



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Sebereflexe kulturních kompetencí u sester
pracujících v domácí péči**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Miroslava Chvalová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tothová Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem *Sebereflexe kulturních kompetencí u sester pracujících v domácí péči* jsem vypracoval/a 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 bakalářské/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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 06. 05. 2024

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní profesorce Tothové za její trpělivost a za odborné vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a mým nejbližším přátelům za podporu a jejich neomezenou trpělivost v tomto náročném období. Také bych chtěla zmínit a poděkovat agenturám domácí péče, kteří mi pomohly ve výzkumu a zúčastnily se ho.

Sebereflexe kulturních kompetencí sester v domácí péči

Abstrakt

Kulturní kompetence jsou soubor kulturních znalostí, které umožní nelékařským zdravotnickým pracovníkům dosahovat vhodných výsledků při péči a spolupráci s klienty/pacienty z odlišné země. Hlavním cílem naší práce bylo zjistit jaké kulturní kompetence mají sestry v domácí péči.

V empirické části byla použita kvantitativní výzkumná metoda v zařízeních domácí péče. Respondenti odpovídali na dotazník, skládající se z 88 otázek a dvou částí a to standardizované a nestandardizované části. Zjišťovali jsme uvědomění sester se zřetelem na kulturu pacientů/klientů, úroveň jejich kulturních kompetencí s orientací na kulturní dovednosti, kulturní znalosti a kulturní citlivost a jako poslední jsme zjišťovali sebehodnocení kulturních kompetencí sester.

Výzkumu se zúčastnilo 108 respondentů a výsledky šetření poukazují, že uvedené znaky v hypotézách, věk a dosažené vzdělání, nesouvisí s úrovní kulturních kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků. Vyplývá také, že většina sester si nemyslí, že znalost cizího jazyka je pro praxi důležitá a polovina jich cizí jazyk ani nevyužívá. Ale nemají negativní postoje k cizincům a uvědomují si důležitost celoživotního učení, aby mohli poskytovat kulturně kompetentní péči.

Tato práce by mohla by sloužit jako vzdělávací materiál pro studenty, budoucí nelékařské zdravotnické pracovníky. Výsledky diplomové práce budou publikovány v časopisu, který bude přínosný pro nelékařský zdravotnický personál, tak i laickou veřejnost a také budou prezentovány na konferenci.

Klíčová slova

Sebereflexe; multikulturní ošetrovatelství; kulturní kompetence; domácí péče; sestra

Self-reflection of nurses' cultural competence in home care

Abstract

Cultural competence is a set of cultural knowledge that enables non-medical health professionals to achieve appropriate outcomes when caring for and working with clients/patients from a different country. The main aim of our study was to find out what cultural competencies nurses have in home care.

The empirical part used a quantitative research method in home care settings. Respondents answered a questionnaire consisting of 88 questions and two parts namely standardized and non-standardized part. We surveyed the nurses' awareness of the culture of patients/clients, their level of cultural competence, focusing on cultural skills, cultural knowledge and cultural sensitivity and lastly, we surveyed the nurses' self-assessment of cultural competence.

108 respondents took part in the research and the results of the survey indicate that the characteristics mentioned in the hypotheses, age and educational attainment, are not related to the level of cultural competence of non-medical health workers. It also shows that the majority of nurses do not think that knowledge of a foreign language is important in practice and half of them do not even use a foreign language. However, they do not have negative attitudes towards foreigners and recognize the importance of lifelong learning in order to provide culturally competent care.

This work could serve as educational material for students, future non-medical health workers. The results of the thesis will be published in a journal that will be beneficial to non-medical health personnel as well as the general public and will also be presented at a conference.

Key words

Self Reflection; multicultural nursing; cultural competence; home care; nurse

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Sebereflexe	9
1.1.1 Sebereflexe v pedagogice	11
1.1.2 Reflektivní modely	12
1.1.3 Sebereflexe ve zdravotnictví	15
1.2 Multikulturní ošetrovatelství	16
1.3 Modely kulturních kompetencí	18
1.3.1 Purnell – model kulturní kompetence	19
1.3.2 Leininger – model vycházejícího slunce	21
1.3.3 Giger and Davidhizar - Transcultural Assessment Model	22
1.4 Domácí péče	23
1.4.1 Vymezení domácí péče	24
1.4.2 Služby domácí péče	25
2 Cíl práce a výzkumné hypotézy	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné hypotézy	26
3 Operacionalizace pojmů	27
4 Metodika	29
4.1 Charakteristika výzkumného souboru	29
4.2 Použité metody	29
4.3 Sběr a analýza dat	30
5 Analýza a interpretace výsledků	31
5.1 Nestandardizovaná část dotazníku	31
5.2 Standardizovaná část dotazníku	50
5.3 Statistická analýza vztahů	88
5.3.1 Vztah věku sester a jejich kulturních kompetencí	88
5.3.2 Dokončené vzdělání sester a jejich kulturními znalosti	89
6 Diskuze	90
7 Závěr	96
8 Seznam použité literatury	98
9 Seznam příloh	106
10 Seznam tabulek	107
11 Seznam grafů	108
12 Seznam zkratk	112

13	Přílohy	113
----	---------------	-----

Úvod

V současné době stále narůstá migrace obyvatelstva mezi státy. Česká republika se stává domovem pro mnoho lidí, kteří opouští svůj domov, ať už chtějí nalézt lepší život pro sebe a svoje potomky, nebo jsou k tomu donuceni. Tím je například aktuální problém na Ukrajině, kdy k nám přicestovalo velké množství Ukrajinců hledající bezpečné místo kvůli válce s Ruskem. A všichni tito lidé by si mohli vyhledat služby domácí péče a téma multikulturního ošetřovatelství se tedy stává čím dál více důležitějším. Poskytovatelé zdravotních služeb stojí před kulturními výzvami, zda dokážou poskytnout kulturně kompetentní péči a naplnit pacientovi potřeby, kde je kladen důraz na holistický přístup k pacientovi.

Vzdělávání o multikulturním ošetřovatelství a znalost cizích jazyků hraje důležitou roli v poskytování kulturně kompetentní péče. V rámci vzdělání se na to neklade takový důraz a mnoho sester si neuvědomuje důležitost, kterou tato problematika má. Výuka cizího jazyka probíhá již na základním stupni, kde se vyučuje převážně anglický a německý jazyk. Ovšem mnoho pacientů, převážně starší populace, nebude tyto dva jazyky ovládat a je tedy třeba se umět domluvit i jinak. Existují alternativy, kterými je možno se dorozumět s pacientem z odlišné kultury a k tomu je potřeba znát i jeho kulturu. Zajímat se o danou problematiku, o odlišné kultury, kontinuálně se vzdělávat a umět správně reflektovat a poučovat se ze svých chyb je stěžejní k poskytování kulturně kompetentní péče.

