DOI 10.11603/2411-1597.2026.1.16292
УДК 616-083:316.7

КУЛЬТУРНО-КОМПЕТЕНТНИЙ ДОГЛЯД У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ НАУЦІ ТА ПРАКТИЦІ

Н. Ю. Олійник, Н. В. Костерева

Львівська медична академія імені Андрея Крупинського, Львів, Україна

Вступ. Зростання культурного різноманіття населення в Україні та глобальні міграційні процеси актуалізують проблему надання медичної допомоги пацієнтам із різними культурними особливостями. Дослідження вказують на існування нерівностей в якості медичних послуг для етнічних меншин. Через це культурно-компетентний догляд є важливим чинником підвищення ефективності медсестринської практики та покращення результатів лікування.

Мета роботи – дослідити концепцію культурно-компетентного догляду на основі аналізу найвідоміших теоретичних моделей та з'ясувати вплив культурної компетентності на медсестринську практику.

Основна частина. Культурно-компетентний догляд – це динамічний процес адаптації медичної допомоги до культурних цінностей, мови і вірувань пацієнта задля створення безпечного та інклюзивного середовища. Науковий фундамент концепції заклали теоретики M. M. Leininger, L. D. Purnell, J. Campinha-Bacote та I. Papadopoulos, які обґрунтували, що ігнорування культурного контексту призводить до стресу, помилок у діагностиці та зниження якості лікування. Сучасна модель догляду базується на чотирьох етапах: усвідомленні власних упереджень, здобутті знань про різні етнічні групи, розвитку чутливості у спілкуванні та фінальному синтезі цих навичок у компетентність. Упровадження такого підходу через освітні програми та наукові дослідження є критично важливим для гуманізації медицини, подолання дискримінації та забезпечення рівного доступу до якісної допомоги в умовах глобалізованого світу.

Висновки. Культурно-компетентний догляд – це безперервна система адаптації медсестринської практики до світогляду пацієнта, що базується на класичних транскультурних моделях і трансформує хворого з об'єкта маніпуляцій на активного партнера. Упровадження такого підходу мінімізує нерівність у доступі до медицини та забезпечує етично обґрунтовану, індивідуалізовану допомогу в мультикультурному суспільстві. Для сталого розвитку галузі необхідно інтегрувати культурну обізнаність в освітні програми, посадові інструкції та наукові дослідження.

Ключові слова: культурно-компетентний догляд; моделі культурно-компетентного догляду; медсестринська наука; медсестринська практика.

CULTURALLY COMPETENT CARE IN NURSING SCIENCE AND PRACTICE

N. Yu. Oliynyk, N. V. Kostereva

Andrey Krupinskyi Lviv Medical Academy, Lviv, Ukraine

Introduction. The growing cultural diversity of Ukraine's population and global migration processes highlight the challenge of providing medical care to patients with diverse cultural backgrounds. Research indicates inequalities in the quality of medical services for ethnic minorities. Therefore, culturally competent care is an important factor in enhancing the effectiveness of nursing practice and improving treatment outcomes.

The aim of the study – to explore the concept of culturally competent nursing based on the analysis of the most well-known theoretical models and to clarify the impact of cultural competence on nursing practice.

The main part. Culturally competent care is a dynamic process of adapting medical care to the patient's cultural values, language, and beliefs to create a safe and inclusive environment. The scientific foundation of this concept was laid by theorists M. Leininger, L. Purnell, J. Campinha-Bacote, and I. Papadopoulos, who demonstrated that ignoring cultural context leads to stress, diagnostic errors, and reduced treatment quality. The modern model of care is based on four stages: awareness of one's own biases, acquisition of knowledge about different ethnic groups, development of sensitivity in communication, and the final synthesis of these skills into competence. Implementing this approach through educational programs and scientific research is critical to humanising medicine, overcoming discrimination, and ensuring equal access to quality care in a globalised world.

