



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Uvědomění, znalosti a dovednosti potřebné k
poskytování kulturně kompetentní péče**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Štěpánka Novotná

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Uvědomění, znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kulturně kompetentní péče*“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2024

.....

Bc. Štěpánka Novotná

Poděkování

Ráda bych toto poděkování věnovala paní prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za odborné vedení, trpělivost, připomínky, cenné rady, ochotnou pomoc a množství času, který nad mou prací strávila. Velké poděkování patří mé rodině a blízkým přátelům za ochotu a pomoc, kterou mi projevovali během psaní diplomové práce. Dále bych také chtěla poděkovat respondentům za poskytnuté odpovědi k výzkumné části diplomové práce.

Uvědomění, znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kulturně kompetentní péče

Abstrakt

Úvod: Migrace obyvatel je v současné době stále aktuální. Sestry pracující u praktických lékařů by se měly celoživotně vzdělávat v oblasti kulturní kompetence. Každá sestra by měla mít kulturní znalosti, postoje a dovednosti, aby mohla ošetřovat různé minority. Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň kulturních kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících u praktických lékařů.

Metodika: Výzkumné šetření probíhalo pomocí kvantitativní metody v ordinacích praktického lékaře, která byla součástí výzkumného grantového projektu GAJU číslo 046/2021/S. Výzkum probíhal od května do listopadu 2022. Byly osloveny sestry ze tří krajů. Výsledky byly zjišťovány pomocí anonymního dotazníku, který se skládal z nestandardizované a standardizované části. Obsahoval celkem 79 otázek. Dotazník zjišťoval, jaké mají sestry kulturní znalosti, citlivost, dovednosti a zda si toto všechno uvědomují.

Výsledky: Výzkumný soubor byl tvořen 120 respondenty. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že sestry v ordinacích praktického lékaře poskytují kulturně kompetentní péči. Byly odhaleny nedostatky práce sester, kterými jsou komunikační bariéra a tlumočnický vztah s daným zařízením. Sestry mají kulturní znalosti, kulturní dovednosti a jsou kulturně citlivé. Uvědomují si, že kulturní kompetence jsou neustálým procesem a měly by se i nadále v této oblasti kontinuálně vzdělávat. Bylo zjištěno, že nemají negativní postoje vůči pacientům z jiných kultur.

Závěr: Diplomová práce poskytuje komplexní pohled na multikulturní ošetrovatelství v ordinacích praktických lékařů. Na základě výsledků diplomové práce bude vytvořen článek do časopisu, který bude přínosný pro nelékařský zdravotnický personál i laickou veřejnost.

Klíčová slova

Diversita; kulturní kompetence; model; multikulturní ošetrovatelství; praktický lékař; sestra

Awareness, knowledge and skills needed to provide culturally competent care

Abstract

Introduction: Population migration is still a topical issue today. Nurses working in general practitioners surgeries should receive lifelong training in cultural competence. Every nurse should have cultural knowledge, attitudes and skills to be able to treat different minorities. The aim of this thesis is to determine the level of cultural competence of non-medical health care workers working in general practitioners surgeries.

Methodology: The research investigation was conducted using a quantitative method in general practitioner's offices as part of a GAJU research grant project number 046/2021/S. The research was being conducted from May to November 2022. Nurses from three regions were contacted. The results were collected using an anonymous questionnaire, which consisted of a non-standardized and a standardized part. It contained a total of 79 questions. The questionnaire looked into the nurses cultural knowledge, sensitivity, skills and whether they were aware of all these.

Results: The research group consisted of 120 respondents. From the research results, it is clear that nurses in general practitioners surgeries provide culturally competent care. Some flaws concerning nurses work were revealed, which are communication barrier and the interpretation relationship with the set institution. Nurses have cultural knowledge, cultural skills and are culturally sensitive. They realize that cultural competence is an ongoing process and they should be educated continually in this area. It was noted that they do not have negative attitudes towards patients from other cultures.

Conclusion: This thesis provides a comprehensive view of multicultural nursing in general practitioners surgeries. Based on the results of the thesis, a journal article will be written that will be beneficial to non-medical health care personnel and also the general public.

Key words

Diversity; cultural competence; model; multicultural nursing; general practitioner; nurse

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Moderní ošetrovatelství	9
1.1.1 Holistická péče.....	10
1.2 Identita a kultura	12
1.3 Dovednosti a pochopení vlivu kultury	14
1.3.1 Motivace	15
1.3.2 Znalosti	16
1.3.3 Postoje.....	17
1.4 Kultura jako význam hodnot.....	18
1.5 Kulturní diverzita.....	19
1.6 Kulturně kompetentní péče.....	20
1.6.1 Kulturní kompetence.....	20
1.6.2 Sebeposouzení kulturních kompetencí	22
1.6.3 Model kulturních kompetencí dle Larry D. Purnella.....	23
1.6.4 Model kulturních kompetencí dle Papadopoulos, Tilki a Taylor	25
1.7 Primární péče v ordinacích praktického lékaře.....	27
2 Cíl práce a výzkumné hypotézy	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Hypotézy	30
3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli a hypotézách.....	31
4 Metodika	33
4.1 Charakteristika výzkumného souboru	33
4.2 Použité metody	33

4.3	Sběr a analýza dat	34
5	Analýza a interpretace výsledků	35
5.1	Nestandardizovaná část dotazníku.....	35
5.2	Standardizovaná část dotazníku.....	47
5.3	Statistická analýza vztahů.....	76
5.3.1	Souvislost mezi věkem sester a jejich kulturními kompetencemi	76
5.3.2	Dosažené vzdělání sester a jejich kulturní znalosti	77
5.3.3	Vztah jazykových znalostí sester a jejich kulturních kompetencí	78
5.3.4	Počet minorit a kulturní kompetence	79
6	Diskuse.....	81
7	Závěr	88
8	Seznam použité literatury	90
9	Seznam tabulek	98
10	Seznam grafů	99
11	Seznam zkratk	102
12	Seznam příloh	103

Úvod

V současnosti se počet migrantů stále zvyšuje. Migrace je pohyb lidí z jedné oblasti do druhé s myšlenkou se v nové oblasti dočasně či trvale usadit. Součástí migrace mohou být jednotlivci, rodiny nebo větší skupiny. Důvodů, proč lidé migrují, existuje celá řada. Cílem migrace může být vzdělání, sloučení rodin či změna zaměstnání. Nejčastěji příčinou migrace bývají ekonomické pohnutky. V těchto případech se jedná o dobrovolnou migraci. Na druhou stranu lidé opouští své domovy z důvodu politického útlaku nebo války, kdy se jedná o migraci nucenou.

Lidé, kteří přicházejí do nové země, se potřebují registrovat u praktických lékařů. Toto je jednou z příčin, proč u praktických lékařů dochází k mísení různých kultur. Sestry by se proto měly kontinuálně vzdělávat v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Kulturně kompetentní péče je zcela novou, pro většinu sester neznámou problematikou. Každá sestra by měla mít kulturní dovednosti, postoje a znalosti. Interkulturními bariérami mezi praktickými lékaři a cizinci je jazyk, odlišnosti zdravotnických systémů, odlišný přístup ke zdraví/nemoci a předsudky. Sestry a praktičtí lékaři by měli mít vědomosti o odlišnostech a zásadních rysech každé minority, aby předešli interkulturním bariérám. Každý zdravotnický pracovník by měl ovládat alespoň jeden cizí jazyk, který se učil již od základní školy. Tímto jazykem by měl být schopen komunikovat s cizinci. V komunikaci mezi sestrou a cizincem je důležité nabídnout i služby tlumočnicka. Jako tlumočnicka lze také využít rodinného příslušníka nebo přítele cizince.

Diplomovou práci s názvem „Uvědomění, znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kulturně kompetentní péče“ jsem si zvolila, jelikož se stále více ve své praxi setkávám s pacienty z odlišných kultur, a proto jsem si chtěla prohloubit a rozšířit znalosti v oblasti kulturních kompetencí. Zajímalo mě, jaké mají sestry znalosti, dovednosti a postoje v oblasti této problematiky, jelikož by se měly sestry celoživotně vzdělávat. Také jsem se chtěla dozvědět, jestli má práce sester nějaké nedostatky při ošetrování cizinců a poukázat na ně, aby se tyto nedostatky neopakovaly. Toto téma se nyní týká současnosti, a proto je v dnešní době také zahrnuto do osnov výuky většinou na vysokých školách. Tato práce by mohla přispět k pochopení užitečnosti multikulturního ošetrovatelství v roli zdravotníka a předcházení předsudků a stereotypnímu chování vůči cizincům.

1 Současný stav

1.1 Moderní ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína zaměřená na činné vyhledávání a naplnění biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Je zaměřeno hlavně na udržení a podporu zdraví, vrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a obstarání klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (Plevová et al., 2018). Od dob Florence Nightingalové a jejích průkopnických činů ošetrovatelství urazilo dlouhou cestu. Definují ji jako „matku moderního ošetrovatelství“ (PracticalNursing.org, 2017). Florence byla zdravotní sestra, která přispěla k rozvoji a utváření moderní ošetrovatelské praxe. Dala příklad sestřím, které jsou vzorem dnešní profese. Během krymské války pečovala v noci o zraněné vojáky a byla známá jako „Dáma s lampou“ (Wayne et al., 2014). Na počátku 21. století je možné mluvit o existenci teorie, která je neoddělitelná s ošetrovatelskou praxí a je neustále obohacována o nové poznatky. Ošetrovatelství se tak přeměnilo na nezávislé povolání, které se řídí svými etickými i zákonnými normami. Na přelomu tisíciletí se ošetrovatelství stává vědní disciplínou, která svými poznatky podporuje interakci s jinými vědními obory, jako je filozofie, psychologie, etika, pedagogika, sociologie a medicína. V kontextu s aplikací výzkumu v ošetrovatelské praxi se stále více potkává s praxí založenou na důkazech (Evidence Based Practice) a ošetrovatelstvím založeným na důkazech (Evidence Based Nursing) (Stasková et al., 2019). Současné ošetrovatelství je obor založený na nových poznacích, které se ověřují a uplatňují v praxi. Potřebuje pochopení a praktickou aplikaci určitých ošetrovatelských znalostí a dovedností, které jsou doloženy výzkumem či fakty. Využívá poznatků a metod odvozených z humanitních věd, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, teorií řízení a teorií vzdělávání. Ošetrovatelství je multidisciplinární obor se svojí teoretickou základnou a praktickým použitím (Plevová et al., 2018). Jedná se také o obor komplexní, který využívá vazby mezi obory (Strnadová et al., 2021).

Ošetrovatelství je morální umění, morálka je prvek širších kulturních souvislostí. Ošetrovatelská péče je kultura. Složkou osobní výbavy sestry a všech zdravotníků by měly být multikulturní kompetence. Jsou výhodou v osobnostní výbavě. Tyto kompetence získáme kontinuálním studiem kultur (Kutnohorská, 2013). Typickými

vlastnostmi ošetrovatelství jsou poskytování aktivní ošetrovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní typ péče, poskytování péče ošetrovatelským týmem (Plevová et al., 2018), který je složený ze způsobilých zdravotnických pracovníků, kteří mají různé stupně vzdělání a oprávnění. Zdravotně-sociální péče a péče, která je poskytována v jasně formulovaném etickém rámci (Strnadová et al., 2021), má rovněž svoji vlastní koncepci a je realizována formou ošetrovatelského procesu (Plevová et al., 2018). Moderní ošetrovatelství se zaměřuje na uskutečnění základů holistických teorií vzniku onemocnění. Holistické teorie umožňují sestřám pohlížet na proces vzniku onemocnění mimo vlastní chorobné procesy a přemýšlet, jak probíhá vzájemné působení mezi člověkem a prostředím, přemýšlet o dopadu tohoto vzájemného působení na jeho psychické a tělesné zdraví (Mastiliaková, 2007). Na ošetrovatelské péči v České republice se podílejí kvalifikovaní profesionálové. Kvalifikovaným profesionálem, který je kompetentní nastavovat, řídit, vykonávat a vyhodnocovat ošetrovatelskou péči, je všeobecná či specializovaná sestra (Špirudová, 2015). Moderní ošetrovatelství je vědní obor založený na nezávislosti sestry, týmové spolupráci s lékaři, ostatními zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. Sestra je zde individuálním odborníkem v oblasti svého působení, a to se od ní v moderním ošetrovatelství očekává (Strnadová et al., 2021).

1.1.1 Holistická péče

Holismus je termín odvozený z řeckého holos, to znamená celý, úplný a neporušený (Pavlíková, 2007). Termín holismus poprvé použil v roce 1926 J. H. Smuts ve své knize, která se nazývá Holismus a evoluce (Kutnohorská, 2009). Podle něj celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, ale nehmotný a nepoznatelný, někdy až tajuplný činitel celistvosti. Celek je možno rozčlenit na části, ale tím celek zanikne (Mastiliaková, 2007). Smuts charakterizoval holismus takto: „*Holismus nahrazuje zákon o zachování hmoty teorií o holistickém procesu. V průběhu vývoje formy hmoty ustavičně rostou a obnovují se*“ (Kutnohorská, 2009 s. 94). Do ošetrovatelského postoje zařazuje holistická péče o člověka bio-psycho-sociální stránku. Holistická péče zahrnuje přístup k jedinci jako k celku, ucelené jedinečné bytosti, nejen k jeho porušené části, funkci (Plevová et al., 2018). To znamená, že uplatňuje mnohostranný přístup k lidskému zdraví (Papathanasiou et al., 2013). Jsme částmi celku a jsme celek, který má své části. Těmito

částmi je tělo, emoce a mysl. Shoda těchto částí je smyslem osobního růstu i léčby (Kutnohorská, 2009). Při poruše jednoho dílu dochází k poruše celého režimu (Stasková et al., 2019). Princip holismu je zahrnut v ošetrovatelském procesu. Holismus je základem ošetrovatelských teorií, modelů, etických zásad a tvoří hodnotový systém oboru (Plevová et al., 2018). Holismus je více než jen určité úkony nebo slova pronesená k pacientovi. Holistická péče je filozofie (PracticalNursing.org, 2017). Holistický přístup k člověku začaly sestry v klinické praxi uplatňovat v důsledku úsilí o zachování vyrovnanosti mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Role sestry se rozšířily i na individuální ochránkyně práv pacientů se zdůrazněním etických principů kvality života (Mastiliaková, 2007). Holistické sestry jsou ty, které respektují a léčí každého jednotlivce jinak. Tyto sestry jsou pacienti často popisovány jako sestry, které se skutečně starají. Sestry mohou holistickou ošetrovatelskou péči využít nejen k obohacení života svých pacientů, ale také k obohacení jejich vlastního života (PracticalNursing.org, 2017).

Florence Nightingalová podporovala holistickou péči tím, že uznávala důležitost prostředí, doteku, světla, vůní, hudby a tichého rozjímání v procesu terapie (Papathanasiou et al., 2013). Florence měla odolnost pečovat o ty, kteří se o sebe nemohli sami postarat. Kladla důraz na propojení pacientů s jejich prostředím. Je považována za jednu z prvních holistických sester. Holistická péče zahrnuje zohlednění sociálních i kulturních rozdílů a preferencí. Každý člověk má individuální potřeby (PracticalNursing.org, 2017). Holistické ošetrovatelství je definováno jako veškerá ošetrovatelská praxe, jejímž cílem je uzdravení celého člověka. Dosáhlo nové úrovně přijetí a je oficiálně uznáno Americkou asociací sester jako ošetrovatelská specializace s definovaným rozsahem a standardy (Dossey, 2016). Holistická ošetrovatelská péče uznává práva pacientů, která jsou nedílnou součástí ošetrovatelství a léčebného procesu. Ošetrovatelský proces představuje systémový přístup a souhrnné řešení problémů nemocného (Pavlíková, 2007). Holistický přístup a odpovídající poznatky z multikulturního ošetrovatelství jsou potřebné k pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů, které se týkají světového názoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenství, náboženství, technologií, ekonomických a politických faktorů, určitých kulturních hodnot, zvyků a způsobu péče o pohodu, zdraví, choré osoby. Jazyk, umění, historie nebo náboženské a příbuzenské vztahy jakožto kulturní jevy patří k holistickému a celostnímu vnímání člověka (Kutnohorská, 2013). Moderní biomedicínská věda staví před všechny zdravotnické obory mnoho nových výzev díky nově utvářeným rozměrům

etiky a dokáže zhodnotit zakotvené představy v hodnotových žebříčcích (Kutnohorská, 2009).

1.2 Identita a kultura

Identitu lze chápat jako jedinečný pocit sebe sama. Osobní identita se udává ze všech mínění, hodnot, zájmů, které definují jedince. Sociální identita zase udává etnickou příslušnost, víru, jazyk a kultury, se kterými se ztotožňujeme v rámci širší společnosti. Každý člověk má několik sociálních identit. Může být například student, rodič, zdravotník či Čech (Endrštová et al., 2015). O aktivaci každé z těchto identit rozhoduje psychologický, sociální a kulturní souvislost. Identita není neměnná a také ne přirozená, vytváří se v sociálních situacích a při setkání jednotlivců (Kutnohorská, 2013). Zdraví těla a mysli je ovlivněno sociálními faktory, které utvářejí jeho sociální identitu. Vaření a stravování jsou často nejen symbolickými, ale také hmatatelnými a konkrétními způsoby, jakými si migranti v multikulturních společnostech uchovávají etnickou identitu. Identita jako proces umožňuje jedinci účastnit se sociálního života v různých sociálních světech. Sociální reprezentace přispívá k utváření skupinové identity, protože sdílením sociální reprezentace členové skupiny pocítují společnou identitu tím, že mají společný pohled na svět (Reddy, Van Dam, 2020). Během života se identity mění, protože se člověk stýká s novými lidmi, zkušenostmi a prostředím. Tyto faktory utvářejí člověka, kultury i komunity, jejichž je součástí. Identity se mohou měnit v průběhu několika příležitostí, mezi které spadá dospívání, manželství, rodičovství nebo společenské změny. Pokud často působí na naši identitu protichůdné vlivy, může dojít ke vzniku napětí. Mladí lidé jsou v současné době ovlivněni tradičními kulturami svých rodin, novými kulturními vlivy, které se projevují jakožto důsledek globalizace (Endrštová et al., 2015). Zvětšující se význam vědomé kulturní identity je globálním úkazem. Kulturní identita je pocitem prožívání příslušnosti jedince k určitému společenství. Každý člověk potřebuje spadat k nějakému společenství, jako je rodina, etnická skupina, národ a náboženská příslušnost. Blízko identity je také sebeidentita, která je prostředkem přemýšlení o sobě. Do tohoto prostředí zapojuje člověk své emoce. V oblasti kultury být jedincem znamená, že je to považováno za společenskou a kulturní záležitost. Plán identity staví na tom, co si o sobě v danou chvíli myslíme a na tom, čím bychom rádi byli v rámci vývoje předpokládané budoucnosti (Kutnohorská, 2013). Mezi důležité fáze „já a identita“ patří čtyři fáze. Těmito fázemi jsou uvědomění si vlastní identity a kultury, jichž je daný člověk součástí, porozumění procesům, při nichž se

identity a kultury utvářejí, projevují a mění. Dalšími fázemi jsou odhalení charakteru viditelných a skrytých částí kultury, schopnost oceňování různých perspektiv. Poslední fází je nelpění na předpokladu (Endrštová et al., 2015).

Důležitá je také profesní identita. Zpočátku se profesní identita začíná rozvíjet před vstupem do pregraduálního vzdělávání sester nebo v okamžiku, kdy se teorie a praxe spojí a vytvoří počáteční chápání profese a role, kterou sestry vykonávají. Profesní identita je tedy dynamický a flexibilní proces, který vede k růstu porozumění profesní praxe a závazku. Tento postupný vývoj a rozvoj profesní identity je klíčovým faktorem při poskytování zdravotní péče. Profesní identita v ošetrovatelství se skládá z já (kde jsem), kdo vykonává profesní roli (co dělám) v kontextu nebo prostředí (kde to dělám), kde sestra vykonává praxi (Rasmussen et al., 2021). Profesní identitu v ošetrovatelství lze poznat jako nový, plnohodnotnější termín pro profesionalitu v ošetrovatelství. K vysvětlení pojmu sestrám v praxi můžeme použít čtyři oblasti, kterými jsou hodnoty, etika, znalosti, sestra jako vedoucí pracovník a profesionální chování. Může pomoci stát se ještě důležitější součástí rychle se měnícího oboru ošetrovatelství a dát hlas hodnotě, kterou sestry přinášejí do každé situace v péči o pacienta a moudrost, kterou sestry v sobě mají. Pochopení profesní identity v tomto oboru jasněji sdělí, co to znamená „myslet, jednat a cítit se jako sestra“ (Godfrey, 2022). Profesní identita odkazuje na holistickou definici, která zahrnuje hodnoty a postoje, díky nimž má smysl být sestrou a působit jako sestra. Profesionální identitu lze definovat také jako integraci základních osobních sebepojetí sester s profesní kvalifikací, kterou přijímají. Rozvoj této identity sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelské postupy, kvalitu péče, spokojenost pacientů a týmovou práci. Předpokládá se, že rozvoj vzdělávacích programů, které podporují rozvoj profesní identity před ukončením studia i po něm, má pro rozvoj identity sester velký význam (Güner et al., 2021). Dle Václava Havla: „Porozumět si neznamena přizpůsobit se jedni druhým, ale pochopit navzájem svou identitu“ (In Endrštová et al., 2015).

Kultura je vždy kolektivním úkazem, jelikož je z části sdílená s lidmi, kteří žijí ve stejném sociálním prostředí. Kultura je naučená a odvíjí se od sociálního prostředí (Kutnohorská, 2013). Je to soubor hodnot, přesvědčení, postojů a způsobu chování, kde prostřednictvím komunity dochází k jejich učení a sdílení (Endrštová et al., 2015). Tyto složky ovlivňují myšlení, rozhodování a jednání specifickým způsobem. Lidé jsou kulturní bytosti, které získávaly schopnost přežít v různých dobách svou ochotou pomáhat druhým a pečovat o ně v každém věku, ve velice různých prostředích a mnoha způsoby. Kultura je společenský rámeček, který si lidé pro snazší komunikaci vytvořili,

předávali z generace na generaci a neustále obměňovali. (Kutnohorská, 2013). Kultura v sobě skrývá dvojznačnost. Na jedné straně jsou všichni lidé stejným rozsahem kulturní, kdy kultura v tomto významu odkazuje na podobnosti mezi lidmi. Na druhé straně jsou lidé díky kultuře odlišní, jelikož získali různé schopnosti a představy (Čeněk et al., 2016). Kultura je nejčastěji spojována s národem nebo etnickou příslušností. Kultury bývají často zjevné, jelikož se skládají ze snadno rozpoznatelných projevů, jako je jídlo, oblékání, hudba, tanec, ale mají i mnoho vnitřních projevů, jako například postoj vůči přírodě, rodině, ženám, mužům apod. Kultury nejsou neměnné, ale neustále se vyvíjejí a mění podobně jako identity (Endrštová et al., 2015). Často je pojem kultura spojován se získáním vědomostí a životních postupů považovaných za lepší nebo nadřazené. Je-li způsob života kulturně tvořen, mohou být významy přisuzované zdraví, tělu, bolesti, smrti, poslání zdravotní sestry také formovány v kultuře (Kruse et al., 2018).

1.3 Dovednosti a pochopení vlivu kultury

Kulturní chování má důležité důsledky pro lidské zdraví. Kultura, společensky předávaný systém sdílených znalostí, víry nebo praktik, který se liší mezi skupinami a jednotlivci v rámci těchto skupin, byla kritickým způsobem adaptována v průběhu historie našeho druhu (Hernandez, Gibb, 2019). Nedostatek znalostí, kulturních dovedností a kulturně citlivých postojů sester může přispět k rozvoji obtíží při budování terapeutických vztahů s pacienty a může vést k nerovnostem v poskytování zdravotnických služeb (Majda et al., 2021). Socioekonomický statut, pohlaví, náboženství a morální hodnoty se podílejí na tom, jak jednotlivec prožívá, chápe a reaguje na svůj svět, a proto je obecné chápání kulturních skupin nedostatečné pro uchopení jedinečné zkušenosti pacienta se zdravím a nemocemi. Pochopení toho, jak je chování zakořeněno v jedinečné kulturní zkušenosti jednotlivce a je reakcí na sociální tlaky, může zdravotníky lépe vybavit kontextem, dovednostmi a empatií nezbytnými pro holistickou péči (Hernandez, Gibb, 2019). Aby bylo možné poskytovat zdravotní péči odpovídající kulturním potřebám, musí být zdravotníci řádně proškoleni (Majda et al., 2021). Standardy výuky kulturních kompetencí by měly být přizpůsobeny místní kulturní rozmanitosti v jednotlivých zemích. Tím se zajistí, že sestry budou mít k dispozici vhodný kulturní kontext, který může podpořit rozvoj kulturní citlivosti, kulturní přizpůsobivosti a kulturní motivace (Červený et al., 2022). Poskytovatelé zdravotní péče mohou zlepšit individuální výsledky tím, že důkladně zohlední životní zkušenosti jako součást pochopení zdraví jednotlivce a léčby jeho onemocnění (Hernandez, Gibb, 2019).

Mezi vlivy, které výrazně mohou ovlivnit interkulturní komunikaci, patří etnocentrismus. Etnocentrismus je předpoklad, že kultura jisté země je střed, podle kterého se posuzují ostatní kultury. Dalším vlivem je stereotypizace. Jedná se o zjednodušené vnímání národů, které si vytvářejí na jiné národy do určité míry nepřesný obraz. Pravidelně vyzvedávají jen jednu povrchní záležitost charakteristickou pro určité skupiny. Tyto charakteristické rysy snižují nebo omezují rozdíly mezi jedinci uvnitř dané skupiny či národa. Znalosti, postoje, chování a motivace jsou stavební základnou interkulturních komunikačních kompetencí (Demel, 2021).

1.3.1 Motivace

Světová zdravotnická organizace zdůraznila pracovní motivaci jako jeden z faktorů důležitých pro řešení problémů s náborem a udržení personálu ve zdravotnictví. Pro pracovní motivaci je například důležitý prožitek, že má práce smysl (Ahlstedt et al., 2020). Pokud sestra není motivována, dovednosti zde nehrají roli. Motivaci lze považovat za nejdůležitější dimenzi komunikační kompetence (Demel, 2021). Motivace je posilována, respektive ovlivňována znalostmi a dovednostmi (Ulicna, 2018). Možnost učit se a rozvíjet se v každodenní práci, nejlépe společně s kolegy, je pro motivaci zásadním faktorem (Ahlstedt et al., 2020). Motivace je potřeba úspěchu, potřeba ovlivňovat a potřeba přidružení. Potřeba úspěchu může jedince povzbuzovat k dobrému plnění povinností. Dobré vztahy s pacienty lze navázat proto, aby proces ošetrovatelské péče mohl být dobře podán (Gunawan et al., 2019). Práce s přistěhovalci nebo občany, kteří hovoří jinými jazyky a pocházejí z jiných kultur, s sebou nese další výzvy a může negativně ovlivnit vyhoření sester. Bylo nalezeno pouze několik studií, které zkoumaly profesní motivaci sester při setkání s pacientem imigrantem. Vyhoření sester je silně spojeno se sníženou bezpečností, sníženou kvalitou péče, nižším pracovním nasazením sester a sníženou spokojeností pacientů. Vnitřní pracovní motivace pozitivně ovlivňuje pracovní angažovanost. Smysluplná práce kladně souvisí s výkonem ošetrovatelských úkolů, zatímco negativní pracovní motivace je spojena se špatným pracovním výkonem (Yellon et al., 2023). Samostatně řízené učení může podpořit motivaci ke zlepšení ošetrovatelské profesionality u studentů ošetrovatelství. Proto by výuka studentů ošetrovatelství měla zahrnovat aktivní posouzení problémů pacientů v klinické praxi, plánování a zkoušení různé nové ošetrovatelské intervence prostřednictvím kritického myšlení (Lee, Jun, 2022). Podle teorie sebeurčení mají lidé tři základní potřeby, které mají vliv na motivaci. První z nich je potřeba vnímání autonomie, která souvisí

s pocitem vlastní vůle a odpovědnosti za své činy, se sebekontrolou v různých situacích. Druhou je potřeba cítit se kompetentní, která se týká prožívání příležitostí a podpory pro rozšíření schopností, talentů a efektivnímu zvládnání situace. Třetí potřeba je pocit spojení s ostatními a pocit sounáležitosti (Ahlstedt et al., 2020).

1.3.2 Znalosti

Sestra, která poskytuje péči pacientům z různých kultur, by měla mít dostatek znalostí z oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství, měla by mít velké komunikační schopnosti, protože komunikace s nemocnými pacienty může jak pomoci, tak zároveň ublížit. Rovněž by měla mít širší kulturní znalosti, které použije ve své praxi, včetně znalostí z oblasti kultury umírání a s tím souvisejícími kulturními zvyky a rituály (Kutnohorská, 2013). Každá sestra by měla být zdatná v komunikaci s jedinci z jiných zemí a kultur ve svém mateřském jazyce. Během této komunikace získává znalosti o interkulturní komunikaci, postojích, dovednostech a předešlé zkušenosti. Mezikulturní komunikační kompetence umožňují lidem komunikovat s lidmi z jiných kultur a zemí v jazyce cizím (Kostková, 2013). Znalost jazyka také umožňuje jedinci pochopit těžkosti migrantů a současně rozšiřuje komunikační zásobu a empatii pro kulturně odlišného člověka. Znalost sama sebe zahrnuje poznání, jak můžeme být vnímáni druhými lidmi. Také by sestra měla znát své silné i slabé stránky. Dále by sestra měla mít schopnost znát druhé, jak myslí a jak se chovají, to umožňuje efektivnější komunikaci (Demel, 2021). Znalosti o cizí kultuře, jejich hodnotách a zvyklostech jsou spojeny s cizojazyčnou kulturní kompetencí prostřednictvím možnosti užívat cizí jazyk vhodně s ohledem na sociální souvislost. K prosperující komunikaci v cizím jazyce je potřeba rozvrhovat znalosti slovní zásoby, ovládat gramatiku a výslovnost a znát kulturně specifická pravidla vzájemného působení (Kostková, 2013). Pokud zdravotnický personál nezná kulturu osob, kterým poskytuje ošetrovatelskou péči, když mezi sestrou a pacientem existují rozdíly nebo když sestra používá složité technologie, vyvolává to strach, odpor, netrpělivost a zklamání vůči sestře. Z toho důvodu může nedůvěra pacienta k sestře snížit kvalitu ošetrovatelské péče. Znalost a pochopení kultury pacienta a kulturní povědomí jsou při poskytování péče velice důležité (Özen, Kahraman, 2021). Sestra má rozhodovat hlubokou znalostí problematiky a ochotou dále se učit a sledovat prospěch pacienta. K hluboké znalosti problematiky patří schopnost činit kulturní diagnostiku daného pacienta (Kutnohorská, 2013).

1.3.3 Postoje

Kulturní postoj se zabývá dvěma odlišnými koncepty kulturního povědomí a kulturní citlivosti. Poskytovatelé zdravotnické péče, kteří jsou kulturně uvědomělí a kteří respektují a přijímají kulturní odlišnosti, jsou považováni za kulturně citliví. Kulturní povědomí zahrnuje uznání a přijetí vlastního kulturního zázemí a uznání, že osobní názory ovlivňují kulturní perspektivy (Lin et al., 2017). Velice důležitá je empatie. Aby sestra mohla být empatická, musí něco vědět o kultuře. Empatie znamená schopnost představit si sebe sama v souvislosti jiné kulturní identity. Interkulturní empatie slouží k pochopení druhých lidí, kdy se sestra učí osvojit si cizí přesvědčení. Osoba dočasně věří tomu, čemu věří ten druhý (Demel, 2021). Převažující je interakce mezi sestrou a pacientem, i když jsou jejich postoje a chování pozitivní, jejich kulturní přístup není dostatečný. Pro zvýšení kvality péče o pacienta je třeba zlepšit kulturní přístup sester. Zdravotní potřeby jednotlivců se liší v závislosti na kulturních strukturách. Je prokázán vzájemný vztah mezi vnímáním toho, jak se chovají sestry při péči o pacienty a spokojeností pacientů (Özen, Kahraman, 2021). Sestry, které vykazují vysokou úroveň kulturního povědomí, mají obecnou schopnost rozpoznat rozdíly a podobnosti kulturních projevů, ale rovněž projevují otevřený postoj ke kulturním odlišnostem a respekt k nim. Tato způsobilost je nezbytná pro dosažení kulturní kompetence v praxi (Osmancevic et al., 2023). Pro kulturní způsobilost je nutné stále se snažit o takovou ošetrovatelskou praxi a postoje, které dovolují proměnit všechny ošetrovatelské intervence na příspěvek k lepšímu zdraví, snížení nemocnosti a úmrtnosti, a také na pocit spokojenosti z pohledu pacienta i personálu. Morální postoje tvoří převážně hodnotící vztah, ve kterém se zčásti odráží rozumové poznání, ale zejména osobní emocionální hodnocení mravních problémů (Kutnohorská, 2013). Profesionální postoje a chování zahrnují výkonnostní standardy jako jsou přijímání profesionální odpovědnosti, samostatnost, vědomí vlastních omezení, podávání vysvětlení, respektování práv pacienta, podpora neustálého vzdělávání a udržování aktuálních znalostí a dovedností (Fukada, 2018). Bylo zjištěno, že pokud sestry a lékaři málo rozumí kulturním přesvědčením pacientů, jejich dodržování léčby a postojům k ní, je pravděpodobnější, že budou pociťovat nejistotu a budou zažívat větší úzkost, stres, nerozhodnost a bezmoc (Ahn, 2017). Úzkost ze vzájemného působení s lidmi z odlišných kultur má navíc vliv na míru zapojení člověka do mezilidské komunikace. Nedostatečné kulturní porozumění zvyšuje negativní postoje k mezikulturní péči a ovlivňuje zároveň vnímanou připravenost zdravotníků starat se o kulturně odlišné pacienty (Kaihlanen et al., 2019).

1.4 Kultura jako význam hodnot

Kultura je definována jako souhrn všech materiálních a duchovních hodnot vytvořených v procesu společenského vývoje a nástrojů, které se používají k vytváření a předávání těchto hodnot dalším generacím (Değer, 2018). Kultura zahrnuje řadu hodnot, přesvědčení a zvyků získaných během socializace, které formují myšlenky, vnímání, rozhodnutí a to, jak jednotlivci jednají (Paşalak et al., 2021). Kulturní hodnoty, přesvědčení a praktiky pacienta jsou nedílnou součástí holistické ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelství je poskytovat plně pečující a humanistické služby respektující kulturní hodnoty a životní styl lidí. Sestry by měly nabízet přijatelnou a dostupnou péči pro jedince v podmínkách za daných jevů (Değer, 2018). Sestry jsou odpovědné za svou klinickou funkci a jejich hlavní odpovědností je postarat se o pacienty, kteří si zaslouží odpovídající a bezpečnou péči. Jednají na základě hodnot, které si zvolily. Uvědomění sester o svých hodnotách a vlivu těchto hodnot na jejich chování je stěžejní součástí humanistické ošetrovatelské péče. Svou funkci musí přizpůsobit hodnotovému systému a kulturnímu přesvědčení příjemců služeb. Hodnoty pochází z kulturního prostředí, sociálních skupin, náboženství, prožití zkušeností a minulosti. Sociální, kulturní, náboženské, politické a ekonomické aspekty ovlivňují jednotlivce a jejich hodnotový systém (Shahriari et al., 2013).

Od zdravotnického personálu se očekává, že převzou profesionální odpovědnost za neustálé poskytování přímé péče, ochranu života jednotlivců a podporu aktivit jejich každodenního života (Fukada, 2018). Faktorem, který ovlivňuje kulturní kompetence, je profesní hodnota sester. Profesní ošetrovatelské hodnoty jsou rámcem a standardními pokyny, které působí jako systematický profesní vědomý pohled na profesionální ošetrovatelské činnosti (Lee, Jun, 2022). Profesní hodnoty se začínají rozvíjet od samého počátku pregraduálního ošetrovatelského vzdělávání a k jejich rozvoji dochází v průběhu formálního vzdělávání a klinické praxe. Profesní hodnoty studentů se prosazují na základě jejich kultury a osobních hodnot, které již mají (Paşalak et al., 2021). Studenti ošetrovatelství zlepšují své kulturní kompetence tím, že porozumí různým kulturám a budou poskytovat péči na základě kultury pacienta (Lee, Jun, 2022). Osobní hodnoty se začínají rozvíjet pod vlivem rodiny, kultury, společnosti, prostředí, náboženského přesvědčení a etnicity. Kultura je jedním z velmi důležitých faktorů rozvoje profesních hodnot jednotlivců (Paşalak et al., 2021). Cílem profesionálních ošetrovatelských hodnot je poskytovat pacientům nejvyšší úroveň péče prostřednictvím uplatňování odpovědnosti, respektu a integrity. Aby sestry vyznávaly profesionální ošetrovatelské hodnoty, musí

jednat v nejlepším zájmu pacienta a jejich rodin, mít vysokou úroveň znalostí a kompetencí, stanovit vysokou úroveň etnických standardů a být citlivé ke kultuře (Lee, Jun, 2022). Každá sestra na světě je odpovědná za základní profesní hodnoty a měla by jednat a mít názory odpovídající těmto hodnotám. Sestry z různého kulturního prostředí mají různé úrovně osobních hodnot (Paşalak et al., 2021).

1.5 Kulturní diverzita

Diverzita je definována jako rozmanitost, začlenění či rozložení (Kutnohorská, 2013). Při poskytování zdravotní péče jsou zkušenosti a potřeby pacientů často redukovány na soubor příznaků a symptomů v rámci biomedicínského rámce. Symptomy pacientů nejsou čistě biomedicínské. Zdravím pacientů a způsobem, jakým jsou symptomy prezentovány, jsou ovlivněny dimenze (Celik et al., 2012). Původní snahy o řešení kulturní rozmanitosti se zaměřovaly především na pohlaví a rasu. Nicméně v reakci na sociální, politické, vzdělávací a ekonomické změny, ke kterým dochází v místním i globálním prostředí, se pojem kulturní rozmanitost výrazně rozšířil a zahrnuje pohlaví, rasu, náboženství, etnický původ, příjem, pracovní zkušenosti, vzdělání, rodinný stav a další rozdíly (Mousa, 2017). Tyto dimenze ovlivňují zdravotní potřeby pacientů. Péče přiměřená rozmanitosti je péče, ve které odborníci věnují záměrnou pozornost speciálním potřebám jednotlivého pacienta vyplývající ze souhry mezi dimenzemi. Aby se zvýšilo povědomí o důležitosti citlivosti na rozmanitost při poskytování zdravotní péče, měli by si zdravotníci nejdříve uvědomit vztah mezi dimenzemi rozmanitosti a zdravotními požadavky pacientů. Problematika diverzity by měla být součástí praxe a nedílnou součástí repertoáru odborníků (Celik et al., 2012). Diverzita odráží existenci rozdílů ve věku, etnickém původu, pohlaví, a zdravotním postižení. Kulturní rozmanitost lze definovat také jako rozdíly v etnické příslušnosti, historickém původu, náboženství, socioekonomickém postavení, osobnosti, dispozicích a povaze. Kulturní diverzita je směr kultur lidí s různými skupinovými identitami v rámci jednoho sociálního systému. Skupina je různorodá a skládá se z jedinců, kteří se liší charakteristikami, na nichž zakládají svou vlastní sociální identitu (Mousa, 2017). Vzdělávání zdravotnických pracovníků odráží nedostatek pozornosti k diverzitě. Povědomí o diverzitě ve zdravotnických postupech lze stimulovat tím, že se zdravotníkům poskytne školení o povědomí diverzity (Celik et al., 2012). Výchova lidí k tomu, aby si vážili kulturní rozmanitosti, s sebou nese podporu hodnot a solidarity (Mousa, 2017). Základním pilířem vědomé práce s diverzitou je antidiskriminační perspektiva. S postojem vědomě

zacházejícím s diverzitou se spojuje cíl uvědomovat si předsudky a zmenšovat jejich vliv na jednání (Winkelmann, 2016).

1.6 Kulturně kompetentní péče

Současné demografické změny znamenají, že sestry musí poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči pacientům z různých kulturních prostředí. Zdravotničtí pracovníci jsou kvůli těmto změnám stále častěji nuceni poskytovat zdravotní péči pacientům z různých kulturních skupin. Každá skupina má jedinečné normy, hodnoty, zvyklosti, které určují vnímání zdraví dané skupiny, a proto je důležité uplatňovat zásady kulturně specifické zdravotní péče (Červený et al., 2022). Kulturně kompetentní péče je definována jako proces, ne jako koncový bod, kdy sestra neustále usiluje o možnost porozumět kulturním souvislostem pacienta a jeho rodiny (Kutnohorská, 2013). České zdravotnictví je stále více a více navštěvováno pacienty z různých kulturních prostředí. Sestry, porodní asistentky a další nelékařský zdravotnický personál by měl být schopen poskytovat kulturně diferencovanou, kulturně kompetentní a kulturně citlivou péči. Kulturně kompetentní péče znamená mít určité elementární znalosti týkající se zdravotních tradic několika kulturních oblastí. Poskytování kulturně diferencované péče vyžaduje, aby poskytovatelé péče měli hlubší znalosti o menšinových skupinách (Škorníčková, Nováková, 2017). Ve zdravotnictví se objevují snahy o dosažení kulturní kompetence s cílem poskytovat kulturně komfortní péči. Bylo zjištěno pět intervencí, které vedou ke zlepšení kulturně kompetentní péče. Mezi tyto intervence patří převodové programy pro nábor různorodých zaměstnanců, školení kulturně kompetentní péče pro poskytovatele zdravotní péče, využívání tlumočnických služeb k zajištění efektivní komunikace osob z různých prostředí, kulturně vhodné zdravotnické vzdělávací materiály pro informování personálu z různých kulturních prostředí a poskytování kulturně specifických zdravotnických zařízení (Nair, Adetayo, 2019).