Kvůli důvodům jako je zlepšení zdravotní péče a tím se posouvající hranice úmrtí, nebo obecného trendu nemít děti, či je mít ve starším věku, roste potřeba domova důchodců a také stále více roste zájem o domácí péče. Ta má možnost poskytnout potřebnou péči v pohodlí domova, umožní pacientům/klientům být co nejdéle nezávislími a zajistí jim důstojné stárnutí.

Téma diplomové práce, jejíž název je „Sebereflexe kulturních kompetencí u sester pracujících v domácí péči“ jsem si vybrala, jelikož mi přijde jako velmi aktuální problém. Hlavně kvůli probíhající válce na Ukrajině a tedy mnoha přichozích migrantů z této země. Přišlo mi důležité zmapovat kulturní kompetence sester v domácí péči, jelikož čelí hodně výzvám, aby poskytovaly co nejkvalitnější péči pro kulturně odlišné pacienty/klienty.

1. Současný stav

1.1 Sebereflexe

Je to přemýšlení o vlastních pocitech, chování a o důvodech, které by za tím mohly ležet (Cambridge University Press and Assessment, 2023). Vážné a opatrné zamyšlení nad vlastním jednáním a charakterem (Oxford University Press, 2023). Zjednodušeně znamená, že si v oblasti navyšování sebeuvědomění uděláte čas na přemýšlení, rozjímání, zkoumání a přezkoumání sebe sama. Zahrnuje zkoumání vaší současné úrovně dovedností, vašich silných a slabých stránek, vzorců chování a vašeho způsobu, jakým se snažíte ovlivňovat ostatní. Také jde o přezkoumání vašich hodnot, cílů a ambicí. To vše slouží ke zvýšení vašeho sebepoznání, sladění, autenticity, učení a růstu (Neale, 2019). John Lock popsal tento termín jako lidské vědomí, které je schopno obrátit se samo k sobě, uvědomit si samo sebe a pozorovat svou vlastní činnost. Jinak řečeno je člověk schopen nejen pociťovat a prožívat, ale je schopen prožívané i sledovat, popisovat a hovořit o něm s dalšími lidmi. Schopnost identifikovat minulé chyby a omyly patří mimo jiné do funkcí sebereflexe a tím může dojít k jejich napravení, nebo například ke zvolení postupů řešení (Pugnerová, 2019). Zatímco někteří autoři považují sebereflexi za vlastnost nebo stav, běžně se za sebereflexi považuje proces sebeanalýzy, sebehodnocení, dialogu sám se sebou a sebepozorování (Brownhill, 2021). Je často považována za jednu z tzv. "průřezových" dovedností či "životních kompetencí" (Shaw et al., 2018).

Teoretici jako John Dewey, Donald Schon a David Kolb měli vliv na vývoj konceptu reflexe (Mann, Walsh, 2017). Řecký filozof Aristoteles poprvé zdůraznil význam reflexe a věřil, že má význam pro rozvoj praktického vhledu a pochopení vlastní představivosti. Filozof John Dewey na počátku 20. století spojil životní zkušenosti a vzdělání. Za podstatnou součást učení považoval zkušenost, kterou označil za propojení myšlenek a činů prostřednictvím reflexe (Patel, Metersky, 2021). Vidí reflektivní praxi jako systematický úkol myšlení, při němž učitelé využívají důkazy získané na základě minulých zkušeností a svých znalostí nebo přesvědčení, k tomu, aby činili racionální rozhodnutí o své výuce, místo toho než aby se dopracovali k špatným rozhodnutím na základě rutiny (Suphasri, Chinokul, 2021). Je široce uznáván za to, že obrátil pozornost

k důležitosti zkušenostního učení a reflexního myšlení (Mann, Walsh, 2017). Tento typ myšlení probíhá v pěti různých krocích. Za prvé, začíná přirozenými pochybnostmi, kde je matoucí, nejasná nebo konfliktní situace. Druhý krok je identifikace a definování podstaty dané matoucí situace, může se shodovat s prvním krokem. Třetí krok zahrnuje návrh možných vysvětlení. Ve čtvrtém kroku jsou dopady nebo následky každého potenciálního vysvětlení vytvořeny a zváženy. Pátý a poslední krok porovnává tyto důsledky se znepokojivou situací, aby se ověřilo, které z možných vysvětlení, pokud vůbec nějaké jsou, ji můžou vysvětlit (Baumer, 2015).

Podle Deweyho je pak reflexe definována schopností ohlédnout se zpět na to, co bylo vykonáno, aby bylo možné získat čisté významy, které jsou kapitálovou zásobou pro inteligentní zacházení s budoucími zkušenostmi. Ve spisech které sepsal, se zmiňuje o reflexi jako procesu, který vzniká v důsledku disonance, tak hraje klíčovou roli úsudek (Gelfuso, Dennis, 2014). Často je považován za otce zkušenostního učení, kde psal, že se neučíme se ze zkušenosti, ale učíme se z reflexe zkušenosti. Jeho dílo bylo filosofy hojně studováno a ukázalo se jako obzvláště populární mezi pedagogy v jeho vlasti. Rodgers například dekonstruuje Deweyho pojetí pojmu reflexe jako:

- proces vytváření významu, který posouvá žáka od jedné zkušenosti k další, s hlubším pochopením jejího obsahu vztahů a souvislostí s dalšími zkušenostmi a zážitky
- systematický, přísný a disciplinovaný způsob myšlení
- společenský jev, který se odehrává ve společenství, prostřednictvím interakci s ostatními
- vyžadující postoje, které si cení osobního a intelektuálního rozvoje" a intelektuální růst sebe sama i druhých

Šíře této definice reflexe a daná charakteristika usnadnila její přijetí v mnoha oborech, kde byla použita ke konstrukci různých modelů vývoje (Shaw et al., 2018). Ačkoliv je důležité rozpoznat trvalý vliv, je určitě možné vysledovat odraz ve vzdělání zpět k Descartovi (racionalita) a dále k Platonovi a Sokratovi. Práce Kanta a Wittgensteina taktéž přispěly k tomu, že reflexe je považována za zásadní pro individuální vzdělání a osobní růst (Mann, Walsh, 2017).