© Н. Ю. Олійник, Н. В. Костерева, 2026

Conclusions. Culturally competent care is a continuous process of adapting nursing practice to the patient's worldview, grounded in classical transcultural models and transforming the patient from an object of manipulation into an active partner. Implementing this approach minimises inequalities in access to healthcare and ensures ethically sound, individualised care in a multicultural society. For the sustainable development of the field, it is necessary to integrate cultural awareness into educational programs, job descriptions, and research.

Keywords: culturally competent care; culturally competent care models; nursing science; nursing practice.

Вступ. У сучасній Україні є велика кількість людей різних національностей та етнічного походження, що може призвести до зростання кількості пацієнтів з різними етнічним походженням, культурою і релігійними переконаннями. Глобальна міграція населення також ставить перед медичними сестрами / медичними братами завдання надання допомоги безпрецедентному числу пацієнтів з різними уявленнями та практиками в галузі охорони здоров'я, які можуть відрізнятися від їх власних. Глобальна міграція медичних сестер / медичних братів для вирішення проблеми нестачі кадрів ставить мігруючих медичних сестер / медичних братів в аналогічне становище, змушуючи їх дбати про пацієнтів з різними культурними особливостями. Наукові дослідження показують, що пацієнти з етнічних меншин часто отримують медичну допомогу нижчої якості та менш точний діагноз [1]. Окрім того, як стверджують дослідники, ймовірно, існують глибокі нерівності та диспропорції щодо цих груп, коли вони потребують медичної допомоги [2, 3]. Тому можна висунути гіпотезу, що саме культурно-компетентна допомога підвищить задоволеність пацієнтів, а також покращить результати їх догляду.

Мета роботи – дослідити концепцію культурно-компетентного догляду на основі аналізу найвідоміших теоретичних моделей та з'ясувати вплив культурної компетентності на медсестринську практику.

Основна частина. У роботі використано методологію систематичного огляду літератури (SLR) для виявлення, перегляду, оцінки та інтерпретації всіх доступних досліджень. Цей метод призначений для структурованого перегляду та ідентифікації наукових публікацій відповідно до встановлених процедур. Інформацію збирали шляхом читання літератури, пов'язаної з обговорюваною темою. Джерела даних, зокрема монографії, наукові статті, звіти про дослідження та інші форми, пов'язані з цим дослідженням.

Культурно-компетентний догляд можна визначити як підхід до пацієнта, що визнає, поважає і враховує його культурні цінності, переконання, мову та звичаї, створюючи безпечне середовище, де медична сестра / медичний брат надає інклюзивну допомогу, адаптуючи комунікацію, уникаючи дискримінації і не засуджуючи культурних практик, щоб забезпечити ефективний та емпатичний догляд.

Концепцію «культурно-компетентної допомоги» представлено в сучасній науковій літературі [3–6]. Також існує низка моделей надання культурно-компетентної допомоги, а також низка визначень культурної чутливості та компетентності. Так, Z. Shen [6] розрізняє теоретичні моделі, в яких культурну чутливість і компетентність вивчають з точки зору процесу (наприклад, J. Campinha-Bacote), та методологічні моделі, зосереджені на методах, які медичний працівник / медична працівниця може використовувати для досягнення культурної компетентності (наприклад, M. M. Leininger).

У медсестринській науці можна виділити чотири найвідоміші теоретичні моделі культурно-компетентної допомоги: теорію транскультурної турботи M. M. Leininger, модель культурної компетентності L. D. Purnell, модель культурної компетентності J. Campinha-Bacote, модель I. Papadopoulos.