1.6.1 Kulturní kompetence

Kulturní kompetence jde definovat prakticky tolika způsoby jako samotnou kulturu (Kutnohorská, 2013). Kulturní kompetence lze popisovat jako soubor dovedností či postupů, který umožňuje zdravotníkům poskytovat služby, které jsou kulturně přijatelné pro různé skupiny osob v dané populaci. Ve zdravotní péči znamenají kulturní kompetence schopnost systému poskytovat péči pacientům, kteří mají odlišné hodnoty, vyznávají různou víru a vyznačují se jiným zdravotním chováním. Režim se dokáže

přizpůsobovat sociálním, kulturním a jazykovým potřebám různých kultur (Ptáček, Bartůněk, 2011). Kulturní kompetence není vrozená vlastnost, ale vyžaduje učení (Liu et al., 2022). V současné době je časté pojetí pojmu kompetence jako souboru znalostí, dovedností, praxe, metod a postupů, ale i postojů, které jedinec používá k úspěšnému řešení nejrůznějších úkolů a životních situací. V zahraniční literatuře se lze setkat s různými pojetími pojmu kulturní kompetence. Nejčastěji kulturní kompetence představují způsobilost jednotlivců a systémů jednat laskavě a efektivně s lidmi všech kultur, tříd, ras, etnických skupin a náboženství takovým způsobem, který uznává a váží si kulturních rozdílů jednotlivců a rodin (Kutnohorská, 2013). Ve zdravotnictví se kulturní kompetence definuje jako proces, v němž poskytovatel zdravotní péče neustále usiluje o dosažení schopnosti efektivně pracovat v kulturním kontextu pacienta (Klenner et al., 2022). Jedná se o specifický koncept související s transkulturním ošetrovatelstvím a obsahuje množství dovedností a znalostí týkajících se kulturních hodnot, zdravotních názorů, náboženství a lidské filozofie (Červený et al., 2022).

Existuje mnoho modelů, které se zabývají kulturními kompetencemi. Madeleine Leinger položila základ kulturním kompetencím v ošetrovatelské praxi (Maňhalová, Tóthová, 2016) prostřednictvím své teorie kulturní rozmanitosti a univerzálnosti péče. Teorie Leingerové poskytuje holistický pohled na praxi a zaměřuje se na rozmanité a univerzální dimenze péče. Od dob její práce je kulturně kompetentní ošetrovatelská péče o menšinové populace předmětem všeobecného zájmu ve zdravotnictví (Tao et al., 2022). Leinger spolu s McFarland v hodnocení kompetencí dávají přednost kulturnímu uvědomění, které souvisí obzvláště s náboženstvím, hodnotami, historií, ekonomickou a politickou situací a světonázorem (Maňhalová, Tóthová, 2016). Tento model zohledňuje analýzu různých kultur týkající se ošetrovatelství, ošetrovatelských postupů, hodnot a přesvědčení, pojetí zdraví a nemoci. Jeho výsledek zaručuje účinnou a smysluplnou ošetrovatelskou péči v souladu s kulturními hodnotami a kontextem (Gradellini et al., 2021). Další osobností, která se zabývala kulturními kompetencemi, byla J. C. Bacote. Model je definován jako proces, ve kterém zdravotnický pracovník usiluje o schopnost účelně pracovat v kulturní souvislosti pacienta. Zdravotnický pracovník musí mít kulturní povědomí, kulturní dovednosti, kulturní setkání a kulturní touhu (Bizoňová, 2011). Kulturní povědomí se týká schopnosti smysluplně si uvědomit, že vlastní kulturní názory jsou odlišné od názorů ostatních, a podrobně zkoumat vlastní profesní a kulturní hodnoty. Poté se sestra více dozví o případném osobním chápání a předsudcích vůči cizím kulturám. Na druhou stranu mít kulturní znalosti znamená mít

schopnost vyhledávat a získávat znalosti týkající se různých kulturních skupin, včetně jejich zdravotních přesvědčení, chování při vyhledávání zdravého stylu života, vnímání nemoci, morálky a léčby, kterou považují za účinnou. Kulturní dovednost je schopnost využívat nástroje a zdroje k rozvoji komunikačních dovedností, shromažďovat informace o kulturním zázemí pacienta a podle toho provádět kulturní hodnocení za účelem naplnění potřeb vyplývající z pacientova zázemí (Liu et al., 2022). Setkání je procesem, při kterém zdravotnický pracovník naváže kontakt s lidmi různých kultur, a tím se snaží zamezit stereotypním názorům. Kulturní touha znamená motivaci k zapojení se do procesu (Bizoňová, 2011). Nejnověji byl zaveden koncept kulturní bezpečnosti. Kulturní bezpečnost je definována jako průběžná kritická reflexe znalostí, dovedností, postojů praktického chování a mocenských rozdílů zdravotníků při poskytování péče, která je bezpečnou, dostupnou a citlivou zdravotní péčí bez rasismu (Klenner et al., 2022).

1.6.2 Sebeposouzení kulturních kompetencí

Nástroje pro hodnocení se značně liší a neexistuje jeden nástroj, který by dokázal účinně posoudit všechny aspekty kulturní kompetence (Medina et al., 2022). Kulturní kompetence by měly být hodnoceny jako důležitý faktor kvality ošetrovatelské péče, aby se zlepšila její kvalita. Při získávání kulturní kompetence sester působí mnoho faktorů, a to je nezbytné pro dosažení zásadové péče a péče založené na spokojenosti pacientů. Následující nástroje mohou být použity pro sebehodnocení, abychom poznali vlastní kompetence a zhodnotili například efektivitu školicích programů mezi profesionály (Gol et al., 2019). Kulturní kompetence člověka je obecný pojem, který je obtížně měřitelný. Následně je možné, že dojde úmyslně či neúmyslně ke zkreslení názoru. Prostředek sebeposouzení kulturních kompetencí rozvinula Central Vancouver Island Multicultural Society s cílem zjistit lidem jejich znalosti a dovednosti při vzájemném působení s ostatními. Sebeposouzení se zaměřuje na kulturní jedinečnost každého uživatele zdravotnických služeb. Zdravotníci identifikují jejich kulturní schopnosti pro větší efektivitu na pracovišti i ve svém osobním životě (Argyriadis et al., 2022). Existuje škála, která měří kulturní kompetence poskytovatele zdravotní péče podle pěti primárních dimenzí. Těmito dimenzemi jsou povědomí/citlivost, chování, komunikace zaměřená na pacienta, orientace na praxi a sebehodnocení. Mít platnou, spolehlivou a zobecnitelnou míru kulturní kompetence je důležitým krokem k vytvoření přesného spojení ze zkušenosti mezi kulturní kompetencí a zamýšlenými výsledky zdravotní péče (Schwarz et al., 2015). Dotazník Self-Assessment of Perceived Level

of Cultural Competence, dále pouze SAPLCC, byl aplikován na studenty farmacie. Dotazník poukazuje na sebehodnocení studentů, pokud jde o jejich znalosti, dovednosti a postoje v oblasti kulturních kompetencí, liší se podle tématu, rasy a akademické úrovně (Echeverri et al., 2013). Je také možné, že postoj a uvědomění jsou samovyvinuté vlastnosti, zatímco znalosti a dovednosti je třeba se naučit (Echeverri et al., 2021). Studenti v dotazníku hodnotili své znalosti a dovednosti níže než své postoje, schopnosti a povědomí. Tyto výsledky mohou mít jedno ze dvou vysvětlení nebo jejich kombinace. První je, že studenti jsou zvyklí na život v multikulturním a mnohojazyčném prostředí a cítí jistotu, že mají požadované povědomí, schopnosti a postoje. Tento typ studentů by mohl adekvátně fungovat v různé společnosti. Druhým typem jsou studenti kritičtější ke svým znalostem a dovednostem. Znalosti a dovednosti jsou chápány pouze jako teorie, ne jako postoje a schopnosti aplikované do prostředí reálného světa (Echeverri et al., 2013). Použitím SAPLCC sebehodnocení vnímané úrovně kulturní kompetence bylo zjištěno, že se sice kulturní kompetence studentů v průběhu akademického programu zvyšují, ale jedná se o průřezové studium a nelze konstatovat, že by docházelo k jejich zvýšení. Studenti si mohou být obecně vědomi rozdílů mezi pacienty v příjmech, vzdělání a prostředí, ale mohou mít malý přehled o dopadu těchto určujících činitelů na špatné zdravotní výsledky. Absolvování SAPLCC může poskytnout důležitou příležitost zamyslet se nad různými složkami toho, co znamená poskytovat kulturně vhodné služby, a zároveň zdokumentovat jejich vnímané silné a slabé stránky. Tato sebereflexe vede k podpoře osobního a profesního růstu (Echeverri et al., 2021). Dotazníků, které se zaměřují na sebehodnocení, najdeme mnoho. Dalším je například dotazník, který se zabývá klinickými kulturními kompetencemi, hodnotí oblast dovedností, přičemž znění položek je následující poskytování kulturně kompetentního vzdělávání pacientů a poradenství (Medina et al., 2022).

1.6.3 Model kulturních kompetencí dle Larry D. Purnella

Vědomá kompetentní péče je důležitý pojem, když si uvědomíme, jakou péči poskytujeme. Takovou, která je kulturně kompetentní a můžeme replikovat poskytování této péče konkrétnímu pacientovi a dalším pacientům do budoucna (Dayer-Berenson, 2014). Model vytvořil pro klinické využití kulturního hodnocení pacienta a je doporučován pro všechny úrovně péče (Kutnohorská, 2013). Vychází z vědomí odborníka a ve vzájemné interakci uvažuje o čtyřech fázích. Do těchto fází spadá svědomí, kulturní identita, připoutanost k dědictví a rodinnému majetku a etnocentrismus

(Gradellini et al., 2021). Model se skládá z dvanácti domén, které se v průběhu času nezměnily. Některé domény byly pouze doplněny nebo upraveny. Ne všechny domény se používají při setkání s pacientem. Odborník musí vybrat nejdůležitější koncepty v každé doméně, kterými se bude zabývat na základě předpokládaných příznaků a nastavení pacienta. Mezi domény, které jsou pro posouzení kulturních kompetencí atributů jednotlivce, rodiny nebo skupiny nezbytné, spadají obydlí, lokality a topografie, komunikace, rodinné úlohy a organizace, problematika pracovní intenzity, biokulturní ekologie, rizikové chování, výživa, těhotenství a porodní praktiky, obřady umírání, spiritualita, praktiky péče o zdraví a poslední doménou jsou poskytovatelé zdravotní péče (Purnell, 2018). Pokud by nebyly uznávány kulturní jedinečnosti pacientů, mohlo by dojít k nepůsobivé léčbě či dokonce k jejich poškození. Zejména se to týká dotyků na určitých partiích, které jsou léčeny (Škorníčková et al., 2017). Purnell popisuje dvacet hlavních explicitních předpokladů, na nichž je model založen. Prvním z nich je, že všechny zdravotnické profese potřebují podrobné informace o kulturní rozmanitosti. Pokračuje tím, že zdravotnické profese sdílejí metaparadigmatické koncepty globální společnosti, rodiny, člověka a zdraví. Jedna kultura není lepší než jiná kultura, jsou jen odlišné. Základní podobnosti jsou odlišné všem kulturám. Rozdíly vznikají uvnitř kultur, mezi nimi i mezi kulturami navzájem. Kultura se v průběhu času pomalu mění. Pokud se pacienti podílejí na péči a mají možnost volby cílů, plánů a intervencí souvisejících se zdravím, zdokonalí se jejich zdravotní poddajnost výsledků (Purnell, 2018). Dále udává, že kultura má silný vliv na interpretaci zdravotní péče a reakci na ni. Jednotlivci a rodiny spadají do několika subkultur. Každý jedinec má právo na to, aby byla respektována jeho jedinečnost a kulturní dědictví. Pečující osoby potřebují jak kulturně obecné, tak informace specifické pro danou kulturu, aby mohly poskytovat kulturně citlivou a kulturně kompetentní péči. Pečovatelé, kteří dokážou posoudit, naplánovat, zasahovat a hodnotit kulturně kompetentním způsobem, vylepšují svou péči o pacienty. Učení se kultuře je nepřetržitý proces, který se vyvíjí různými způsoby, ale především prostřednictvím kulturních setkání. Pověry a zaujatost lze minimalizovat pomocí kulturních porozumění (Purnell, Paulanka, 2008). Aby byla zdravotní péče účinná, musí odrážet jedinečné pochopení hodnot, přesvědčení, postojů, způsobů života a světového názoru různé populace a individuální socializační vzorce. Rozdíly v rase a kultuře často vyžadují přizpůsobení standardních intervencí. Kulturní povědomí zlepšuje sebeuvědomění pečovatele. Také si musíme uvědomit, že profese, organizace a sdružení

mají své vlastní kultury, které lze rozebrat a hodnotit pomocí hluboké teorie. Všechny kontakty s pacientem jsou kulturní setkání (Purnell, 2018).

Tento model je velice vhodný pro sestry, lékaře a ostatní zdravotnická povolání (Maňhalová, Tóthová, 2016) v různých oborech (Škorníčková, Nováková, 2017) a prostředích. Purnell znázornil model jako kruh, jehož vnější okraj představuje globální společnost, druhý okraj komunitu, třetí okraj rodinu a vnitřní okraj člověka. Vnitřní okraj je rozdělen na dvanáct klínů ve tvaru koláče, které znázorňují kulturní oblasti a jejich pojmy. Tmavý kruh znázorňuje neznámé jevy. Podél spodní části modelu je zubatá čára, která ukazuje nepřímý koncept kulturního vědomí. Ve spodní části modelu je nejnovější aktualizace, která zařazuje variantní charakteristiky kultury. Tyto charakteristiky kultury původně byly nazývány primární a sekundární. Tato změna nastala ze zpětných vazeb fakult, které model používají ve výuce a výzkumu. Každá doména má tabulku s výroky, které lze upravit jako vodítko pro hodnocení pacientů v různém prostředí (Purnell, 2018). Model poskytuje spojení mezi historickými perspektivami a jejich dopad na kulturní světonázor. Poskytuje také odkaz na centrální vztahy kultury, aby mohla nastat shoda a usnadnit vědomé doručování (Dayer-Berenson, 2014). Je nutné, aby tento model byl nadále překládán do více světových jazyků, aby se dostal k většímu počtu sester (Maňhalová, Tóthová, 2016). Cílem modelu je poskytnout holistické, kulturně kvalifikované a terapeutické intervence, podporu zdraví a pohody člověka, prevence zranění, nemoci a udržení zdraví (Škorníčková, Nováková, 2017). Dle Purnella je kulturní kompetence uvědomění si samotné existence člověka, s jeho způsobem myšlení, vjemy a vlivem prostředí, bez toho, že by to mělo nežádoucí vliv na péči poskytovanou tomuto pacientovi. Kulturní kompetence je schopnost přizpůsobit péči pacientovi (Kutnohorská, 2013). Účelem modelu je dávat všem poskytovatelům zdravotní péče rámec pro osvojení si pojmů a kulturních charakteristik, definovat okolnosti ovlivňující kulturní pohled člověka na svět v kontextu historických perspektiv a umožnit model spojující nejpodstatnější vztahy mezi světem a světem kultury (Škorníčková, Nováková, 2017). Několik univerzit a vysokých škol zařadilo teorii a model do svých kurzů na bakalářské, magisterské a doktorské úrovni (Purnell, 2018).

1.6.4 Model kulturních kompetencí dle Papadopoulos, Tilki a Taylor

Na tomto modelu začala pracovat Papadopoulosová se svými kolegyněmi v 80. letech 20. století ve Velké Británii a v roce 1998 zveřejnily model kulturních kompetencí (Plevová et al., 2019). Tento model v sobě spojuje multikulturalistickou

i antirasistickou perspektivu a usnadňuje rozvoj širšího chápání nerovností, lidských a občanských práv a zároveň podporuje rozvoj dovedností potřebných k dosažení změny na úrovni pacienta. Papadopoulos uvádí, že schopnost poskytovat účinnou a soucitnou zdravotní péči vyžaduje zohlednění kulturního přesvědčení, chování a potřeb lidí. Dle tohoto modelu se s kulturně kompetentním soucitem nerodíme, náš mozek má schopnost jej rozvíjet. K aktivaci schopnosti soucitu a jeho udržování je zapotřebí nápaditých výukových metod, dobrých učebnic, dobrých vzorů a příležitostí praktického využití (Papadopoulos et al., 2016). Model Papadopoulos, Tilki a Taylor, dále pouze PTT, je jednou z ošetrovatelských teorií, která usnadňuje pochopení současných postupů ošetrovatelské péče a požadavků pacientů bez ohledu na jejich kulturní, náboženské a jazykové zázemí (Geleta et al., 2021). Model PTT dále zdůrazňoval potřebu, aby sestry měly jak kulturně-specifickou, tak kulturně-obecnou kompetenci. Kompetence specifická pro kulturu se týká znalostí a dovedností, které by sestřím umožnily porozumět hodnotám a kulturním předpisům, které se vztahují k určité etnické skupině a fungují v rámci určité kultury. Kulturně obecná kompetence je definována jako získání znalostí a dovedností, které jsou použitelné napříč etnickými skupinami (Kouta et al., 2016). Papadopoulos a kolektiv ve své studii zveřejnili výsledky z projektu, který byl realizován v roce 2006 ve Velké Británii. Tohoto projektu se zúčastnilo až 200 sester. V souvislosti s tímto projektem byly vyškoleny další sestry, které dostaly kompetenci k výuce tohoto programu (Maňhalová, Tóthová, 2016). Aby znalosti a dovednosti měly strukturu a aby se usnadnilo učení, byly navrženy následující fáze (Kouta et al., 2016).

Model PTT je model, u kterého musí každá sestra projít čtyřmi fázemi. Těmito stupni jsou kulturní povědomí, kulturní znalosti, kulturní citlivost a kulturní dovednosti (Geleta et al., 2021). První fáze modelu, kulturní povědomí, pomáhá pochopit význam našeho kulturního dědictví a kulturní dědictví ostatních (Papadopoulos et al., 2016). Začíná zkoumáním vlastních osobních hodnot a přesvědčení. Hodnoty se rozvíjí již v dětství a ovlivňují myšlení, chování a postoje jednotlivce (Plevová et al., 2019). Zvyšování sebeuvědomění zásadně přispívá k pochopení podstaty a konstrukce kulturní identity. Současně si i člověk uvědomuje, že kulturní zázemí je hlavním faktorem při utváření jeho hodnot a přesvědčení, následně praktik týkající se zdraví. Také nám umožňuje uvědomit si nebezpečí etnocentrismu. Druhou fází jsou kulturní znalosti, které vycházejí z mnoha oborů, jako je sociologie, antropologie, psychologie, biologie, ošetrovatelství, medicína a umění (Kouta et al., 2016). Tato fáze zahrnuje znalost způsobu života skupiny lidí, kam patří přesvědčení, hodnoty, názory jazyk, způsob komunikace, normy a zjevné vnější

prvky kultury (Plevová et al., 2019). Znalosti lze získat různými způsoby. Smysluplný kontakt s lidmi z různých etnických kultur může rozšířit vědomost o jejich zdravotních názorech a chování. Dokonce i zvýšit porozumění problémům, kterým čelí. Kulturní citlivost (senzitivita) je třetí fází. Je to způsob, jak profesionálové pohlíží na lidi v jejich péči (Kouta et al., 2016). Zahrnuje zásadní rozvoj vhodných mezilidských vztahů s pacienty. Důležitým prvkem pro její dosažení je způsob, jakým odborníci nahlíží na lidi a jejich péči. Pokud nejsou pacienti považováni za skutečné partnery, není kulturní citlivost dosažena (Papadopoulos et al., 2016). Rovnoprávné partnerství vyžaduje kromě pravomoci a kompromisu také důvěru, přijetí a respekt (Hussein, Dirie, 2018). Dosažení čtvrté fáze, kulturní kompetence, vyžaduje syntézu a aplikaci dříve získaných vědomostí, znalostí a citlivosti. Dále je kladen důraz na praktické dovednosti, jako je posouzení potřeb, klinická diagnóza a další pečovatelské dovednosti (Kouta et al., 2016). Kulturní kompetence nemusí být nutně cílem, ale spíše procesem, ke kterému se neustále přibližujeme prostřednictvím znalostí, které získáváme v rámci svých profesních a osobních zkušeností. Kultura má obrovský vliv na nemoci duševního zdraví. Formuje to, jak člověk vnímá, definuje a zda vyhledá služby v oblasti duševního zdraví (Hussein, Dirie, 2018). Nejdůležitější složkou této poslední fáze rozvoje kulturních kompetencí je způsobilost vzpírat se rasismu a dalším formám diskriminace a porušení praxe. Lze rozeznávat kulturní kompetence obecné a specifické. Obecné kulturní kompetence přispívají k získání specifických kulturních kompetencí, které jsou konkrétní pro specifickou kulturu dané skupiny (Plevová et al., 2019).

1.7 Primární péče v ordinacích praktického lékaře

Pacienti velice oceňují trpělivost, ochotu, schopnost cokoliv vysvětlit a laskavost. Sestry v primární péči by měly mít všeobecný přehled, například právní, ekonomický, kulturní, a schopnost komunikovat (Vojtíšková, 2006). Primární zdravotní péče je prvním kontaktním místem pro pacienty, kteří zažijí systém zdravotní péče, zde pacienti zahajují přístup k lékařské péči u praktického lékaře. Dle WHO jsou tři pilíře primární péče, kam patří uspokojování celoživotních zdravotních potřeb lidí, řešení širších determinant zdraví a umožňování pacientům a komunitám, aby se staraly o své vlastní zdraví. Základním předpokladem primární péče je tedy právo na stejnou a spravedlivou péči. Přístup ke službám primární péče je právem všech jednotlivců i komunit (Bajgain et al., 2020). Imigranti žijící a stárnoucí v cizí zemi čelí mnoha problémům s usazováním, což vytváří poptávku po základních službách, kam patří zdravotní služby. Často

nedostatečně využívají zdravotnické služby a narážejí na četné překážky související s jazykem, kulturou, zdravotním přesvědčením, cenou, nedostatkem zdravotního pojištění, polohou a socioekonomickým postavením. Tyto překážky v přístupu ke zdravotní péči by mohly mít velký dopad na stárnoucí přistěhovalce kvůli jejich pokročilému věku, snižující se morbiditě a nízkému socioekonomickému postavení, což může dále ovlivnit jejich zdravotní stav (Wang et al., 2019). Přestože většina migrantů je odolná vůči nemocem, migrace je spojena s nadměrným zastoupením nemocí, zejména duševních ve specifických subpopulacích. Poskytovatelé primární péče, kteří se snaží pomáhat jednotlivcům, si musí být vědomi různých bariér a problémů spojených se spoluprací s tlumočníky. Kromě toho musí mít osvědčené postupy při prověřování migrantů a poskytování intervenčních služeb (Rousseau, Frounfelker, 2019). Bylo zjištěno, že více cizinců hledalo primární lékařskou péči na soukromých klinikách a setkání se týkala všeobecných lékařských vyšetření a akutních drobných onemocnění. Soukromá zařízení jsou vyhledána z důvodu kratší čekací doby s delší provozní dobou i o víkendech, která přesahuje úřední hodiny (Rahman et al., 2016). Rodiny imigrantů a uprchlíků v závislosti na jejich původu nemusí být poučeny o konceptu preventivní péče. Poskytovatel by měl využít zahajující návštěvy, aby cizince seznámil s tímto konceptem. Také by jim měl říci, aby zpočátku očekávali častější návštěvy, aby dohnali běžnou léčbu a sledovali chronická onemocnění (Brown et al., 2020). Cizinci z důvodu porodnických problémů a chronických chorob hledali péči ve veřejných klinikách. Většinou bývají cizinci z mladších pracovních skupin. Posouzení lékařských prohlídek je pro cizince povinné, pokud plánují v zemi pracovat, studovat či hledat si pobyt. Kromě tohoto se většina těchto setkání konala před nástupem do zaměstnání nebo ročních zdravotních prohlídek nutných k obnovení jejich pracovního povolení (Rahman et al., 2016). Dále bylo zjištěno, že kultura je pouze jedním z rozměrů konzultací, při nichž je komunikace obtížná. Praktický lékař se zaměřuje spíše na jednotlivce než na jeho kulturu (Wiking et al., 2013).

Počet migrantů celosvětově roste, což znamená, že se zvyšuje počet pacientů, kteří nemluví místním jazykem (Davidsen et al., 2022). V komunikaci mezi zdravotnickým pracovníkem a cizincem je velice důležité nabídnutí pomoci tlumočníka. U praktických lékařů tato možnost bývá často opomíjena. Faktory, které jsou třeba vzít v úvahu při poskytnutí tlumočnicků, se týkají tlumočnicka, sestry a pacienta. Důležitými kritérii pro tlumočnický jsou jejich odborné znalosti, profesní role a osobnostní charakter. Pečlivé naplánování a uskutečnění schůzky je hlavní pro správné použití a hospodárnost

(Eklöfová et al., 2015). Komunikace přes jazykové bariéry v nepřítomnosti profesionálních tlumočnicků by mohla mít negativní dopad na kvalitu péče a vést ke zvýšení nákladů zdravotní péče. Existence dopadu na zdravotní péči a potenciální úspory nákladů prostřednictvím používání tlumočnicka byly dříve prokázány převážně v nemocničním prostředí a jsou s největší pravděpodobností důležité i pro primární péči (Jaeger et al., 2019). Pro úspěšnou konzultaci a pro uspokojení různých zúčastněných osob je důležité, aby byla dostatečná jak samotná schůzka, tak i tlumočnický proces. Pacienti mají právo se rozhodnout, zda chtějí, aby byl přítomen tlumočnick či ne. Zároveň o něj může požádat praktický lékař, pokud komunikace nefunguje (Wiking et al., 2013). Při konzultacích společně i s tlumočnickem je pro lékaře náročné vyjádřit empatii a je obtížné navázat vztah založený na důvěře. Lékaři jsou méně afektivní při práci s pacienty z etnických menšin. Tlumočníci sami sebe vnímají jako členy personálu, což je názor sdílený některými pacienty. Použití tlumočnicka může být pro pacienta i frustrující, jelikož nemá možnosti si tlumočení ověřit. Více tlumočnických chyb klinického významu se vyskytuje při použití neškolených tlumočnicků. V některých zemích kvůli rozpočtovým škrtnům je však přístup k takovým tlumočnickým službám omezen. Praktičtí lékaři popisují, jak zavedení poplatku vedlo k tomu, že pacienti místo profesionálního tlumočnicka využívali rodinné příslušníky či přátelé, nebo docházeli do ordinace sami. Důvodem bylo, že by to motivovalo přistěhovalce, aby se naučili místní jazyk (Davidsen et al., 2022). Rizikem může být také využívání člena rodiny jako tlumočnicka, protože může poskytnout nesprávné nebo neadekvátní vysvětlení anamnézy. (Wiking et al., 2013). Jsou schopni důvěřovat a cítit se bezpečně se svou rodinou, která je také snadno dostupná. Nicméně rodinní tlumočníci se také mohou pokusit ovlivnit proces konzultace. Sdílejí totiž pacientův život a mohou konzultaci posunout ve prospěch například v situacích, kdy rodina chtěla, aby pacient dostával nějakou sociální dávku (Davidsen et al., 2022).

2 Cíl práce a výzkumné hypotézy

Tato kapitola informuje o cíli a hypotézách, které byly stanoveny pro tuto diplomovou práci.

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit úroveň kulturních kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících u praktických lékařů.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Nelékařští zdravotničtí pracovníci mladší 40ti let, kteří pracují u praktických lékařů, mají větší kulturní kompetence než nelékařští zdravotničtí pracovníci starší 40ti let.

Hypotéza 2: Nelékařští zdravotničtí pracovníci s vyšším dosaženým vzděláním, kteří pracují u praktických lékařů, mají větší kulturní znalosti než nelékařští zdravotničtí pracovníci s nižším dosaženým vzděláním.

Hypotéza 3: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující u praktických lékařů, kteří se dokážou dorozumět dvěma a více jazyky, mají větší kulturní kompetence než nelékařští zdravotničtí pracovníci mluvící jedním nebo žádným cizím jazykem.

Hypotéza 4: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující u praktických lékařů, kteří se setkávají s více než pěti etnickými minoritami, mají větší kulturní kompetence než nelékařští zdravotničtí pracovníci setkávající se se čtyřmi a méně etnickými minoritami.

3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli a hypotézách

Nelékařský zdravotnický pracovník

Nelékařským zdravotnickým pracovníkem v ordinacích praktického lékaře je sestra, která má několik úkolů. Sestra vykonává práci v rozsahu své odborné schopnosti bez odborného dohledu či provádí výkony bez určení lékaře. Také zajišťuje ošetrovatelskou péči a podílí se na léčbě pacientů dle ordinace lékaře.

Praktický lékař

Praktický lékař poskytuje zdravotní péči ve svém zařízení či přímo u pacientů doma. Péče je poskytována registrovaným pacientům bez ohledu na trvalé bydliště, věk, pohlaví, rasu či náboženské vyznání. Lékař provádí základní vyšetření, ošetření, diagnostiku, léčbu, preventivní vyšetření či konzultaci s jinými specializovanými obory.

Kulturní kompetence

Kulturní kompetence znamená soubor znalostí, dovedností a postojů, které sestry používají při ošetřování pacientů odlišné kultury. Kulturní kompetence vyžaduje neustálé učení se o odlišných kulturách. Velice důležitá je komunikace, empatie a úcta ze strany sester. První komunikace s pacientem odlišné kultury totiž prochází skrze sestru a následně jde pacient až k lékaři.

Vzdělání

Vzdělání je přehled znalostí, dovedností a schopností, které sestry získávají buď prostřednictvím výuky, studia nebo vzděláváním za pomoci vlastní zkušenosti s jinými kulturami.

Jazyk

Jazyk slouží jako komunikační prostředek mezi lidmi. Každá ze sester by měla umět alespoň jeden světový jazyk, kterým se lze dorozumět s pacienty různých kultur. Pokud lze využít tlumočnicka daného zařízení či rodinného, tak by sestra měla umět komunikovat i s ním.

Kulturní znalosti

Každá sestra i praktický lékař by měli mít znalosti cizích kultur, etnik a světových náboženství. Znalosti jsou nápomocny při komunikaci s pacientem odlišné kultury. Dále by měli mít znalost v oblasti specifik ošetrovatelské péče u různých minorit. Kvůli migraci obyvatelstva je vzdělávání sester v multikulturním ošetrovatelství velice důležité.

Etnické minority

V dnešní době migrace se v ordinaci praktického lékaře setkáváme s různými etnickými minoritami. Etnická minorita je skupina populace, která je menší než zbytek celé populace v dané zemi. Může to být například etnická minorita romská, ukrajinská, vietnamská, slovenská a mnoho dalších.

4 Metodika

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen sestrami pracujícími v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Výzkumného šetření se účastnili muži i ženy ve věku od 23 let do 69 let. Byly osloveny sestry ze tří krajů, a to jihočeského, střeďočeského a jihomoravského. Žádný z dotazníků nebyl vyloučen pro jeho špatné vyplnění. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 120ti (100 %) nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Všichni respondenti s vyplněním dotazníku souhlasili. Nejdříve byli zvoleni, poté osloveni na základě kritéria. Tímto kritériem byla zkušenost s péčí o pacienta minoritní kultury. Respondenti, kteří byli zapojeni do výzkumného šetření, byli různého věku, s různou délkou praxe a stupněm vzdělání.

4.2 Použité metody

Realizace tohoto výzkumu se týká výzkumného grantového projektu GAJU číslo 046/2021/S, který měl název Kulturní kompetence sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství a byl uskutečňován za finanční podpory Garantované agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci empirické části pro tuto diplomovou práci s názvem „*Uvědomění, znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kulturně kompetentní péče*“ bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden dotazováním za pomoci anonymního dotazníku. Před zpracováním samotného výzkumného šetření byla provedena pilotáž, při které se zjišťovalo, zda formulace a překlad otázek jsou srozumitelné a pochopitelné pro respondenty.

Dotazník byl rozdělen na nestandardizovanou a standardizovanou část dotazníku. Na vyplnění dotazníku měli respondenti až 30 minut. Dotazník (Příloha 1) se skládal ze 79 otázek. Do nestandardizované části dotazníku spadají otázky číslo 1 až 9, obsahovaly biografické údaje respondentů – věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví, délka praxe u praktického lékaře, jakými jazyky se dorozumívají a jak často jimi mluví, využití tlumočnicka, a s jakými etnickými minoritami se v rámci práce setkávají. Standardizovaná část dotazníku obsahovala následující otázky, které byly uzavřené. Otázky číslo 10 až 24 se týkaly uvědomění sestry v ohledu na kulturu pacienta. Otázky číslo 25 se zabývaly stupnicí kulturních kompetencí sester pracujících u praktického lékaře, konkrétně se zaměřily na kulturní dovednosti, kulturní znalosti

a kulturní citlivost. Poslední sekce otázek číslo 26 byla převzata z dotazníku Multicultural Society od Greater Vancouver Island's checklist, která se zaměřovala na sebehodnocení kulturních kompetencí sester. Každá z otázek se ještě rozdělovala do oddílů uvědomění, znalostí a dovedností. Na konci každého oddílu se nachází vyhodnocení.

4.3 Sběr a analýza dat

Výzkumné šetření bylo prováděno od května do listopadu 2022. Z důvodu dodržení anonymity nejsou oslovená pracoviště praktických lékařů uvedena. Respondentům byly rozdány dotazníky v tištěné podobě. Před vyplněním dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem diplomové práce, cílem práce a podrobnostmi výzkumu. Byli také ujištěni o zachování anonymity a všichni posléze schválili zpracování údajů v rámci výzkumného šetření. Respondenti byli ubezpečeni, že jejich odpovědi budou chráněné a výsledky tohoto šetření budou sloužit jen pro vědecké účely. Přímo na začátku dotazníku je prohlášení se souhlasem s účastí na výzkumném šetření. Na této straně dotazníku se nachází jmenný seznam řešitelů projektu, kteří se podíleli na sestavení tohoto dotazníku.

Analýza dat byla vykonána za pomoci programu SASD (statistická analýza dat) a SPSS. Analýza byla prováděna podle prvního a druhého stupně třídění. V prvním stupni třídění byly pro konkrétní ukazatele uspořádány frekvenční tabulky a propočítány absolutní i relativní četnosti a také střední hodnoty jako jsou modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05. Pro tvorbu grafů byl použit Microsoft Excel.

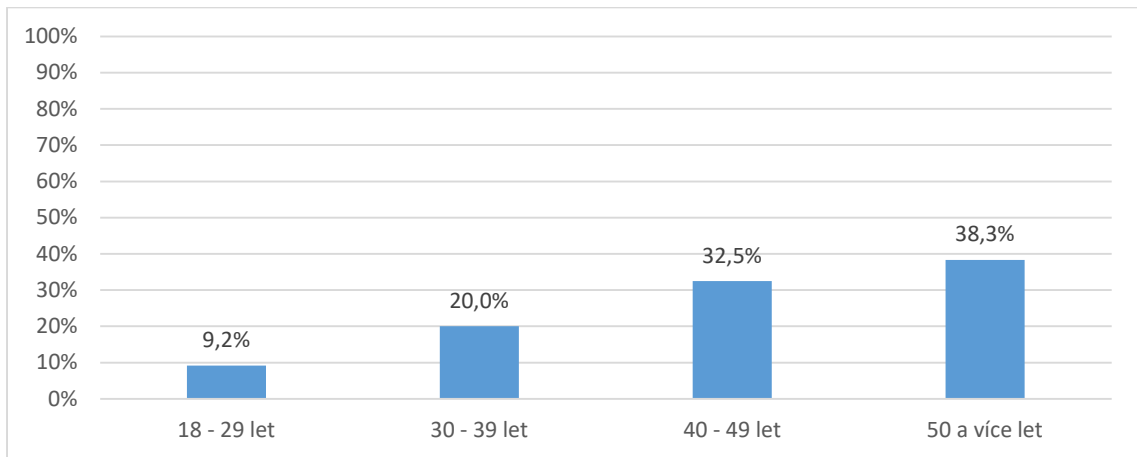
V druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými celkovými a očekávanými) a znaménkové schéma. V analýze byly spojitosti aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test Chí kvadrát dobré shody - χ^2 (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Dále byly udělány výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, Normovaného Personova koeficientu kontingence, Čuprovova koeficientu, Cramerova koeficientu, Walisova koeficientu, Spearmanova koeficientu a Korelačního koeficientu. Intenzita vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti - $\alpha = 0,05, 0,01$ a $0,001$.

Uvnitř popisu analyzovaných statisticky významných vazeb jsou standardně zmiňovány hodnoty Chí kvadrát test dobré shody a Testu nezávislosti. V případě nedostatečného počtu pozorování byla používána Yatesova korekce.

5 Analýza a interpretace výsledků

5.1 Nestandardizovaná část dotazníku

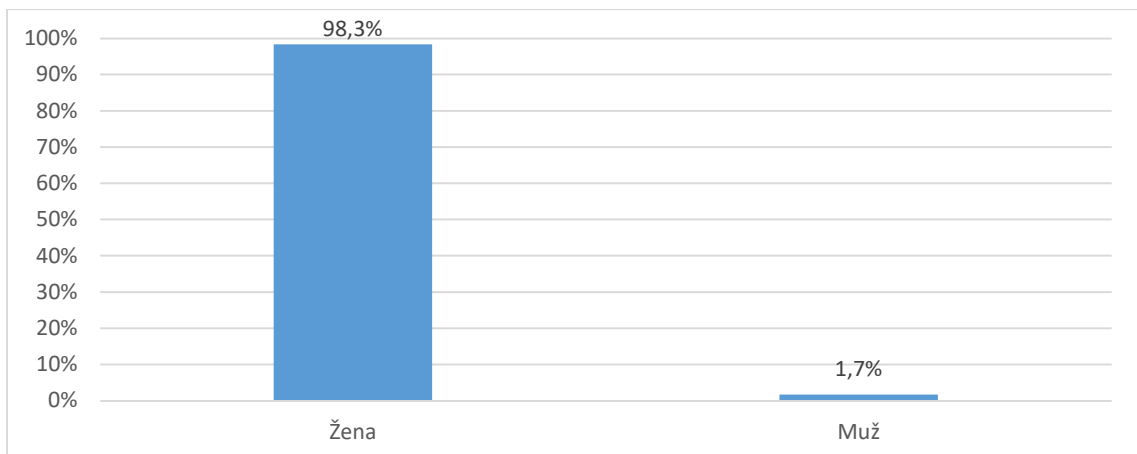
Graf 1 Věková kategorie



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 1 ukazuje věkové rozložení respondentů. Z počtu 100 % (n = 120) bylo 9,2 % (n = 11) respondentů mezi 18 až 29 lety, 30 až 39 let bylo 20,0 % (n = 24) respondentů, 40 až 49 let bylo 32,5 % (n = 39) respondentů a nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 50 a více let, bylo jich 38,3 % (n = 46).

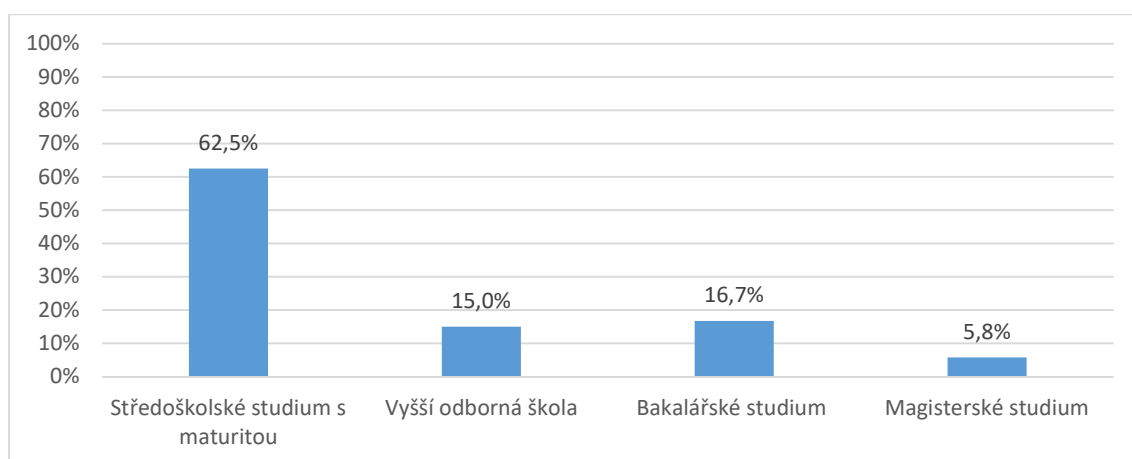
Graf 2 Pohlaví respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 2 je patrné, že ženy tvořily větší polovinu respondentů, z celkového počtu 100 % (n = 120) bylo 98,3 % (n = 118) ženského pohlaví a pouze 1,7 % (n = 2) respondentů mužského pohlaví.