Donald Schön, ovlivněný Deweyem, se zajímal o pochopení využití reflexe mezi profesionály a byl označen za otce reflexivní praxe (Patel, Metersky, 2021). Schön pak

rozšiřuje koncept reflektivní praxe tak, aby zohledňoval časový rámec, v němž reflexe probíhá. Podle něj se učitelé rozhodují o své budoucnosti ve výuce na základě svých poznatků o předchozích zkušenostech (Suphasri, Chinokul, 2021). Tím, že reflexivitu považuje za rozhovor se situací, rozlišuje mezi "reflexí v akci" jako analýzou emocí a předpokladů v aktuální situaci a "reflexí na akci" jako analýzou po skončení situace, aby zdůraznil, že profesionální praxe se vyvíjí na základě zkušenosti a řešení problémů je zakořeněno v konkrétním kontextu, v němž musí odborník zasahovat (Bruno, Dell'aversana, 2018).

1.1.1 Sebereflexe v pedagogice

Diskuse o reflexivním myšlení ve vzdělávání se datuje přinejmenším od Deweyho, teprve od 80. let 20. století se termín "reflexe" dostal do popředí v diskusích o rozvoji odborníků, včetně učitelů (Anderson, 2020). Reflexe začala být přijímána jako nedílná součást přípravy učitelů ve vysokoškolském prostředí, a to jak z hlediska teoretických východisek nezbytných pro pochopení výuky, tak z hlediska praktických přístupů k jednání ve třídě (Beauchamp, 2014). Někdy, ale ne vždy, je považována za prvek kritického myšlení. Dovednosti kritického myšlení, jako je analýza a hodnocení, lze využít jak při sebereflexi, tak při reflexi jiných materiálů. Ve vzdělávání je užitečné rozlišovat sebereflexi od reflexe jiných materiálů. Studenti mohou reflektovat své vlastní učení, které zahrnuje jejich osobní zkušenosti, perspektivy, přesvědčení a názory. Alternativně, ale často i dodatečně, mohou reflektovat své znalosti a vědomosti na zkušenostech, perspektivách, přesvědčeních a tvrzeních ostatních a na studiu materiálu, které jsou prezentovány jako faktické znalosti. Dále se na to odvolává druhý typ reflexe jako "reflexe nad jiným materiálem" (Shaw et al., 2018).

V reflektivní praxi je reflektivní učení vnímáno jako princip založený na kruhovosti mezi činností a reflexí, včetně praxe zpochybňování vlastních způsobů řešení problémů, přičemž kvalita učení souvisí s rozvojem reflektivních postupů (Bruno, Dell'aversana, 2018). Probíhá tak, že se zabýváte zkušeností, kterou máte, a zjišťujete, co se stalo a jaká byla vaše role v ní a to včetně vašeho chování, myšlení a přidružených emocí. To vám umožní stanovit změny ve vašem přístupu k podobným událostem v budoucnu. Pokud je reflektivní praxe prováděna komplexně a poctivě, vede

ke zlepšení výkonu. Reflektivní praxe vyžaduje sebeuvědomění, popis, kritickou analýzu, syntézu a hodnocení, také ale i poctivost, důvěru, časový závazek, motivaci a praxi (La Trobe University, 2023).

Reflexe vyžaduje rutinu a návyky, které se lze naučit a procvičit. Může vycházet z jakéhokoli okamžiku, ale často se používá, když je narušen pravidelný průběh nebo očekávaná posloupnost praxe. Daná osoba si tak následně klade otázky na sebe a na svou zkušenost, mezi ně patří například:

- Proč?
- Co se stalo? Co byla moje role?
- Jaký byl výsledek?
- Jak se to lišilo od toho, co jsem očekával, od mé předchozí zkušenosti, nebo od mých znalostí?
- Co jsme se naučil a jak své nabyté poznání můžu následně využít v budoucnu?

Odpovědi na uvedené otázky vyžadují určitou míru upřímnosti a ochoty učit se a růst (La Trobe University, 2023).

1.1.2 Reflektivní modely

Reflektivní praxe má různé podoby. Někdy je to individuální činnost jako přemýšlení nebo psaní do deníku. Někdy se praktikuje s ostatními: rozhovor s důvěryhodným mentorem nebo účast ve skupině reflektivní praxe. Setkáme se také s kombinací obojího, kdy po individuální reflexi následuje rozhovor (Miller, 2020). Může mít volnou formu nebo se řídit určitým modelem, u kterých se struktura a formát mohou lišit, mají ale mnoho společných rysů (La Trobe University, 2023). Navzdory různorodosti technik je cíl stejný a tím je zlepšení praxe prostřednictvím identifikace silných stránek a oblastí ke zlepšení, změny procesů, zlepšení interpersonálních a dalších dovedností, také zvýšení sebeuvědomění a pochopení sama sebe (Miller, 2020).

I když má reflexe určité vlastnosti, struktura mezi ně nutně nepatří a může se jednat o volnou reflexi. Jde o zkoumání různých prvků vlastních zkušeností a myšlenek tak, jak se jeví. Výhodami volné reflexe jsou například možnost plně sledovat směr svých úvah, aniž by bylo třeba omezovat se a vejít se do nějakého modelu nebo konkrétní modelové

otázky, může se k ní přistupovat libovolným způsobem a je možné si klást otázky, které nezapadají do žádného modelu (The University of Edinburgh, 2023).

Existuje mnoho různých modelů reflexe. Každý rámec určuje jiný přístup k reflexi a vyžaduje, aby se k psaní přistupovalo odlišně (University of Hull, 2022). Používání reflektivních modelů je jedním z nejjednodušších způsobů, jak se zapojit do reflektivního procesu. Použití těchto modelů se může měnit v závislosti na tom, z jakého důvodu se reflexe provádí. Soukromé úvahy mohou mít libovolnou formu a jazyk. Můžou být libovolně kreativní nebo strukturované, musí být ale jasné, že byl použit proces kladení si otázek. Je to druh reflexe, kde je jediným zamýšleným publikem reflektující osoba. Naopak reflexe pro splnění konkrétního úkolu často vyžaduje určitý jazyk a strukturu. Je vždy důležité řídit se pokyny pracovníků, kteří úkol hodnotí. Používá se v případě, že se jedná o určité cílené publikum (The University of Edinburgh, 2023).

Gibbsův reflektivní cyklus byl vyvinut v roce 1988, aby dal strukturu učení se ze zkušeností. Nabízí rámec pro analýzu zkušeností a vzhledem k jeho cyklické povaze se hodí zejména pro opakované zkušenosti, což umožňuje poučit se a plánovat z toho, co se buď povedlo, nebo nepovedlo (The University of Edinburgh, 2023). Cyklus má šest různých fází, které vedou od popisu události až k závěrům a úvahám o budoucích krocích (University of Hull, 2023). Je to dobrý způsob, jak zpracovat určitou zkušenost. Může se jednat o samostatnou zkušenost nebo o situaci, kterou často prožíváte, například jednání s týmem, se kterým musíte spolupracovat (The University of Edinburgh, 2023). Původní záměr užití modelu byly opakující se situace, nicméně fáze modelu platí i na jednotlivé zkušenosti (Ingham-Broomfield, 2021).