На початку 1960-х років відома теоретик медсестринства M. M. Leininger [7, 8] побачила гостру необхідність переорієнтації мислення та комунікації медичних сестер / медичних братів з медичних симптомів, хвороб і методів лікування на знання культур, цінностей та моделей турботи, оскільки:

– через розвиток сучасної електроніки, транспорту та зв'язку збільшилася кількість міграцій людей практично з усіх куточків світу, і всі вони потребували чуйного та належного догляду;

– спостерігались ознаки культурного стресу та культурних конфліктів, оскільки медичні сестри / медичні брати намагалися надавати однакову допомогу людям різних західних і незахідних культур;

– були культурні ознаки побоювань пацієнтів та опору медичному персоналу, який використовував нові технології і методи лікування, що не відповідали їх цінностям та способу життя;

– виявлено ознаки того, що деякі пацієнти різних культур були розгнівані, засмучені й неправильно зрозумілі медичним персоналом через культурне незнання їх переконань, цінностей та очікувань;

– виявлено ознаки неправильної діагностики та неналежного поводження з пацієнтами певних культур, оскільки медичний персонал не розумів їх культури;

– спостерігались ознаки того, що з пацієнтами різних культур, чи то вдома, чи в лікарні, чи в клініці, комунікували незадовільно, і це впливало на їх одужання;

– були численні ознаки міжкультурних конфліктів серед медичного персоналу, що призводило до напруженості у колективі;

– медичним сестрам / медичним братам, які почали працювати за кордоном в армії або як місіонери, було дуже важко розуміти і надавати належну допомогу пацієнтам різних культур, вони скаржилися на те, що не розуміють потреб, цінностей та способу життя цих людей.

З цих та багатьох інших причин стало очевидно, що люди різних культур не отримували догляду, що відповідав їх культурним переконанням та цінностям [7, 8]. Саме тому медичним сестрам / медичним братам та іншим медичним працівникам терміново були потрібні транскультурні знання і навички для ефективної роботи з людьми різних культур.

M. M. Leininger розробила і представила теорію транскультурної турботи. Вона вважала, що культурно-компетентний медсестринський догляд може забезпечити значні й терапевтичні результати у сфері здоров'я та лікування. M. M. Leininger вважала, що турбота – це сутність медсестринства і центральний, домінуючий та відмінний елемент. Якщо турбота необхідна для добробуту, здоров'я, зцілення, розвитку і виживання, а також для подолання інвалідності або смерті, то культурна турбота є найбільш широким цілісним засобом, що дозволяє інтерпретувати та прогнозувати явища у медсестринстві, щоб спрямовувати медсестринську практику. Теорія транскультурної турботи M. M. Leininger передбачає, що знання культурних та соціальних особливостей спільноти чи групи може визначати досягнення цілей у практиці медсестринства. Фактори, які підтримують теорію, зокрема культура, догляд, світогляд, системи охорони здоров'я чи традиційний добробут, допомогли підкреслити переконання, що люди різних культур можуть надавати інформацію та спрямовувати медичних фахівців до отримання того виду догляду, який їм потрібен чи якого вони хочуть.

M. M. Leininger розробила свою модель – модель сходу сонця, яка розглядає медичних сестер / медичних братів як міст між традиційними знаннями та професійними знаннями і показує, як соціальна структура, мова, релігія, економіка й освіта впливають на здоров'я. Цінність моделі полягає в тому, що вона полегшує практику медсестринства, розглядаючи людину як цілісну сутність, що належить до соціальної структури та має культурне походження, від якого вона невіддільна, як і від свого світогляду. З огляду на це, завдання медсестринства полягає в тому, щоб розкрити зміст поведінки пацієнта, навчитися гнучкості, креативності та отримати знання про різні культури для підвищення ефективності медсестринського догляду.

Модель культурної компетентності створив у 1991 р. L. D. Purnell [9, 10]. Він вказав на необхідність теоретичної основи як для студентів медичних сестер / медичних братів, так і для медичних фахівців, що дозволила б їм дізнатися про свою власну культуру та культури людей, яким вони надають допомогу. Існує п'ять загальних основ моделі L. D. Purnell:

1. Індивід – біопсихосоціальна істота, яка постійно адаптується до навколишнього середовища, має власну самосвідомість, цінності, переконання та ідеї, що можуть впливати на те, як до неї потрібно ставитися.

2. Сім'я – двоє чи більше людей, емоційно пов'язаних між собою, які не обов'язково живуть поруч або пов'язані кровними узами.