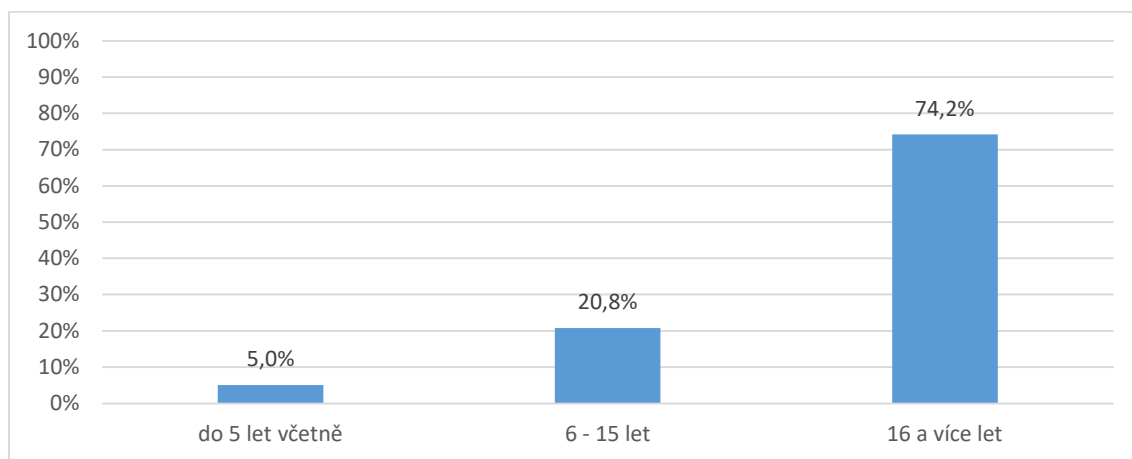
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka se zabývala vzděláním respondentů a výsledky prezentuje graf 3. Nejvíce respondentů, a to konkrétně 62,5 % (n = 75) odpovědělo, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské studium s maturitou, vyšší odbornou školu (Dis.) mělo 15,0 % (n = 18) dotazovaných respondentů, druhým druhem vzdělání bylo bakalářské studium (Bc.), toto vzdělání mělo 16,7 % (n = 20) z dotazovaných, nejméně respondentů, respektive 5,8 % (n = 7), mělo magisterské studium (Mgr.).

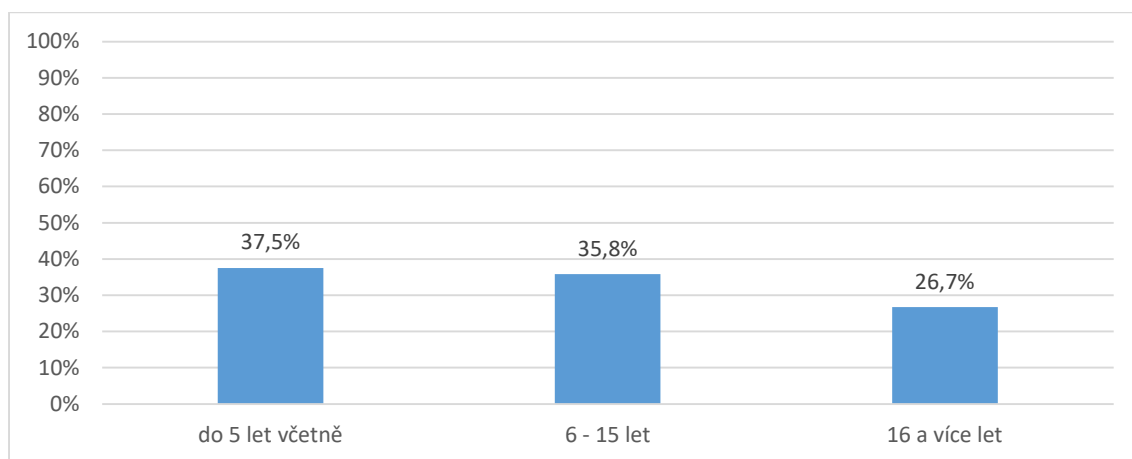
Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu číslo 4 je patrné, že z celkového počtu respondentů 100 % (n = 120) mělo 5,0 % (n = 6) celkovou délku praxe ve zdravotnictví do 5 let včetně, v rozmezí 6 až 15 let praxe mělo 20,8 % (n = 25) dotazovaných respondentů, nejméně respondentů mělo 16 a více let praxe, a to konkrétně 74,2 % (n = 89).

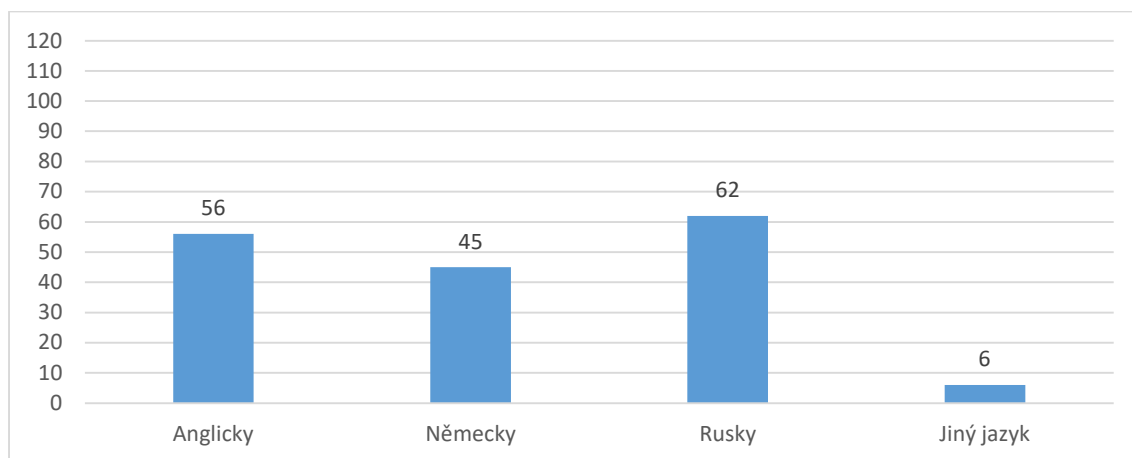
Graf 5 Délka praxe u praktického lékaře



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 5 demonstruje délku praxe v ordinacích praktického lékaře. Nejvíce byla zastoupena délka praxe do 5 let včetně, konkrétně se jednalo o 37,5 % (n = 45). Druhé nejpočetnější zastoupení skupiny dotazovaných respondentů mělo délku praxe 6 až 15 let, a to přesně 35,8 % (n = 43). Nejméně početnou skupinu tvořila délka praxe 16 a více let, kterou zastupovalo 26,7 % (n = 32) dotazovaných respondentů.

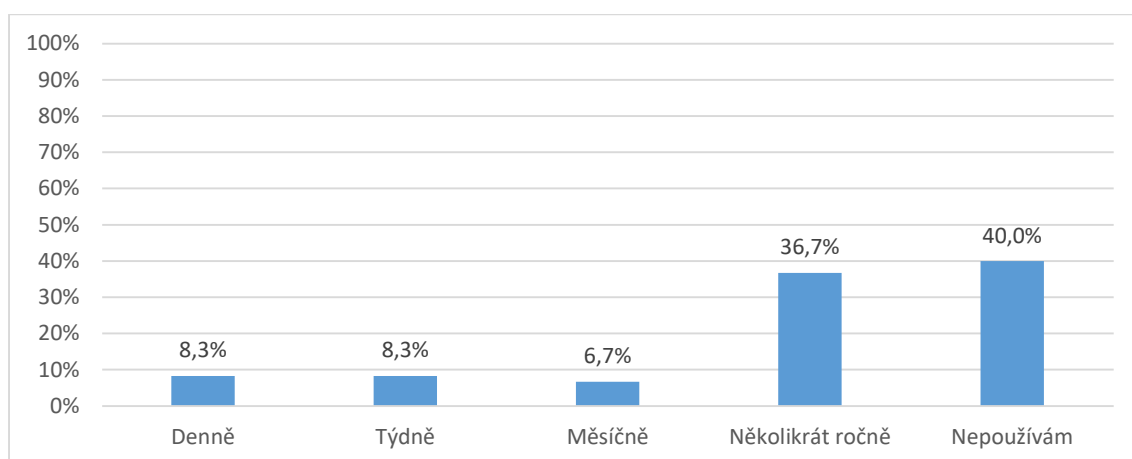
Graf 6 Znalost jazyků



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 6 zjišťoval, jakými jazyky se respondenti dokáží dorozumět v praxi. Celkem 56 respondentů uvedlo anglický jazyk, německým jazykem se dokáže dorozumět 45 respondentů. Nejpočetnější zastoupení měl ruský jazyk, a to přesně 62 z dotazovaných. Jiným jazykem než ty, které byly výše zmíněny, se dorozumí 6 dotazovaných respondentů.

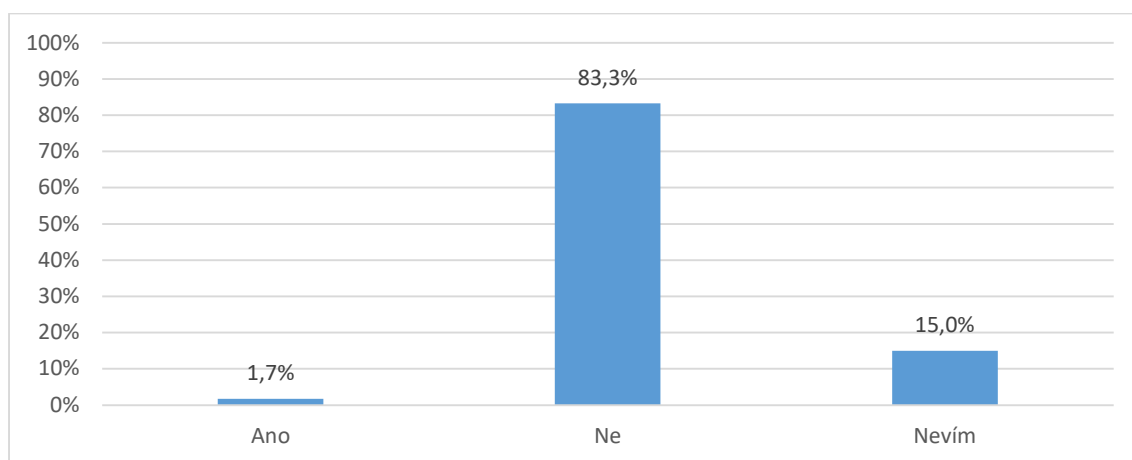
Graf 7 Frekvence používání jazyků v praxi



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka zkoumala, jak často respondenti při práci využívají cizí jazyk v rámci praxe. Graf 7 prezentuje, že 40,0 % (n = 48) respondentů cizí jazyk během pracovní doby nepoužívá, 36,7 % (n = 44) respondentů používá cizí jazyk několikrát ročně, 8,3 % (n = 10) respondentů denně, stejný počet respondentů, a to 8,3 % (n = 10) mluví cizími jazyky. Pouze 6,7 % (n = 8) z dotazovaných používá cizí jazyk měsíčně.

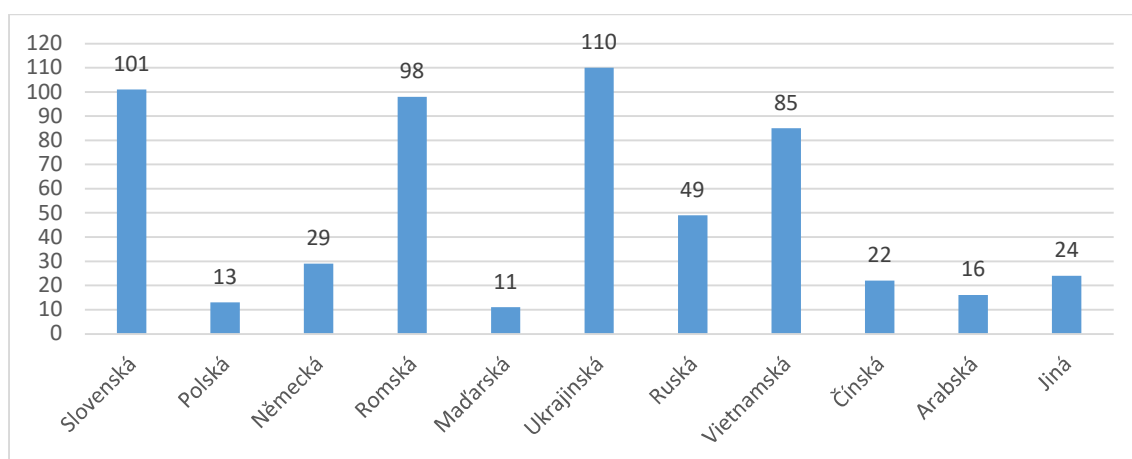
Graf 8 Smluvní vztah s tlumočnickem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 8 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, která se týká smluvního vztahu s tlumočnickem v ordinaci praktického lékaře. Nejpočetnější skupinou respondentů, a to 83,3 % (n = 100) odpovědělo, že jejich pracoviště *nemá* smluvní vztah s tlumočnickem. Na druhém místě se umístila odpověď *nevím*, tuto možnost označilo celkem 15,0 % (n = 18) dotazovaných respondentů. Nejméně početnou skupinou respondentů, konkrétně 1,7 % (n = 2) uvedlo odpověď *ano*.

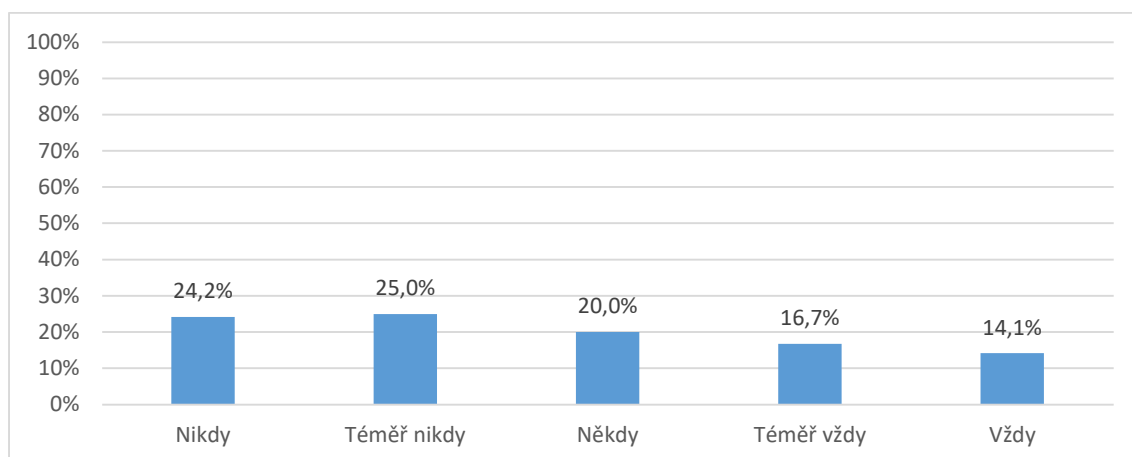
Graf 9 Etnické minority v ordinaci praktického lékaře



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 9 znázorňuje, že respondenti se setkávají s různými etnickými minoritami. S ukrajinskou minoritou 110 respondentů, se slovenskou 101 respondentů, s romskou minoritou 98 dotazovaných, s vietnamskou minoritou 85 respondentů, s ruskou minoritou 49 respondentů, s německou minoritou 29 dotazovaných, s čínskou minoritou 22 dotazovaných, s arabskou minoritou 16 respondentů, s maďarskou minoritou 11 respondentů a s polskou 13 respondentů. S jinou minoritou než těmi výše uvedenými se setkává 24 respondentů.

Graf 10 Předsudky vůči odlišné kultuře

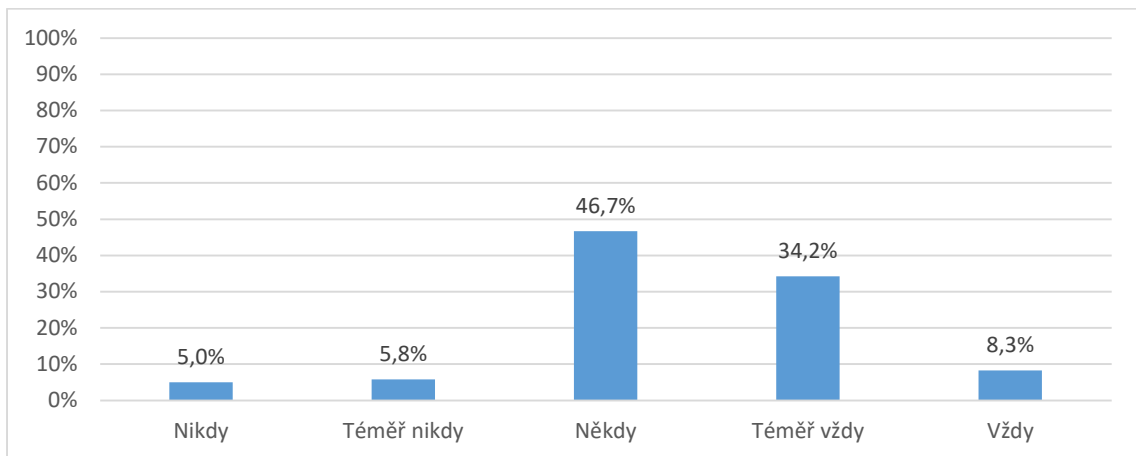


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu číslo 10 vyplývá, že u 25,0 % (n = 30) respondentů téměř nikdy jejich předsudky nemohou ovlivnit chování k pacientům z odlišné kultury, 24,2 % (n = 29) respondentů odpovědělo, že nikdy jejich předsudky neovlivňují chování, 20,0 % (n = 24) respondentům někdy ovlivňují předsudky jejich chování, 16,7 % (n = 20) respondentů je

si vědomo, že téměř vždy jejich předsudky ovlivňují chování. Pouze 14,1 % (n = 17) respondentů odpovědělo, že vždy jejich předsudky ovlivňují jejich chování při ošetření.

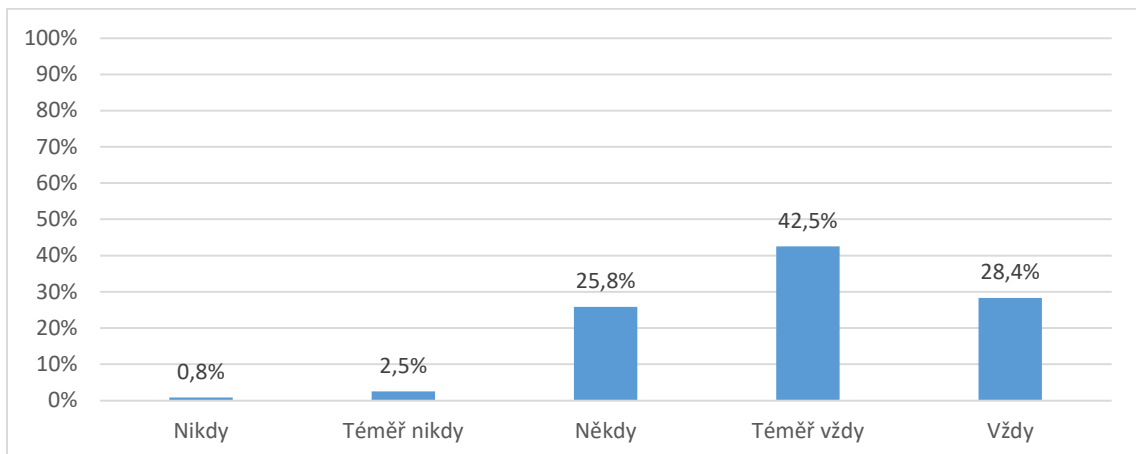
Graf 11 Komfort při péči o různé kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 11 se zabýval tím, zda se respondenti cítí komfortně při péči o pacienta z odlišné kultury. Ze 100 % (n = 120) respondentů 46,7 % (n = 56) zvolilo možnost: někdy, 34,2 % (n = 41) respondentů zvolilo možnost: téměř vždy, 8,3 % (n = 10) respondentů z nabídky odpovědí vybrali: vždy, 5,8 % (n = 7) respondentů zvolili možnost odpovědi: téměř nikdy a 5,0 % (n = 6) z dotazovaných se rozhodlo pro odpověď: nikdy.

Graf 12 Verbální komunikace pro získání informací

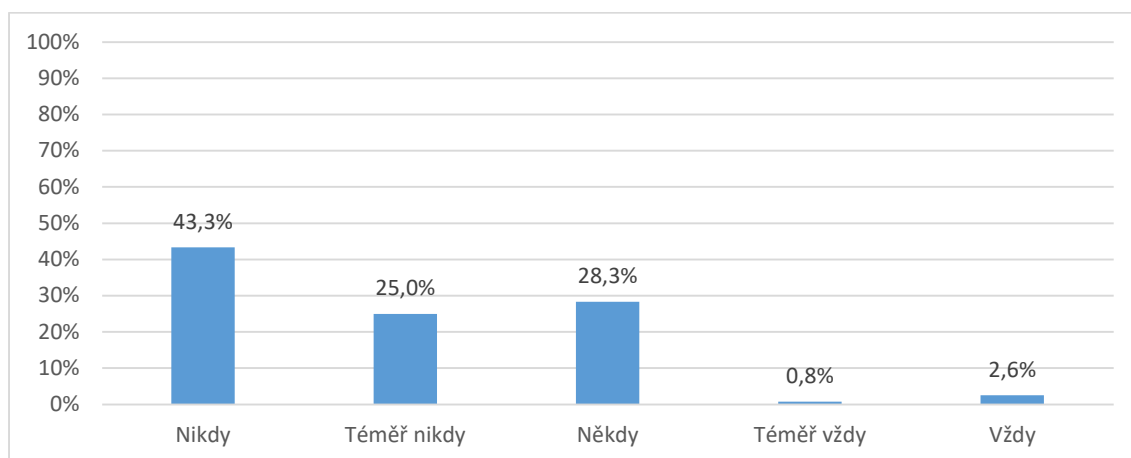


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 12 vyplývá, že 42,5 % (n = 51) respondentů si myslí, že téměř vždy je verbální komunikace nejlepší pro získání informací od pacienta z odlišné kultury, vždy je nejlepší verbální komunikace pro 28,4 % (n = 34) respondentů. Dále pro 25,8 % (n = 31) z dotazovaných respondentů je někdy nejlepší pro sběr informací verbální

komunikace, pro 2,5 % (n = 3) respondentů téměř nikdy není nejlepší tato komunikace a pouze pro 0,8 % (n = 1) respondenta není nikdy nejlepší.

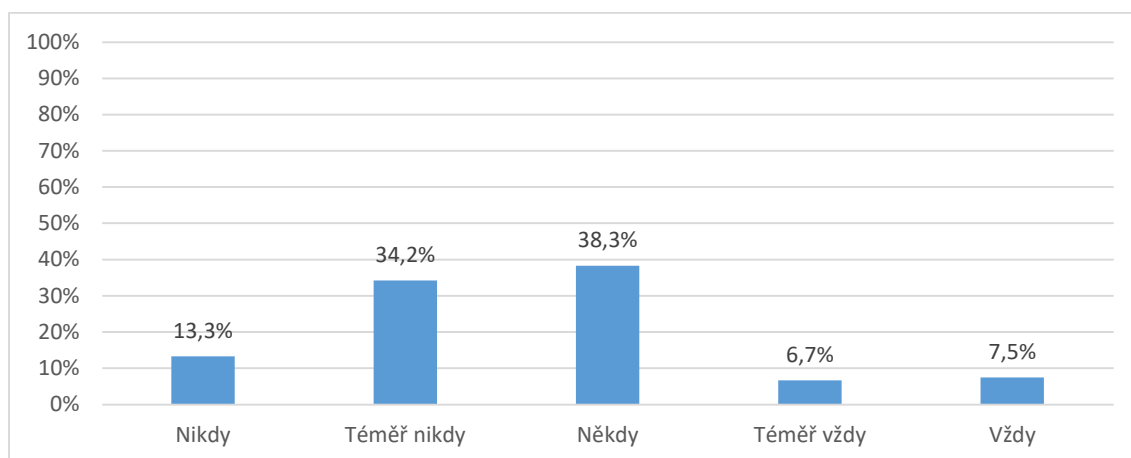
Graf 13 Připravenost na setkání s pacientem z odlišné kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 13 prezentuje odpovědi sester na otázku zaměřující se na to, zda se sestry na setkání s pacientem z odlišné kultury dopředu pečlivě připravují. 43,3 % (n = 52) respondentů se nikdy nepřipravují dopředu. Někdy se připravuje 28,3 % (n = 34) respondentů, téměř nikdy se na setkání nepřipravuje 25,0 % (n = 30), vždy se připravuje 2,6 % (n = 3) respondentů, téměř vždy se na setkání připravuje 0,8 % (n = 1) respondentů.

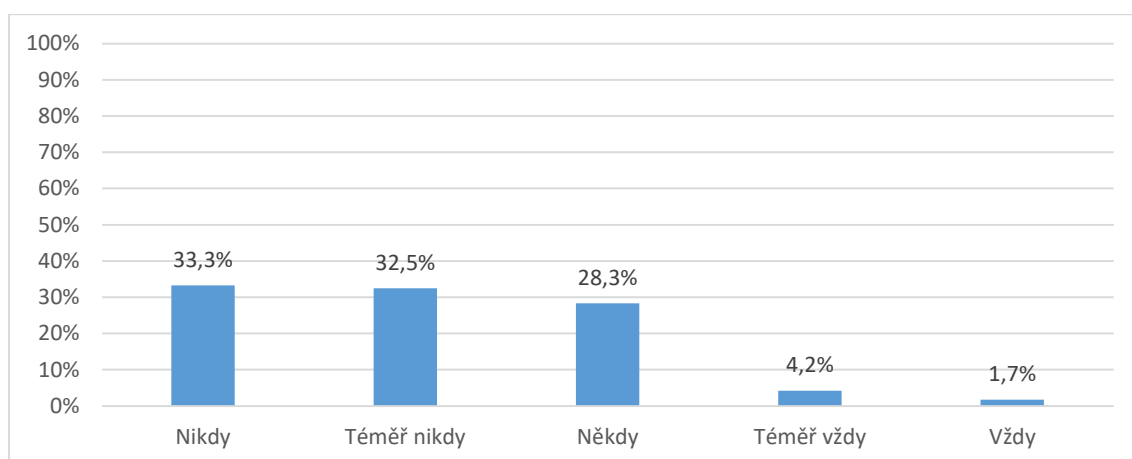
Graf 14 Důležitost znalosti cizího jazyka



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 14 se zabýval tím, zda je pro respondenty stěžejní znalost cizího jazyka. Pro 38,3 % (n = 46) dotazovaných je někdy stěžejní znalost cizího jazyka, pro 34,2 % (n = 41) respondentů téměř nikdy a pro 13,3 % (n = 16) respondentů nikdy není stěžejní jeho znalost. 6,7 % (n = 8) respondentů odpovědělo, že téměř vždy a 7,5 % (n = 9) respondentů odpovědělo, že vždy je stěžejní znalost cizího jazyka.

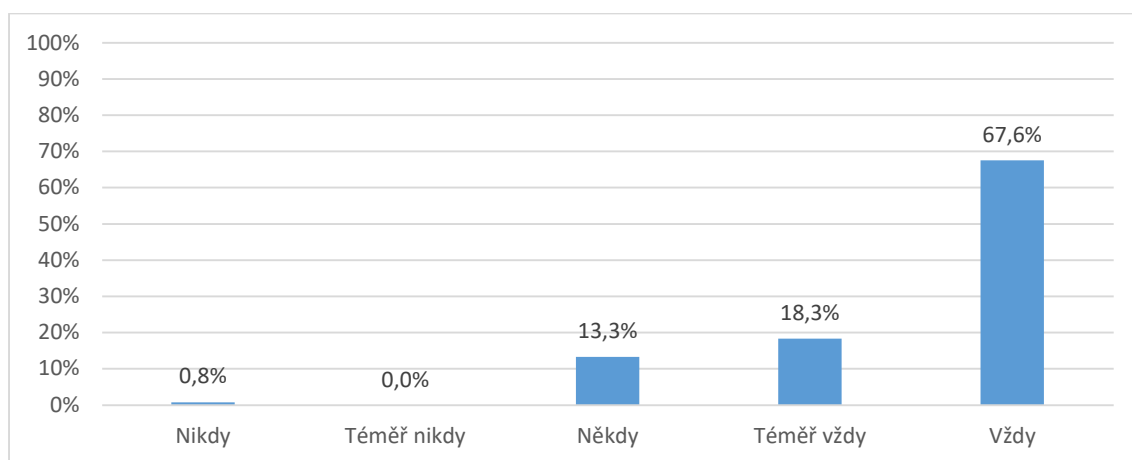
Graf 15 Strach z odlišné kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 15 prezentuje odpovědi na otázku, jestli respondenti přistupují k pacientovi z odlišné kultury s obavami. Nejvíce respondentů, přesně 33,3 % (n = 40) označilo odpověď *nikdy*. Pro odpověď *téměř nikdy* se rozhodlo 32,5 % (n = 39) respondentů, dále 28,3 % (n = 34) respondentů odpovědělo *někdy*. Pouze 4,2 % (n = 5) dotazovaných uvedlo možnost *téměř vždy* a 1,7 % (n = 2) dotazovaných vybralo možnost *vždy*.

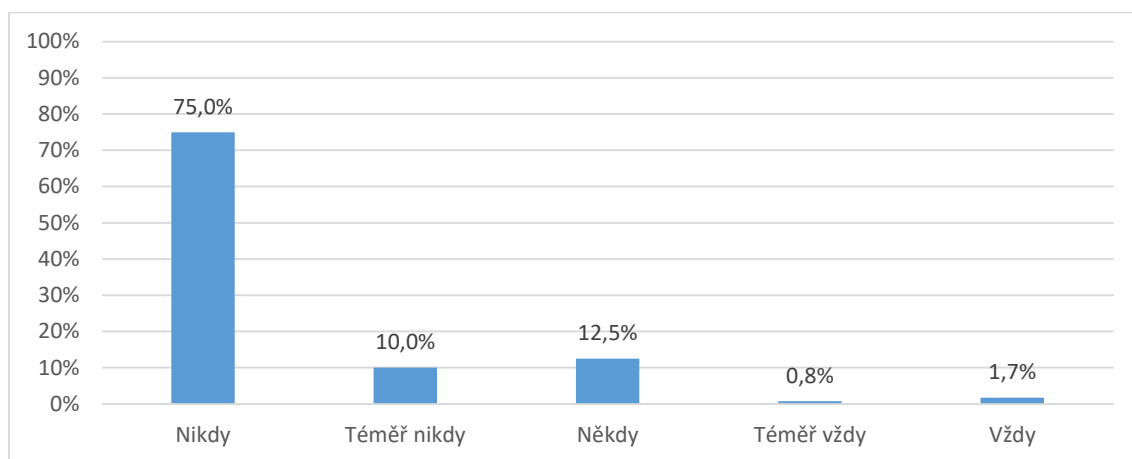
Graf 16 Pocit bezpečí odlišné kultury v ordinaci



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další graf číslo 16 ukazuje, jestli respondenti považují za důležité, aby se lidé odlišných kultur cítili bezpečně na jejich pracovišti. Nejvíce respondentů, a to 67,6 % (n = 81) odpovědělo, že vždy považují za důležité, aby se cítili pacienti bezpečně, 18,3 % (n = 22) respondentů zvolilo odpověď téměř vždy. Pro 13,3 % (n = 16) dotazovaných je někdy důležité, aby se cítili bezpečně. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent uvedl nikdy. Žádný z respondentů nezvolil odpověď téměř nikdy.

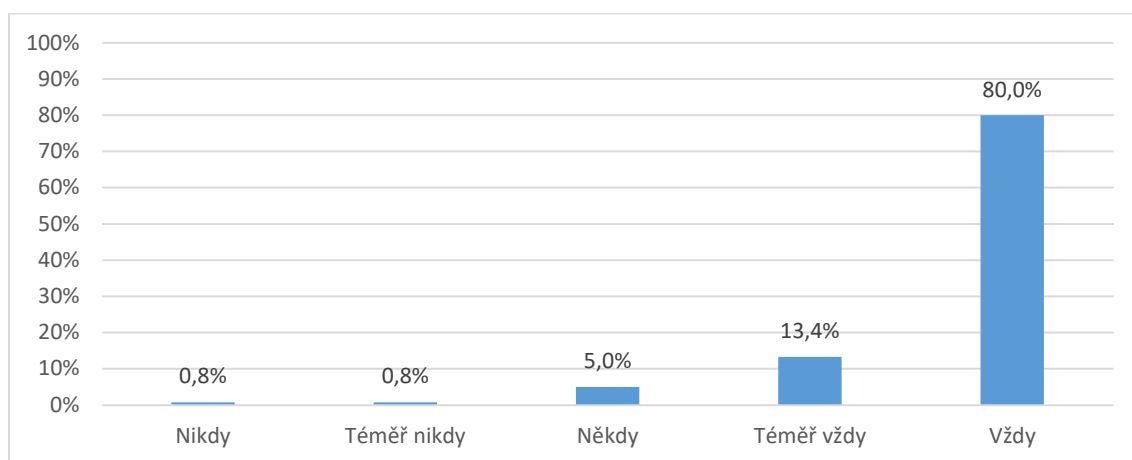
Graf 17 Posuzování na základě barvy pleti



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu číslo 17 lze usoudit, že 75,0 % (n = 90) respondentů nikdy neposuzuje pacienta podle barvy pleti, 10,0 % (n = 12) respondentů téměř nikdy neposuzuje pacienta na základě barvy pleti. 12,5 % (n = 15) respondentů někdy a 1,7 % (n = 2) respondentů vždy posuzuje pacienta dle barvy pleti. Pouze 0,8 % (n = 1) respondentů téměř vždy hledí na barvu pleti.

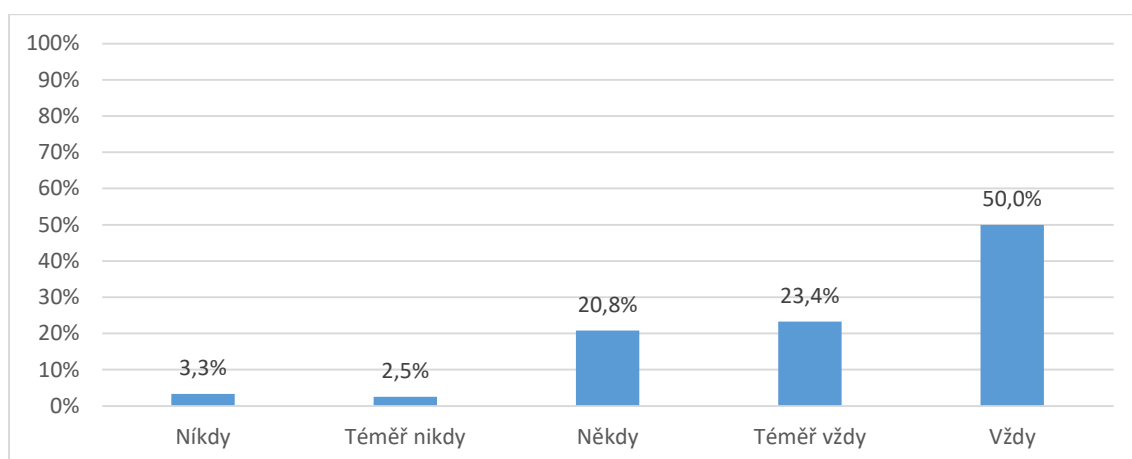
Graf 18 Vyhýbání se kulturním konfliktům



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka zjišťovala, jestli se respondenti snaží vyhnout kulturním konfliktům na pracovišti. Graf 18 poukazuje, že ze 100 % (n = 120) respondentů většina, a to 80,0 % (n = 96), se snaží vyhnout kulturním konfliktům, 13,4 % (n = 16) respondentů se téměř vždy se snaží vyhnout kulturním konfliktům. Někdy se jim snaží vyhnout 5,0 % (n = 6) respondentů. Téměř nikdy se nesnaží vyhnout konfliktům 0,8 % (n = 1) respondentů, se stejným počtem respondentů byla odpověď nikdy.

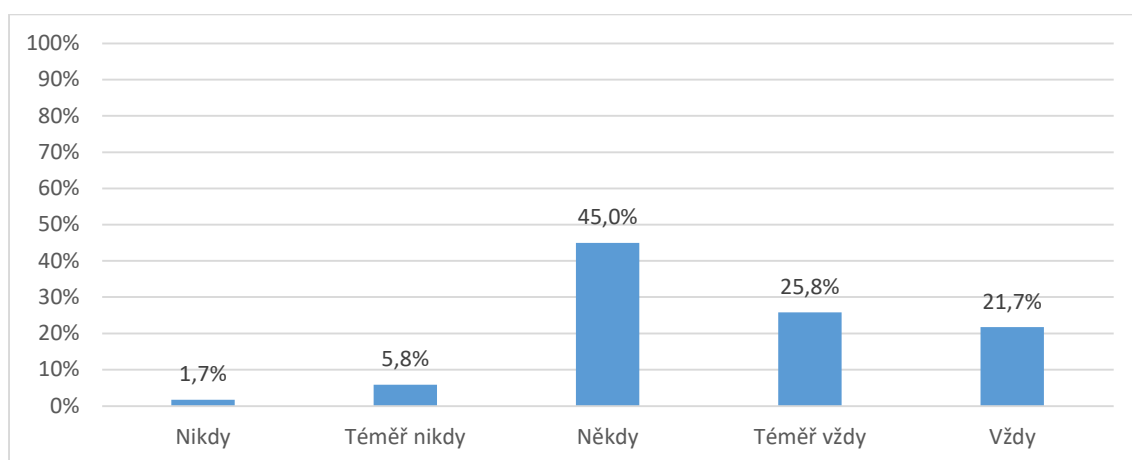
Graf 19 Vyhýbání se stereotypizaci lidí



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 19 vyplývá, že 50,0 % (n = 60) respondentů se vždy vyhýbá stereotypizaci lidí, téměř vždy se jí vyhýbá 23,4 % (n = 28) respondentů, 20,8 % (n = 25) respondentů odpovědělo, že se někdy vyhýbají stereotypizaci. Téměř nikdy se jí nevyhýbá 2,5 % (n = 3) respondentů a nikdy 3,3 % (n = 4) respondentů.

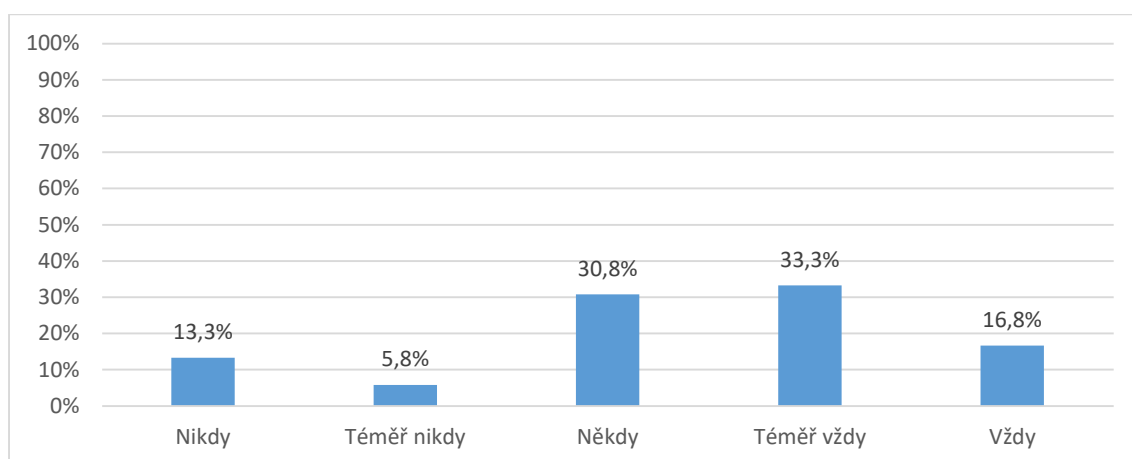
Graf 20 Adaptace pacientů z odlišné kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 20 znázorňuje, jestli se pacienti z odlišné kultury mají plně adaptovat do domovské země respondentů. Nejvíce respondentů, a to 45,0 % (n = 54), odpovědělo *někdy*, 25,8 % (n = 31) respondentů vybralo možnost *téměř vždy*. Dále 21,7 % (n = 26) respondentů uvedlo odpověď *vždy*. Odpověď *téměř nikdy* zvolilo 5,8 % (n = 7) respondentů. Pouze 1,7 % (n = 2) z dotazovaných respondentů uvedlo možnost *nikdy*.