Kolbův cyklus reflektivní praxe je model, který má lidem pomoci učit se ze svých zkušeností (University of Hull, 2023). Dosud se považuje za základní a nejdůležitější model v teorii zkušenostního učení (Morris, 2018). Zahrnuje čtyři fáze od hledání problému přes kladení otázek až po hledání odpovědí a následně aktivní experimentování, což bylo významné v řadě oblastí, včetně vzdělávání učitelů (Anderson, 2020). Vyžaduje, abyste každou z nich prošli, než cyklus povede k novým zkušenostem a zacyklí se zpět. Může sloužit jako základ pro strukturu reflektivní eseje nebo jako způsob, jak strukturovat své myšlenky. Klade důraz na reflektivní pozorování jako způsob analýzy a vyvozování závěrů ze zkušenosti. Cílem je přenést toto učení do nových zkušeností a dokončit tak celý cyklus (University of Hull, 2023).

Schönův reflexní model reflexe v akci a reflexe na akci poskytuje další prvek tím, že rozlišuje mezi tím, že první probíhá během události a druhá probíhá po události (Olteanu, 2017). Reflexe v akci se provádí spíše v průběhu, než jak by se v budoucnu postupovalo jinak. Je považována za účinnou, protože umožňuje reagovat a změnit událost v okamžiku, kdy se stala. Umožňuje také řešit překvapivé události, které se mohou v učebním prostředí stát. Dává možnost být zodpovědný a vynalézavý, čerpat z vlastních znalostí a umožňuje aplikovat je na nové zkušenosti. Reflexe na akci zahrnuje úvahy o tom, jak lze praxi rozvíjet poté, co se uskutečnila. Měla by podnítit nápady, co je třeba do budoucna změnit (NursingAnswers.net, 2023). To je užitečné zejména v praktických situacích, například při výuce nebo ošetřovatelství, kdy je třeba přemýšlet pohotově a zkoušet nové věci, když se něco nedaří podle představ. Použití Schönova rámce umožní zachytit tento aspekt reflektivní praxe (University of Hull, 2023).

Sue Atkinsová a Kathy Murphyová vytvořily v roce 1994 teorii a model reflektivní praxe, který byl speciálně navržen pro použití v ošetřovatelské praxi. Vzhledem k tomu, že zdravotní sestry čelí mnoha různorodým, odlišným a obtížným situacím, byl tento model považován za přenositelný a byl převzat i jinými obory (Ingham-Broomfield, 2021). Je založen na zastavení se a přemýšlení o své práci a vědomé analýze rozhodnutí s cílem změnit budoucí činnost k lepšímu (NursingAnswers.net, 2023). Skládá se z pěti fází. První fází je uvědomování si nepříjemných pocitů a myšlenek. Druhou je popsání dané situace, včetně svých myšlenek a pocitů, spolu s významnými událostmi a klíčovými rysy. Třetí fáze analyzuje pocity a znalosti relevantní pro danou situaci. Vyžaduje, aby reflektující osoba identifikovala své znalosti a zpochybnila předpoklady, a přitom si představila a prozkoumala jiné alternativy. Předposlední fází je vyhodnotit relevanci poznatků, které mohou, ale nemusí pomoci vysvětlit a vyřešit vzniklé problémy. Poslední, pátou fází je pro danou osobu identifikovat, co se naučila (Ingham-Broomfield, 2021). I když může být obtížné zaměřit se na problémy nebo oblasti, které jsou nepříjemné, tento důraz modelu podněcuje odborníky k tomu, aby zpochybňovaly své domněnky. Zpochybňování vzorců chování může vést k sebezdokonalování, což může vést k zlepšení v dané roli (NursingAnswers.net, 2023).

Dalšími modely jsou například Driscollův model reflexe, kde Driscoll studoval tři základní otázky, které původně položil Terry Borton. Těmito otázkami jsou: co, no a co dál a co teď (The University of Edinburgh, 2023). Je velmi jednoduchý ve své prezentaci (Ingham-Broomfield, 2021). Například Brookfieldův reflektivní model zaujímá

ve srovnání s jinými modely odlišný postoj a žádá nás, abychom o výukové praxi neuvažovali cyklicky, ale z více perspektiv (NursingAnswers.net, 2023).

1.1.3 Sebereflexe ve zdravotnictví

V posledním desetiletí se reflektivní praxe rozšířila v různých profesích, včetně medicíny, ošetrovatelství, vzdělávání, sociální práce a podnikání (Patel, Metersky, 2021). Používání techniky kritických incidentů a reflexe incidentů se rozšířilo v ošetrovatelství, často v souvislosti s bezpečností pacientů a vzděláváním (Steven et al., 2020). Reflektivní praxe je stále více považována za kritický rozměr profesního rozvoje zdravotnických pracovníků. Profesní standardy a certifikační procesy prokazující trvalou způsobilost většiny zdravotnických pracovníků, nyní vyžadují ukázkou reflexe nebo reflektivní praxe (La Trobe University, 2023). Pomáhá sestřím nejen v rozvoji terapeutického a mezilidského vztahu, ale také jim umožňuje zlepšit jejich kritické myšlení a dovednosti klinického rozhodování (Rasheed et al., 2018). Někteří autoři přisuzují reflektivní praxi řadu kvalit, mezi něž patří: rozvoj formy poznání zakořeněnou v praxi a uznání odborných znalostí sester, modifikaci a zlepšení klinických postupů, možnost překlenout propast mezi teorií a praxí a konečně vývoj nového nástroje učení (Dubé, Ducharme, 2015). Je zásadní dovedností, kterou by si měly osvojit všechny sestry, včetně pedagogů ve zdravotnictví, od nichž se vyžaduje, aby reflektovali svou pedagogickou praxi. Spolu s budováním sebedůvěry je považována za specifický požadavek pro rozvoj pedagogů, zejména těch, kteří jsou na ošetrovatelské fakultě noví (Ingham-Broomfield, 2021).