3. Спільнота – група людей із загальними інтересами, які проживають у певному місці, й фізичні, соціальні та символічні характеристики створюють зв'язок між ними.

4. Глобальне суспільство, що складається із широкого кола людей з різноманітним етнічним та культурним походженням, оскільки сучасний світ тісно взаємопов'язаний.

5. Здоров'я – стан організму, що визначається людиною чи етнічною групою і зазвичай має біопсихосоціальні та духовні наслідки, які взаємодіють із сім'єю, спільнотою і глобальним суспільством.

L. D. Purnell продемонстрував потребу в культурній компетентності, обґрунтовуючи свою точку зору тим, що люди заслуговують на повагу, виходячи зі свого культурного походження (в тому числі і як особистості). Очевидно, багато культурних груп

вразливі до значних відмінностей у стані здоров'я. Тому медичні фахівці та заклади повинні визнавати і враховувати культурні цінності, переконання та звичаї людей, яким вони надають догляд; в іншому випадку якість медичної допомоги знижується, результати лікування погіршуються, а витрати на охорону здоров'я збільшуються.

Модель J. Campinha-Bacote [11, 12] ґрунтується на ідеї, що культурна компетентність – це процес, в якому медичні працівники постійно прагнуть досягнення здатності та готовності ефективно працювати в культурному контексті окремої людини, сім'ї чи спільноти. Процес включає інтеграцію культурної обізнаності, знань, навичок, взаємодій і бажань. Модель основана на взаємодії таких шести конструктів, як:

1. Культурне бажання – бажання медичних працівників учитися та розуміти інших, а також бути відкритими для нових ідей.

2. Культурні знання, що розуміються як навчання та пошук інформації про те, як сприймати здоров'я та хворобу для отримання загального бачення задля розуміння групи з іншою культурою, якій потрібно надавати допомогу.

3. Культурна поінформованість – повага та усунення забобонів для кращого розуміння різних культур та більшої чуйності до їх потреб.

4. Культурні навички, які передбачають розробку методів виявлення поглядів, переконань, проблем тощо з метою пропозиції відповідного догляду.

5. Культурні взаємодії, тобто сприяння взаємодії з людьми різного культурного походження, розуміння їх культури. Це також включає знання особливостей кожної культури на освітньому, культурному та економічному рівнях.

6. Культурна чутливість, яка необхідна для формування довіри, прийняття і поваги, а також для сприяння та ефективності комунікації. Також пропонується розвиток транскультурної комунікативної компетентності.

Таким чином, ця модель розглядає культурну компетентність як процес, а не як ізольовану подію. Аналогічно модель стверджує, що існує прямий зв'язок між рівнем культурної компетентності медичних працівників та їх здатністю надавати культурно чутливу допомогу, що відповідає потребам пацієнтів, з урахуванням їх різноманітності.

Ще однією з важливих теорій культурної компетентності є модель I. Papadopoulos – модель формування культурної компетентності в медичних працівників [13–15]. Вона описує знання і навички, які повинні мати медичні сестри / медичні брати для надання допомоги з урахуванням потреб та культурних переконань окремих осіб, тим самим забезпечуючи культурно-чутливу медсестринську практику.

I. Papadopoulos визначає концепцію культури як загальні способи життя групи людей, включаючи переконання, цінності, ідеї, мову, спілкування, норми і практики, що виражаються через звичаї, мистецтво, музику, одяг та етикет. Культура впливає на спосіб життя людей, їх особисту ідентичність та відносини з іншими, як усередині, так і поза їх культурою. Культурна компетентність визначається як відповідальність фахівців за захист інтересів тих, хто перебуває у несприятливому становищі через свою етнічну приналежність, та за їх право на належне звернення без забобонів щодо їх походження, а також за розширення прав і можливостей людей для участі в прийнятті рішень у галузі охорони здоров'я.