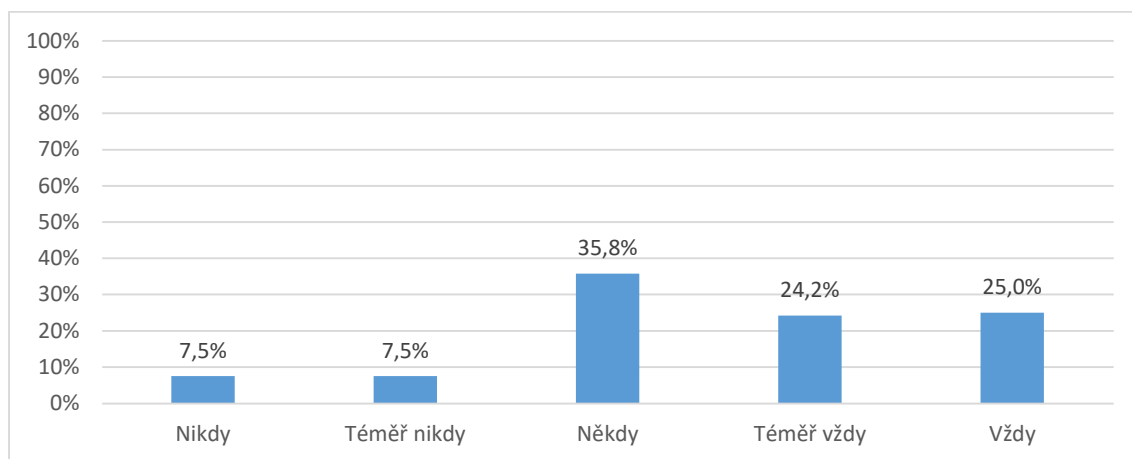
Graf 21 Začlenění pacienta do procesu



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 21 zobrazuje odpovědi na otázku, zda pacienta zapojuje do procesu. Přesně 30,8 % (n = 37) respondentů označilo, že někdy zapojuje pacienta do procesu. 33,3 % (n = 40) dotazovaných téměř vždy zapojuje pacienty do procesu, vždy 16,8 % (n = 20) respondentů. 13,3 % (n = 16) dotazovaných nikdy nezapojuje pacienta do procesu. Nejméně, přesně 5,8 % (n = 7) respondentů označilo, že pacienta nikdy nezapojuje do procesu.

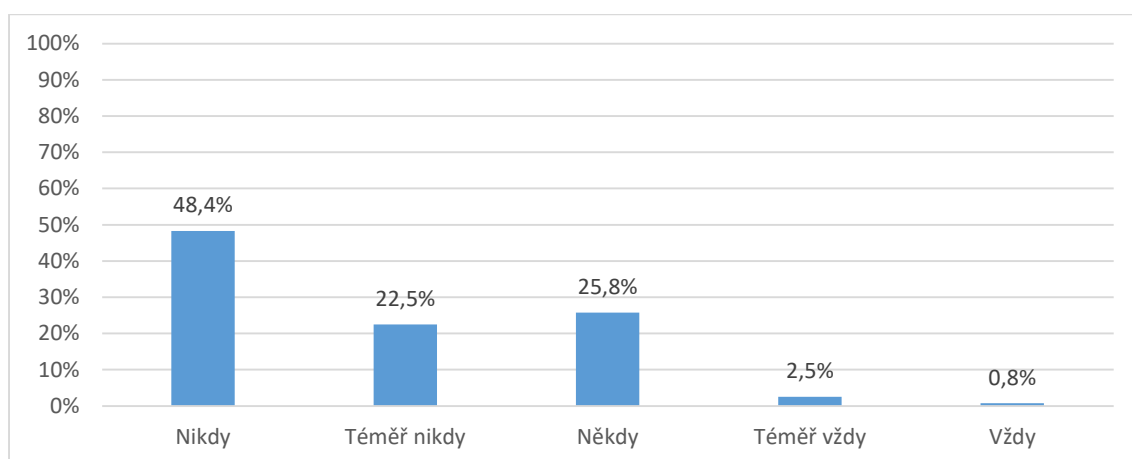
Graf 22 Rozvoj vědomostí a dovedností



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 22 je patrné, že 35,8 % (n = 43) respondentů někdy považuje za důležité rozvíjet jejich vědomosti a dovednosti. 24,2 % (n = 29) respondentů téměř vždy a 25,0 % (n = 30) respondentů to vždy považuje za důležité. Dále 7,5 % (n = 9) respondentů uvedlo, že téměř nikdy nerozvíjejí své vědomosti a stejný počet respondentů uvedlo odpověď nikdy.

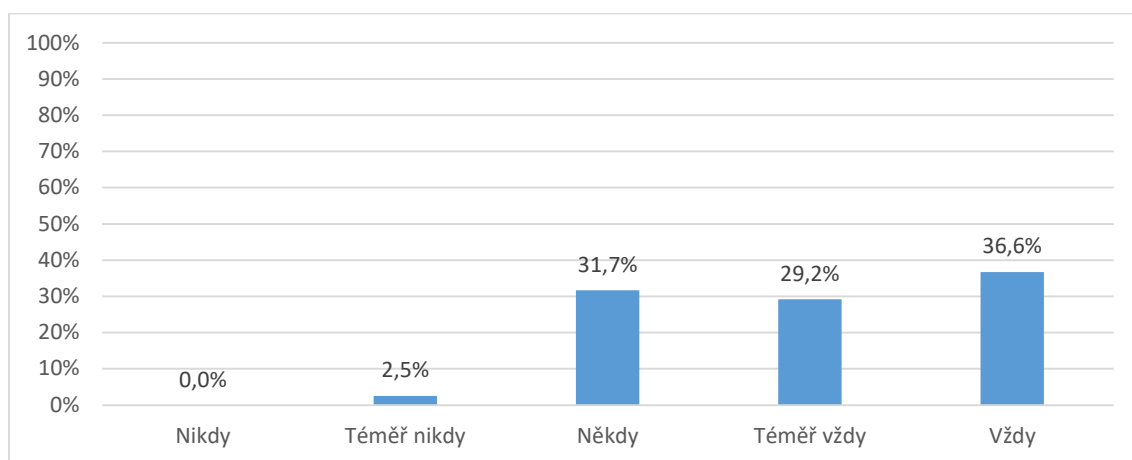
Graf 23 Pocity diskriminace vůči odlišné kultuře



(Zdroj: vlastní výzkum)

U následující otázky byli respondenti dotazováni na to, zda mají pocity diskriminace vůči pacientům z odlišné kultury. Graf 23 ukazuje, že 48,4 % (n = 58) respondentů nikdy nemělo pocit diskriminace. 25,8 % (n = 31) dotazovaných vybralo odpověď někdy a 22,5 % (n = 27) dotazovaných téměř nikdy nemělo pocit diskriminace. 2,5 % (n = 3) dotazovaných uvedlo odpověď téměř vždy a 0,8 % (n = 1) respondent odpověděl vždy.

Graf 24 Pravidla zdravotní péče

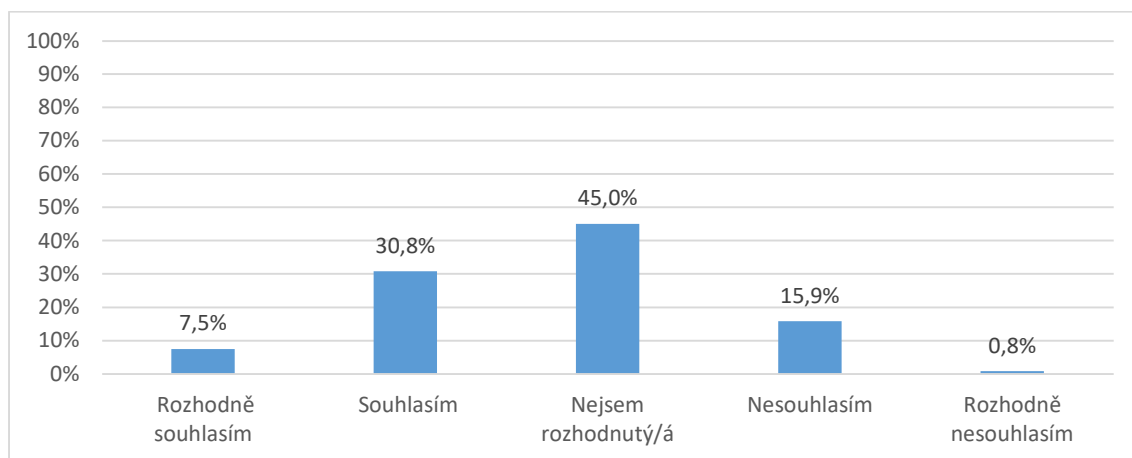


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 24 vyhodnocuje odpovědi na otázku, jestli dotazovaní respondenti chápou, že pacienti z odlišné kultury různě vnímají principy zdravotní péče. 36,6 % (n = 44) respondentů uvedlo možnost *vždy*. Dále byla volena odpověď *někdý*, tuto možnost uvedlo 31,7 % (n = 38) z dotazovaných respondentů. Celkem 29,2 % (n = 35) respondentů uvedlo možnost *téměř vždy*. Odpověď *téměř nikdy* zvolilo 2,5 % (n = 3) respondentů. Žádný z dotazovaných nevedl možnost *nikdy*.

5.2 Standardizovaná část dotazníku

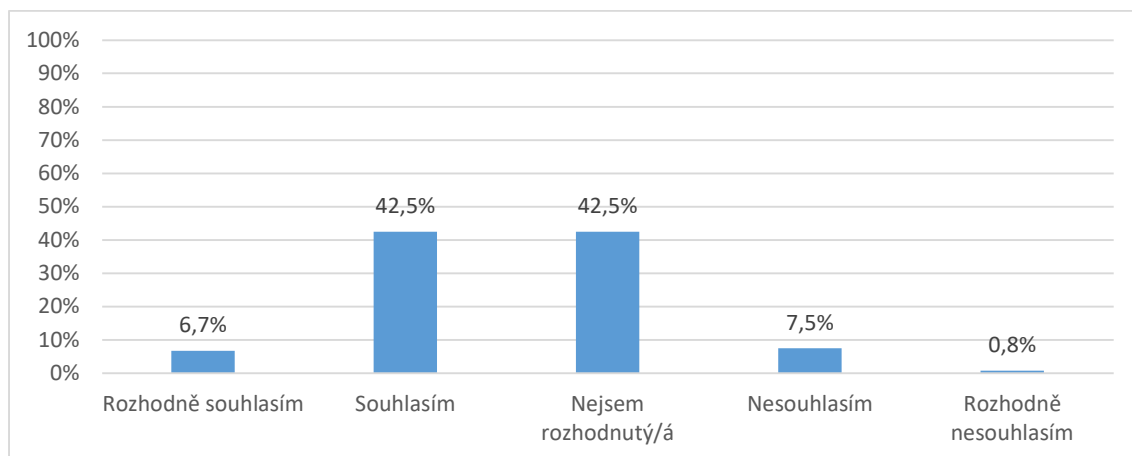
Graf 25 Vnímání rozdílů a podobností mezi kulturami



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 25 ukazuje, zda respondenti dokáží kolegy učit a vést je ke vnímání rozdílů mezi různými kulturami. Nejvíce respondentů, a to 45,0 % (n = 54), v tomto ohledu není rozhodnuto, neví, zda by to dokázali. S otázkou souhlasilo 30,8 % (n = 37) respondentů. 15,9 % (n = 19) respondentů odpovědělo, že nesouhlasí. Rozhodně souhlasilo s otázkou týkající se učení a vedení kolegů 7,5 % (n = 9) respondentů. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent použil odpověď rozhodně nesouhlasím.

Graf 26 Plánování ošetrovatelských intervencí

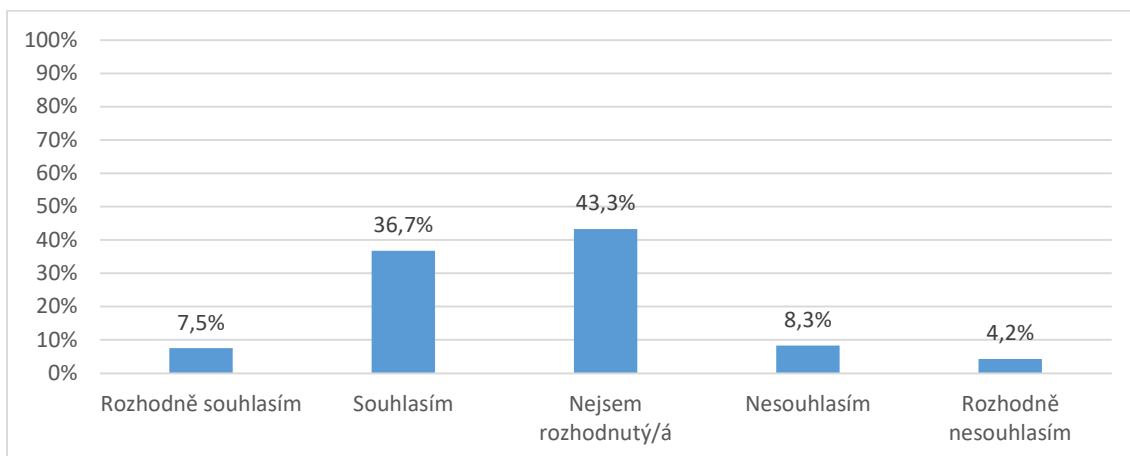


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 26 umožňuje posoudit, jestli respondenti dokáží učit kolegy a vést je k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty z odlišných kultur. Z celkového počtu respondentů 100 % (n = 120) vybralo odpověď nejsem rozhodnutá/ý 42,5 % (n = 51), stejný počet respondentů, a to 42,5 % (n = 51), zvolilo odpověď souhlasím. 7,5 % (n = 9) respondentů nedokáže učit a vést své kolegy, naopak 6,7 % (n = 8)

respondentů rozhodně souhlasí. Nejméně vybranou odpovědí byla rozhodně souhlasím, a tu si vybral 0,8 % (n = 1) respondent.

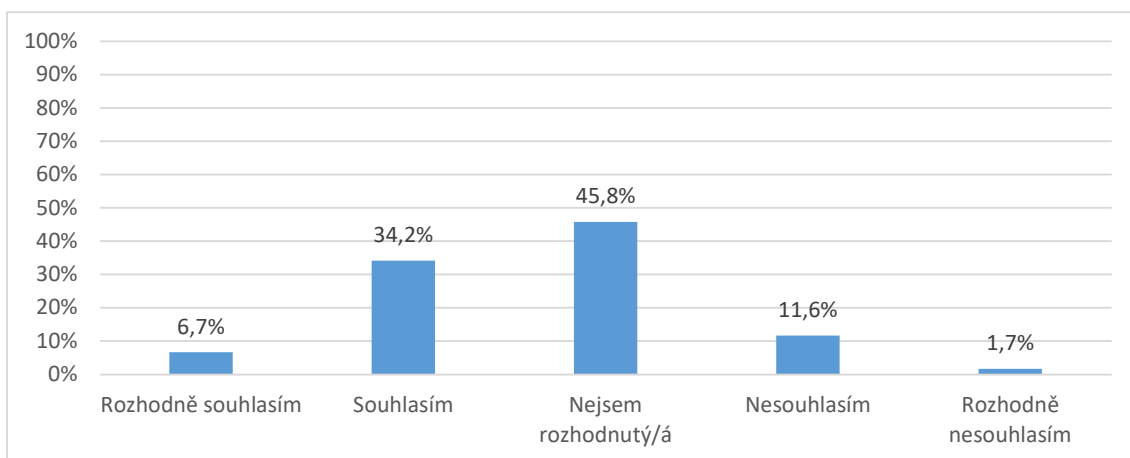
Graf 27 Ilustrace komunikačních dovedností na příkladech



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 27 prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Dokážu na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty/klienty z různých kultur?* Celkem 43,3 % (n = 52) dotazovaných respondentů uvedlo, že nejsou rozhodnutí. Variantu *souhlasím* uvedlo 36,7 % (n = 44) dotazovaných respondentů. Pro odpověď *nesouhlasím* se rozhodlo 8,3 % (n = 10) dotazovaných. 7,5 % (n = 9) respondentů rozhodně dokáže ilustrovat na příkladech dovednosti. 4,2 % (n = 5) dotazovaných zvolilo *rozhodně nesouhlasím*.

Graf 28 Komunikační dovednosti pro odlišné kultury

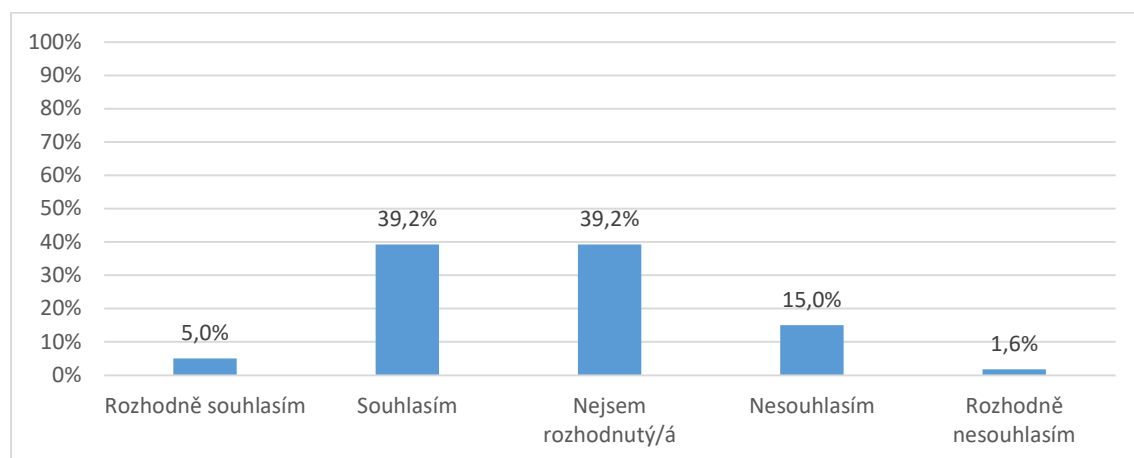


(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka zkoumala odpovědi na dotaz: *Dokážu učit kolegy a vést je ke komunikačním dovednostem pro pacienty/klienty z různých kultur?* Graf 28 vyhodnocuje, že 45,8 % (n = 55) respondentů nejsou rozhodnutí. Dále 34,2 % (n = 41) respondentů souhlasí. 11,6 % (n = 14) respondentů nedokáže učit a vést. Respondentů,

kteří rozhodně souhlasí s tím, že dokáží učit a vést kolegy, je 6,7 % (n = 8). 1,7 % (n = 2) respondentů rozhodně nesouhlasí.

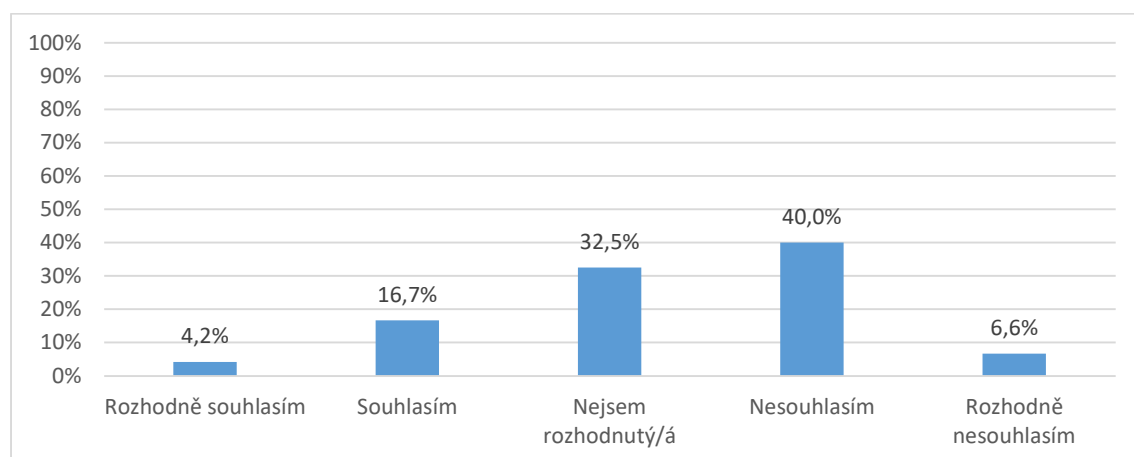
Graf 29 Znalost kulturních faktorů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 29 vyhodnocuje odpovědi na dotaz zaměřující se na respondenty, zda dokáží pacientům/klientům z různých etnických skupin vysvětlovat vliv kulturních faktorů na postoj/přístup ke zdraví/nemoci. 39,2 % (n = 47) respondentů nejsou rozhodnutí, zda dokáží vysvětlovat pacientům vliv kulturních faktorů, ve stejném počtu respondenti souhlasili s otázkou. 15,0 % (n = 18) dotazovaných respondentů nedokáže vysvětlovat pacientům vliv kulturních faktorů. Rozhodně souhlasí, že toto dokáží, 5,0 % (n = 6) dotazovaných respondentů. Pouze 1,6 % (n = 2) respondentů rozhodně nesouhlasí s otázkou, že by dokázali toto vysvětlovat pacientům z různých etnických skupin.

Graf 30 Postoj pacienta ke zdraví a nemoci

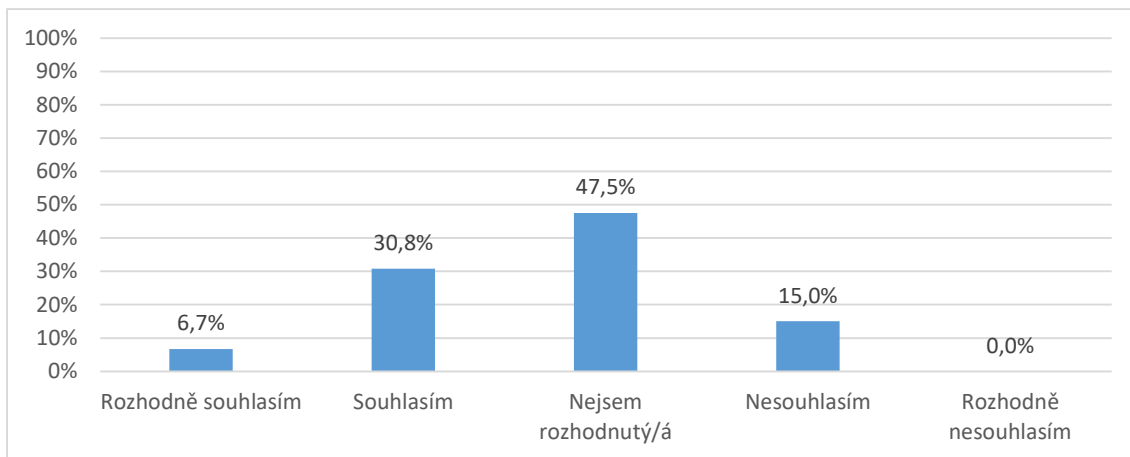


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 30 vyhodnocuje odpovědi na otázku, zda je shromažďování informací o postoji/přístupu pacienta/klienta ke zdraví/nemoci snadné. Konkrétně 40,0 % (n = 48)

respondentů uvedlo, že rozhodně nesouhlasí. 32,5 % (n = 39) dotazovaných není rozhodnuto. 16,7 % (n = 20) respondentů rozhodně souhlasí a 4,2 % (n = 5) respondentů souhlasí. 6,6 % (n = 8) dotazovaných rozhodně nesouhlasí.

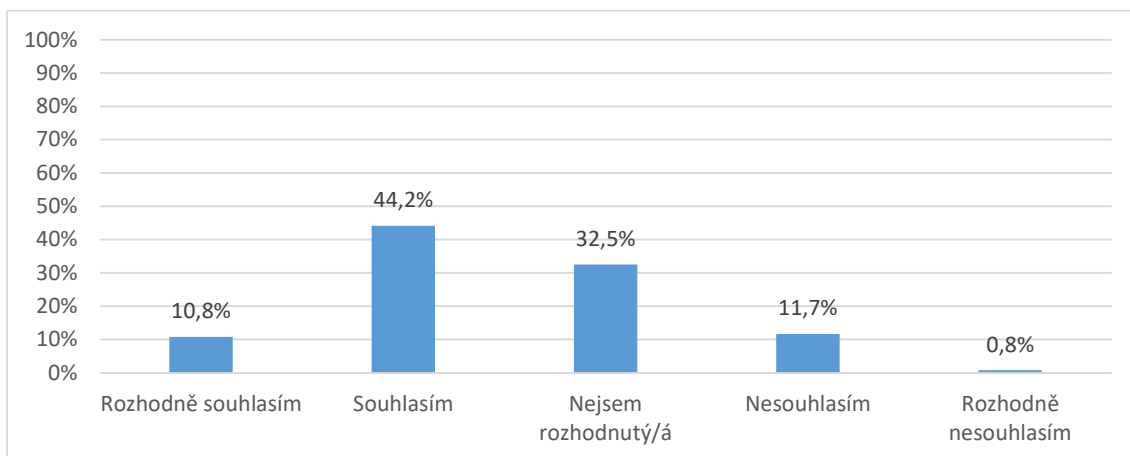
Graf 31 Kulturní vnímání zdraví a nemoci



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další graf číslo 31 se zabývá tím, zda respondenti dokáží učit a vést kolegy ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci. 47,5 % (n = 57) respondentů zvolilo, že nejsou rozhodnuti, jestli dokáží učit kulturnímu vnímání. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že respondenti dokáží učit a vést kolegy ke kulturnímu vnímání, to odpovědělo 30,8 % (n = 37) respondentů. 15,0 % (n = 18) respondentů uvedlo, že by nedokázali učit a vést kolegy. 6,7 % (n = 8) respondentů by rozhodně toto dokázalo. Žádný z respondentů ne zvolil odpověď rozhodně nesouhlasím.

Graf 32 Vhodné chování při poskytování ošetrovatelské péče

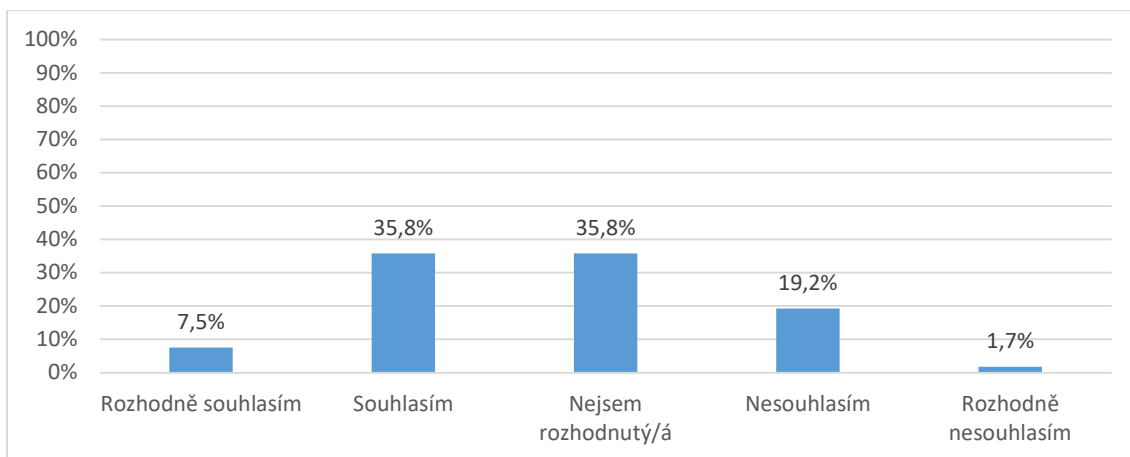


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 32 prezentuje, zdali respondenti jsou schopni učit kolegy a vést je ke vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům z různých

kultur. 44,2 % (n = 53) respondentů souhlasí s otázkou, nejsem rozhodnutý/á odpovědělo 32,5 % (n = 39) respondentů. 11,7 % (n = 14) dotazovaných odpovědělo nesouhlasím s otázkou. 10,8 % (n = 13) respondentů rozhodně souhlasí a dokáží učit a vést kolegy při ošetřování. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent by rozhodně nedokázal učit a vést kolegy.

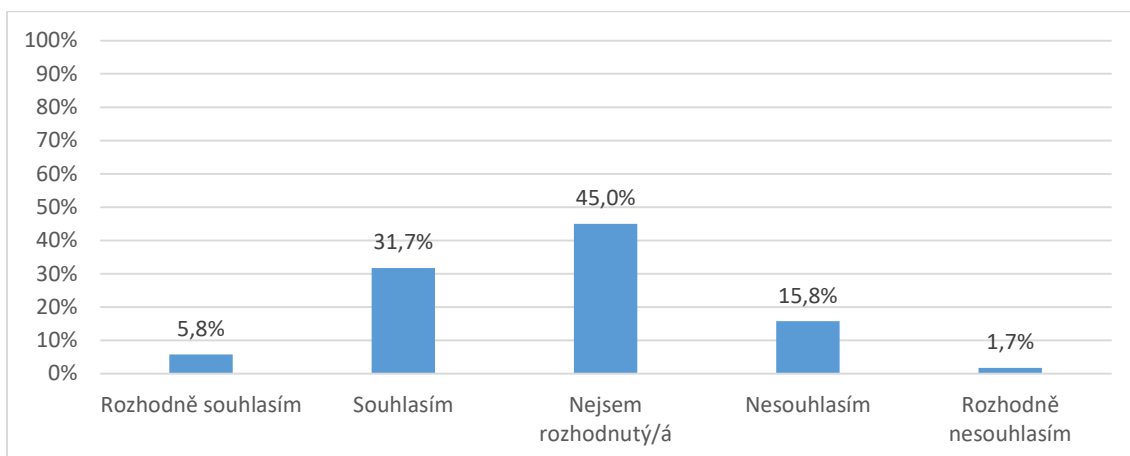
Graf 33 Kulturní znalosti zdraví a nemoci



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu číslo 33 je zřejmé, že 35,8 % (n = 43) respondentů je obeznámeno s kulturními znalostmi v oblasti zdraví nebo nemoci a stejný počet respondentů odpovědělo, že nejsou zcela rozhodnuti. 19,2 % (n = 23) z dotazovaných nemá kulturní znalosti o zdraví a nemoci. Rozhodně souhlasí s otázkou a má teoretické kulturní znalosti 7,5 % (n = 9) respondentů. Pouze 1,7 % (n = 2) dotazovaných rozhodně nesouhlasí.

Graf 34 Společenský postoj v oblasti zdraví a nemoci

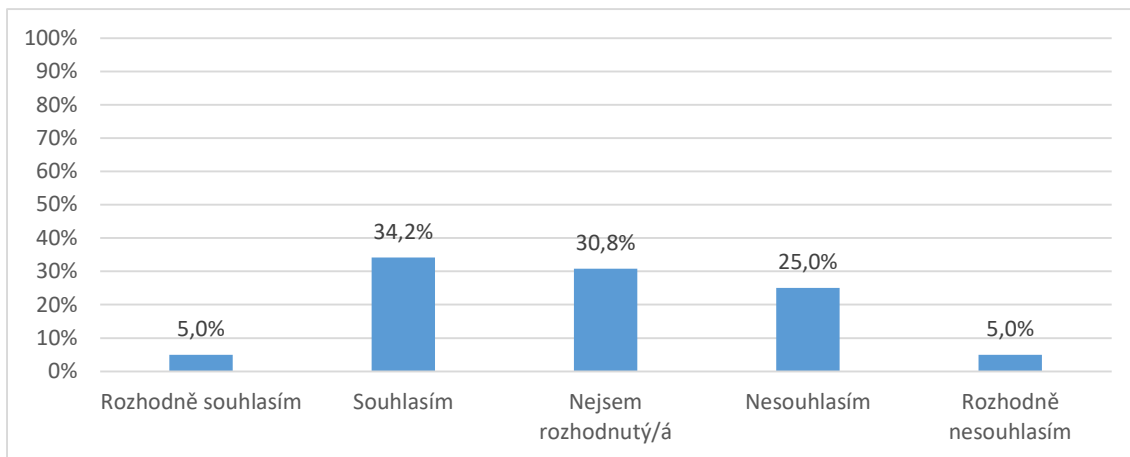


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 34 vyplývá, že nejpočetnější skupina respondentů není rozhodnuta, jestli umí vysvětlit vliv kultury na pacienty/klienty, a to 45,0 % (n = 54) dotazovaných.

31,7 % (n = 38) respondentů s otázkou souhlasí. 5,8 % (n = 7) respondentů rozhodně souhlasí a 15,8 % (n = 19) nesouhlasí. Nejméně respondentů, a to 1,7 % (n = 2), rozhodně nesouhlasí.

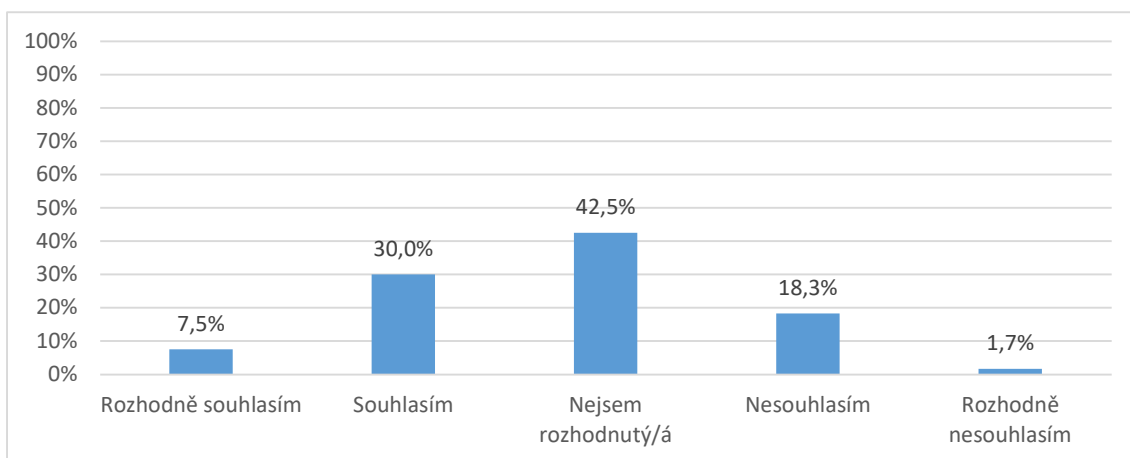
Graf 35 Znalost sběru informací



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 35 zjišťoval, zda respondenti mají znalosti v oblasti sběru informací o zdraví nebo nemocech a kulturních zvyklostech. 34,2 % (n = 41) respondentů zvolilo odpověď *souhlasím*. 30,8 % (n = 37) respondentů vybralo odpověď *nejsm rozhodnutý/á*. 25,0 % (n = 30) dotazovaných odpovědělo, že *nesouhlasí*. 5,0 % (n = 6) respondentů *rozhodně souhlasí* a se stejný počet respondentů použilo odpověď *rozhodně nesouhlasím*.

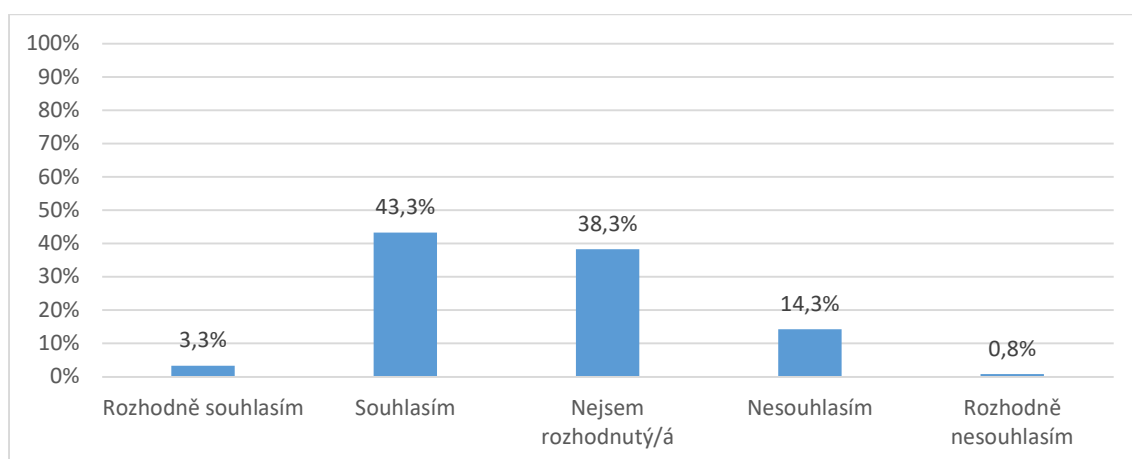
Graf 36 Porovnání názorů na zdraví a nemoci



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 36 ukazuje, že 42,5 % (n = 51) respondentů není rozhodnuto, zda by dokázali porovnat názory pacientů na zdraví či nemoc. 30,0 % (n = 36) dotazovaných souhlasí s otázkou a naopak 18,3 % (n = 22) dotazovaných nesouhlasí. 7,5 % (n = 9) respondentů rozhodně dokáže porovnat tyto názory a 1,7 % (n = 2) respondentů rozhodně nedokáže.

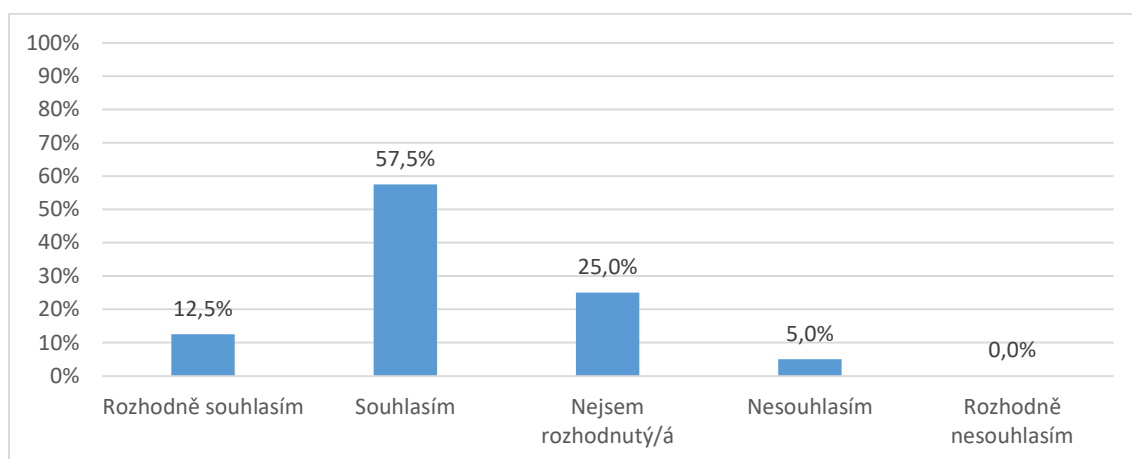
Graf 37 Identifikace potřeb péče



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka zní, zda respondenti dokáží snadno identifikovat potřeby péče o pacienta/klienta z různých kultur. Graf 37 znázorňuje, že 43,3 % (n = 52) respondentů dokáže snadno identifikovat potřeby. 38,3 % (n = 46) dotazovaných respondentů není rozhodnuto. 14,3 % (n = 17) respondentů nesouhlasí. 3,3 % (n = 4) dotazovaných rozhodně dokáže lehce identifikovat potřeby a naopak 0,8 % (n = 1) dotazovaný rozhodně nesouhlasí.

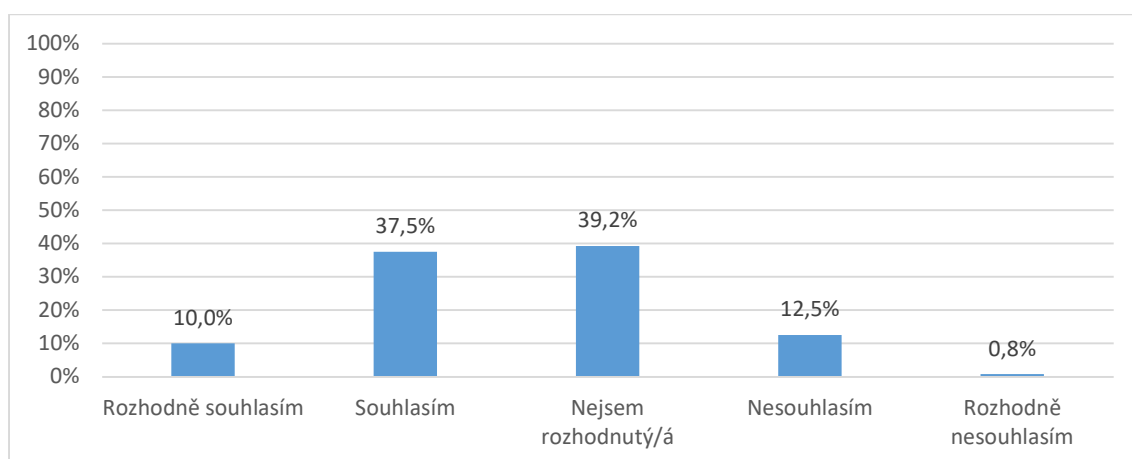
Graf 38 Naplnění potřeb pacienta



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 38 poukazuje na odpovědi respondentů na otázku, zda zvládají naplňovat potřeby pacienta z různých kultur při poskytování ošetrovatelských činností. Více než polovina respondentů, a to 57,5 % (n = 69), souhlasí. 25,0 % (n = 30) dotazovaných respondentů není rozhodnuto. Rozhodně tuto činnost dovede zvládnout 12,5 % (n = 15) dotazovaných, naopak ji nedokáže zvládnout 5,0 % (n = 6) respondentů. Žádný z dotazovaných respondentů nevybral možnost rozhodně nesouhlasím.