Klinická ošetrovatelská praxe je tradičně vnímána jako využívání získaných teoretických nebo empirických znalostí v péči o pacienty (Patel, Metersky, 2021). Lze namítnout, že v době ošetrovatelství založeného na důkazech se jedná o zastaralý přístup k praxi a sestry již nemusí vést reflektivní rozhovor s každou situací, ve které se ocitnou, stačí, když použijí nejlepší důkazy z výzkumu. Schön označil aplikaci teorie založené na výzkumu do praxe za technickou racionalitu, kdy technologové z univerzit vytvářejí znalosti, které technici z praxe aplikují. Technická racionalita je užitečným modelem pro praxi v případech, kdy jsou situace jednoduché a přímočaré a kdy lze očekávat, že stejné řešení bude fungovat ve všech případech. Mnohé z nich ale nejsou tak jednoduché a vyžadují spoustu složitých interakcí a mají komplikovanější řešení (Rolfé, 2014). Ty nelze vždy

řešit dostupnými teoriemi a znalostmi, což vyžaduje, aby se sestry staly vlastními teoretiky a rozvíjely znalosti na základě zkušeností (Patel, Metersky, 2021). Sebereflexe zlepšuje ošetrovatelskou péči tím, že umožňuje sestře poznat pacienta a objektivně se podívat na jeho aktuální problém (Matshaka, 2021).

V dnešní době se sestry potýkají s velmi složitým, dynamickým a neustále se měnícím systémem, přičemž vykonávají širokou škálu zdravotnických služeb (Karimi et al., 2017). Sestry studentky se podílejí na péči o pacienty, přestože nemusí být plně vybaveny zkušenostmi a potřebnými ošetrovatelskými dovednostmi jako profesionální sestry (Matshaka, 2021). Aby se mohly s těmito změnami vyrovnat, musí se zlepšit ve výuce v oblasti klinické praxe. Reflexe klinických zkušeností studenty ošetrovatelství během procesu učení, hraje důležitou roli při rozvoji schopností (Karimi et al., 2017). Proces začíná, když se člověk odvolává na vlastní zkušenost a vzpomíná na to, co se stalo, znovu zvažuje a přehodnocuje. Tato účinná strategie také zlepšuje kritické myšlení a dovednosti řešit problémy (Pangh et al., 2019). Jakmile zjistí, co se naučili a co se osvědčilo při ošetrovatelském setkání, studenti ošetrovatelství vědí, jak o pacienta pečovat a čeho se vyvarovat. Mohou si být vědomy svých zranitelných míst, díky nimž jsou autentické vůči sobě i pacientům. Autenticitu lze definovat jako schopnost být konzistentní sám se sebou, uznávat skutečné emoce, myšlenky a prožitky a mít nerozdělené duševní fungování. Jsou pak schopni poskytnout pacientovi specifickou a jedinečnou péči (Matshaka, 2021).

Rostoucí rozmanitost vytváří příležitosti a výzvy pro poskytovatele zdravotní péče, zdravotnické služby a zdravotní politiku, aby mohli rozvíjet a poskytovat kulturně kompetentní péči a služby, které mají potenciál snížit nerovnosti v oblasti zdraví (Henderson et al., 2018). Sebereflexe je považována za důležitou dovednost pro budování kulturní kompetence, protože pomáhá lépe porozumět sobě samému, vlastní kultuře a kultuře ostatních (Nguyen, Hartz, 2020). Pomáhá při pochopení vlastních kulturních rysů a hodnot, také porozumět víře, hodnotám a chování ostatních (Kaihlanen et al., 2019).

1.2 Multikulturní ošetrovatelství

Srdcem ošetrovatelství je péče o druhé (Ray, 2016). Je to profese, která je založena na holistickém přístupu (Prosen, 2015). Harmonizuje soucit, poctivost, laskavost

a altruismus při poskytování zdravotní péče (Tosun, 2021). To zahrnuje také zohlednění kulturních potřeb pacientů. Kulturně konformní zdravotní péče je základním lidským právem, nikoliv výsadou, a proto by každý člověk měl mít právo na kulturně konformní péči. Vzhledem k tomu, že kulturní rozmanitost se zvyšuje, existují také národní obavy v souvislosti s nerovnostmi v oblasti zdraví. To umožnilo zvýšit povědomí o významu poskytování kulturně orientovaných služeb (Prosen, 2015). Ve zdravotnictví se od sester, které jsou poskytovateli péče v první linii, očekává, že budou poskytovat citlivou, kulturně vhodnou péči pacientům, rodinám s odlišným kulturním a sociálním zázemím (Shahzad et al., 2021). Umět pečovat o pacienta nejenom po stránce fyzické, ale i psychické, je důležitou součástí profese sestry. Neméně je pro ni důležité i umět maximálně profesionálně komunikovat s rodinou a příbuznými (Zacharová, 2016). Kulturní kompetence a znalosti z oblasti multikulturního ošetřovatelství jsou benefitem v osobnostní výbavě sestry a každého zdravotníka, získané systematickým studiem kultur (Kutnohorská, 2013). Multikulturní ošetřovatelství se začalo rozvíjet od poloviny 50. let 20. století (Im, Lee, 2018). Podle Madeleine Leiningerové, která v polovině 60. let 20. století založila tento obor, začalo vzdělávání sester v dané oblasti teprve od té doby přinášet významné výsledky (Newman Giger, Haddad 2020). Teorie je od počátku nezbytnou součástí. Pod silným vlivem antropologie a psychologie začali teoretici určovat základ transkulturního ošetřovatelství a definovat kulturu, ošetřovatelskou péči, ošetřovatelské prostředí, ošetřovatelské intervence a role sester. V průběhu doby bylo několik teorií souvisejících s kulturou převzato z jiných oborů a použito v ošetřovatelství s určitými modifikacemi a upřesněním hlavních a dílčích konceptů existujících teorií z jiných oborů. V průběhu 50., 60. a počátkem 70. let 20. století vytvořilo několik teoretiků teorie, které dokázaly jedinečným způsobem vysvětlit pojmy související s transkulturním ošetřovatelstvím, aby poskytli nezávislý koncepční rámec pro ošetřovatelské vzdělávání, praxi a výzkum v oblasti ošetřovatelství (Im, Lee, 2018). V roce 1974 byla založena Transkulturní ošetřovatelská společnost, podporující zájem o transkulturní koncepty a vzdělání sester na postgraduální úrovni (Newman Giger, Haddad 2020).

