, D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25(3), 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.12.005>
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Singleton, J. K. (2017). An Enhanced Cultural Competence Curriculum and Changes in Transcultural Self-Efficacy in Doctor of Nursing Practice Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(5), 516–522. <https://doi.org/10.1177/1043659617703162>
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2010). Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/92>
- Tang, C., Tian, B., Zhang, X., Zhang, K., Xiao, X., Simoni, J. M., & Wang, H. (2019). The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 749–759. <https://doi.org/10.1111/jan.13854>

Treas, J., & Gubernskaya, Z. (2016). Immigration, Aging, and the Life Course. *Handbook of Aging and the Social Sciences: Eighth Edition*, 143–161. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417235-7.00007-X>

Yüksel Kaçan, C. (2022). The Effect of Transcultural Nursing Course on Students' Moral Sensitivity: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(3), 427–436. <https://doi.org/10.1177/10436596211063813>

SITOGRAFIA

Enciclopedia Treccani Online treccani.it/

Commissione Europea ec.europa.eu/

European Parliament europarl.europa.eu

Istituto Nazionale di Statistica istat.it/

Transcultural Nursing Society <https://tcns.org/>

Transcultural Care <http://transculturalcare.net/>