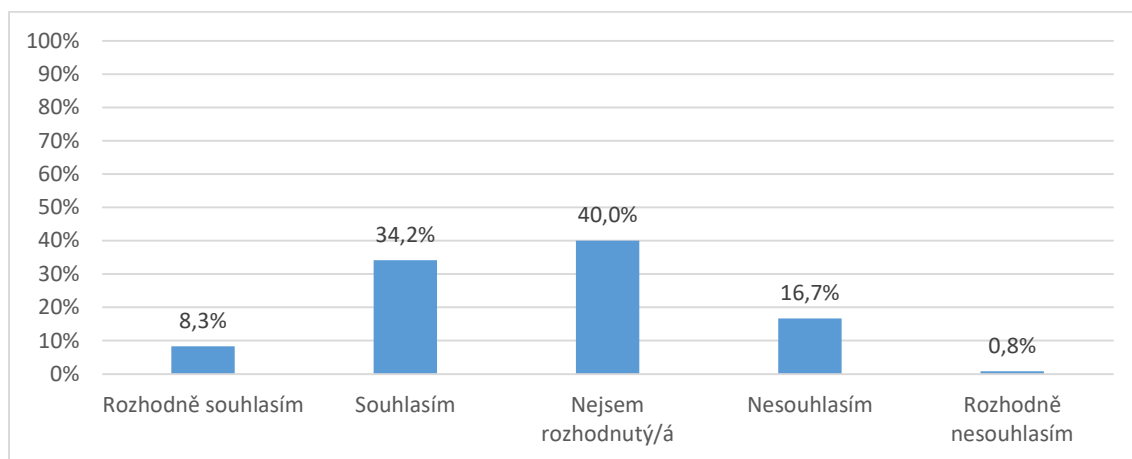
Graf 39 Porovnání mezi názorem a kulturou



(Zdroj: vlastní výzkum)

V grafu 39 znázorňujeme, jestli respondenti umí vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou pacientů. Ze 100 % (n = 120) respondentů 39,2 % (n = 47) není rozhodnuto, zda umí vysvětlit tyto možné vztahy. 37,5 % (n = 45) dotazovaných umí vysvětlit tyto vztahy. Naopak 12,5 % (n = 15) respondentů s tímto nesouhlasí. Rozhodně souhlasí s otázkou 10,0 % (n = 12) respondentů. Pouze jeden z dotazovaných odpověděl, že rozhodně nesouhlasí.

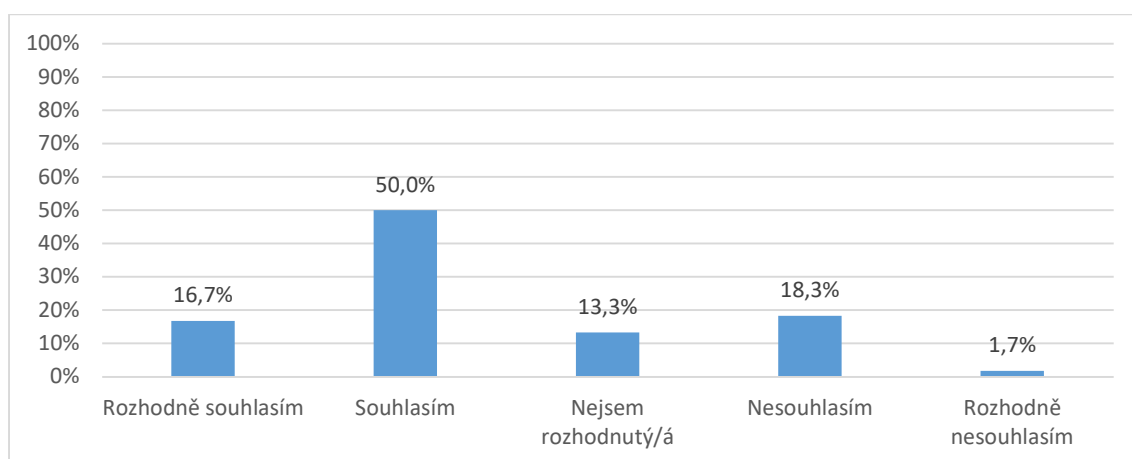
Graf 40 Ošetrovatelský cíl dle kulturního prostředí



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 40 poukazuje, že 40,0 % (n = 48) dotazovaných respondentů není rozhodnuto, zda zvládnou stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí. 34,2 % (n = 41) dotazovaných umí stanovit tyto ošetrovatelské cíle. Respondentů, kteří nesouhlasí s otázkou a nevládl by stanovit cíle bylo 16,7 % (n = 20). Podle 8,3 % (n = 10) dotazovaných by to rozhodně dokázali. Pouze jeden z dotazovaných odpověděl, že rozhodně by nezvládl cíle stanovit.

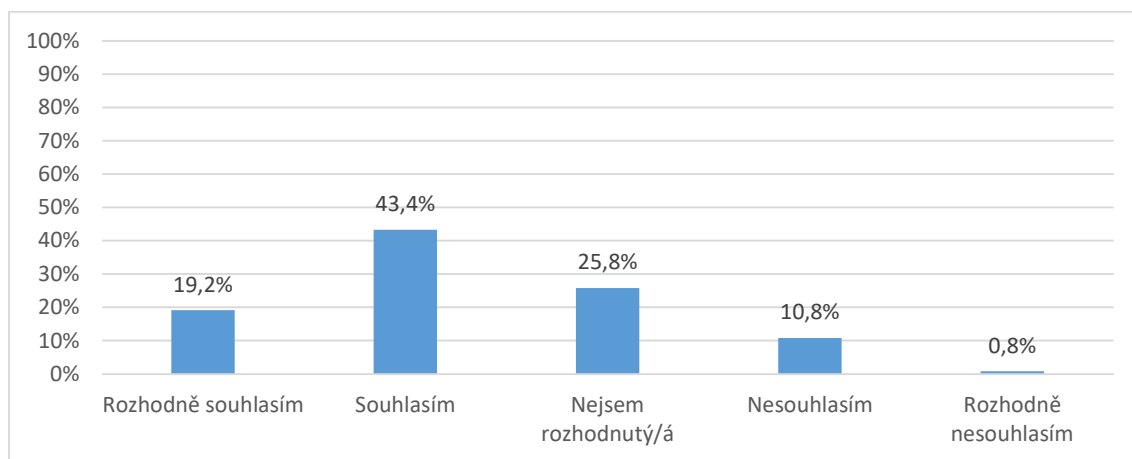
Graf 41 Aktivní porozumění víře



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 41 je patrné, že ze 100 % (n = 120) respondentů většina, 50,0 % (n = 60) z nich, souhlasí a snaží se aktivně porozumět víře různých kulturních skupin. Dále 18,3 % (n = 22) respondentů nesouhlasí s touto otázkou. 16,7 % (n = 20) dotazovaných rozhodně souhlasí a aktivně se snaží porozumět víře odlišných kultur. Odpověď nejsme rozhodnutí použilo 13,3 % (n = 16) dotazovaných respondentů. Pouze 1,7 % (n = 2) dotazovaných se aktivně nesnaží porozumět víře odlišných kultur.

Graf 42 Chování dle kulturních norem

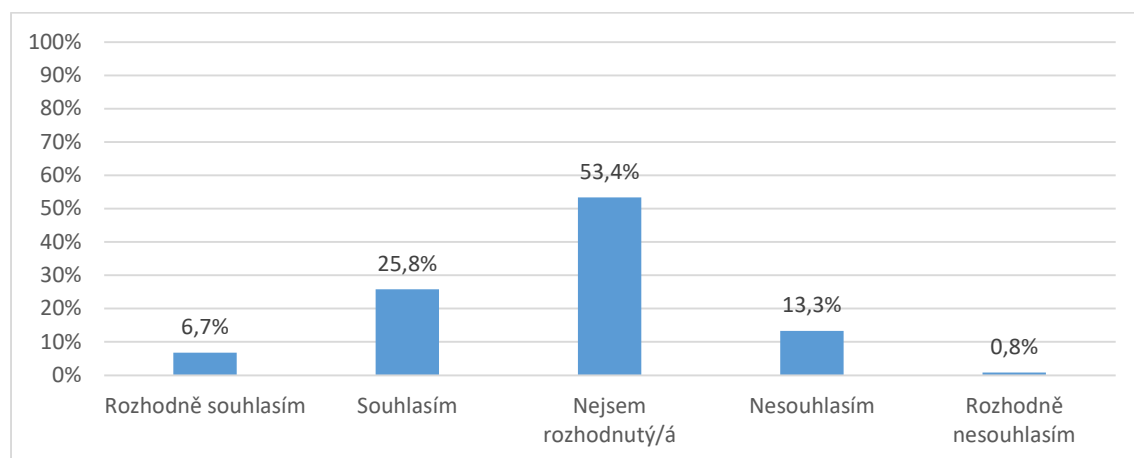


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 42 se zabýval tímto: *Při péči o pacienty/klienty z různých kultur se mé chování obvykle příliš neliší od jejich kulturních norem.* Nejvíce respondentů, a to 43,4 % (n = 52), vybralo odpověď *souhlasím*. Druhá nejčastější odpověď byla *nejsem rozhodnutý/á*, a to u 25,8 % (n = 31) respondentů. Dále 19,2 % (n = 23) respondentů se rozhodlo pro možnost *rozhodně souhlasím*. Pro odpověď *nesouhlasím* se rozhodlo

10,8 % (n = 13) dotazovaných respondentů. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent odpověděl rozhodně nesouhlasím.

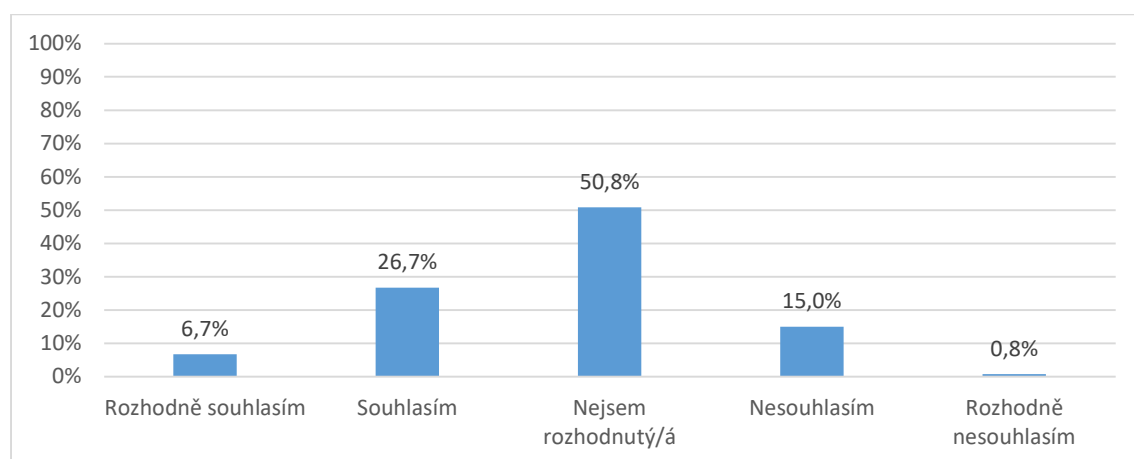
Graf 43 Vnímání rozdílů a podobností



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka vyhodnocuje odpovědi na dotaz, zda respondenti zvládnou učít a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami. Z grafu 43 nejvíce respondentů, a to 53,4 % (n = 64) ze 100 % (n = 120), nejsou rozhodnutí, jestli zvládnou učít a vést kolegy v této oblasti. Dále je zde skupina respondentů, kteří zvládnou učít a vést kolegy, a to 25,8 % (n = 31). 13,3 % (n = 16) respondentů toto nedokáže. Rozhodně zvládne vést a učít kolegy 6,7 % (n = 8) dotazovaných a naopak 0,8 % (n = 1) respondent to rozhodně nezvládne.

Graf 44 Navrhování ošetrovatelských intervencí

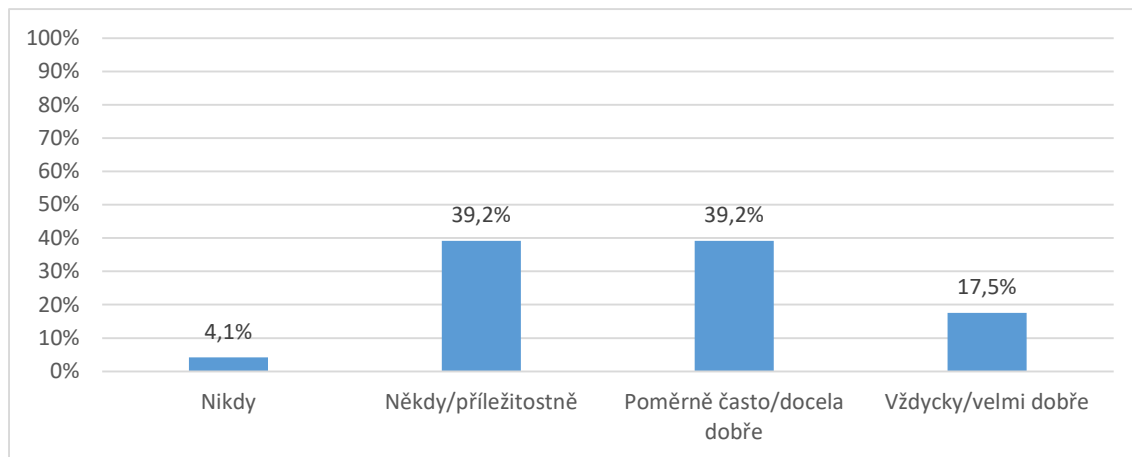


(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 44 je zřejmé, že 50,8 % (n = 61) respondentů není rozhodnuto, jestli by dokázali zvládnout učít a zároveň vést kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur. 26,7 % (n = 32) dotazovaných souhlasí, že by toto

dokázali. 15,0 % (n = 18) dotazovaných vybralo možnost nesouhlasím. Další skupina dotazovaných, konkrétně 6,7 % (n = 8), by rozhodně dokázala učit a vést kolegy v této oblasti. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent rozhodně s touto otázkou nesouhlasí.

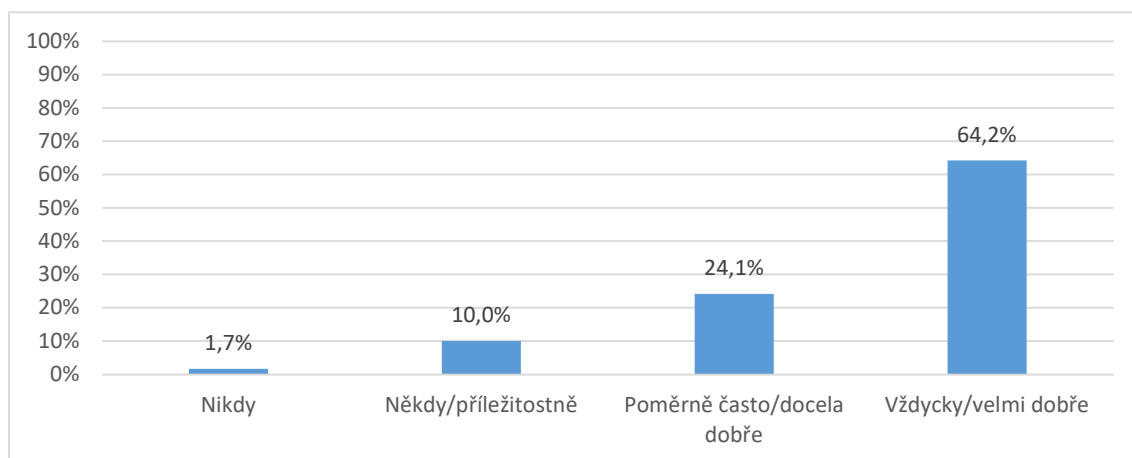
Graf 45 Má hodnotová diverzita



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 45 zjišťoval odpovědi respondentů na dotaz zaměřující se na lidskou odlišnost, zda ji považují za pozitivní a za důvod k radosti. Nejpočetnější skupina respondentů ji někdy/přležitostně považuje za pozitivní, a to 39,2 % (n = 47). Stejný počet respondentů ji poměrně často/docela dobře pokládá za pozitivní, 17,5 % (n = 21) respondentů vždycky/velmi dobře a 4,1 % (n = 5) respondentů nikdy.

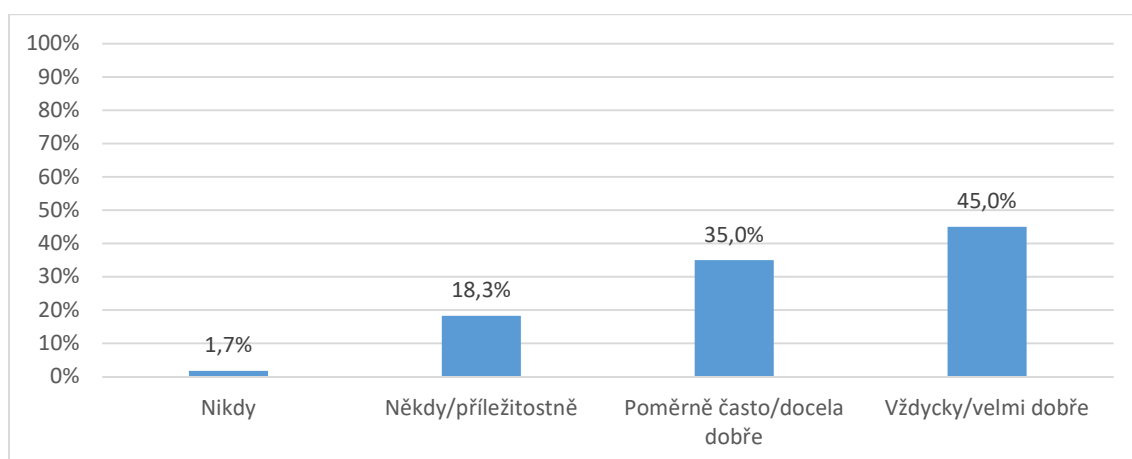
Graf 46 Mé poznání sebe sama



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 46 je patrné, že 64,2 % (n = 77) respondentů vždycky/velmi dobře vnímá svoji etnickou, rasovou a kulturní identitu, dále 24,1 % (n = 29) dotazovaných poměrně často/velmi dobře vnímá svoji identitu v této oblasti a 10,0 % (n = 12) respondentů pouze někdy/přležitostně. Pouze 1,7 % (n = 2) dotazovaných nikdy svoji identitu nevnímá.

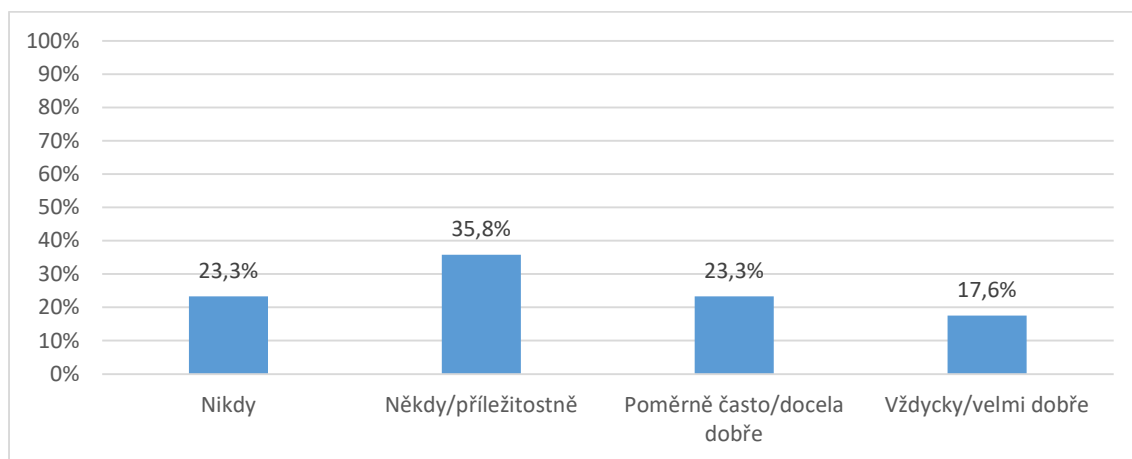
Graf 47 Sdílení mé kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 47 ukazuje, že z celkového počtu respondentů 100 % (n = 120) si 45,0 % (n = 54) z nich vždycky/velmi dobře uvědomuje sdílení své kultury. 35,0 % (n = 42) dotazovaných poměrně často/docela dobře a 18,3 % (n = 22) dotazovaných respondentů si někdy/příležitostně uvědomuje, že musí nejdříve porozumět vlastní kultuře. Nejméně početná skupiny respondentů, a to 1,7 % (n = 2), si nikdy neuvědomuje, že se chce o ostatních dozvědět více.

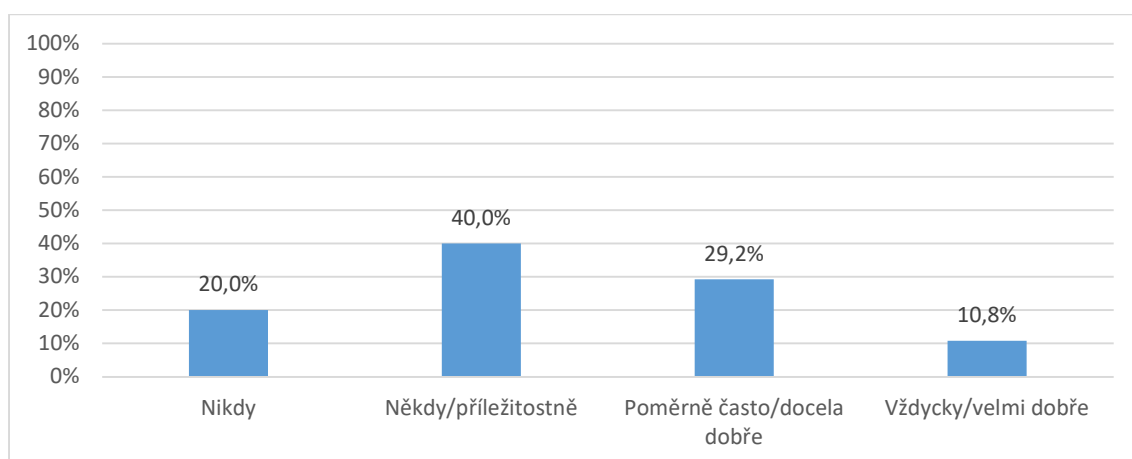
Graf 48 Uvědomění si diskomfortních zón



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 48 se zaměřoval na uvědomění si respondentů diskomfortních zón v souvislosti s jinou kulturou. Nejvíce respondentů vybralo odpověď *někdypřležitostně*, konkrétně 35,8 % (n = 43). Dále 23,3 % (n = 28) vybralo možnost *poměrně často/docela dobře* a stejný počet respondentů zvolilo odpověď *nikdy*. Pouze 17,6 % (n = 21) dotazovaných respondentů uvedlo možnost *vždycky/velmi dobře*.

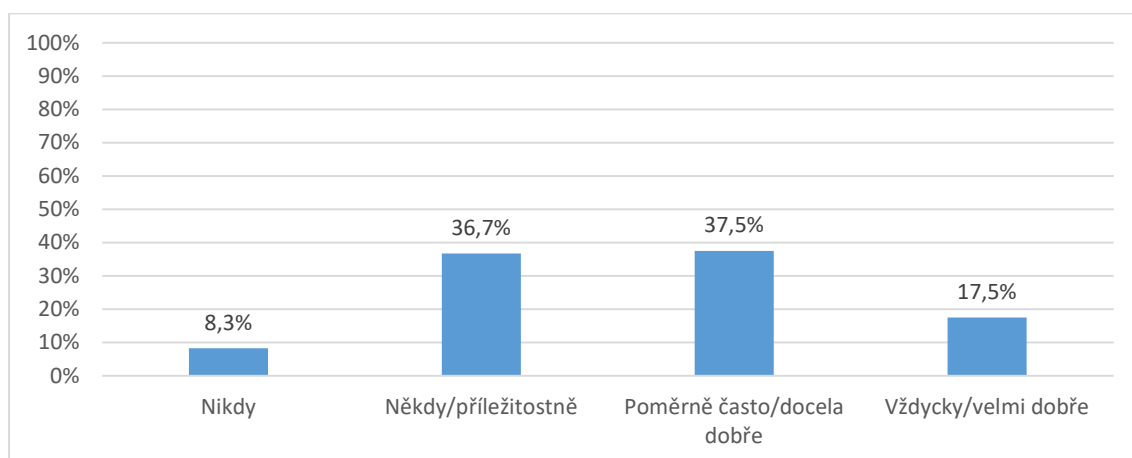
Graf 49 Kontrola svých předpokladů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 49 lze odvodit, jestli si respondenti uvědomují své předsudky o lidech z jiných kultur. 40,0 % (n = 48) respondentů si někdy/přležitostně uvědomuje své předsudky. 29,2 % (n = 35) respondentů poměrně často/docela dobře provádí kontrolu svých předsudků. 20,0 % (n = 24) dotazovaných si nikdy neuvědomují své předsudky a 10,8 % (n = 13) respondentů si je vždycky velmi dobře uvědomuje.

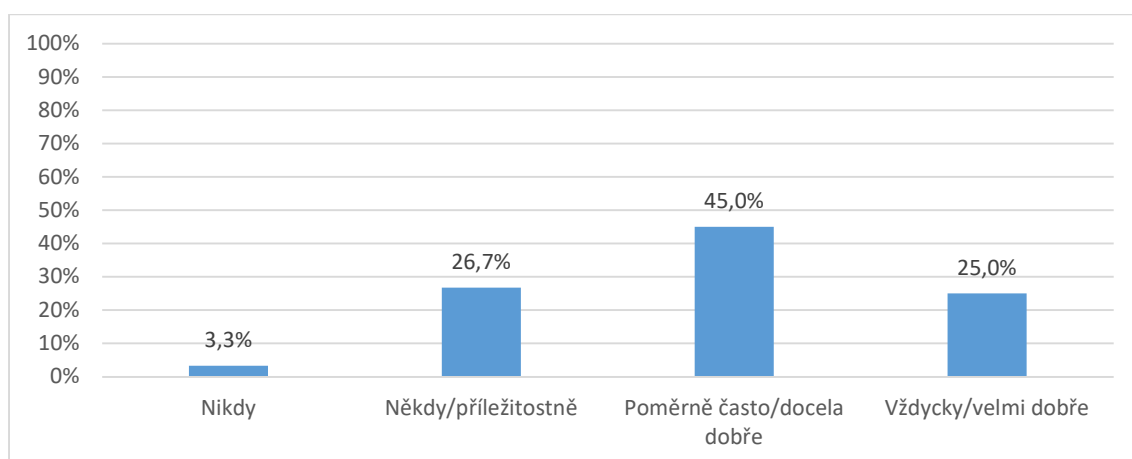
Graf 50 Zpochybnění stereotypů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 50 znázorňuje odpovědi na otázku: *Uvědomuji si své stereotypy, které se objevují, a vyvinul/a jsem si osobní strategie pro snížení škod, které způsobují.* Přesně 37,5 % (n = 45) dotazovaných respondentů označilo, že si poměrně často/docela dobře uvědomuje své stereotypy, pouze 36,7 % (n = 44) dotazovaných někdy/přležitostně. Dále 17,5 % (n = 21) respondentů si vždycky/velmi dobře tuto oblast uvědomuje, a naopak nikdy si neuvědomuje stereotypizaci pouze 8,3 % (n = 10) respondentů.

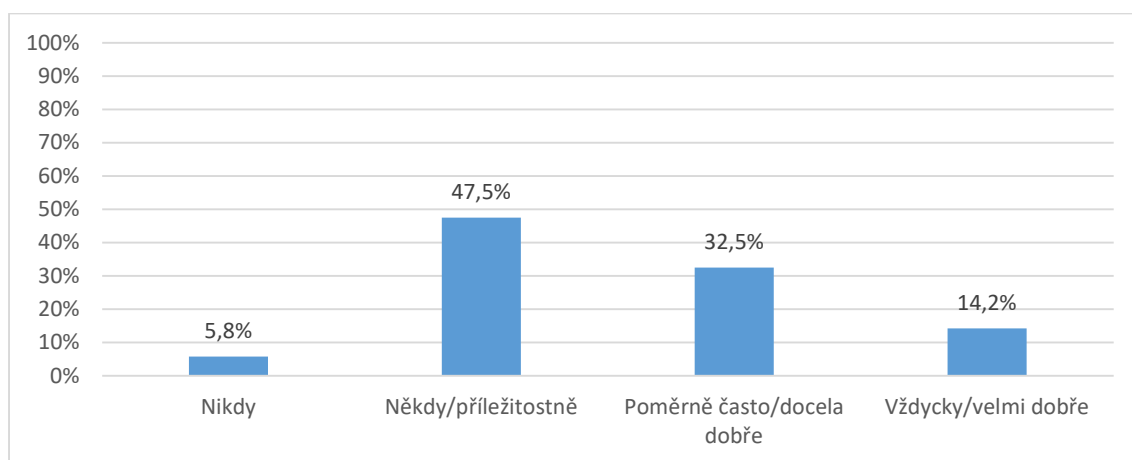
Graf 51 Reflexe vlivu vlastní kultury na úsudek



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 51 lze usoudit, že 45,0 % (n = 54) respondentů poměrně často/docela dobře provádí reflexi vlivu vlastní kultury na úsudek, 26,7 % (n = 32) dotazovaných někdy/přiležitostně chápe vliv kultury na úsudek a 25,0 % (n = 30) respondentů vždycky/velmi dobře. Nejméně respondentů, a to 3,3 % (n = 4) odpovědělo, že si nikdy neuvědomují tento vliv kultury na úsudek, což je vhodné, normální nebo lepší chování.

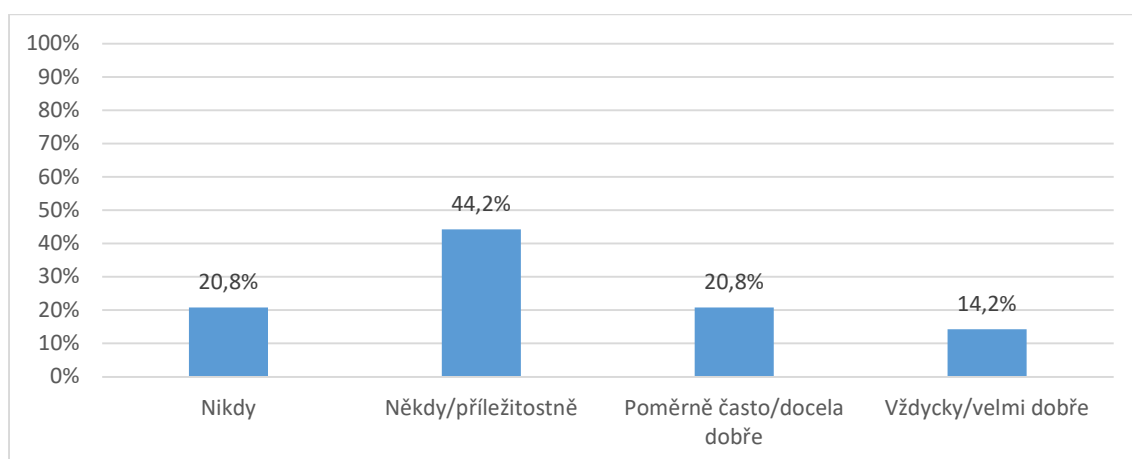
Graf 52 Přijetí nejednoznačnosti



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka se týkala toho, zda respondenti souhlasí, že může existovat nejistota napříč kulturními situacemi, nejistota je může znervózňovat nebo nevěnují čas k získání dalších informací. Z grafu 52 se nejvíce respondentů rozhodlo označit možnost *někdý/přiležitostně*, konkrétně 47,5 % (n = 57). 32,5 % (n = 39) respondentů vybralo možnost *poměrně často/docela dobře*. Odpověď *vždycky/velmi dobře* uvedlo 14,2 % (n = 17) dotazovaných respondentů. Pouze 5,8 % (n = 7) respondentů vybralo odpověď *nikdy*.

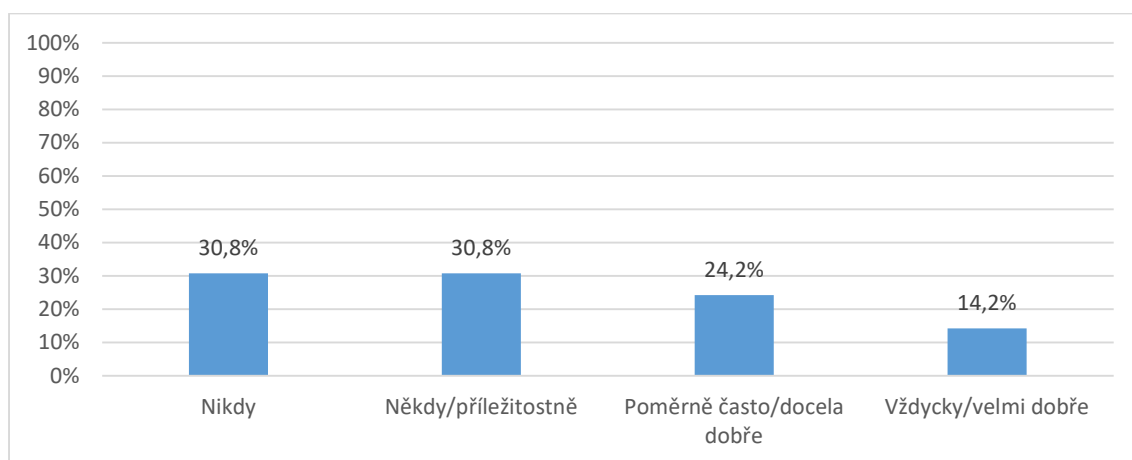
Graf 53 Zvědavost v oblasti odlišností a vytváření vztahů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 53 poukazuje na využívání každé příležitosti k tomu, aby se respondenti dostali na místa, kde se mohou učit o kulturních odlišnostech a vytvářet vztahy. 44,2 % (n = 53) respondentů někdy/příležitostně využívá tuto příležitost. 20,8 % (n = 25) dotazovaných poměrně často/docela dobře využívá zvědavosti, stejný počet respondentů ji nikdy nevyužívá. Vždycky/velmi dobře využívá zvědavosti 14,2 % (n = 17) dotazovaných.

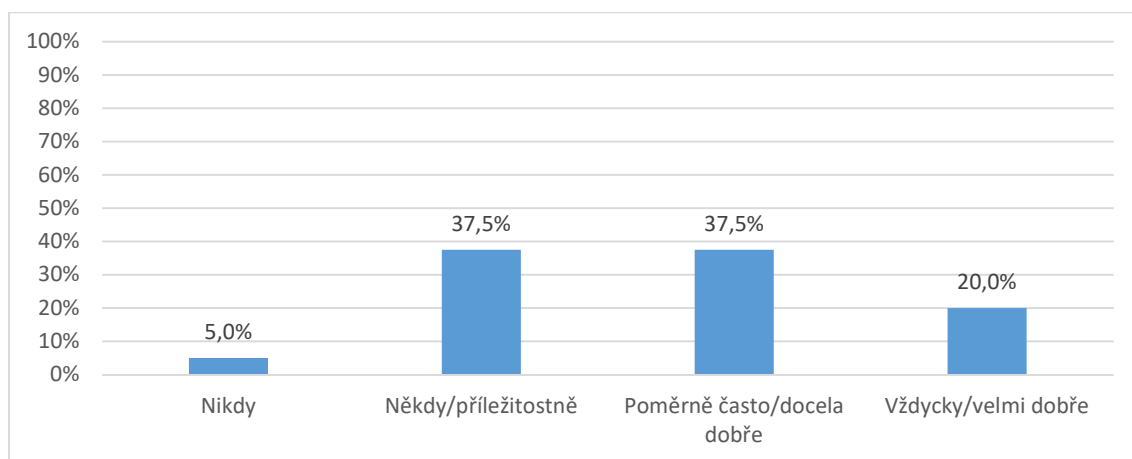
Graf 54 Jsem-li Čech/Češka, uvědomuji si své privilegium



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka se zabývala tím, jestli si respondenti uvědomují svá privilegia, pokud jsou Čech/Češka. Z grafu 54 je zřejmé, že svá privilegia si uvědomuje někdy/příležitostně 30,8 % (n = 37) dotazovaných, stejný počet respondentů odpovědělo nikdy. Poměrně často/docela dobře si uvědomuje své privilegia 24,2 % (n = 29) respondentů. Pouze 14,2 % (n = 17) respondentů vždycky/velmi dobře vnímají svá privilegia.

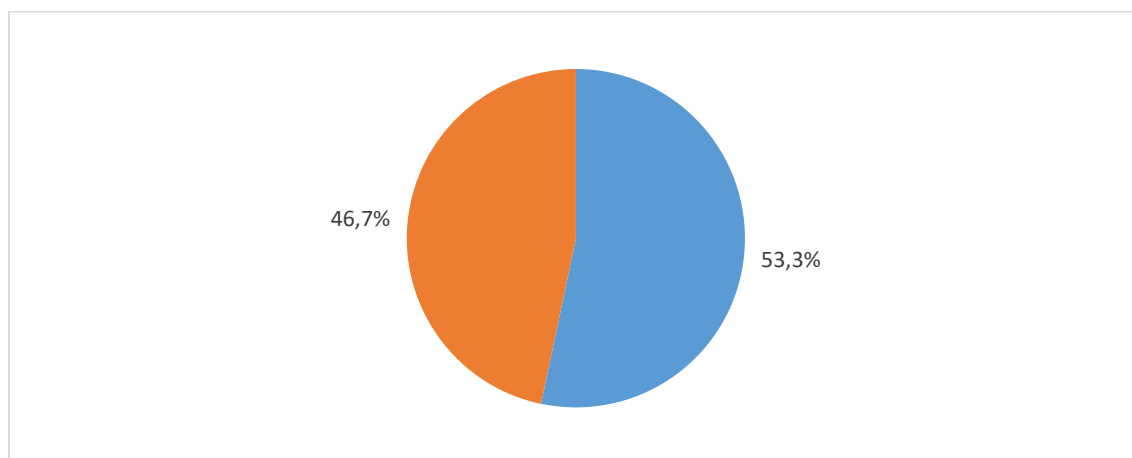
Graf 55 Povědomí o otázkách sociální spravedlnosti



(Zdroj: vlastní výzkum)

Výsledky grafu 55 znázorňují, že 37,5 % (n = 45) respondentů má někdy/příležitostně povědomí o otázkách sociální spravedlnosti, stejný počet respondentů o tomto tématu má povědomí poměrně často/docela dobře. 20,0 % (n = 24) dotazovaných respondentů vždycky/velmi dobře je si vědomo této oblasti. Nejméně početná skupina respondentů si nikdy není vědoma sociální spravedlnosti, a to 5,0 % (n = 6).

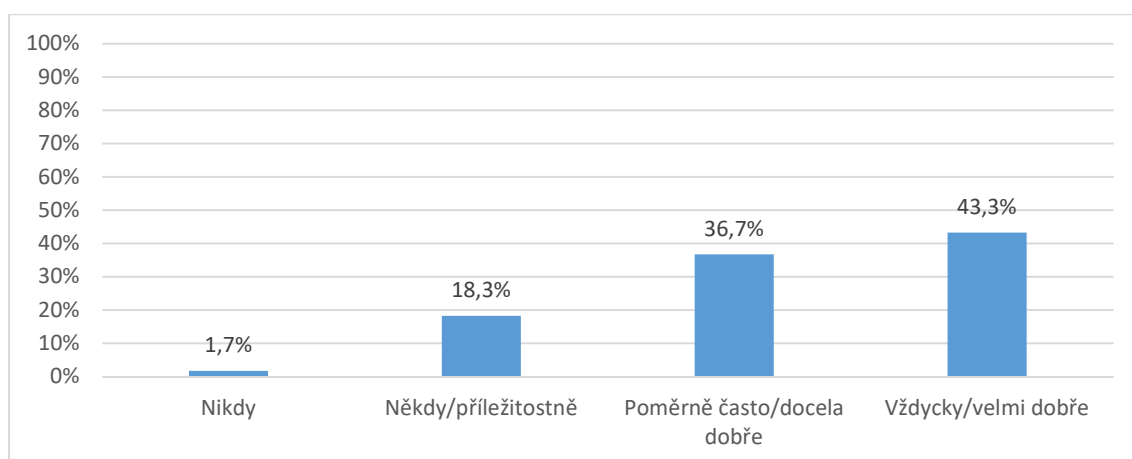
Graf 56 Vyhodnocení uvědomění



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 56 zobrazuje vyhodnocení otázky 26.1 – 26.11, oblast uvědomění. Nižší úroveň uvědomění (do 29 bodů včetně) mělo 53,3 % (n = 64) respondentů. Vyšší úroveň uvědomění (30 a více bodů) mělo 46,7 % (n = 56) respondentů.

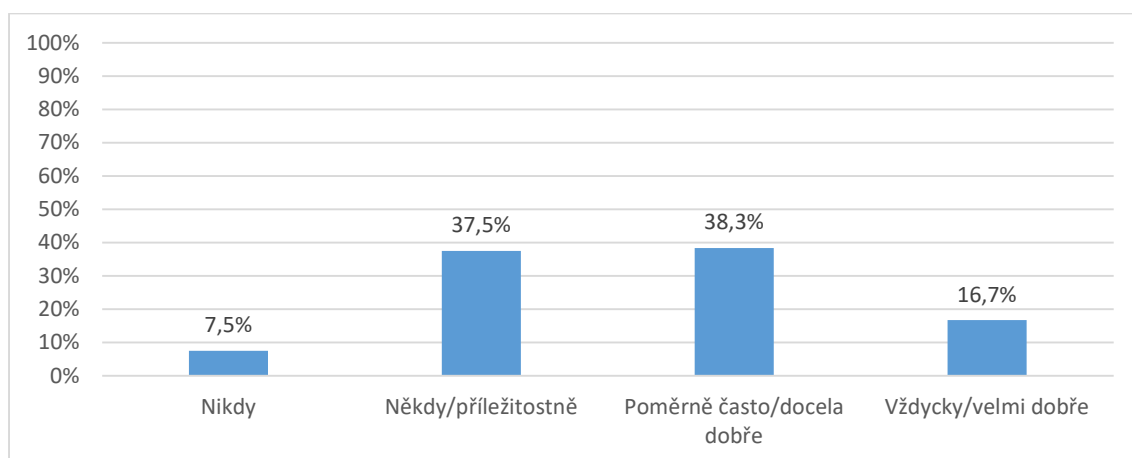
Graf 57 Učení se z vlastních chyb



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 57 prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Budu dělat chyby a poučím se z nich*. Přesně 43,3 % (n = 52) dotazovaných respondentů se vždycky/velmi dobře učí z vlastních chyb, 36,7 % (n = 44) respondentů poměrně často/docela dobře, 18,3 % (n = 22) dotazovaných se někdy/příležitostně učí z chyb. Jenom 1,7 % (n = 2) respondentů se nikdy nepoučí z vlastních chyb.