Kulturní kompetence ve zdravotnictví je popisována mnoha způsoby, ale běžně se vztahuje na znalost sociálních a kulturních faktorů, jež ovlivňují onemocnění, související chování a na opatření přijatá s cílem poskytnout co nejkvalitnější péči s ohledem na původ každého pacienta (Constantinou et al., 2022). Je jedním z hlavních pilířů klinického

ošetřovatelství (Sharifi et al., 2019). V současné době zdravotnická zařízení využívá stále více lidí z různých kultur a s různou etnickou příslušností, takže si sestry musí uvědomovat jejich rozdílné vnímání a míru tolerance vůči zdravotní péči. Tato situace může vést k odchylkám od norem praxe, které by jinak usměrňovaly péči o pacienty, a otevírat tak širokou škálu možností týkajících se léčby a následných opatření. Rozhodování v péči o pacienty zahrnuje mnoho důležitých aspektů, včetně postojů pacientů a toho, jak budou reagovat na rady týkající se léčby (Saad Albougami et al., 2016). Uspokojování potřeb kulturně rozdílných pacientů se stalo ještě náročnější a složitější (Jeffreys, 2015). Z těchto důvodů je zásadní přizpůsobivost ošetřovatelských profesionálů, zejména pokud jde o kulturní rozmanitost, protože tato problematika může ovlivnit kvalitu služeb poskytovaných pacientům (Saad Albougami et al., 2016). Musí mít dostatečné znalosti o různých kulturních prostředích a tradicích, aby byly kompetentní provádět holistické hodnocení pacientů. Proto si studenti ošetřovatelství musí před ukončením studia rozvíjet kulturní povědomí, znalosti a dovednosti prostřednictvím transkulturního ošetřovatelského kurikula (Tosun, 2021). Poskytování vysoce kvalitní péče buduje pohodlí a důvěru pacientů v systému zdravotní péče a zároveň podporuje spokojenost pacientů. Proces hodnocení by proto měl být navržen tak, aby byl přesný, komplexní a systematický. V podstatě by měl sestřím pomoci dospět ke konkrétním závěrům ohledně vhodných intervencí u pacienta. Za tímto účelem vědci vyvinuli modely, které mají sestřím pomoci překonat problémy při péči o kulturně odlišné pacienty. Tyto modely byly navrženy tak, aby podporovaly kulturně vhodnou a kulturně kompetentní péči, a tvůrci modelů zdůrazňují, jak mohou sestry tuto dovednost využít k efektivní práci s jakoukoli populací (Saad Albougami, 2016).

1.3 Modely kulturních kompetencí

Kulturní kompetence jsou součástí pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů a zdravotníků. Dosavadní vývoj studií kulturních kompetencí má za výsledek existenci mnoha teoretických rámců, modelů a každý z nich zdůrazňuje určité prvky kulturně vhodné péče, ale obecně chybí ucelený a systematický přístup k výuce tohoto předmětu. Jeho konceptualizace prošla několika fázemi od redukcionistického přístupu zaměřeného na kulturní znalosti k dynamičtějšímu přístupu podpořenému kritickou sociální teorií.

V průběhu let se modely kulturních kompetencí stále častěji setkávají s negativní kritikou. Ta vycházela ze základních předpokladů, že zdravotničtí pracovníci se mohou naučit nebo vědět dost o jiných kulturních skupinách a plně porozumět kulturám odlišným od jejich vlastní. Týkala se neodmyslitelným přehlížením složitosti kultury a předpokladu, že se člověk může stát kulturně kompetentním pouhým osvojením si obecných faktů o určitých kulturních skupinách. V důsledku toho byly použity alternativní termíny, zpochybňující omezení tradiční kulturní kompetence založené na chování, jako je kulturní péče, kulturní citlivost, mezikulturní efektivita, kulturní bezpečnost, kulturní pokora a kritické vědomí (Li et al., 2023). Zaměření na složku kultury nebo kompetence se nejspíše odráží ve vytváření sfér modelů. Zatímco metodologické modely se zjevně zaměřují na kulturní složku s doménami, jako je etnický původ, náboženství, léčebné praktiky a víra a hodnotové orientace, teoretické modely se zaměřují na složku kompetence s doménami, jako jsou znalosti, povědomí, dovednosti a citlivost. Pokud jsou tedy znaky kulturní kompetence jasně specifikovány se zaměřením na jednu složku, je možné z nich odvodit oblasti modelu, ať už metodologického nebo teoretického. Tímto způsobem lze pak snadno určit oblasti modelu kulturní kompetence na základě dobře definované myšlenky (Charushila et al., 2022). Nedávný výzkum kulturních kompetencí ukazuje teoretický posun od modelů založených na znalostech k modelům orientovaným na proces, kde má pochopení sebe sama přednost před získáváním znalostí a zkušeností o druhých (Li et al., 2023). Modely transkulturního ošetrovatelství umožňují sestřám získat znalosti o různých kulturách při zajišťování zdravotní péče. Tyto modely se neustále rozvíjí a řídí se jimi ošetrovatelská praxe po celém světě (Saad Albougami et al., 2016).

1.3.1 Purnell – model kulturní kompetence

Zaměřuje se na poskytnutí základu pro pochopení různých atributů odlišné kultury, což umožňuje sestřám adekvátně nahlížet na atributy pacientů, jako jsou podněty, zkušenosti a představy o zdravotní péči a nemoci. Model je zobrazen ve schématu s paralelními kruhy, představující aspekty globální společnosti a také komunity, rodiny a osoby (Saad Albougami et al., 2016). Vnější okraj kruhu představuje globální společnost, druhý okraj představuje komunitu, třetí okraj rodinu a vnitřní okraj člověka. Vnitřek kruhu je rozdělen na 12 klínků ve tvaru koláče, které znázorňují kulturní oblasti a jejich pojmy. Tmavý střed kruhu zobrazuje neznámé jevy. Podél spodní části se táhne zubatá čára

vyjadřující nelineární koncept kulturního vědomí (Purnell, 2018). Model zahrnuje dvanáct oblastí: dědictví, komunikaci, rodinné role a organizaci, otázky pracovní síly, biokulturní ekologii, rizikové chování, výživu, těhotenství, rituály smrti, spiritualitu, zdravotnické postupy a zdravotnické pracovníky. Purnell považoval tyto domény za důležité při hodnocení rysů a charakteristik různých etnických skupin (Saad Albougami et al., 2016).