Крім того, модель I. Papadopoulos сприяє рівності та підвищенню самооцінки пацієнтів. Ця теорія культурно-компетентного догляду підкреслює, що медичні сестри / медичні брати повинні мати як загальну, так і специфічну культурну компетентність. Специфічна культурна компетентність включає як знання, так і навички, пов'язані з конкретною етнічною групою, які сприяють розумінню культурних правил і цінностей, прийнятих у цій культурі. Загальна культурна компетентність включає знання та навички, які можна застосовувати до всіх етнічних груп. Модель також наголошує, що медичні сестри / медичні брати повинні просувати практики, спрямовані проти упереджень та дискримінації. Модель складається з чотирьох структурних конструктів (рис.).

Перші три конструкти призводять до досягнення четвертого, а саме культурної компетентності.

Отже, перший етап цієї моделі ґрунтується на усвідомленні культурної ідентичності медичних сестер / медичних братів для розуміння їх культурної спадщини і спадщини інших людей, виходячи з їх цінностей та переконань, і того, як вони впливають на здоров'я та медичні практики окремих осіб. Ці цінності та переконання формують рішення і судження, перебувають під впливом як сімейного, так і соціального середовищ та дозволяють враховувати ризики етноцентризму і стереотипів та їх зв'язок із дискримінацією.

Рис. **Модель формування культурної компетентності в медичних працівників за I. Papadopoulos.**

Другий етап (культурних знань) може бути набутий у різний спосіб, наприклад через такі дисципліни, як історія, психологія, соціологія, медицина та сестринська справа. Іншим способом є встановлення контактів з людьми різних етнічних груп, що дозволяє зрозуміти, як люди інтерпретують здоров'я / хворобу через призму своїх переконань та практик, а також їх стратегії вирішення проблем.

Досягнення третього етапу (культурної чутливості) вимагає розуміння того, як медичні працівники сприймають людей, яким вони надають допомогу, тому необхідно встановити з ними адекватні міжособистісні відносини. Лікування має бути рівноправним, основаним на довірі, прийнятті й повазі, а також на сприянні та комунікації, щоб продемонструвати, що допомога надається з урахуванням культурних особливостей.

Для досягнення четвертого етапу (культурної компетентності) необхідний синтез культурної усвідомленості, культурних знань та культурної чутливості, тому цей етап можна розглядати як процес і як результат знань та навичок, набутих протягом особистого і професійного життя, що дозволяє оцінювати потреби та встановлювати діагноз для надання допомоги людям, яким медичні сестри / медичні брати надають допомогу.

Культурно-компетентний підхід до медичної допомоги використовують, коли пацієнт та медичний працівник – з різним етнічно-культурним походженням – взаємодіють один з одним, щоб знайти зв'язок для побудови якісніших стосунків у сфері догляду [16]. На ці стосунки у сфері догляду впливають культурні особливості як пацієнта, так і медичного працівника. З прийманням та доланням цих культурних відмінностей починається індивідуальна концепція догляду. Остання відповідає проблемам та потребам пацієнта незалежно від його культури, релігії чи походження.

Варто визнати, що медсестринський догляд – це складний процес, і його необхідно розуміти з трансформаційної точки зору. Так, J. Fawcett [17] визначила три підходи медсестринства: реакційне, або детерміністичне, взаємне, або інтегративне, одночасне, або унітарне трансформаційне. Детерміністичне бачення виникло з позитивізму, філософської парадигми, яка розуміє науку як об'єктивну, вимірювану і кількісно піддається оцінці та прагне доведеної істини [18]. Інтерактивне інтегративне бачення виникло з постпозитивізму і зосереджувалося на людині, контексті, цінностях, переконаннях, інтересах та досвіді. Це бачення розглядає людей як мінливі, стійкі та постійно взаємодіючі сутності, тобто люди є інтегрованим цілим, організованим і незвідним до суми ізольованих частин. Тому медсестринський догляд і турбота виходять за межі фізичного та охоплюють емоційні, соціальні й духовні аспекти. Нарешті, унітарне трансформативне бачення виникло шляхом поєднання елементів органічності, одночасності, змін та трансформативної унітарності, що є характерним способом інтерпретації світу і людей як динамічного організму, що розвивається в часі та контексті. Це останнє бачення базується на постпозитивістських парадигмах, таких, як феноменологія, герменевтика, гуманізм, ідеалізм та екзистенціалізм [18].