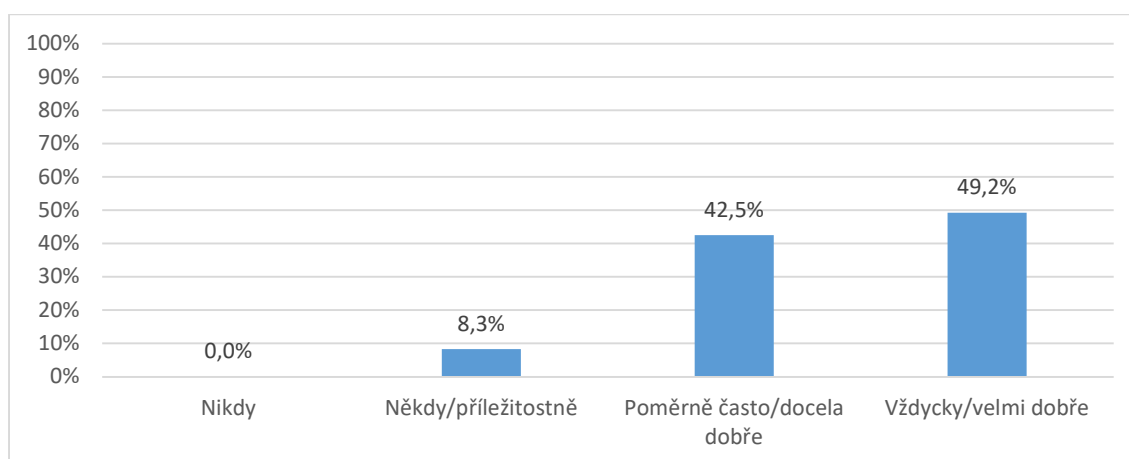
Graf 58 Posouzení limitů svých znalostí



(Zdroj: vlastní výzkum)

Následující graf 58 se zaměřoval na posouzení limitů znalostí o kulturních skupinách respondentů. 38,3 % (n = 46) dotazovaných respondentů si poměrně často/docela dobře vytváří příležitosti k tomu, aby se dozvěděli více. 37,5 % (n = 45) respondentů si někdy/příležitostně toto uvědomují, 16,7 % (n = 20) dotazovaných vždycky/velmi dobře. Nejméně početná skupina respondentů, a to 7,5 % (n = 9), odpověděla, že nikdy neposuzuje limity svých znalostí.

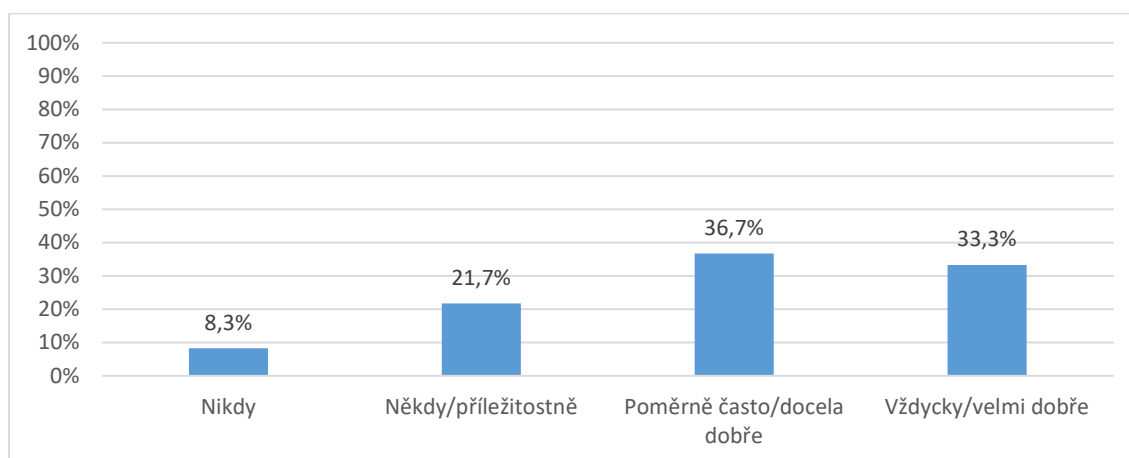
Graf 59 Kladení otázek po vyslechnutí odpovědi



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 59 ukazuje odpovědi dotazovaných na otázku: *Než položím další otázku, pozorně si vyslechnu odpovědi.* 49,2 % (n = 59) respondentů vybralo možnost *vždycky/velmi dobře*, 42,5 % (n = 51) dotazovaných odpovědělo *poměrně často/docela dobře*, *někdypřležitostně* uvedlo 8,3 % (n = 10) respondentů. Nikdo z respondentů neodpověděl *nikdy*.

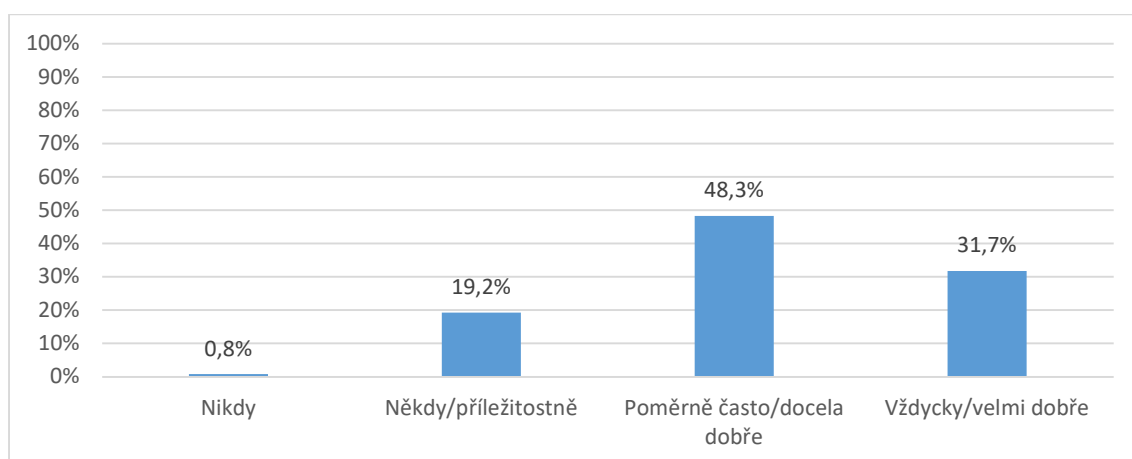
Graf 60 Rozpoznání odlišnosti jako identita jednotlivce



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 60 lze usoudit, že 36,7 % (n = 44) dotazovaných respondentů si uvědomuje *poměrně často/docela dobře*, že se nebudou schovávat za tvrzení o kulturní slepotě. 33,3 % (n = 40) respondentů si *vždycky/velmi dobře* toto uvědomí. 21,7 % (n = 26) respondentů *někdypřležitostně* umí rozpoznat odlišnosti a 8,3 % (n = 10) dotazovaných *nikdy* neumí rozpoznat odlišnosti kultur.

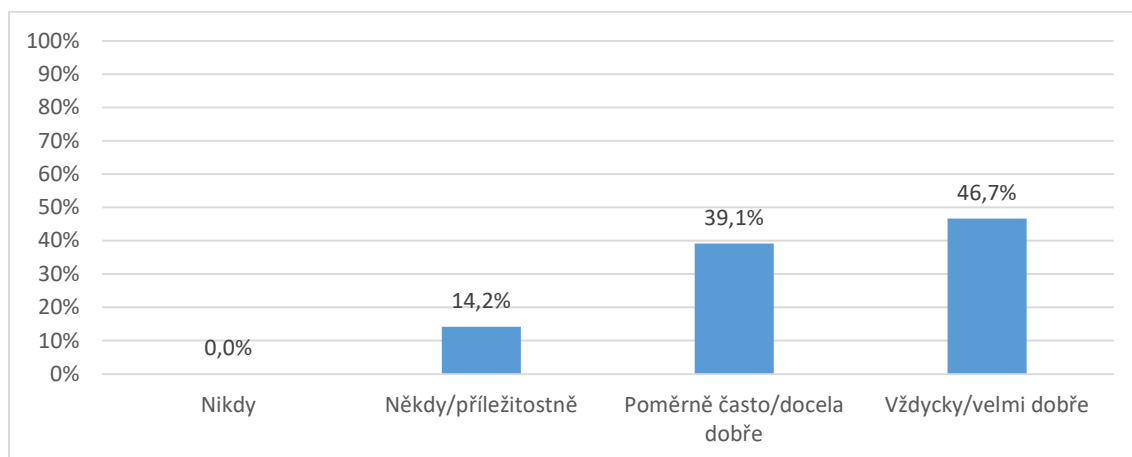
Graf 61 Pochopení možného vlivu kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 61 bylo zjištěno pochopení možného vlivu kultury. Z celkového počtu 100 % (n = 120) respondentů si 48,3 % (n = 58) z nich poměrně často/docela dobře uvědomuje možný vliv kultury. Dále 31,7 % (n = 38) dotazovaných respondentů si vždycky/velmi dobře toto uvědomuje a 19,2 % (n = 23) dotazovaných jen někdy/přilležitostně. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent nikdy nechápe, že se kultury v průběhu času mění.

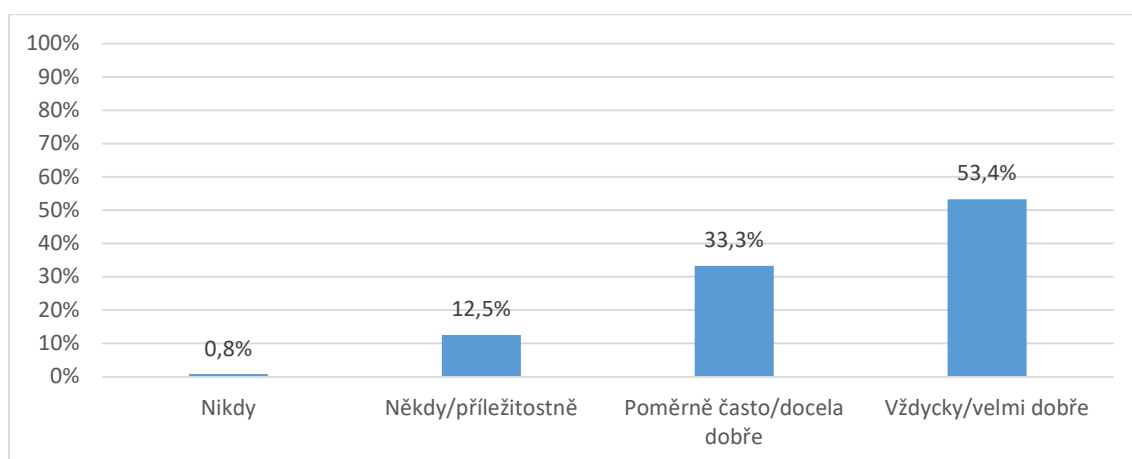
Graf 62 Závazek k celoživotnímu učení



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu číslo 62 je patrné, že přesně 46,7 % (n = 56) respondentů si vždycky/velmi dobře uvědomuje, že dosažení kulturní kompetence vyžaduje celoživotní vzdělávání. Dále 39,1 % (n = 47) dotazovaných si toto uvědomuje poměrně často/docela dobře. Pouze 14,2 % (n = 17) respondentů si někdy/přilležitostně uvědomuje, že je to závazek k celoživotnímu učení. Nikdo z dotazovaných neodpověděl, že si toho není vědom.

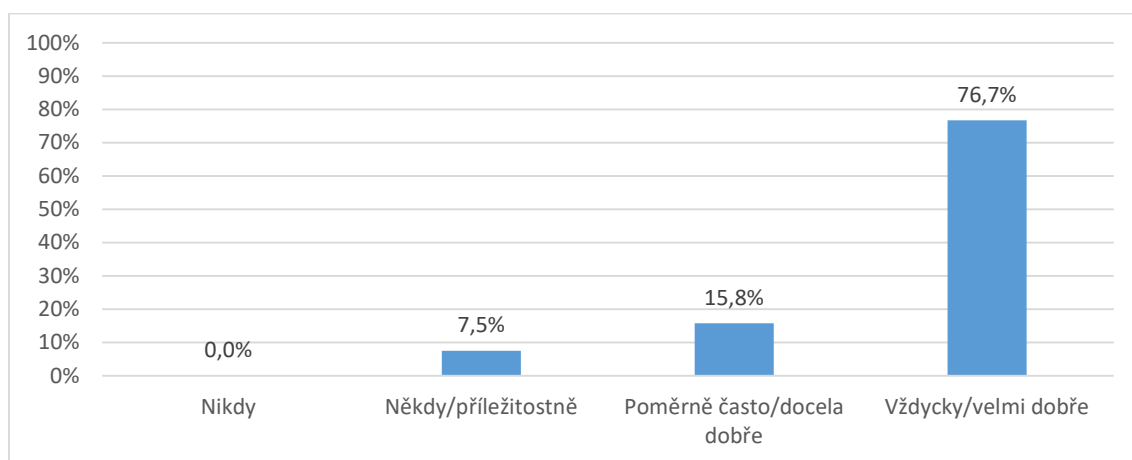
Graf 63 Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 63 je zřejmé, že nejvíce respondentů zvolilo odpověď *vždycky/velmi dobře*, a to 53,4 % (n = 64). Dále 33,3 % (n = 40) dotazovaných vybralo odpověď *poměrně často/docela dobře*. 12,5 % (n = 15) dotazovaných respondentů vybralo možnost *někdy/příležitostně*. Nejméně vybranou odpovědí byla *nikdy*, a to 0,8 % (n = 1), jedním respondentem.

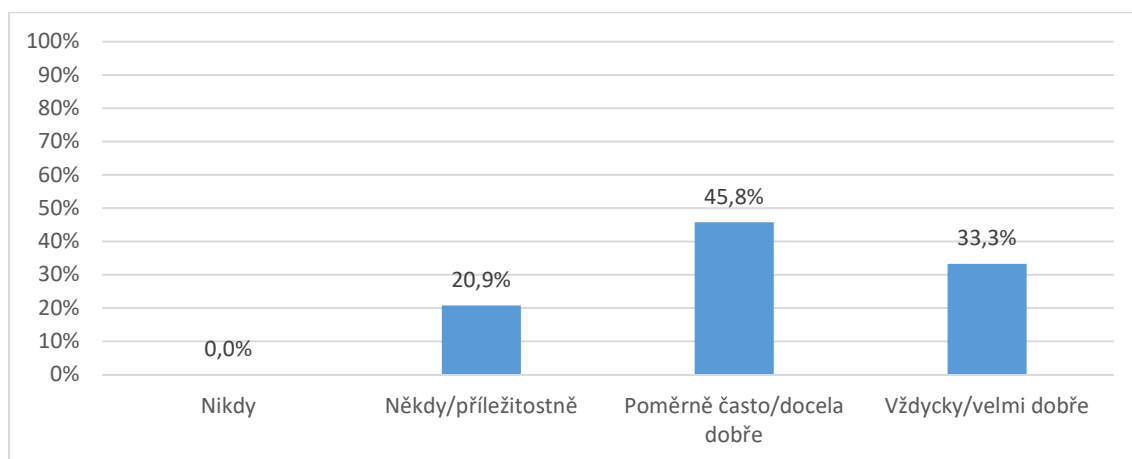
Graf 64 Znalost vlastní rodinné historie



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka zjišťovala, zda respondenti znají příběh své rodiny. Graf 64 znázorňuje, že 76,7 % (n = 92) respondentů vždycky/velmi dobře zná tuto historii, 15,8 % (n = 19) respondentů ji zná poměrně často/docela dobře. 7,5 % (n = 9) dotazovaných někdy/příležitostně zná příběhy rodiny. Žádný z dotazovaných nevybral možnost, že nezná svůj rodinný příběh.

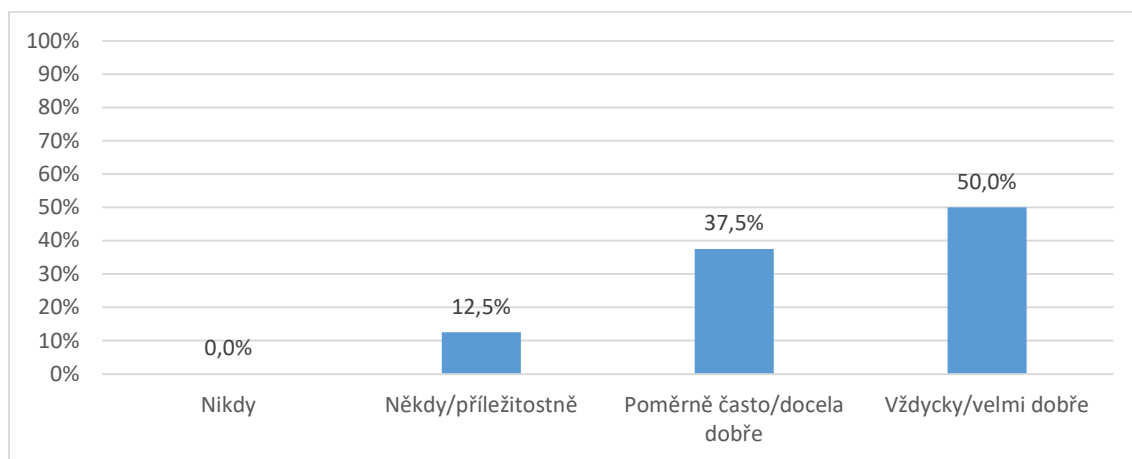
Graf 65 Znalost svých limitů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 65 vyhodnocuje, zda respondenti nadále rozvíjejí svou schopnost vyhodnocovat situace, ve kterých mají mezery. 45,8 % (n = 55) dotazovaných poměrně často/docela dobře zná své limity. 33,3 % (n = 40) respondentů vždycky/velmi dobře vyhodnocuje oblasti znalostí, ve kterých mají mezery. Pouze 20,9 % (n = 25) dotazovaných respondentů si někdy/příležitostně uvědomuje své limity znalostí. Žádný z respondentů neodpověděl, že nikdy nerozvíjí schopnost vyhodnocovat situace.

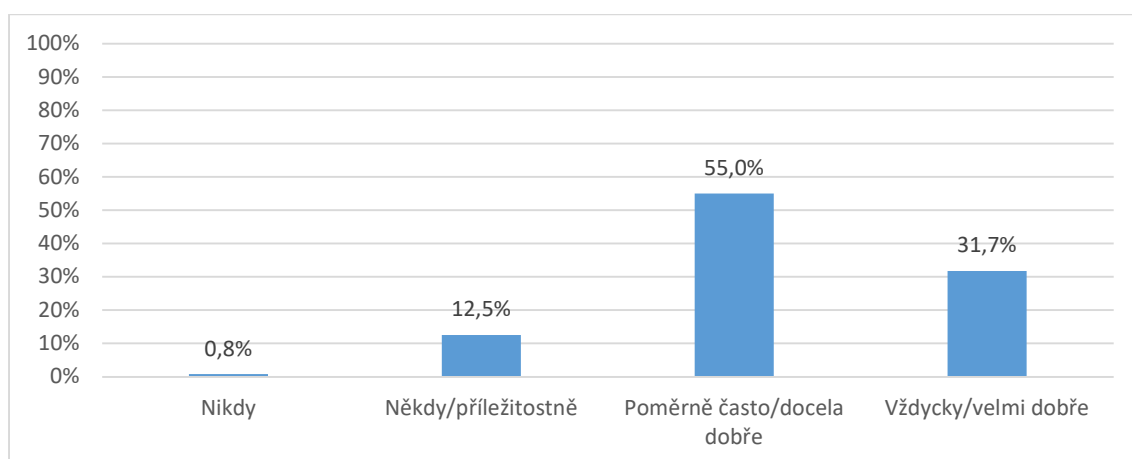
Graf 66 Uvědomění si více sociálních identit



(Zdroj: vlastní výzkum)

Následující otázka byla zaměřena na chápání toho, že lidé mají více identit, které se u jednotlivců liší. Graf 66 prezentuje, že 50,0 % (n = 60) dotazovaných odpovědělo vždycky/velmi dobře, 37,5 % (n = 45) respondentů uvedlo možnost poměrně často/docela dobře, někdy/příležitostně bylo zvoleno 12,5 % (n = 15) respondentů. Nikdo z dotazovaných ne zvolil odpověď nikdy.

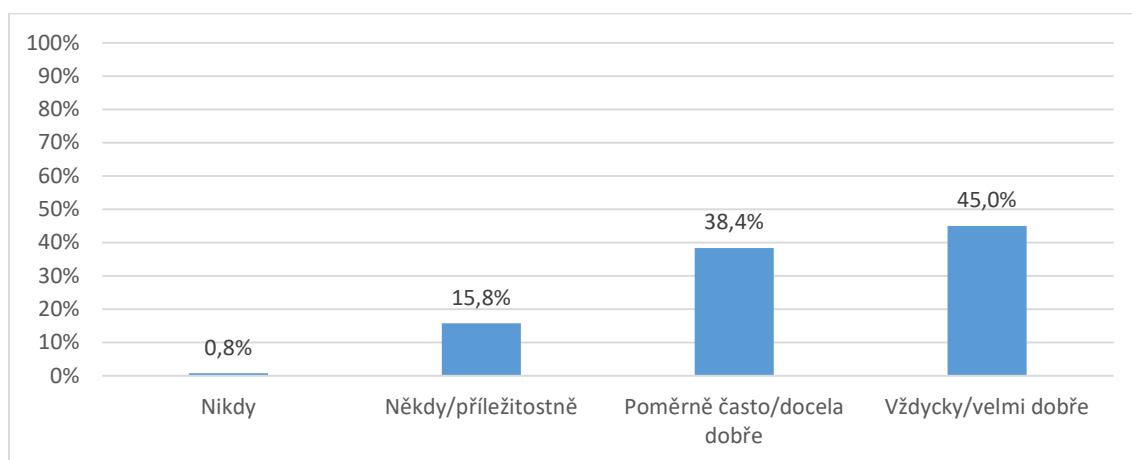
Graf 67 Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 67 poukazuje na uznávání mezikulturních a vnitrokulturních rozdílů respondenty. Většina respondentů poměrně často/docela dobře respektuje tyto rozdíly, a to 55,0 % (n = 66). 31,7 % (n = 38) dotazovaných je vždycky/velmi dobře uznává. Někdypřležitostně schvaluje mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly 12,5 % (n = 15) dotazovaných. Pouze 0,8 % (n = 1) respondent rozdílů nikdy neuznává.

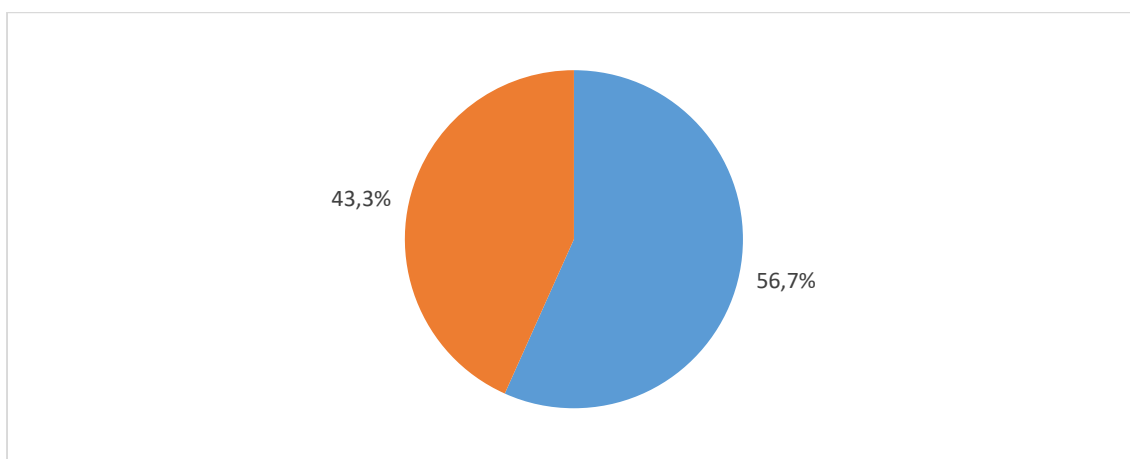
Graf 68 Referenční bod pro posouzení vhodného chování



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 68 je zřejmé, že 45,0 % (n = 54) respondentů si vždycky/velmi dobře uvědomuje, že jejich vlastní kultura by neměla být referenčním bodem pro posouzení vhodného chování. 38,4 % (n = 46) dotazovaných poměrně často/docela dobře si je této oblasti vědoma a 15,8 % (n = 19) respondentů pouze někdy/přležitostně. 0,8 % (n = 1), jeden dotazovaný si nikdy není vědom referenčního bodu pro posouzení vhodného a nevhodného chování.

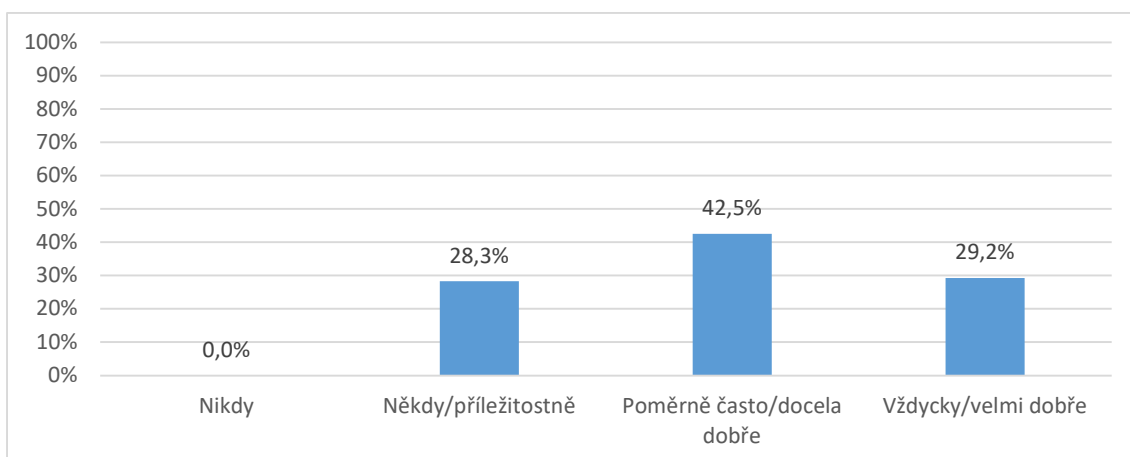
Graf 69 Vyhodnocení znalostí



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 69 je patrné vyhodnocení otázek 26.12 – 26.23 z oblasti znalostí. Nižší úroveň znalostí (do 39 bodů včetně) bylo vybíráno 56,7 % (n = 68) respondentů. Vyšší úroveň znalostí (40 a více bodů) bylo zvoleno 43,3 % (n = 52) dotazovaných respondentů.

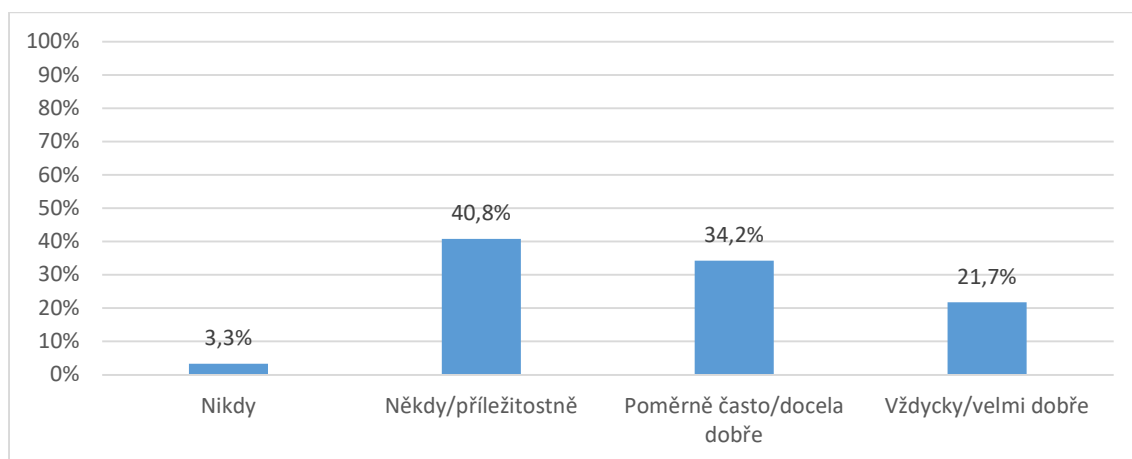
Graf 70 Přizpůsobení se různým situacím



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 70 poukazuje na odpovědi respondentů na otázku, jestli rozvíjejí cestu, jak efektivně a s respektem jednat s jedinci i skupinami. 42,5 % (n = 51) respondentů označilo možnost *poměrně často/docela dobře*. *Vždycky/velmi dobře* zvolilo jako odpověď 29,2 % (n = 35) respondentů, 28,3 % (n = 34) dotazovaných si vybralo možnost *někdy/příležitostně*. Žádný z dotazovaných respondentů nepoužil odpověď *nikdy*.

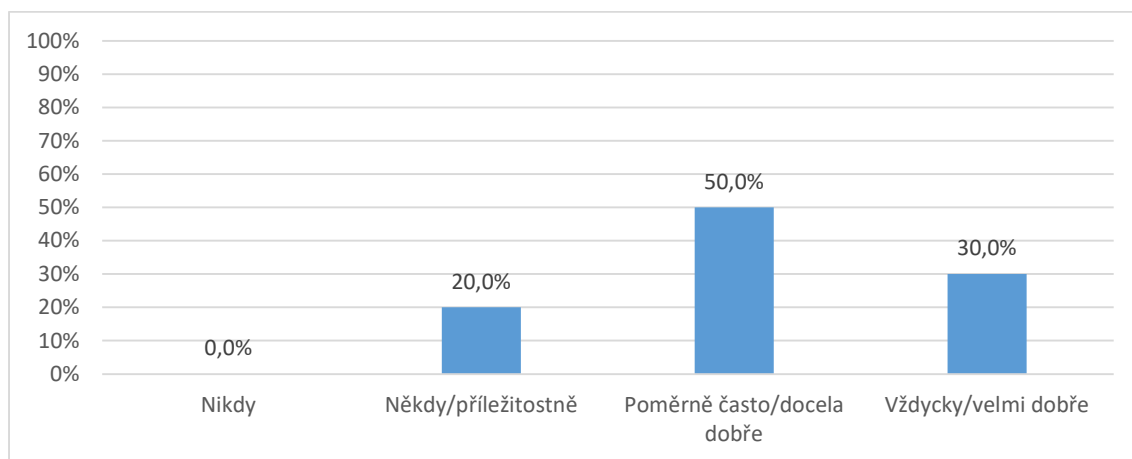
Graf 71 Postavit se diskriminačnímu a rasistickému chování



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 71 znázorňuje odpovědi na otázku zaměřující se na to, zda respondenti zasáhnou v případě rasistického či diskriminačního chování. 40,8 % (n = 49) respondentů by někdy příležitostně zasáhlo a poměrně často/docela dobře by zasáhlo 34,2 % (n = 41) respondentů. 21,7 % (n = 26) dotazovaných vždycky/velmi dobře dokáže efektivně zasáhnout v této situaci. 3,3 % (n = 4) respondentů nikdy nedokáže zasáhnout při rasistickém či diskriminačním chování.

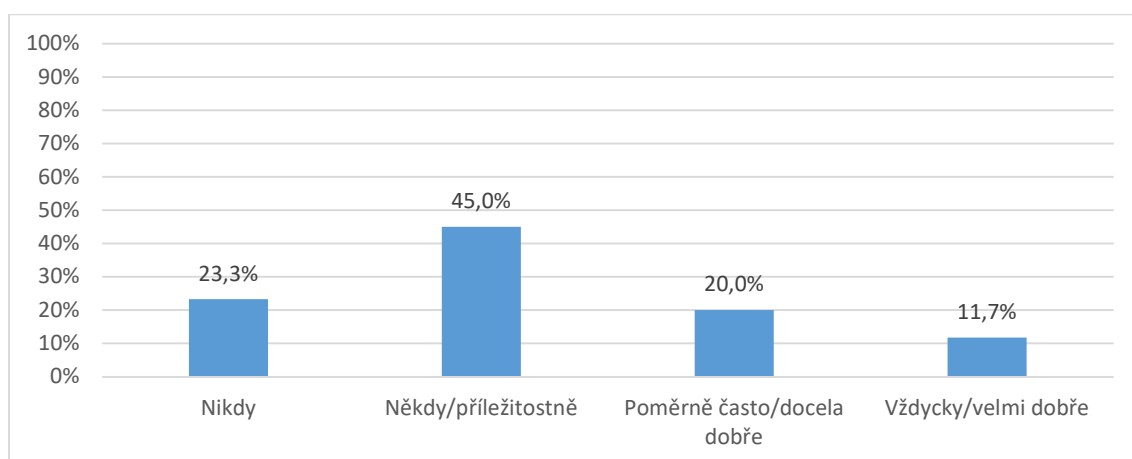
Graf 72 Komunikace mezi různými kulturami



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka zjišťovala, zda se dotazovaní respondenti dokáží přizpůsobit komunikaci s různými kulturami. Graf 72 zobrazuje, že 50,0 % (n = 60) respondentů poměrně často/docela dobře přizpůsobují komunikační styl. 30,0 % (n = 36) dotazovaných vždycky/velmi dobře umí přizpůsobit komunikaci. Pouze někdy/příležitostně 20,0 % (n = 24) respondentů dokáže adaptovat styl komunikace kultur. Nikdo z dotazovaných ne zvolil možnost nikdy.

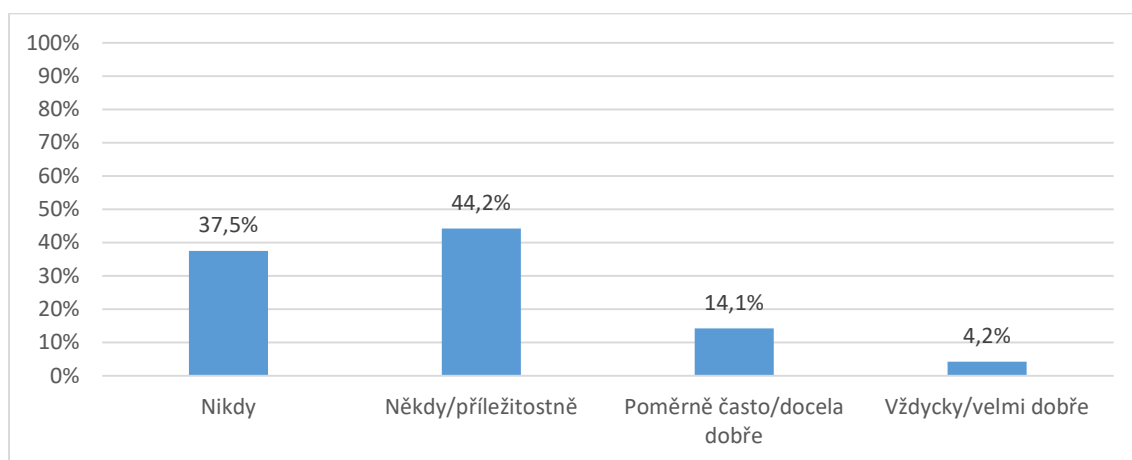
Graf 73 Vyhledávání situací k rozšíření mých interkulturních dovedností



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 73 lze usoudit, že 45,0 % (n = 54) ze 100 % (n = 120) respondentů si někdy/přilležitostně chce rozvíjet interkulturní dovednosti. 23,3 % (n = 28) dotazovaných nikdy nevyhledává situace k rozvíjení těchto dovedností a 20,0 % (n = 24) dotazovaných je vyhledává poměrně často/docela dobře. 11,7 % (n = 14) respondentů si vždycky/velmi dobře rozšiřuje interkulturní dovednosti.

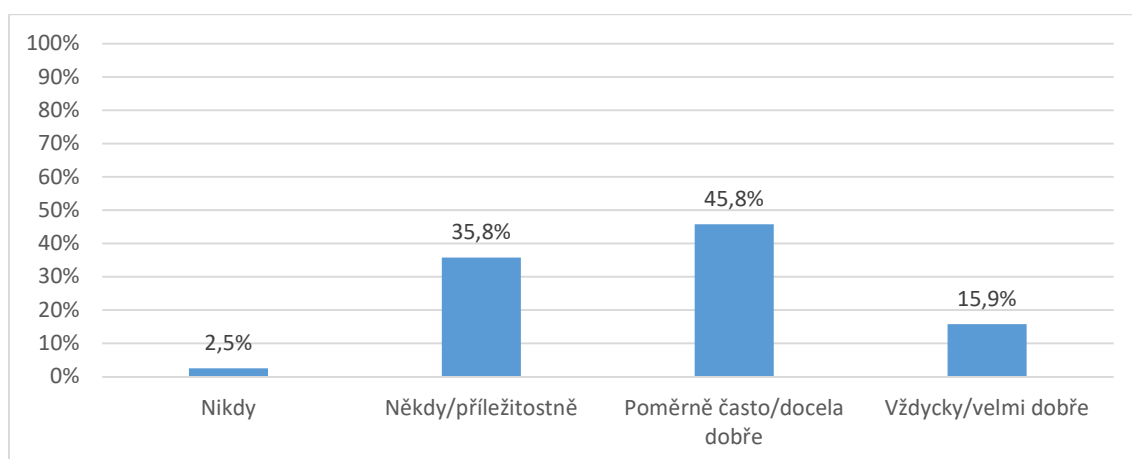
Graf 74 Moje zapojení podporující porozumění kultur



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 74 ukazuje zapojení respondentů v malých či velkých událostech, které podporují porozumění mezi členy různorodých skupin. Někdypřilležitostně zvolilo odpověď 44,2 % (n = 53) respondentů. Odpověď nikdy vybralo 37,5 % (n = 45) dotazovaných respondentů. Možnost Poměrně často/docela dobře označilo 14,1 % (n = 17) respondentů. Nejméně dotazovaných, a to 4,2 % (n = 5), vybralo odpověď vždycky/velmi dobře.

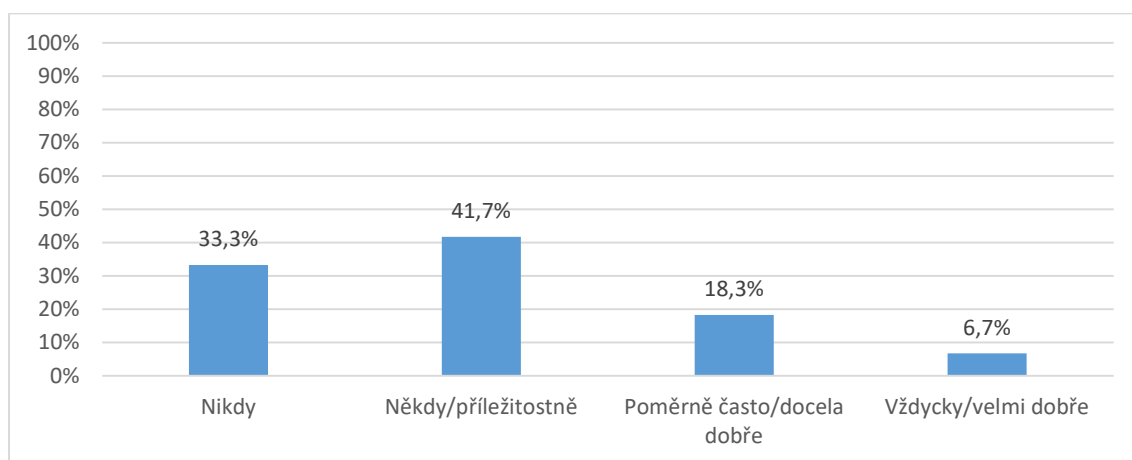
Graf 75 Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 75 je patné, jestli respondenti dokáží jednat s respektem v oblasti mezikulturních situacích. 45,8 % (n = 55) respondentů poměrně často/velice dobře umí jednat s respektem. Podle 35,8 % (n = 43) dotazovaných někdy/příležitostně. Vždycky/velmi dobře dokáže jednat s respektem 15,9 % (n = 19) respondentů. Pouze 2,5 % (n = 3) dotazovaných nikdy nedokáže jednat v těchto situacích s respektem.