První oblast se týká země původu, geografického vlivu původního a současného domova, politických záležitostí, ekonomiky, vzdělání a profese. Druhá oblast obsahuje pojmy důležité pro komunikaci, jako je primární jazyk a dialekty, účelnost a pohodlnost jazyka, paralingvistické rozdíly a neverbální komunikace. Ve třetí se nachází rodinné role, uspořádání a zahrnuje to, kdo stojí v čele domácnosti z hlediska pohlaví a věku. Uspořádání rodiny je pak ovlivněno cíli, prioritami, vývojovými úkoly, sociálním postavením a alternativními životními styly. Čtvrtou doménou jsou otázky pracovní síly, včetně akulturace, autonomie a jazykových bariér. Pátá zahrnuje faktory biokulturní ekologie, zahrnující patrné rozdíly s ohledem na etnický a rasový původ, jako je barva pleti a další fyzické odlišnosti. Šestou oblastí je rizikové chování, jako je například užívání tabáku, alkoholu nebo rekreačních drog. Rovněž také zahrnuje fyzickou aktivitu a úroveň bezpečnosti nebo přijímaných bezpečnostních opatření. Sedmou oblastí je výživa, kde v závislosti na místě svého původu jsou jednotlivci nebo skupiny zvyklí na určitá jídla a z jídla, které jedí. Konzumace potravin může být spojená s určitými rituály. Některé etnické skupiny trpí určitými nutričními omezeními a nedostatky. V osmé oblasti se nachází těhotenství. Na to je nahlíženo různě, protože tuto životní fázi provází nespočetné množství přesvědčení. Akt porodu a poporodní období jsou spojeny s určitými praktikami, na které je třeba brát ohled při jednání s konkrétní etnokulturní skupinou. Devátou oblastí jsou rituály spojené se smrtí. Chápání smrti se v jednotlivých kulturách liší v tom, jak je smrt přijímána, jaké rituály se provádějí a jak by se měl člověk po smrti chovat. Desátá oblast spiritualita, do níž patří náboženská praxe, používání modliteb, individuální síla, smysl života a vztah spirituality ke zdraví. Jedenáctá oblast odráží praktiky v oblasti zdravotní péče. Zahrnuje odpovědnost za zdraví a překážky, které je třeba překonat, aby bylo dosaženo úspěšných zdravotních výsledků. Praktiky zdravotní péče zahrnují tradiční praktiky, magické náboženské praktiky, léčbu a rehabilitaci chronických onemocnění, praktiky v oblasti duševního zdraví a role nemocných. Poslední oblast, zahrnuje vnímání a role tradičních a lidových zdravotnických praktik

(Saad Albougami et al., 2016). U každého pacienta, je hodnocení průběžným procesem. Ne všechny domény se používají při každém setkání. Zdravotník musí vybrat nejdůležitější pojmy v každé doméně, kterými se bude zabývat na základě předpokládaných příznaků a prostředí pacienta. (Purnell, 2018)

1.3.2 Leininger – model vycházejícího slunce

Madeleine Leininger vytvořila teorii, která studuje kultury, aby pochopila jejich rozdíly a podobnosti (NursingAnswers.net, 2023). Její model vycházejícího slunce představuje strukturu teorie kulturní péče tím, že popisuje vztah mezi antropologickými a ošetrovatelskými názory a principy (Saad Albougami et al., 2016). Znázorňuje teorii rozmanitosti a univerzálnosti kulturní péče. Ilustruje tyto koncepty a ukazuje, že kulturně kongruentní péče, udržování kulturní péče, ošetrovatelské činnosti, lidové systémy, profesionální systémy zdravotní péče, holistická péče, klienti a četné kulturní faktory jsou vzájemně propojeny (Ličen et al., 2017). Sestry tento model používají při kulturním hodnocení pacientů. Model kombinuje koncepty teorie se skutečnou klinickou praxí a zároveň nabízí systémový přístup k identifikaci hodnot, přesvědčení, chování a zvyků komunity. Zabývá se řadou aspektů kultury: náboženským, finančním, sociálním, technologickým, vzdělávacím, právním, politickým a filozofickým rozměrem. Tyto faktory spolu s jazykem a sociálním prostředím podstatně ovlivňují služby poskytované systémy, jak tradičními, tak profesionálními. Tradiční systémy zdravotní péče jsou položeny na konvenčních přesvědčeních týkajících se zdraví, kdežto profesionální systémy se opírají o naučené znalosti, praxi založenou na důkazech a výzkumu. Ošetrovatelská profese zohledňuje fyzické, duchovní a kulturní potřeby pacientů. Důkladné pochopení těchto potřeb přispívá k dosažení požadovaných klinických výsledků. Model mimoto pomáhá zdravotníkům vyhnout se stereotypizaci pacientů. K dosažení těchto cílů je využíváno třech konceptů: udržování/ochrana kulturní péče, vyjednávání kulturní péče a restrukturalizace kulturní péče. Pod pojmem zachování kultury se skrývá poskytování podpory kulturních zvyklostí ze strany sester, jako je používání akupresury nebo akupunktury pro zmírnění úzkosti a bolesti před lékařskými zákroky. Rovněž kulturní vyjednávání se týká podpory poskytované pacientům a členům jejich rodin při provádění kulturních aktivit. Ty neohrožují zdraví pacientů ani jiných osob ve zdravotnickém zařízení. A poslední kulturní restrukturalizace se týká snahy sester

poskytovat péči zaměřenou na pacienta prostřednictvím pomoci pacientům upravit nebo změnit jejich kulturní aktivity. Navrhuje se pouze v případě, že určité kulturní praktiky mohou poškodit pacienta nebo osoby v okolním prostředí. Tyto koncepty mohou sestry informovat při dosahování jejich konečných cílů (Saad Albougami et al., 2016).

1.3.3 Giger and Davidhizar - Transcultural Assessment Model

Model transkulturního hodnocení Gigera a Davidhizara je nástroj vytvořený pro hodnocení kulturních hodnot pacientů o chování v souvislosti se zdravím a nemocemi a o jejich účincích (Seher Sarikaya et al., 2013). Zdůrazňuje význam toho, že každý člověk je ve své kultuře jedinečný (Saad Albougami et al., 2016). Model obsahuje šest kulturních dimenzí: komunikace, prostor, sociální organizace, čas, kontrola prostředí a biologické odchylky (Seher Sarikaya et al., 2013). První dimenzí je komunikace, která představuje ucelený proces lidské interakce a jednání. Používání a uchování komunikace má několik forem jako je verbální, neverbální a písemné a liší se výrazem, jazykem, dialektem, tónem, hlasitostí hlasu, kontextem, emocionálním podtextem, mimikou, gesty a řečí těla. Jazyk se může stát překážkou kvalitní zdravotní péče v důsledku prostého nedorozumění a neschopnosti komunikovat tak, jak bylo zamýšleno. Druhou dimenzí je prostor, který představuje vzdálenost udržovanou mezi jednotlivci v interakci a ten se liší v závislosti na kulturním zázemí jednotlivců. Pojetí prostoru zahrnuje tři další vzorce chování: připoutání k objektům v prostředí, držení těla a pohyb v prostředí. Je třeba dodržovat takt a vyvarovat se překračování hranic s těmito aspekty interakce, neboť to může u pacientů vyvolat zbytečnou úzkost. Třetí je pak sociální organizace, tedy způsob, jakým se určité kultury seskupují podle rodiny, víry a povinností. Tato dimenze od sester vyžaduje, aby si i nadále uvědomovaly, že chování pacientů může být ovlivněno faktory, jako je sexuální orientace, uznávání, využívání titulů a předpisy pro rozhodování. Povědomí může pomoci vyhnout se tomu, aby byly vnímány jako urážlivé nebo neuctivé. Čtvrtou dimenzí je čas, jenž je z hlediska vlivu podobný sociální organizaci. Čas se dělí na to, nakolik je skupina orientovaná na hodiny, jako většina lidí na západě, nebo na to, nakolik je orientovaná na společnost. Skupina orientovaná na hodiny je zaměřená na čas jako takový a jedinci s touto orientací se snaží dodržovat termíny, na něž jsou domluveni, aby nebyli považováni za nevychované nebo