Доречно також пам'ятати, що кінцева мета сестринської допомоги полягає в наданні гуманізованої допомоги, зосередженої на людині, здоров'ї, довкіллі та сестринському догляді. А сестринська

практика явно не зводиться до простого застосування технік і процедур, це набагато складніший процес, що вимагає прояву прихильності й поваги до різноманітності точок зору та культур.

Проте варто уникати поширених помилкових переконань, що культурна компетентність обмежується етнічною та/або релігійною різноманітністю і має прийняти набагато ширший підхід. Експертна група Американської асоціації медсестер з питань культурної компетентності (2007) визначила:

1. Культурна компетентність дозволяє оволодіти знаннями, розумінням та навичками про різноманітні культурні групи, що дозволяє медичним працівникам надавати відповідну культурну допомогу.

2. Культурна компетентність – це безперервний процес, що включає прийняття і повагу відмінностей та не допускає надмірного впливу особистих переконань тих, хто має інший світогляд.

3. Культурна компетентність включає ознайомлення із загальною культурою, а також з інформацією, специфічною для конкретної культури, таким чином, щоб фахівець знав, які питання ставити [19].

Коротко, культурна компетентність – це механізм для мінімізації несвідомої упередженості, яка поширена серед більшості людей. Така упередженість належить до тенденцій, поглядів або стереотипів, які впливають на наше розуміння і проявляються в діях та рішеннях, що формуються поза нашим власним свідомим сприйняттям.

Дослідження підтверджують, що знання, навички і ставлення є ключовими для розвитку культурної компетентності [20]. Тому для покращення культурної компетентності в сучасних медичних сестер / медичних братів важливо, щоб в освітніх професійних програмах з медсестринства були передбачені освітні компоненти, які б формували культурну обізнаність та культурну чутливість. Поширювати досвід культурно-компетентного догляду потрібно за допомогою як формальної, так і неформальної освіти, наприклад, запрошуючи досвідчених доповідачів або на сесіях професійного розвитку персоналу. Також варто було б офіційно визнати ці культурні навички медсестринства, наприклад, виклавши їх як частину конкретних обов'язків посади.

Надалі необхідно ініціювати дослідницькі проєкти з питань культурно-компетентної медсестринської практики, що може допомогти у розвитку знань та науки, а також для підтвердження результатів, які можуть мати значні наслідки для забезпечення високого стандарту медсестринської освіти і компетентної практики. Це було б важливо для просування мультикультурної охорони здоров'я як валідної та авторитетної галузі дослідження.

Висновки. Підсумовуючи, концепцію культурно-компетентного догляду можна визначити як полікомпонентну систему, що інтегрує етичні, когнітивні та поведінкові аспекти професійної діяльності медичних сестер / медичних братів. Це не ізольована подія, а безперервний процес адаптації, спрямований на створення безпечного, інклюзивного та емпатичного середовища для лікування.

Фундаментом концепції є класичні моделі (M. M. Leininger, L. D. Purnell, J. Campinha-Bacote, I. Papadopoulos), які розглядають культуру як невід'ємну частину здоров'я. Ключовим є перехід від суто біомедичного фокусу (симптоми, хвороби) до антропологічного (світогляд, соціальна структура).

Культурна компетентність може бути дієвим інструментом подолання нерівності в доступі до медичної допомоги, адже вона трансформує модель «пацієнт – пасивний об'єкт» у модель «пацієнт – активний партнер», що є обов'язковою умовою функціонування сучасних людиноцентричних систем охорони здоров'я.

Культурно-компетентний догляд повинен бути важливою складовою сучасної медсестринської практики, оскільки здатен забезпечити індивідуалізований, етично обґрунтований і ефективний підхід до пацієнта. Таким чином, розвиток культурної компетентності є перспективним напрямом удосконалення медсестринської практики, що забезпечує підвищення якості та доступності медичної допомоги в умовах сучасного мультикультурного суспільства.