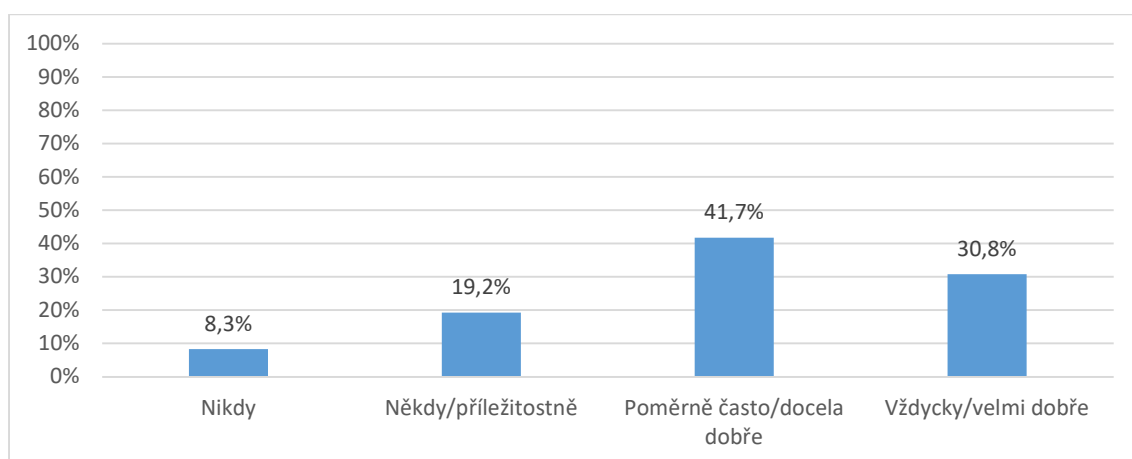
Graf 76 Aplikace kulturních norem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf číslo 76 ukazuje odpovědi dotazovaných respondentů na otázku, která se zaměřovala na studium kulturních protokolů a postupů, které jsou zásadní pro jejich práci. Poté je také aplikují do praxe. 41,7 % (n = 50) respondentů si někdy/příležitostně studuje kulturní normy a následně je aplikuje do praxe. 33,3 % (n = 40) dotazovaných nikdy normy nestuduje. 18,3 % (n = 22) respondentů poměrně často/docela dobře aplikuje kulturní normy do praxe. 6,7 % (n = 8) respondentů vždycky/velmi dobře studuje normy.

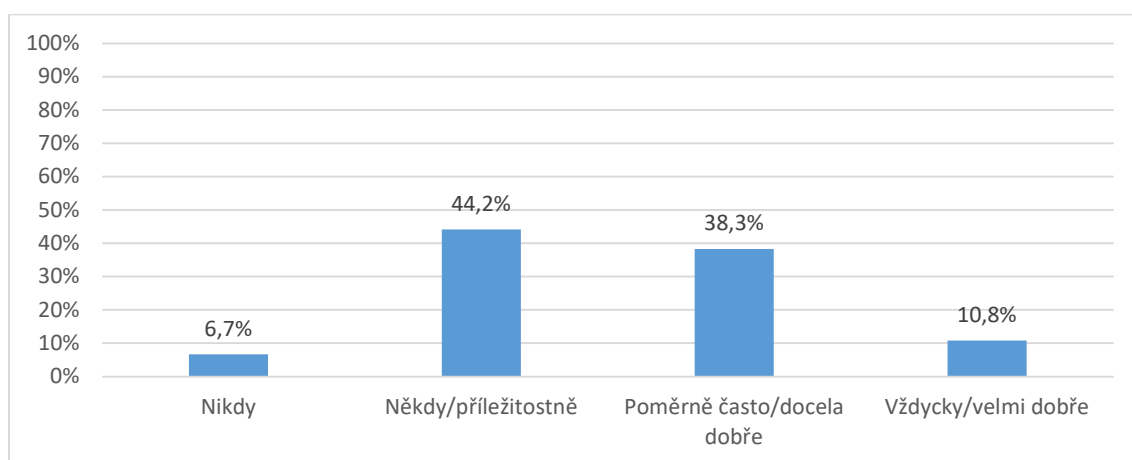
Graf 77 Jednat jako přátelská osoba



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu číslo 77 je patrné, že 41,7 % (n = 50) respondentů *poměrně často/docela dobře* umí jednat jako přátelská osoba. 30,8 % (n = 37) dotazovaných vybralo možnost *vždycky/velmi dobře*, *ně kdy/příležitostně* označilo opo věď 19,2 % (n = 23) respondentů. Jen 8,3 % (n = 10) dotazovaných uvedlo možnost *nikdy*.

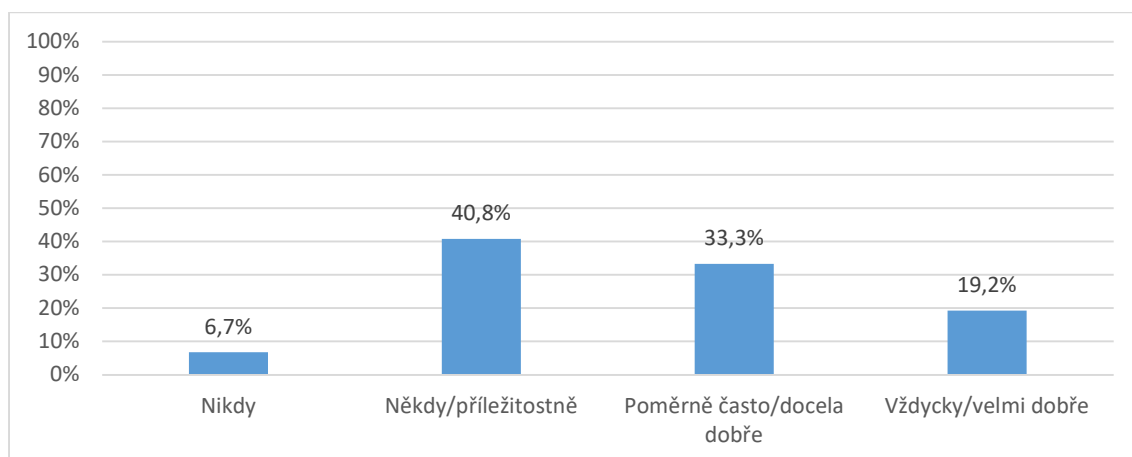
Graf 78 Být flexibilní



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka se zabývala tím, zda se poctivě snaží respondenti pochopit perspektivy ostatních a radí se s ostatními kolegy z různých kultur o vhodných postupech. Z grafu 78 je zřejmé, že 44,2 % (n = 53) dotazovaných respondentů se *ně kdy/příležitostně* snaží být flexibilní. 38,3 % (n = 46) respondentů *poměrně často/docela dobře* usiluje o pochopení perspektivy ostatních. *Vždycky velmi dobře* se snaží pochopit perspektivy ostatních 10,8 % (n = 13) dotazovaných. Pouze 6,7 % (n = 8) respondentů se *nikdy* nesnaží pochopit perspektivy ostatních.

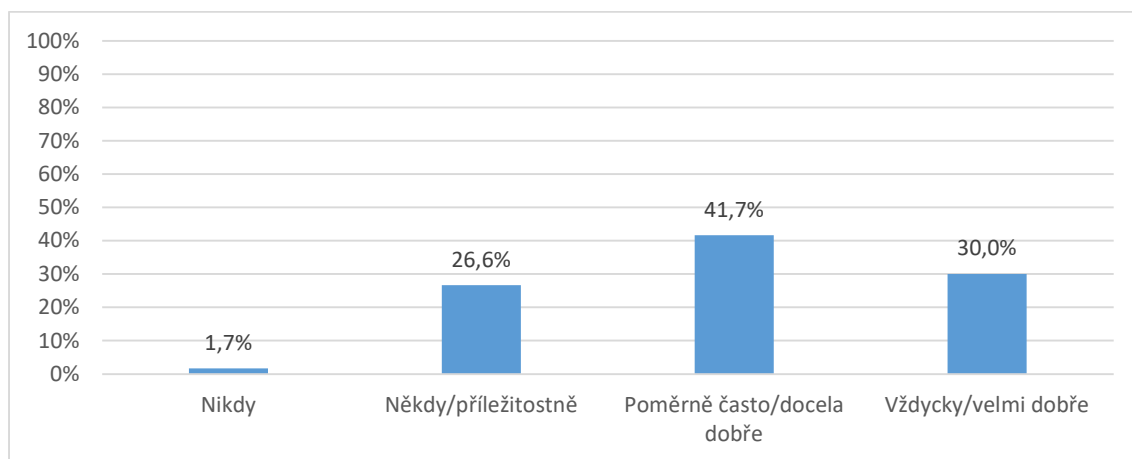
Graf 79 Být přizpůsobivý v rámci lidských vztahů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 79 popisuje, jestli respondenti používají dovednosti k budování vztahů, aby se sblížili s lidmi, kteří jsou odlišní. 40,8 % (n = 49) respondentů někdy/přilležitostně dokáže být přizpůsobivý v rámci lidských vztahů. 33,3 % (n = 40) dotazovaných poměrně často/docela jsou schopni budovat vztahy s odlišnou kulturou a 19,2 % (n = 23) dotazovaných vždycky/velmi dobře. 6,7 % (n = 8) respondentů se nikdy nesnaží budovat tyto vztahy.

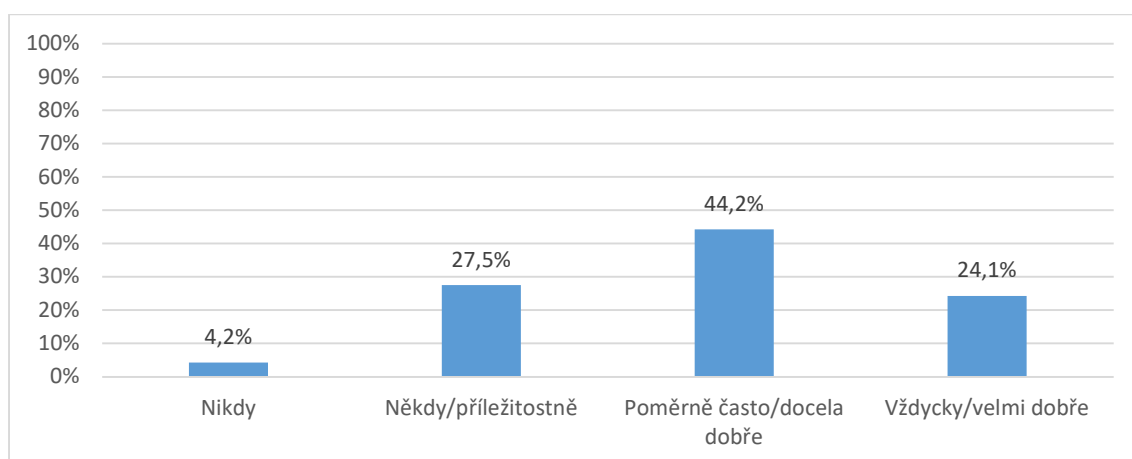
Graf 80 Uznání svých kulturních předsudků



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 80 je patrné, zda umí respondenti uznat své předsudky v konkrétní situaci a jsou si vědomi, že nemají na základě předsudků jednat. Odpověď *poměrně často/docela dobře* označilo 41,7 % (n = 50) respondentů. *Vždycky/velmi dobře* vybralo 30,0 % (n = 36) dotazovaných. Odpověď *někdypřilležitostně* uvedlo 26,6 % (n = 32) dotazovaných. Pouze 1,7 % (n = 2) respondentů vybralo možnost *nikdy*.

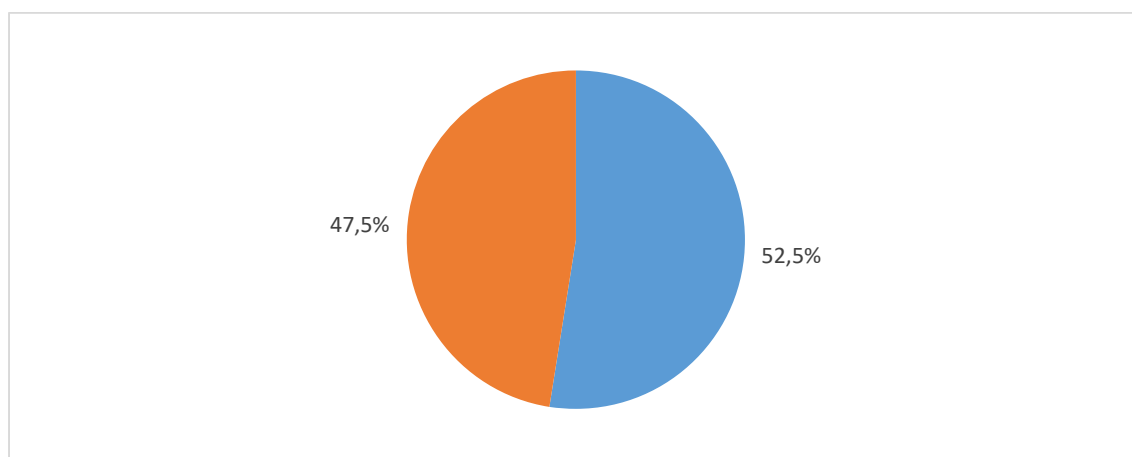
Graf 81 Znalost odlišností uvnitř skupiny



(Zdroj: vlastní výzkum)

Následující otázka zjišťovala: *Jsem si vědom/a odlišností uvnitř skupiny a na základě generalizace bych nepřisuzoval/a specifické chování jednotlivce celé kulturní komunitě.* Graf 81 znázorňuje, že nejpočetnější skupina respondentů, a to 44,2 % (n = 53), si je vědoma odlišností uvnitř skupiny. 27,5 % (n = 33) dotazovaných někdy/příležitostně chápe tyto odlišnosti uvnitř skupiny. Vždycky/velmi dobře mají znalosti o odlišnostech uvnitř skupiny 24,1 % (n = 29) dotazovaných respondentů. Jenom 4,2 % (n = 5) respondentů si nikdy není vědoma těchto odlišností.

Graf 82 Vyhodnocení dovedností



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 82 poukazuje na vyhodnocení sekce otázek 26.24 – 26.35, která se zabírala dovednostmi respondentů. Nižší úroveň dovedností (do 32 bodů včetně) má 52,5 % (n = 63) respondentů. Vyšší úroveň dovedností (33 bodů a více) má 47,5 % (n = 57) respondentů.

5.3 Statistická analýza vztahů

Kapitola statistická analýza vztahů představuje vyhodnocení hypotéz a následujících vztahů týkajících se sesterských výsledků.

5.3.1 Souvislost mezi věkem sester a jejich kulturními kompetencemi

Hypotéza 1: Nelékařští zdravotničtí pracovníci mladší 40ti let, kteří pracují u praktických lékařů, mají větší kulturní kompetence než nelékařští zdravotničtí pracovníci starší 40ti let. U sester jsme zjišťovaly, zda věk sester ovlivňuje jejich kulturní kompetence v oblasti učení a vedení kolegů ke vnímání rozdílů a podobností, plánování ošetrovatelských kompetencí, vnímání zdraví a nemoci, vhodnému chování při péči a uvědomění si potřeby celoživotního učení.

Tabulka 1 Souvislost věku sester a kulturních kompetencí

OT. 1 – Věk sestry a...	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význ.
OT. 25.1 – Schopnost učit a vést ke vnímání kulturních rozdílů a podobností...	21,324	6	<0,01	**
OT. 25.2 – Schopnost učit a vést k plánování ošetrovatelských kompetencí...	9,825	6	0,132	n.s.
OT. 25.4 – Schopnost učit a vést k dovednostem v komunikaci...	12,167	6	0,058	n.s.
OT. 25.7 – Schopnost učit a vést ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci...	8,865	6	0,182	n.s.
OT. 25.8 – Schopnost učit a vést ke vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče...	11,447	6	0,076	n.s.
OT. 26.17 – Uvědomění si, že kulturní kompetence vyžadují celoživotní učení...	7,084	6	0,3131	n.s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla identifikována statistická významná souvislost mezi věkem sester a jejich schopností učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami. Platí, že sestry ve věku 40 – 49 let ve významně větší míře uvádějí, že v této záležitosti nejsou rozhodnuty.

Jiné statisticky významné souvislosti mezi věkem a znaky uvedenými v tabulce číslo jedna nebyly identifikovány. Hypotéza nebyla prokázána.

5.3.2 Dosažené vzdělání sester a jejich kulturní znalosti

Hypotéza 2: Nelékařští zdravotničtí pracovníci s vyšším dosaženým vzděláním, kteří pracují u praktických lékařů, mají větší kulturní znalosti než nelékařští zdravotničtí pracovníci s nižším dosaženým vzděláním. V rámci hodnocení vztahů sester jsme porovnávaly dosažené vzdělání a jejich kulturní znalosti. Hodnotila se zejména znalost zdraví a nemoci, umět vysvětlit vliv kultury na pacienty, vyjmenovat metody sběru dat, porovnat názory na zdraví/nemoc, identifikovat potřeby péče, naplňovat potřeby pacienta, vysvětlit možné vztahy a stanovit ošetrovatelské cíle.

Tabulka 2 Souvislost vzdělání sester a jejich kulturních znalostí

OT. 3 – Vzdělání sester a...	HODNOTA X²	df	p	Stat. význ.
OT. 25.9 – Obeznamenost s kulturními znalostmi či teorií týkající se zdraví a nemoci	9,654	4	<0,05	*
OT. 25.10 – Schopnost vysvětlit vliv kultury na pacienty, společenské názory/chování...	18,919	4	<0,001	***
OT. 25.11 – Schopnost vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací... o kulturních zvycích	11,393	4	<0,05	*
OT. 25.12 – Schopnost porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů z různých kultur	17,201	4	<0,01	**
OT. 25.13 – Schopnost snadno identifikovat potřeby péče u pacienta z různých kultur	8,457	4	0,076	n.s.
OT. 25.14 – Schopnost naplňovat potřeby pacienta z různých kultur	4,375	4	0,358	n.s.
OT. 25.15 – Schopnost vysvětlovat možné vztahy mezi názorem na zdraví a kulturou u pacientů	13,721	4	<0,01	**
OT. 25.16 – Schopnost stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí pacienta	12,837	4	<0,05	*

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a jejich obeznameností s kulturními znalostmi nebo teorií týkající se zdraví nebo nemoci. Platí,

že sestry s vyšším vzděláním (VOŠ, VŠ) ve významně vyšší míře uvádějí, že jsou s kulturními znalostmi či teorií obeznámeny.

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a jejich schopností vysvětlit vliv na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že jsou schopny tento vliv vysvětlit.

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a jejich schopností vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že umí tyto metody vyjmenovat.

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a jejich schopností porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že umí tyto názory porovnat.

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a jejich schopností vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou pacientů/klientů z různých kultur. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že nejsou rozhodnuty.

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a jejich schopností stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že dokážou tyto ošetrovatelské cíle stanovit.

Byly prokázány statisticky významné souvislosti mezi vzděláním sester a jejich kulturními znalostmi, ve většině případů s tím, že s růstem vzdělání tyto znalosti rostou. Je možné konstatovat, že tato hypotéza byla prokázána.

5.3.3 Vztah jazykových znalostí sester a jejich kulturních kompetencí

Hypotéza 3: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující u praktických lékařů, kteří se dokážou dorozumět dvěma a více jazyky, mají větší kulturní kompetence než nelékařští zdravotničtí pracovníci mluvící jedním nebo žádným cizím jazykem. V této části jsou zaznamenány souvislosti mezi jazykovými znalostmi sester a verbální komunikací, znalost cizího jazyka pro danou profesi, ilustrování komunikačních dovedností na příkladech a schopnosti přizpůsobení komunikačního stylu.

Tabulka 3 Souvislost jazykových znalostí sester a jejich kulturních kompetencí

OT. 6 – Znalost počtu jazyků a...	HODNOTA X²	df	p	Stat. význ.
OT. 12 – Verbální komunikace je nejlepší způsob získávání informací od pacienta z jiné kultury	0,081	1	0,780	n.s.
OT. 14 – Znalost cizího jazyka je pro moji profesi stěžejní	1,679	1	0,199	n.s.
OT. 25.3 – Schopnost na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty různých...	4,577	2	0,101	n.s.
OT. 26.26 – Schopnost přizpůsobit svůj komunikační styl...	3,800	2	0,150	n.s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi jazykovými znalostmi sester z hlediska počtu jazyků, které ovládají, a jejich kulturními kompetencemi, s žádným ze sledovaných ukazatelů uvedených v tabulce číslo tři. Tato hypotéza nebyla prokázána.

5.3.4 Počet minorit a kulturní kompetence

Hypotéza 4: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující u praktických lékařů, kteří se setkávají s více než pěti etnickými minoritami, mají větší kulturní kompetence než nelékařští zdravotničtí pracovníci setkávající se se čtyřmi a méně etnickými minoritami. U sester jsme zjišťovaly, zda existuje statisticky významná souvislost mezi pocity diskriminace, rasismu, předsudků, stereotypů či posuzování pacienta na základě barvy pleti a mezi počtem minorit, které sestry ošetřují v rámci své praxe v ordinacích praktických lékařů.

Tabulka 4 Souvislost počtu minorit, se kterými se sestry setkávají, a kulturních kompetencí sester

OT. 9 – Počet minorit, se kterými se sestra setkává a...	HODNOTA X²	df	p	Stat. význ.
OT. 17 – Posuzování pacienta z odlišné kultury na základě barvy pleti	0,494	1	0,485	n.s.
OT. 23 – Pocity diskriminace vůči pacientům z odlišné kultury	0,780	1	0,381	n.s.
OT. 26.4 – Pocity diskomfortu při setkávání s pacienty z odlišné kultury	1,200	2	0,549	n.s.
OT. 26.5 – Uvědomění si předsudků o lidech z jiných kultur	6,943	2	<0,05	*
OT. 26.18 – Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie...	3,482	2	0,175	n.s.
OT. 26.25 – Schopnost postavit se diskriminačnímu nebo rasistickému chování	1,937	2	0,380	n.s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla indikována statisticky významná souvislost mezi počtem minorit, se kterými se sestry setkávají, a uvědomováním si předsudků o lidech z jiných kultur. Platí, že sestry, které se setkaly se čtyřmi a méně minoritami si je významně častěji uvědomují. Sestry, které se setkaly s pěti a více minoritami, významně častěji uvádějí, že si tyto předsudky neuvědomují. Jiné statisticky významné souvislosti mezi počtem minorit, se kterými se sestry setkaly, a znaky uvedenými v tabulce číslo čtyři nebyly identifikovány. Statisticky významný vztah byl pouze v jednom případě, a proto hypotéza nebyla prokázána.

6 Diskuse

Migrace lidí je v dnešní době aktuální děj, jelikož se stále zvyšuje její nárůst. Součástí migrace nemusí být pouze jedinec, ale i skupiny lidí či rodina. Cizinci přicházející do nové země se chodí registrovat k novému praktickému lékaři. Toto je příčina, proč do ordinací praktického lékaře dochází cizinci z odlišných kultur. Sestra v primární péči by se měla chovat ke všem pacientům rovnocenně, a ne na základě jejich kultury. Kulturní kompetence sester je schopnost přizpůsobit ošetrovatelskou péči pacientovi. Pacientům by měla poskytovat holistickou péči, která z ošetrovatelského hlediska zařazuje bio-psycho-sociální stránku pacienta. Aby byla sestra kulturně kompetentní, měla by se zdržet předsudků, stereotypu, diskriminace či rasismu. Tyto negativní postoje vůči cizincům mohou významně ovlivnit i jejich ošetřování. Kulturně kompetentní péče je neustálý proces, kdy se sestra snaží pochopit kulturní kontext pacienta, jeho rodiny či komunity.

Tato část diplomové práce porovnává výsledky zjištěné výzkumným šetřením. Diplomová práce je zaměřena na kulturní kompetence sester pracujících u praktických lékařů, které se setkávají s jedinci odlišných kultur žijícími v České republice. Dále se zabývá tím, zda sestry jsou na toto shledání s cizinci připraveny a kontinuálně se v této oblasti vzdělávají, aby jim mohly poskytovat stejně kvalitní péči jako ostatním pacientům. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň kulturních kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících u praktických lékařů. Na základě cíle byly stanoveny čtyři hypotézy.

První hypotézou jsme chtěly zjistit, jestli existuje statisticky významný vztah mezi věkem sester a jejich kulturními kompetencemi. Zjistily jsme, že mezi nimi neexistuje statisticky významný vztah. Ze 120 respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, bylo nejvíce respondentů ve věku 50 a více let, a to konkrétně 38,3 %, 9,2 % respondentů bylo mezi 18 až 29 lety, mezi 30 až 39 lety bylo 20,0 % dotazovaných a v rozmezí 40 – 49 let bylo 32,5 % respondentů. Z výsledků odpovědí na otázku číslo 25.1: „Dokážu učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.“ vyplývá, že sestry ve věku 40 – 49 let nejsou v této otázce rozhodnuty. Červený et al. (2020) hodnotili vnímání kulturní kompetence sester ve slovenském zdravotnictví. Jejich výzkumu se zúčastnilo 267 respondentů a pouze 28 % se vnímalo jako velmi kulturně kompetentní k péči o lidi z jiných kultur. Více než 68 % respondentů nezískalo žádné

školení o diverzitě. Schopnost poskytovat vysoce kvalitní, kulturně kongruentní péči, může být posílena vzděláváním a školením o kulturní rozmanitosti a může případně přispět ke snížení zdravotních rozdílů. Během našeho výzkumného šetření bylo zjišťováno, zda sestry dokáží učít a vést kolegy ke vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům z různých kultur. U 55,0 % respondentů převažoval souhlas, u 12,5 % respondentů převažoval naopak nesouhlas a 32,5 % respondentů není rozhodnuto. Také bych chtěla zmínit výzkum, který prováděli Shepherd et al. (2019), kde účastníci z větší části vyjádřili důvěru ve svou schopnost uspokojit potřeby multikulturních pacientů, přestože téměř polovina výzkumného vzorku neprošla formálním mezikulturním školením. Mezikulturní vzdělávací iniciativy pro profesionály jsou nyní samozřejmostí ve zdravotnictví. Praktické mezikulturní přístupy, jako například tlumočnické služby, byly podporované zaměstnanci nadšeně a byly považovány za spojené s mezikulturní péčí. Zjištění naznačují potřebu intervencí, které uznávají hodnotu přístupů založených na kulturním povědomí, a zároveň zkoumají užitečnost komplexnějších přístupů v oblasti kulturní kompetence a bezpečnosti. Z výsledků otázky číslo 26.17: „Uvědomuji si, že dosažení kulturní kompetence vyžaduje celoživotní učení.“, je patrné, že 46,7 % dotazovaných respondentů si tento závazek uvědomuje vždy/velmi dobře. Poměrně často/docela dobře si potřebu celoživotního vzdělání uvědomuje 39,1 % respondentů a odpověď někdy/příležitostně si vybralo 14,2 % dotazovaných. Odpovědi našich respondentů jsou v souladu s výzkumem, který publikovali Kaihlanen et al. (2019), který udává, že získání kulturní kompetence je kontinuální proces, proto je podstatné i po skončení studia pokračovat v získávání dalších znalostí. Žádoucím vzděláváním jsou v této problematice kurzy, semináře či workshopy. Například školení umožňuje uvědomit si své kulturní rysy, změnit svůj styl myšlení, získat nový pohled na vlastní komunikační praktiky a zlepšit stávající praxi. Myslíme si, že kulturní kompetence jsou novou problematikou, která je pro sestry pracující v primární péči zcela neznámá. V klinické praxi tato problematika působí několik let. Nelze určit, zda sestry, které mají několik let praxe a jsou starší, mají větší kulturní kompetence než sestry s kratší praxí. Naopak, sestry, které jsou mladší, mohou mít větší kulturní kompetence, jelikož se touto problematikou mohly zabývat již při svém studiu.

Stanovením druhé hypotézy jsme chtěly prozkoumat, jestli sestry s vyšším vzděláním mají větší kulturní znalosti než sestry, které mají naopak nižší vzdělání. Výsledky námi provedeného výzkumu ukazují, že hypotézu nelze zamítnout. Úroveň

vzdělání bylo rozděleno na středoškolské s maturitou, vyšší odbornou školu (Dis.), bakalářské studium (Bc.) a magisterské studium (Mgr.). Středoškolské studium s maturitou mělo nejvíce respondentů, a to 62,5 %, vyšší odbornou školu mělo 15,0 % respondentů, bakalářské studium absolvovalo 16,7 % dotazovaných, magisterské studium mělo 5,8 % dotazovaných respondentů. Vzdelání zaměřené na posílení kulturní kompetence a kulturní inteligence studentů ošetrovatelství je perspektivní. Pacientům s odlišným kulturním zázemím může poskytnout lepší zdravotní výsledky, kvalitnější péči a kulturní bezpečnost. Vzdelávací program v oblasti interkulturní komunikace se doporučuje jako potenciální program pro nasazení ve výuce studentů ošetrovatelství na magisterské úrovni (Majda et al., 2021). Existující překážkou je, že naprostá většina školení poskytované na různých akademických úrovních ve vztahu k tomuto tématu je teoretická. Nicméně existují studie, které odhalují, že školení v klinické praxi je nejúčinnější pro rozvoj znalostí, povědomí a bezpečnosti mezi studenty. Univerzitní akademici se často cítí znepokojeni tím, jak mohou studenti čelit nárokům, které od nich multikulturní společnost vyžaduje. Je nutné standardizovat obsah i výukové metody pro studenty ošetrovatelství ze všech kultur (Messoudi et al., 2023). Özen a Kahraman (2021) ve své studii uvádějí, že sestry by měly mít znalosti o základních kulturních charakteristikách týkajících se zdraví a nemoci, aby mohly poskytovat dostatečnou zdravotní péči jedincům, rodině či společnosti. Byla identifikována shoda mezi otázkami v sekci znalostí, a to číslo 25.9: „Jsem obeznámen/a s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkajících se zdraví a/nebo nemoci.“, číslo 25.10: „Umím vysvětlit vliv kultury na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci.“, číslo 25.11: „Umím vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech“, číslo 25.12: „Dokážu porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur“ a číslo 25.16: „Dokážu stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta.“, toto platí pouze u sester s vysokoškolským vzděláním. Nedostatek znalostí, kulturních dovedností a kulturně citlivých postojů sester může přispět k rozvoji obtíží při budování terapeutických vztahů s pacienty a může vést k nerovnostem v poskytování zdravotnických služeb. Aby bylo možné poskytovat zdravotní péči odpovídající kulturním potřebám, musí být studenti a zdravotnický personál řádně vyškoleni. K formování kulturně citlivých postojů jsou však nutné intenzivnější a hlubší interakce s cizinci (Majda et al., 2021). Není obvyklé, aby se kvalifikované sestry i studenti ošetrovatelství k pacientům z různých kultur chovali etnocentricky. Etnocentrické postoje a přístupy ve zdravotnictví bohužel mohou

nepříznivě ovlivnit péči o pacienty a vést k horším výsledkům pacientů. Pregraduální ošetrovatelské programy by se tedy měly zabývat těmito problémy, aby omezily studentům možnost osvojit si etnocentrické postoje a chování nejen vůči svým kulturně odlišným pacientům, ale i kolegům (Solanas et al., 2021). Na otázku číslo 25.15: „Umím vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturu u pacientů/klientů.“, sestry se středním vzděláním ve větší míře uvádějí, že nejsou rozhodnuty. Konkrétně 39,2 % dotazovaných respondentů není rozhodnuto v odpovědi na následující otázku. Lin et al. (2015) sdělují, že je zásadní pomoci studentům ošetrovatelství porozumět kulturním kompetencím. Dále uvádí, že je zásadním úkolem ošetrovatelské péče rozvíjení kurzu kulturních kompetencí ke zlepšení ošetrovatelských dovedností a ke snížení osobního nepohodlí s kulturní rozmanitostí. Také Solanas et al. (2021) s tímto tvrzením souhlasí ve své studii, která byla uskutečněna na univerzitách ve Španělsku, Belgii, Portugalsku a Turecku. Popisuje, že všichni účastníci výzkumu se shodli, že obsah transkulturního ošetrovatelství by měl být začleněn do učebních osnov ošetrovatelství, a navrhli různé strategie ke zlepšení jejich znalostí, dovedností a postojů. Uvádí také, že je důležité naslouchat studentům a brát v úvahu jejich názor při navrhování kulturních, výukových a vzdělávacích aktivit. Náš názor je takový, že je důležité se vyučovat kulturním kompetencím již ve středoškolském studiu. Pro sestry, které kulturním kompetencím nebyly vyučovány, by mohla být uskutečněna školení v jejich pracovních zařízeních.

V souvislosti se třetí hypotézou jsme zjišťovaly vztah mezi jazyky, kterými se sestry dokážou dorozumět, a jejich kulturními kompetencemi. I když se jedná o základní podmínku k poskytování efektivní ošetrovatelské péče, tak právě komunikace může způsobit větší problém, než se dá předpokládat. Pacient neovládá jazyk dané země a těžko popisuje své problémy. Z tohoto důvodu ani neporozumí daným pokynům. Takový pacient může mít strach, pocit úzkosti, agrese či smutek (Trachtová et al., 2018). Také Kutnohorská (2006) popisuje, jaké mohou nastat problémy v souvislosti s komunikací. Těmito problémy myslí konkrétně ošetrovatelskou bariéru, možnou nízkou spolupráci pacienta, nedorozumění s ohledem na okolní prostředí, poruchy sociální interakce, sociální izolaci a nesprávný přístup pacienta k léčebnému režimu. Dále zmiňuje, že komunikace neznamena jen zvládnutí cizího jazyka, naopak, sestry by se měly vyznat v mimice, haptice, proxemice, posturologii, kinetice, gestice, pohledem, paralingvistice a úpravě zevnějšku. Zúčastněným respondentům našeho výzkumu byla položena otázka číslo 6: „Uveďte všechny jazyky, kterými se dokážete dorozumět.“ Nejvíce respondentů

uvedlo ruský jazyk, a to 62. Druhým početným jazykem byl anglický jazyk, uvedlo konkrétně 56 respondentů. Německý jazyk ovládá 45 dotazovaných. Ovládání alespoň jednoho cizího jazyka v ordinacích praktického lékaře se stává v současnosti nutnou potřebou, a to zejména ve městech. Nejen turisté, ale i množství cizinců pracujících zde na dlouhodobých pobytech, se s českým jazykem setkávají, nebo ho naopak neumí vůbec, ale domnívají se, že kvalifikovaný zdravotnický personál s nimi dokáže komunikovat alespoň prostřednictvím anglického jazyka (Vojtíšková, 2006). Ve výzkumu bylo zjišťováno, zda si respondenti myslí, že je jazyk pro jejich profesi stěžejní. 38,3 % respondentů odpovědělo někdy. Další početná skupina respondentů odpověděla téměř nikdy, a to 34,2 %. S tímto Vojtíšková (2006) nesouhlasí a ve svém článku popisuje, že praktický lékař a sestry mají být pacientům průvodci, jak ve zdraví, tak i v nemoci, provádět prevenci a v případě nemoci poskytovat vhodnou léčbu, eventuálně zajistit léčbu odbornou či následnou. Z tohoto důvodu je velký důraz kladen na schopnost komunikace. Přece právě personál primární péče je často jediným a ochotným zdrojem informací pro pacienta. Na základě odpovědí respondentů nebyla námi stanovená hypotéza prokázána. Ještě bych chtěla zmínit frekvenci používání jazyků v praxi. 40,0 % respondentů jazyk k praxi nepoužívají. Několikrát ročně používá cizí jazyk 36,7 % dotazovaných. Odpověď týdně a denně zvolilo 8,3 % dotazovaných respondentů. Z odpovědí na otázku číslo 12: „Myslím si, že verbální komunikace je nejlepší způsob získání informací od pacienta z odlišné kultury.“ vyplývá, že u 70,8 % respondentů převažoval souhlas. Nesouhlas převažoval u 29,2 % dotazovaných. Naopak Olišarová et al. (2017) řadí k nejčastějším překážkám ve využívání péče migranty problémy s verbální i neverbální komunikací. Komunikace se rozděluje na verbální a neverbální. Specifikami verbální komunikace v multikulturním ošetřovatelství je způsob oslovení, způsob sdělování informací a rozdíly v tykání a vykání. Všechna specifika se odvíjejí podle jednotlivých kultur. Mezi specifika neverbální komunikace patří způsob pozdravu a frekvence dotyků (Burda, Šolcová, 2015). Při komunikaci mezi cizincem a sestrou či lékařem v primární péči lze použít tlumočnicka. Tlumočnicka podporuje komunikaci mezi sestrou a pacientem. Důležitými znaky pro tlumočnicka jsou odborné znalosti, profesní role a osobní charakter. Tlumočnicka ale může vztah mezi sestrou a pacientem naopak zkomplikovat (Eklöfová et al., 2015). Davidsen et al. (2022) také zmiňují problémy spojené s využíváním tlumočnicka v ordinacích praktického lékaře, jako jsou například nedostatky jazykového překladu, vzájemně propojené kulturní bariéry nebo sociální problémy. V dotazníku se zjišťovalo, zda pracoviště, ve kterém respondenti pracují, mají

smluvní vztah s tlumočníky. Z celkového počtu 120 respondentů celkem 83,3 % nemá smluvní vztah a pouze 1,7 % mají. 15,0 % dotazovaných neví, zda jejich zařízení má tlumočnicka sjednaného k využívání. Fiedler et al. (2022) zkoumali v Německu tlumočení na dálku v oblasti primární péče. Jedná se o první studii v oblasti německého jazyka, která srovnává tlumočení na dálku po telefonu pomocí videa. Z výsledků studie zjistili, že je možné implementovat služby tlumočení na dálku do každodenní praxe v prostředí primární péče. Mnoho lékařů se výzkumu nechtělo zúčastnit, a tudíž se domnívají, že bude nedostatečné povědomí o šíření neformálního tlumočnictví. Dle našeho názoru je velice důležité mít možnost využití tlumočnicka u praktického lékaře nebo využít alespoň rodinného příslušníka či přítele, kteří jazyk ovládají. Někdy je daleko výhodnější využít rodinného příslušníka, jelikož k neznámému tlumočnickovi by mohli mít cizinci nedůvěru. Do budoucna by se mohlo tlumočení na dálku rozšířit i do dalších zemí a vyřešit tím problém komunikační bariéry.

Migrace je obecně prostorový pohyb obyvatelstva, který souvisí se změnou trvalého bydliště. Intenzita migrace je různá podle pohlaví, kulturních zvyklostí, věku a podobně. Mezi příčinami migrace převažují ekonomické příčiny. Migruje kvalifikovaná i nekvalifikovaná pracovní síla. Specifickou skupinu migrantů tvoří uprchlíci, což jsou osoby, které migrují nedobrovolně (Mezřický et al., 2011). V České republice žije nejvíce cizinců se státní příslušností Slovenska, Ukrajiny, Ruska, Vietnamu a dalších zemí. Můžeme se setkat při poskytování ošetrovatelské péče s pacienty z různých náboženských skupin. Těmito skupinami jsou například muslimové, židé, členi pravoslavné církve a příslušníci dalších náboženských skupin. Každý cizinec si s sebou nese svá specifika a kulturu, kterou při poskytování ošetrovatelské péče je třeba do určité míry respektovat (Burda, Šolcová, 2015). S tímto se shodují i odpovědi z našeho výzkumu, kdy se sestry pracující v ordinacích praktického nejvíce setkávají s ukrajinskou, slovenskou, romskou a vietnamskou minoritou. Dále se respondenti někdy v praxi setkávají s ošetřováním polské, německé, maďarské, ruské, čínské a arabské minority. Sestra by měla mít povědomí, jaká specifika náboženské skupiny mají, aby se vyvarovala případným komplikacím. V našem výzkumu bylo zjišťováno, zda sestry mají pocity diskriminace vůči pacientům z odlišné kultury. Konkrétně 48,4 % respondentů tyto pocity nemají nikdy a pouze jeden respondent odpověděl, že tyto pocity má. Diskriminace vůči přistěhovalcům je zřejmá, když se s přistěhovalci zachází odlišně ve srovnání s rodilými jedinci. Diskriminace je zaujatost založená na individuálních předsudcích vůči určitým skupinám. Je to subjektivní zkušenost s nespravedlivým nebo nerovným

zacházením na základě příslušnosti k sociální skupině (Esses, 2021). Respondenti v dotazníku odpovídali na otázku týkající se posuzování pacientů z odlišné kultury na základě barvy pleti. Nejvíce respondentů nikdy neposuzuje pacienty na základě pleti, a to konkrétně 75,0 %. Pouze 1,7 % dotazovaných vždy posuzuje pacienty na základě barvy pleti. Rasismus ve zdravotní péči mezi zdravotníky existuje, ač si jej mnohdy sestry nechtějí přiznat. Často jsou příčinou jen nedostatečné vědomosti, etnocentričnost či rasové předsudky (Olišarová et al., 2017). Lynn et al. (2023) udělali první studii v Irsku, která popsala vývoj a implementaci studentského vzdělávacího programu proti rasismu se studenty preklinických oborů na lékařské fakultě. Studenti se cítili lépe informováni o historii rasismu v moderní společnosti, o tom, jak rozpoznat rasismus v jeho různých podobách, a jak rasismus může ovlivnit výsledky zdravotní péče. Po skončení tohoto programu velká většina studentů nesouhlasila s výroky týkajícími se používání rasové medicíny. Podobný názor vyjádřili i respondenti účastníci se našeho výzkumu. Na otázku týkající se pochopení dopadu rasismu, většina, a to 53,4 % respondentů, odpověděla, že si tyto stereotypní postoje uvědomují vždycky/velmi dobře. Respondentům byla položena také otázka číslo 26.5: „Uvědomuji si své předsudky o lidech z jiných kultur, než je ta moje.“ Z celkového počtu 120 respondentů 60,0 % si toto uvědomuje nikdy/někdy/příležitostně. Poměrně často/docela dobře si své předsudky vůči cizincům uvědomuje 29,2 % dotazovaných respondentů. Ptáček a Bartůnek (2014) uvádějí, že vzhledem k jedinečným výzvám, které nám 21. století poskytlo v oblasti zdravotnictví, význam všeobecného praktického lékařství jako společný podklad v poskytování léčebné a preventivní péče stále stoupá. Také je důležité zmínit pojem justice, který v primární péči hraje důležitou roli. Justice neboli spravedlnost patří mezi základní etické principy. Důležité je v primární péči poskytovat léčebnou a preventivní péči bez jakékoliv diskriminace ve vztahu k rase, věku, pohlaví, národnosti, náboženství, politické příslušnosti nebo sociálnímu postavení. S tím souvisí i otázka číslo 10: „Jsem si vědom/a, že mé předsudky mohou ovlivnit moje chování k pacientům z odlišné kultury.“, kde nejvíce respondentů odpovědělo téměř nikdy, a to 25,0 %. S tímto souvisí i termín stereotyp. Stereotypy jsou zohledněná přesvědčení o skupinách lidí, která se používají k rozhodování a úsudku o nich. Stereotypy mohou také sloužit jako základ pro předsudky a diskriminaci. Vřelost stereotypu lze určit jako ochotu spolupracovat s jedincem výhradně na základě identity skupiny, do které patří. Když jsou stereotypní skupiny velké, je méně pravděpodobné, že se skupinová vzájemnost vyvine, a stereotypy bývají negativní (Stewart, Raihani, 2023).