Для підвищення якості медсестринства необхідно інтегрувати культурну обізнаність у професійні освітні програми, офіційно закріплювати ці навички у посадових інструкціях та стимулювати подальші наукові дослідження в галузі транскультурного догляду.

Джерела фінансування. Фінансування відсутнє.

Внесок авторів. Обидва автори зробили суттєвий внесок у підготовку роботи.

Н. Ю. Олійник – формування ідеї, концепції та дизайну дослідження; проведення огляду літератури і написання тексту; інтерпретація результатів.

Н. В. Костерева – проведення огляду літератури і написання тексту.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Colwell, R.L., Narayan, A.K., & Ross, A.B. (2022). Patient race or ethnicity and the use of diagnostic imaging: a systematic review. *Journal of the American College of Radiology, 19* (4), 521-528. DOI 10.1016/j.jacr.2022.01.008.

2. Luiking, M.L., Heckemann, B., Ali, P., Dekker-van Doorn, C., Ghosh, S., Kydd, A., ... & Patel, H. (2019). Migrants' healthcare experience: a meta-ethnography review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship, 51* (1), 58-67. DOI 10.1111/jnu.12442.

3. Mareno, N., & Hart, P.L. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: Implications for nursing education. *Nursing Education Perspectives, 35* (2), 83-88. DOI 10.5480/12-834.1.

4. Douglas, M.K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D.F., Callister, L.C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., ... Purnell, L. (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing, 25* (2), 109-121. DOI 10.1177/1043659614520998.

5. Flowers, D.L. (2004). Culturally competent nursing care: A challenge for the 21st century. *Critical Care Nurse, 24* (4), 48-52.

6. Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *Journal of transcultural nursing, 26* (3), 308-321. DOI 10.1177/1043659614524790.

7. Leininger, M.M. (1993). Towards conceptualization of transcultural health care systems: Concepts and a model. *Journal of Transcultural Nursing, 4* (2), 32-40. DOI 10.1177/10 4365969300400206.

8. Leininger, M.M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing, 13* (3), 189-192. DOI 10.1177/10459602013003005.

9. Purnell, L.D., & Fenkl, E.A. (2019). *The Purnell model for cultural competence.* In *Handbook for Culturally Competent Care* (pp. 7-18). Cham: Springer International Publishing.

10. Purnell, L.D., & Paulanka, B.J. (2003). *The Purnell model for cultural competence.* In L.D. Purnell & B.J. Paulanka, *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed., pp. 8-39). Philadelphia, PA: Davis.

11. Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of nursing education, 38* (5), 203-207. DOI 10.3928/0148-4834-19990501-06.

12. 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), 181-184. DOI 10.1177/10459602013003003.

13. Papadopoulos, I. (Ed.). (2006). *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Elsevier Health Sciences.

14. Papadopoulos, I., Tilki, M., & Lees, S. (2004). Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care, 1,* 107-116.

15. Papadopoulos, I., Tilki, M., & Taylor, G. (1998). *Transcultural care: A guide for health care professionals.* Wiltshire, UK: Quay Books.

16. Uzun, Ö., & Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of clinical nursing, 24* (23-24), 3400-3408. DOI 10.1111/jocn.12982.

17. Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing science quarterly, 18* (2), 131-135. DOI 10.1177/0894318405274823.

18. Polit, D., & Beck, C. (2020). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

19. Giger, J., Davidhizar, R.E., Purnell, L., Harden, J.T., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing, 18* (2), 95-102. DOI 10.1177/1043659606298618.

20. Watt, K., Abbott, P., & Reath, J. (2016). Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. *BMC family practice, 17* (1), 158. DOI 10.1186/s12875-016-0560-6.

Надійшла до редакції: 28.01.2026
Прийнято після рецензування: 10.02.2026
Подано до друку: 20.02.2026