7 Závěr

Problematika kulturních kompetencí je nové a aktuální téma, jelikož lidé migrují do České republiky za pracovními podmínkami, vzděláním či například i z negativních důvodů, jako je válka či vyhnání. V této souvislosti cizinci navštěvují praktické lékaře a každá sestra by měla poskytovat kulturně kompetentní péči při ošetření. V dnešní době se sestry hlavně ve městech s ošetřováním minorit setkávají skoro každý den, proto je velice důležité klást velký důraz na vzdělávání v této oblasti.

Diplomová práce s názvem „Uvědomění, znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kulturně kompetentní péče“ se zabývala kulturními kompetencemi u sester pracujících v ordinacích praktického lékaře. V práci jsou znázorněny zkušenosti sester pracujících v zařízení primární péče s transkulturním ošetřovatelstvím a jejich postoje k této problematice. V práci byl stanoven jeden cíl, kterým bylo: „Zjistit úroveň kulturních kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících u praktických lékařů.“ Na základě stanoveného cíle byly vytvořeny čtyři hypotézy. Stanovený cíl byl splněn.

Z výsledků lze usoudit, že každá dotazovaná sestra se ve své praxi již setkala s ošetřováním jedince s cizí kulturou. Z odpovědí sester by se dalo usuzovat, že velká část sester má kulturní dovednosti, znalosti a jsou kulturně citlivé. Je také patrné, že především sestry s vysokoškolským vzděláním mají kulturní znalosti a jsou obeznámeny s teorií, jelikož multikulturní ošetřovatelství je součástí osnov výuky. Byla identifikována překážka kulturně kompetentní péče, kterou je komunikační bariéra. Sestry sice znají aspoň jeden cizí jazyk, ale v praxi ho používají minimálně nebo vůbec. Mezi jazyky, které ovládají, byly uvedeny převážně anglický, německý a ruský jazyk. Je evidentní, že sestry si nejsou jisté v používání jazyka v praxi. Také je problém v používání tlumočnických služeb, jelikož většina zařízení s nimi nemá smluvní vztah. Používání tlumočnických služeb by usnadnilo komunikaci mezi pacientem z odlišné kultury a zdravotnickým personálem. Komunikační bariéra přináší z pohledu pacientů diskomfort a může v nich vyvolat nedůvěru vůči ošetřujícímu personálu. Verbální komunikaci považují za velice důležitý způsob získání informací od pacienta. Z odpovědí bylo také patrné, že pacienti z odlišných kultur by se měli plně adaptovat do domovské země, ve které právě začali žít. Cizinci, kteří vcházejí do nové země, jsou většinou vystaveni odlišným zvyklostem, vzorcům chování či pravidlům dané společnosti. Zdravotnický

personál by mohl cizincům v oblasti zdravotnické péče pomoci adaptovat se do jejich země, jelikož si sestry jsou vědomy, že pacienti z odlišné kultury vnímají různé principy zdravotní péče. Kulturní kompetence jsou neustálým procesem, který lze rozvíjet. Sestry jsou si proto vědomy, že kulturní kompetence vyžadují celoživotní vzdělávání. Vzdělávání v této problematice by bylo určitě vhodné za pomoci školení, přednášek, seminářů či workshopů. Většina sester nemá pocity diskriminace, rasismu, stereotypů či předsudků vůči jiné kultuře. Kdyby tyto negativní pocity měly, mohlo by totiž docházet k nekvalitnímu poskytování ošetrovatelské péče. Jsou i schopny porovnávat názory na zdraví nebo nemoc pacientů z různých kultur a v určitých oblastech i učit a vést své kolegy. Sestry také uvádějí, že se snaží zapojovat pacienta do procesu při ošetrovatelské péči. K úrovni kulturních kompetencí sester převládá především neutrální postoj, jelikož respondenti převážně odpovídali v dotazníku, že nejsou rozhodnuti, jak odpovědět na položené otázky.

Tato diplomová práce poukazuje na nedostatky v poskytování kulturně kompetentní péče sester pracujících v ordinacích praktického lékaře. Výsledky mohou být použity na zdokonalení péče o pacienty z odlišných kultur a zvýšení úrovně kulturních kompetencí sester. Rovněž by práce mohla přispět k pochopení prospěšnosti multikulturního a transkulturního ošetrovatelství v roli zdravotníka, a tím i předcházet negativním postojům vůči cizincům. Na základě výsledků této diplomové práce bude vytvořen článek do časopisu, který bude přínosný pro nelékařský zdravotnický personál i laickou veřejnost. Výsledky budou také prezentovány na domácích i zahraničních konferencích.

8 Seznam použité literatury

1. AHLSTEDT, C. et al., 2020. Flourishing at work: Nurses' motivation through daily communication – An ethnographic approach. *Nurs Health Sci.* 22(4), 1169–117. DOI: 10.1111/nhs.12789.
2. AHN, J.W., 2017. Structural Equation Modeling of Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 11(1), 65-73. DOI: 10.1016/j.anr.2017.03.001.
3. ARGYRIADIS, A. et al., 2022. Self-Assessment of Health Professionals' Cultural Competence: Knowledge, Skills, and Mental Health Concepts for Optimal Health Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(18). DOI: 10.3390/ijerph191811282.
4. BAJGAIN, B.B. et al., 2020. Patient-Reported Experiences in Accessing Primary Healthcare among Immigrant Population in Canada: A Rapid Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(23). DOI: 10.3390/ijerph17238724.
5. BIZOŇOVÁ, J., 2011. Mezinárodní ošetrovatelství. „Mladý“ model J. C. Bacote. *Florence: Odborný časopis pro nelékařské pracovníky*. (7-8) ISSN 180-464X.
6. BROWN, C.M. et al., 2020. Health Care for Refugee and Immigrant Adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 47(2), 291 – 306. DOI: 10.1016/j.pop.2020.02.007.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 213 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. CELIK, H. et al., 2012. Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Evaluation and Program Planning*. (35), 54-65. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001.
9. ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 309 s. ISBN 978-80-247-5414-7.
10. ČERVENÝ, M. et al., 2022 Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: scoping review of literature 2011-2021. *Frontiers in psychology*. 13, 936181. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.936181.
11. ČERVENÝ, M. et al., 2020. Self-Reported Cultural Competence of Nurses Providing Nursing Care in Slovakia. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 52(6), 705-712. DOI: 10.1111/jnu.12601.

12. DAVIDSEN, A.S. et al., 2022. General practitioners' experiences in consultations with foreign language patients after the introduction of a user's fee for professional interpretation: a qualitative interview study. *BMC primary care*. 23(1). DOI: 10.1186/s12875-022-01718-7.
13. DAYER-BERENSON, L., 2014. *Cultural competencies for nurses: impact on health and illness*. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning. ISBN 1-4496-8765-2.
14. DEĞER, V.B., 2018. Transcultural Nursing. *InTech*, 40-63, DOI: 10.5772/intechopen.74990.
15. DEMEL, J., 2021. Interkulturní komunikace: Jsme interkulturně kompetentní? *Technická univerzita v Liberci* [online]. 1-36 [cit. 2023-4-24]. Dostupné z: <https://elearning.tul.cz/course/info.php?id=9329>
16. DOSSEY, B.M., 2016. *Nursing: Integral, Integrative, and Holistic—Local to Global*. [online]. Nurse Key: Fastest Nurse Insight Engine. [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://nursekey.com/nursing-integral-integrative-and-holistic-local-to-global/>
17. ECHEVERRI, M. et al., 2021. Identifying areas of improvement for cultural competence in pharmacy curricula: A multi-school study using the self-assessment of perceived level of cultural competence (SAPLCC) questionnaire. *Currents in pharmacy teaching & learning*. 13(10), 1278-1287. DOI: 10.1016/j.cptl.2021.07.013.
18. ECHEVERRI, M. et al., 2013. Assessing pharmacy students' self-perception of cultural competence. *Journal of health care for the poor and underserved*. 24, 64-92. DOI: 10.1353/hpu.2013.0041.
19. EKLÖFOVÁ, N. et al., 2015. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public health nursing (Boston, Mass.)*. 32(2). DOI: 10.1111/phn.12120.
20. ENDRŠTOVÁ, V. et al., 2015. Fáze 1 – Já – identita a kultura – 1. část. *Metodický portál: Články* [online]. [cit. 2023 - 4 - 6]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/19943/FAZE-1-JA-IDENTITA-AKULTURA-1-CAST.html>
21. ESSES, V.M., 2021. Prejudice and Discrimination Toward Immigrants. *Annual review of psychology*. 72, 503-531. DOI: 10.1146/annurev-psych-080520-102803.
22. FIEDLER, J. et al., 2022. Remote interpreting in primary care settings: a feasibility trial in Germany. *BMC Health Services Research*. 22(1). DOI: 10.1186/s12913-021-07372-6.
23. FUKADA, M., 2018 Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Med*. 61(1), 1-7. DOI: 10.33160/yam.2018.03.001.

24. GELETA, B.A. et al., 2021 Cultural Competence and Its Associated Factors Among Nurses Working in Tertiary Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Research Square*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-754525/v1.
25. GODFREY, N., 2022. New Language for the Journey: Embracing a Professional Identity of Nursing. *Journal of Radiology Nursing*. 41(1), 15-17. DOI: 10.1016/j.jradnu.2021.12.001.
26. GOL, M.K. et al., 2019. Design and psychometrics cultural competence questionnaire for health promotion of Iranian nurses. *Journal of Education and Health Promotion*. 1-6. DOI: 10.4103/jehp.jehp_367_18.
27. GRADELLINI, C. et al., 2021. Cultural Competence and Cultural Sensitivity Education in University Nursing Courses. A Scoping Review. *Frontiers in psychology*. 12, 682920. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.682920.
28. GUNAWAN, N.P.I.N. et al., 2019 Motivation as a factor affecting nurse performance in Regional General Hospitals: A factors analysis. *Enfermería Clínica*. 515-520. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.078.
29. GÜNER, Y. et al., 2021. The Formation of Professional Identity in Nursing. *Turkish Journal of Bioethics*. (8), 82-89. DOI: 10.5505/tjob.2021.72677.
30. HERNANDEZ, M., GIBB, J.K., 2019. Culture, behavior and health. *Evol Med Public Health*. (1), 12-13. DOI: 10.1093/emph/eoz036.
31. HUSSEIN, M., DIRIE, S., 2018. The importance of nurses being culturally competent. *Yrkeshögskolan Arcada* [online]. 1-52 [cit. 2023-7-26]. Dostupné z: <https://www.theseus.fi/handle/10024/156269>
32. JAEGER, F.N. et al., 2019. The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC health services research*. 19(429). DOI: 10.1186/s12913-019-4164-4.
33. KAIHLANEN, A.M. et al., 2019. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Health Services Research*. 18(38). DOI: 10.1186/s12912-019-0363-x.
34. KLENNER, M. et al., 2022. Cultural Competence in the nursing, dentistry, and medicine professional curricula: a qualitative review. *BMC medical education*. 22(1), 686. DOI: 10.1186/s12909-022-03743-7.
35. KOSTKOVÁ, K., 2013. *Rozvoj interkulturní komunikační kompetence*. Masarykova univerzita. 226 s. ISBN 978-80-210-6397-6.
36. KOUTA, C. et al., 2016. Improving the Cultural Competence Level of Community Nurses through an Intervention. *J Fam Med*. 3(9), 1088. ISSN 2380-0658.

37. KRUSE, M.H.L. et al., 2018. Cultural studies: New perspectives on research possibilities in nursing. *Revista gaucha de enfermagem.* (39). DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0135.
38. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturální ošetrovatelství pro praxi.* Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
39. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
40. KUTNOHORSKÁ, J., 2006. Multikulturální/transkulturální komunikace. *Interní medicína pro praxi.* 8(2), 96-98. ISSN 1803-5310.
41. LEE, J., JUN, W.H., 2022. Effect of compassion competence on cultural competence in student nurses: Mediating effect of professional nursing values. *Journal of Professional Nursing.* (41), 134-139. DOI: 10.1016/j.profnurs.2022.05.003.
42. LIN, C.J. et al., 2017. Cultural Competence of Healthcare Providers: A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal of Nursing Research.* 25(3), 174-186. DOI: 10.1097/JNR.000000000000153.
43. LIN, C.J. et al., 2015. Cultural competence course for nursing students in Taiwan: A longitudinal study. *Nurse Education Today.* 35(12), 1268-1274. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.05.023.
44. LIU, T.T. et al., 2022. A Preliminary Study on the Cultural Competence of Nurse Practitioners and Its Affecting Factors. *Healthcare.*10(4), 678. DOI:10.3390/healthcare10040678.
45. LYNN, T.M. et al., 2023. The impact of a student-led anti-racism programme on medical students' perceptions and awareness of racial bias in medicine and confidence to advocate against racism. *Med Educ Online.* 28(1). DOI: 10.1080/10872981.2023.2176802.
46. MAJDA, A. et al., 2021. Evaluating the Effectiveness of Cultural Education Training: Cultural Competence and Cultural Intelligence Development among Nursing Students. *International journal of environmental research and public health.*18(8), 4002. DOI: 10.3390/ijerph18084002.
47. MAŇHALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2016. The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. *Kontakt.* 18(2), 69-74. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.03.002.
48. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 163 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
49. MEDINA, M.S. et al., 2022. A Systematic Review of Assessment Tools Measuring Cultural Competence Outcomes Relevant to Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education.* 86(3), 207-216. DOI: 10.5688/ajpe8672.

50. MESSOUDI, Y.E. et al., 2023. Exploring the education in cultural competence and transcultural care in Spanish for nurses and future nurses: a scoping review and gap analysis. *BMC nursing*. 22(320). DOI: 10.1186/s12912-023-01483-7.
51. MEZŘICKÝ, V., et al., 2011. *Perspektivy globalizace*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-846-3.
52. MOUSA, M., 2017. How do nurses perceive their cultural diversity? An exploratory case study. *African Journal of Business Management*. 11(17), 446-455. DOI: 10.5897/AJBM2017.8363.
53. NAIR, L., ADETAYO, O.A., 2019. Cultural Competence and Ethnic Diversity in Healthcare. *Plast Reconstr Surg Glob Open: International Open Access Journal of the American Society of Plastic Surgeons*. 7(5), 1-3. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002219.
54. OLIŠAROVÁ, V. et al., 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 67 s. ISBN 9788073946746.
55. OSMANCEVIC, S. et al., 2023. Cultural competence among nursing students and nurses working in acute care settings: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 23, 105. DOI: 10.1186/s12913-023-09103-5.
56. ÖZEN, A., KAHRAMAN, S., 2021. The cultural attitudes of nurses and the analysis of the interactive relation between the nurse and the patient. *Journal of Health Sciences and Medicine*. 4(1), 84-90. DOI: 10.32322/jhsm.801627.
57. PAPADOPOULOS, I. et al., 2016. Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*. 3(2). DOI: 10.1186/s40639-016-0019-6.
58. PAPATHANASIOU, I. et al., 2013. Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2(1), s. 1-5. DOI: 10.11648/j.ajns.20130201.11.
59. PAŞALAK, Ş.İ. et al., 2021. Professional Values in a Sample of Nursing Students from Different Countries. *Florence Nightingale J Nurs*. 29(1), 93-102. DOI:10.5152/FNJN.2021.19200.
60. PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
61. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
62. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství II. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. Sestra. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

63. PRACTICAL NURSING.ORG, 2017. [online]. *The Importance of Holistic Nursing Care: How to Completely Care for your Patients* [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients>
64. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. s. 528. ISBN 978-80-247-3976-2.
65. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
66. PURNELL, L., 2018. Update: The Purnell Theory and Model for Culturally Competent Health Care. *Journal of transcultural nursing: Official journal of the Transcultural Nursing Society*. 30(2), 98-105. DOI: 10.1177/1043659618817587.
67. PURNELL, L.D., PAULANKA, B.J., 2008. *Transcultural health care: a culturally competent approach*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 446. ISBN 978-0-8036-1865-7.
68. RAHMAN, N.A. et al., 2016. Health profiles of foreigners attending primary care clinics in Malaysia. *BMC Health Services Research*. 16(197). DOI: 10.1186/s12913-016-1444-0.
69. RASMUSSEN, P. et al., 2021. Professional identity in nursing: A mixed method research study. *Nurse Education in Practice*. (52), 103039. DOI: 10.1016/j.nepr.2021.103039.
70. REDDY, G., VAN DAM, R.M., 2020. Food, culture, and identity in multicultural societies: Insights from Singapore. *Appetite*. (149), 104633. DOI: 10.1016/j.appet.2020.104633.
71. ROUSSEAU, C., FROUNFELKER, R.L., 2019. Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*. 26(2). DOI: 10.1093/jtm/tay150.
72. SHAHRIARI, M. et al., 2013. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [online]. 18(1), 1-8 [cit. 2023-5-31]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748548/>
73. SHEPHERD, S.M. et al., 2019. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*. 19(1). DOI: 10.1186/s12913-019-3959-7.
74. SCHWARZ, J.L., et al., 2015. Development and psychometric assessment of the healthcare provider cultural competence instrument. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*. 52. DOI: 10.1177/0046958015583696.
75. SOLANAS, I.A. et al., 2021. Nursing students' experience of learning cultural competence. *PLoS One*. 16(12). DOI: 10.1371/journal.pone.0259802.

76. STASKOVÁ, V. et al., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
77. STEWART, A.J., RAIHANI, N., 2023. Group reciprocity and the evolution of stereotyping. *Proceedings. Biological sciences*. 290. DOI: 10.1098/rspb.2022.1834
78. STRNADOVÁ, A. et al., 2021. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-3-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-osetrovatelstvi/>
79. ŠKORNIČKOVÁ, Z. et al., 2017. Využití modelu kulturních kompetencí v ošetrovatelské praxi: Literární přehled. *Digitální knihovna UPCE* [online]. 210 – 222 [cit. 2023-3-31]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/69552>
80. ŠKORNIČKOVÁ, Z., NOVÁKOVÁ, D., 2017. The Czech Version of the Purnell's Model for Cultural Competence. *Digitální knihovna UPCE* [online]. 86-93 [cit. 2023-3-31]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/69691>
81. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. Sestra. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
82. TAO, Y. et al., 2022. Cultural competence for disaster nursing: A scoping review of the Chinese and English literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. s. 103188. DOI: 10.1016/j.ijdr.2022.103188.
83. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
84. ULICNA, K., 2018. Interkulturní komunikační kompetence: klasifikace modelů. *Orbis Scholae*. 7(1), 29-47. DOI: 10.14712/23363177.2015.24.
85. VOJTÍŠKOVÁ, J., 2006. Kompetence všeobecné sestry kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2, 94-96. ISSN 1803-5310.
86. WANG, L. et al., 2019. Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*. 38(2), 193-209. DOI: 10.1017/S0714980818000648.
87. WAYNE, G. et al., 2014. *Florence Nightingale: Environmental Theory*. [online]. Nurseslabs: For All Your Nursing Needs. [cit. 2023-3-19]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/florence-nightingales-environmental-theory/>
88. WIKING, E. et al., 2013. Consultations between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care. *International Journal of Family Medicine*. DOI: 10.1155/2013/794937.

89. WINKELMANN, A.S., 2016. *More Than Culture – Více než kultura: Diverzita v mezinárodní práci s mládeží*. Západočeská univerzita v Plzni. 46 s. ISBN 978-80-261-0627-2.
90. YELLON, T. et al., 2023. Nurses work motivation caring for an immigrant population: A qualitative historical analysis. *Nurse Education in Practice*. (68). DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103564.

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Souvislost věku sester a kulturních kompetencí

Tabulka 2 Souvislost vzdělání sester a jejich kulturních znalostí

Tabulka 3 Souvislost jazykových znalostí sester a jejich kulturních kompetencí

Tabulka 4 Souvislost počtu minorit, se kterými se sestry setkávají, a kulturních kompetencí sester

10 Seznam grafů

Graf 1 Věková kategorie

Graf 2 Pohlaví respondentů

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví

Graf 5 Délka praxe u praktického lékaře

Graf 6 Znalost jazyků

Graf 7 Frekvence používání jazyků v praxi

Graf 8 Smluvní vztah s tlumočnickem

Graf 9 Etnické minority v ordinaci praktického lékaře

Graf 10 Předsudky vůči odlišné kultuře

Graf 11 Komfort při péči o různé kultury

Graf 12 Verbální komunikace pro získání informací

Graf 13 Připravenost na setkání s pacientem z odlišné kultury

Graf 14 Důležitost znalosti cizího jazyka

Graf 15 Strach z odlišné kultury

Graf 16 Pocit bezpečí odlišné kultury v ordinaci

Graf 17 Posuzování na základě barvy pleti

Graf 18 Vyhýbání se kulturním konfliktům

Graf 19 Vyhýbání se stereotypizaci lidí

Graf 20 Adaptace pacientů z odlišné kultury

Graf 21 Začlenění pacienta do procesu

Graf 22 Rozvoj vědomostí a dovedností

Graf 23 Pocity diskriminace vůči odlišné kultuře

Graf 24 Pravidla zdravotní péče

Graf 25 Vnímání rozdílů a podobností mezi kulturami

Graf 26 Plánování ošetrovatelských intervencí

Graf 27 Ilustrace komunikačních dovedností na příkladech

Graf 28 Komunikační dovednosti pro odlišné kultury

Graf 29 Znalost kulturních faktorů

Graf 30 Postoj pacienta ke zdraví a nemoci

Graf 31 Kulturní vnímání zdraví a nemoci

Graf 32 Vhodné chování při poskytování ošetrovatelské péče
Graf 33 Kulturní znalosti zdraví a nemoci
Graf 34 Společenský postoj v oblasti zdraví a nemoci
Graf 35 Znalost sběru informací
Graf 36 Porovnání názorů na zdraví a nemoci
Graf 37 Identifikace potřeb péče
Graf 38 Naplnění potřeb pacienta
Graf 39 Porovnání mezi názorem a kulturou
Graf 40 Ošetrovatelský cíl dle kulturního prostředí
Graf 41 Aktivní porozumění víře
Graf 42 Chování dle kulturních norem
Graf 43 Vnímání rozdílů a podobností
Graf 44 Navrhování ošetrovatelských intervencí
Graf 45 Má hodnotová diverzita
Graf 46 Mé poznání sebe sama
Graf 47 Sdílení mé kultury
Graf 48 Uvědomění si diskomfortních zón
Graf 49 Kontrola svých předpokladů
Graf 50 Zpochybnění stereotypů
Graf 51 Reflexe vlivu vlastní kultury na úsudek
Graf 52 Přijetí nejednoznačnosti
Graf 53 Zvědavost v oblasti odlišností a vytváření vztahů
Graf 54 Jsem-li Čech/Češka, uvědomuji si své privilegium
Graf 55 Povědomí o otázkách sociální spravedlnosti
Graf 56 Vyhodnocení uvědomění
Graf 57 Učení se z vlastních chyb
Graf 58 Posouzení limitů svých znalostí
Graf 59 Kladení otázek po vyslechnutí odpovědi
Graf 60 Rozpoznání odlišnosti jako identita jednotlivce
Graf 61 Pochopení možného vlivu kultury
Graf 62 Závazek k celoživotnímu učení
Graf 63 Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie
Graf 64 Znalost vlastní rodinné historie
Graf 65 Znalost svých limitů

- Graf 66** Uvědomění si více sociálních identit
- Graf 67** Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly
- Graf 68** Referenční bod pro posouzení vhodného chování
- Graf 69** Vyhodnocení znalostí
- Graf 70** Přizpůsobení se různým situacím
- Graf 71** Postavit se diskriminačnímu a rasistickému chování
- Graf 72** Komunikace mezi různými kulturami
- Graf 73** Vyhledávání situací k rozšíření svých interkulturních dovedností
- Graf 74** Moje zapojení podporující porozumění kultur
- Graf 75** Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací
- Graf 76** Aplikace kulturních norem
- Graf 77** Jednat jako přátelská osoba
- Graf 78** Být flexibilní
- Graf 79** Být přizpůsobivý v rámci lidských vztahů
- Graf 80** Uznání svých kulturních předsudků
- Graf 81** Znalost odlišností uvnitř skupiny
- Graf 82** Vyhodnocení dovedností

11 Seznam zkratek

Apod.	A podobně
Bc.	Bakalář (z latinského baccalarius)
Dis.	Diplomovaný specialista
GAJU	Grantová agentura Jihočeské univerzity
Mgr.	Magistr (z latinského magister)
PTT	Papadopoulos, Tilki a Taylor
S.	Strana
SASD	Statistická analýza dat
SAPLCC	Dotazník Self-Assessment of Perceived Level of Cultural Competence
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola

12 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 1 Dotazník



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

DOTAZNÍK – Sestra – Praktický lékař

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zjistit úroveň kulturních kompetencí sester pracujících v ambulancích praktického lékaře. Vaše odpovědi budou přísně chráněné. Výsledky tohoto dotazníku budou sloužit pouze pro vědecké účely. Z účasti ve výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody: s vyplněním tohoto předkládaného dotazníku výrazně přispějete ke zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče v ambulancích praktického lékaře. Výzkum je anonymní a dobrovolný. Z účasti ve výzkumu pro Vás mohou vyplynout tato rizika – na vyplnění dotazníku budete potřebovat 30 minut. Předem Vám děkujeme za Váš čas.

Pro výzkumný projekt: GAJU č. 046/2021/S Kulturní kompetence sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství.

Období realizace: rok 2021-2023

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti ve výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.,
Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.,
PhDr. Martin Červený,
Mgr. Michaela Abrmanová,
Mgr. Inka Kratochvílová,
Bc. Lucie Balounová,
Bc. Anna Švancárová,
Bc. Marie Rásochová

Nestandardizovaný dotazník

1) Kolik Vám je let?

Počet let *(uved'te)*

2) Jaké je Vaše pohlaví?

1. žena
2. muž

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Středoškolské studium s maturitou
2. Vyšší odborná škola (Dis.)
3. Bakalářské studium (Bc.)
4. Magisterské studium (Mgr.)

4) Jaká je celková délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

..... *(uved'te celkovou délku praxe v letech)*

5) Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického lékaře?

..... *(uved'te délku práce v ordinaci praktického lékaře v letech)*

6) Uveďte všechny jazyky, kterými se dokážete dorozumět *(můžete označit více možností)*.

1. Anglicky
2. Německy
3. Rusky
4. Jiné: _____

7) Jak často průměrně při práci využíváte cizí jazyky v rámci praxe?

1. Denně
2. Týdně
3. Měsíčně
4. Několikrát ročně
5. Nepoužívám

8) Má Vaše pracoviště smluvní vztah s tlumočnickem?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

9) S jakými etnickými minoritami se v rámci své práce setkáváte? (můžete uvést více možností).

1. Slovenskou
2. Polskou
3. Německou
4. Romskou
5. Maďarskou
6. Ukrajinskou
7. Ruskou
8. Vietnamskou
9. Čínskou
10. Arabskou
11. Jiné: _____

U každého z následujících tvrzení označte křížkem to, co nejlépe vystihuje Váš názor na dané tvrzení.

Uvědomění	1 Nikdy	2 Téměř nikdy	3 Někdy	4 Téměř vždy	5 Vždy
10) Jsem si vědom/a, že moje předsudky mohou ovlivnit moje chování k pacientům z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
11) Cítím se komfortně při péči o pacienta z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
12) Myslím si, že verbální komunikace je nejlepším způsobem získávání informací od pacienta z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
13) Na setkání s pacientem z odlišné kultury se dopředu pečlivě připravuji.	1	2	3	4	5
14) Znalost cizího jazyka je pro moji profesi stěžejní.	1	2	3	4	5
15) Přistupuji k pacientovi z odlišné kultury s obavami.	1	2	3	4	5
16) Považuji za důležité, aby se pacienti z odlišné kultury cítili bezpečně na mém pracovišti.	1	2	3	4	5
17) Posuzuji pacienta z odlišné kultury na základě barvy pleti.	1	2	3	4	5
18) Snažím se vyhnout kulturním konfliktům na pracovišti.	1	2	3	4	5
19) Vyhýbám se stereotypizaci lidí.	1	2	3	4	5
20) Myslím si, že pacienti z odlišné kultury se mají plně adaptovat do méj domovské země.	1	2	3	4	5
21) Při poskytování ošetrovatelské péče na pracovišti zapojuji do procesu pacienta z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
22) Považuji za důležité rozvíjet vědomosti a dovednosti v poskytování ošetrovatelské péče o pacienta z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
23) Mám pocity diskriminace vůči pacientům z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
24) Rozumím, že pacienti z odlišné kultury vnímají různě principy zdravotní péče.	1	2	3	4	5

STANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

25. Standardizovaný dotazník PHCP-CCS

ČESKÝ FORMULÁŘ PHCP-CCS						
STUPNICE KULTURNÍCH KOMPETENCÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V PRIMÁRNÍ PÉČI						
HODNOCENÍ		Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nejsem rozhodnutý/a	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Přečtete si prosím každou položku a označte ji křížkem nebo symbolem ✓ v jedné z možností odpovědi "rozhodně souhlasím", "souhlasím", "nejsem rozhodnut", "nesouhlasím", "rozhodně nesouhlasím".						
CSk	25.1) Dokážu učit kolegy a vést je k vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.	1	2	3	4	5
CSk	25.2) Dokážu učit kolegy a vést je k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	25.3) Dokážu na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	25.4) Dokážu učit kolegy a vést je ke komunikačním dovednostem pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	25.5) Dokážu pacientům/klientům z různých etnických skupin vysvětlit vliv kulturních faktorů na postoj/přístup ke zdraví/nemoci.	1	2	3	4	5
CSk	25.6) Podle mého názoru je shromažďování informací o postoji/přístupu pacienta/klienta ke zdraví /nemoci velmi snadné.	1	2	3	4	5
CSk	25.7) Dokážu učit kolegy a vést je ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci.	1	2	3	4	5
CSk	25.8) Dokážu učit kolegy a vést je k vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	25.9) Jsem obeznámen/a s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví a/nebo nemoci.	1	2	3	4	5
CK	25.10) Umím vysvětlit vliv kultury na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci.	1	2	3	4	5
CK	25.11) Umím vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech.	1	2	3	4	5
CK	25.12) Dokážu porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	25.13) Dokážu snadno identifikovat potřeby péče u pacienta/klienta z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	25.14) Při provádění ošetrovatelských činností dokážu naplňovat potřeby pacienta/klienta z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	25.15) Umím vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc. a kulturou u pacientů/klientů.	1	2	3	4	5
CK	25.16) Dokážu stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta.	1	2	3	4	5
CSens	25.17) Obvykle se aktivně snažím porozumět více různým kulturním skupin.	1	2	3	4	5
CSens	25.18) Při péči o pacienty/klienty z různých kultur se mé chování obvykle příliš neliší od jejich kulturních norem.	1	2	3	4	5
CSens	25.19) Dokážu učit kolegy a vést je ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.	1	2	3	4	5
CSens	25.20) Dokážu učit kolegy a vést je k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5

CSk = kulturní dovednosti; CK = kulturní znalosti; CSens = kulturní citlivost

26. Stupnice pro sebehodnocení kulturních kompetencí

Převzato z dotazníku Multicultural Society of Greater Vancouver Island's checklist zaměřeného na sebehodnocení kulturních kompetencí. Tento dotazník byl vytvořen za finanční podpory kanadské vlády a provincie Britská Kolumbie.

Tento nástroj sebehodnocení je určen k prozkoumání individuálních kulturních kompetencí. Jeho účelem je pomoci vám posoudit vaše dovednosti, znalosti a povědomí o sobě samých ve vašich interakcích s ostatními. Jeho cílem je pomoci vám rozpoznat, co můžete udělat pro to, abyste byli efektivnější při práci a v životě v rozmanitém prostředí.

Pojem "kultura" zahrnuje nejen kulturu související s rasou, etnickým původem a vašimi předky, ale také kulturu (např. víru, společné zkušenosti a způsoby bytí ve světě) sdílenou lidmi se společnými charakteristikami, jako jsou lidé se zdravotním znevýhodněním, lidé z LGBT+ komunity (zkratka označující lesby, gaye, bisexuály, transgender osoby a osoby dalších identit), neslyšící, příslušníci náboženských a duchovních společenství, lidé z různých socioekonomických vrstev atd. My se zaměřujeme na rasu, etnický původ a předky. Mějte však na paměti, že mnohé z vašeho povědomí, znalostí a dovedností, které jste si osvojili v minulých vztazích s lidmi, kteří se od vás liší, jsou přenosné a mohou vám napříč odlišnostmi pomoci i v budoucích vztazích.

Přečtěte si každou položku v oddílech Uvědomění, Znalosti a Dovednosti. Označte ji v příslušném sloupci. Jedná se o nástroj. Není to test. Hodnotící škála vám má pomoci identifikovat silné stránky a oblasti, které je třeba dále rozvíjet, abyste dosáhli svého cíle kulturní kompetence. Pamatujte, že kulturní kompetence je proces a že učení probíhá kontinuálně a v průběhu celého života.



Funded by:

Financé par :



Citizenship and
Immigration Canada

Citoyenneté et
Immigration Canada

Uvědomění		Nikdy	Někdy / příležitostně	Poměrně často / docela dobře	Vždycky / velmi dobře
26.1) Má hodnotová diverzita	Lidskou odlišnost považují za pozitivní a za důvod k radosti.	1	2	3	4
26.2) Mé poznání sebe sama	Jasně vnímám svoji vlastní etnickou, kulturní a rasovou identitu.	1	2	3	4
26.3) Sdílení mé kultury	Uvědomuji si, že chci-li se dozvědět více o ostatních, musím porozumět své vlastní kultuře a být připraven se o ni podělit.	1	2	3	4
26.4) Uvědomění si diskomfortních zón	Jsem si vědom/a svého diskomfortu, když se setkávám s odlišnostmi rasy, barvy pleti, náboženství, sexuální orientace, jazyka a etnického původu.	1	2	3	4
26.5) Kontrola svých předpokladů	Uvědomuji si své předsudky o lidech z jiných kultur, než je ta moje.	1	2	3	4
26.6) Zpochybnění stereotypů	Uvědomuji si své stereotypy, které se objevují, a vyvinul/a jsem si osobní strategie pro snížení škod, které způsobují.	1	2	3	4
26.7) Reflexe vlivu vlastní kultury na úsudek	Uvědomuji si, jak moje vlastní kultura ovlivňuje můj úsudek o tom, co je "vhodné", "normální" nebo "lepší" chování, hodnoty a styly komunikace.	1	2	3	4
26.8) Přijetí nejednoznačnosti	Souhlasím s tím, že může existovat nejistota napříč kulturními situacemi a to, že nejistota mne může znervózňovat. Může to také znamenat, že nereaguji rychle a nevěnuji čas k získání dalších informací, které potřebuji.	1	2	3	4
26.9) Zvědavost	Využívám každé příležitosti, abych se dostal/a na místa, kde se mohu učít o odlišnostech a vytvářet vztahy.	1	2	3	4
26.10) Jsem-li Čech/Češka, uvědomuji si své privilegium.	Pokud jsem Čech/Češka a pracuji s osobou z jiného kulturního prostředí nebo osobou s jinou barvou pleti, jsem srozuměn/a s tím, že budu brán/a jako osoba s mocí a že možná nebudu vnímán/a jako nezaujatý/á nebo jako přítel/kyně.	1	2	3	4

26.11) Povědomí o otázkách sociální spravedlnosti	Jsem si vědom/a vlivu sociálního kontextu na životy kulturně odlišných obyvatel a toho, jak moc privilegia a sociální útlak ovlivňují jejich životy.	1	2	3	4
26.1. – 26.11. Vyhodnocení		1bod x	2body x	3body x	4body x
Znalosti		Nikdy	Někdy / příležitostně	Poměrně často / docela dobře	Vždycky / velmi dobře
26.12) Učení se z vlastních chyb	Budu dělat chyby a poučím se z nich.	1	2	3	4
26.13) Posouzení limitů svých znalostí	Uvědomuji si, že mé znalosti o některých kulturních skupinách jsou omezené, a zavazuji se vytvářet příležitosti k tomu, abych se dozvěděl/a více.	1	2	3	4
26.14) Kladení otázek	Než položím další otázku, pozorně si vyslechnu odpovědi.	1	2	3	4
26.15) Rozpoznání odlišnosti	Vím, že rozdíly v kultuře, etnické příslušnosti atd. jsou důležitou součástí identity jednotlivce, které si vážím. Nebudu se schovávat za tvrzení o kulturní slepotě.	1	2	3	4
26.16) Pochopení možného vlivu kultury	Uvědomuji si, že kultury se v průběhu času mění a mohou se u jednotlivých osob lišit, stejně jako vazba na kulturu.	1	2	3	4
26.17) Závazek k celoživotnímu učení	Uvědomuji si, že dosažení kulturní kompetence vyžaduje celoživotní učení.	1	2	3	4
26.18) Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie,...	Uvědomuji si, že stereotypní postoje a diskriminační jednání mohou vést k dehumanizaci nebo dokonce podporovat násilí vůči jednotlivcům kvůli jejich příslušnosti ke skupinám, které se ode mě liší.	1	2	3	4
26.19) Znalost vlastní rodinné historie	Znám příběh své rodiny.	1	2	3	4
26.20) Znalost svých limitů	Nadále rozvíjím svou schopnost vyhodnocovat oblasti, ve kterých mám mezery ve znalostech.	1	2	3	4
26.21) Uvědomění si více sociálních identit	Uznávám, že lidé mají vícečetné identity, které se odvíjejí od rasy, pohlaví, náboženství, etnické příslušnosti atd., a význam každé z těchto identit se u jednotlivých osob liší.	1	2	3	4

Znalosti		Nikdy	Někdy / příležitostně	Poměrně často / docela dobře	Vždycky / velmi dobře
26.22) Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly	Uznávám mezikulturní i vnitrokulturní rozdíly.	1	2	3	4
26.23) Referenční bod pro posouzení vhodného chování	Jsem si vědom/a toho, že každý má svou „kulturu“ a moje vlastní „kultura“ by neměla být považována za referenční bod pro posouzení, které chování je vhodné a které nevhodné.	1	2	3	4
26.12 – 26.23 Vyhodnocení		1bod x	2body x	3body x	4body x
Dovednosti		Nikdy	Někdy / příležitostně	Poměrně často / docela dobře	Vždycky / velmi dobře
26.24) Přizpůsobení se různým situacím	Rozvíjím cesty, jak efektivně a s respektem jednat s jedinci i skupinami.	1	2	3	4
26.25) Postavit se diskriminačnímu anebo rasistickému chování	Dokážu efektivně zasáhnout, když vidím, že se ostatní chovají rasistickým a/nebo diskriminačním způsobem.	1	2	3	4
26.26) Komunikace mezi různými kulturami	Jsem schopen/schopna přizpůsobit svůj komunikační styl tak, abych komunikoval/a efektivně s lidmi, jejichž komunikační styl je odlišný od toho mého.	1	2	3	4
26.27) Vyhledávání situací k rozšíření mých dovedností	Vyhledávám lidi, kteří jsou pro mě výzvou, abych udržel/a a rozvinul/a své interkulturní dovednosti.	1	2	3	4
26.28) Moje zapojení	Jsem aktivně zapojen/a v malých i velkých událostech, které podporují porozumění mezi členy různorodých skupin.	1	2	3	4
26.29) Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací	Dokážu jednat způsoby vyjádřujícími respekt ke kultuře i přesvědčením ostatních.	1	2	3	4
26.30) Aplikace kulturních norem	Studuji specifické kulturní protokoly a postupy, které jsou zásadní pro moji práci a aplikuji je do praxe.	1	2	3	4
26.31) Jednat jako přátelská osoba	Moji kolegové, kteří jsou z jiného kulturního prostředí, mě považují za přátelskou osobu a jsou si vědomi toho, že je budu podporovat kulturně odpovídajícím způsobem.	1	2	3	4

26.32) Být flexibilní	Poctivě se snažím pochopit perspektivy ostatních a radím se se svými kolegy z různých kultur o vhodných postupech.	1	2	3	4
26.33) Být přizpůsobivý	Znám a používám různé dovednosti k budování vztahů, abych se sblížil/a s lidmi, kteří jsou ode mě odlišní.	1	2	3	4
26.34) Uznání svých kulturních předsudků	Dokážu uznat své kulturní předsudky v konkrétní situaci a jsem si vědom/a, že nemám jednat na základě těchto předsudků.	1	2	3	4
26.35) Znalost odlišností uvnitř skupiny	Jsem si vědom/a odlišností uvnitř skupiny a na základě generalizace bych nepřisuzoval/a specifické chování jednotlivce celé kulturní komunitě.	1	2	3	4
26.24. – 26.35. Vyhodnocení		1bod x	2body x	3body x	4body x

Děkujeme za Váš čas.