urážlivé. Chování sociálně orientovaných skupin klade důraz na tady a teď. Tito jedinci chápou čas jako flexibilní spektrum vymezené trváním jednotlivých činností. Činnost nezačíná, dokud neskončí předchozí událost. Předposlední dimenzí je kontrola prostředí, zahrnující to, jak člověk vnímá společnost a její vnitřní a vnější faktory. Jako je přesvědčení a chápání toho, jak choroba vzniká, jak je třeba ji léčit a jak posilovat a udržovat zdraví. Šestou a poslední dimenzí je biologická orientace. Rasy se biologicky liší kvůli rozdílům v DNA s tím, že některé rasy jsou náchylnější k určitým nemocem než jiné. Dalšími nezanedbatelnými prvky je hlubší porozumění v rozdílnosti tolerance bolesti či nedostatkům a zálibám ve výživě (Saad Albougami et al., 2016).

1.4 Domácí péče

Snížení úmrtnosti v důsledku zlepšení zdravotní péče v posledních letech vedlo ke zvýšení počtu starších lidí na světě a zvýšení potřeby ošetrovatelské péče (Safdari et al., 2014). Dle studie roku 2016 zažije Amerika razantní demografický posun takový, že roku 2019 bude počet lidí starších 65 let převyšovat počet lidí mladších pěti let. S tím, jak Američané stárnou a žijí déle, bude stále více z nich žít s více chronickými onemocněními, jako je cukrovka nebo demence, a funkčními poruchami, jako jsou potíže se zvládnutím základních životních potřeb, jako je mobilita a vedení domácnosti. Jednou z největších výzev v oblasti zdravotní péče, kterým země čelí, je zajistit, aby starší Američané s vážnými chronickými onemocněními a dalšími problémy souvisejícími se stárnutím mohli zůstat co nejvíce nezávislí. Úspěch při řešení této výzvy pomůže zajistit důstojné stárnutí Američanů způsobem, který odpovídá jejich očekáváním, preferencím a potřebám péče. Splnění tohoto úkolu bude vyžadovat představu o potenciální hodnotě domácí zdravotní péče, vytvoření cesty k maximalizaci potenciálu domácí péče a její plné začlenění do systému zdravotní péče v USA (Landers et al., 2016). Podle Dudové v České republice přibývá starých lidí a ubývá lidí mladých a až zestárne ta část populace, která byla narozena v 70. letech 20. století, bude v České republice větší počet starších lidí. Většina rozvinutých zemí očekává zvětšenou potřebu péče o staré lidi neschopné se o sebe postarat a naopak zmenšování počtu lidí, kteří by mohli péči těmto lidem poskytovat (Dudová, 2015). Výzkumné šetření udává, že v rámci EU připadají čtyři lidi v produktivním věku na jednu osobu starší 65 let. V roce 2050 pak klesne jejich počet

na osoby dvě. Z tohoto šetření lze předpokládat, že poptávka po dlouhodobé péči, zejména v domácí péči, v příštím desetiletí bude narůstat. Péči pak můžeme chápat jako dlouhodobou a krátkodobou, ta dlouhodobá je komplex služeb poskytovaných lidem s dlouhodobě omezenou soběstačností, u nichž je tento stav setrvalý (MZČR, 2020).

1.4.1 Vymezení domácí péče

Umožňuje osobám se zvláštními potřebami zůstat ve svém domově. Může být určena lidem, kteří stárnou, nebo může být také určena lidem, kteří jsou chronicky nemocní, zotavují se po operaci, nebo mají zdravotní postižení (MedlinePlus, 2023). Pomáhá starším lidem žít co nejdéle samostatně, a to i v případě nemoci nebo úrazu (ACL, 2023). Pro zkrácení doby hospitalizace na dobu nezbytně nutnou je zapotřebí vysoce kvalifikované formy domácí péče, umožňující návaznost na péči v zdravotnických zařízeních. Je poskytována na základě doporučení lékaře a je zaměřena na veškeré aspekty léčby. Vývoj oboru ošetřovatelství a poskytované péče je ovlivněn mnoha faktory, mezi které patří sociální, kulturní, ekonomické a politické. Charakteristickým rysem je její individualizování se základem ve vyhledávání a uspokojování potřeb člověka ve spojení s jeho zdravím. Má vytvořené vlastní pole působnosti, kde se nelékařští zdravotničtí pracovníci mohou věnovat klientům s větší mírou samostatnosti. Je zapotřebí, aby fungoval vysoký stupeň koordinace mezi multidisciplinárním týmem a klientem. Klíčem k úspěchu při plnění služeb je jejich komplexnost, ale patří tam i zvýšení odpovědnosti pacienta. Domácí péče se stala v České republice neodmyslitelnou součástí zdravotnictví a sociální péče v roce 1990. Je to neustále vyvíjející se oblast, kdy výkon sestry a celého týmu musí být vždy zaměřen na prospěch pacienta. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojišťovnictví, ve formulaci pozdějších předpisů, tak upřesňuje domácí péči jako speciální typ ambulantní péče. Pomocí té je pojištěncům poskytována odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí a to s akutním, chronickým onemocněním, pojištěncům s mentálním, nebo tělesným postižením a také pojištěncům závislých na cizí pomoci. Je doporučena u pacientů, u kterých je potřeba obstarat dlouhodobou, následnou, nebo paliativní péči. Je umožňována osobám kteréhokoliv věku s individuálními skupinami diagnostických onemocnění v jejich vlastním sociálním prostředí. Vlastním sociálním prostředím se dle zákona o zdravotních službách myslí prostředí, jako je domácí prostředí pacienta, či

prostředí nahrazující domácí prostředí, do kterých patří například zařízení sociálních služeb, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školy v době vzdělání a při poskytování školských služeb, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, nebo také azylové zařízení (MZČR, 2020).

1.4.2 Služby domácí péče

Domácí péče je postavena na pevné vazbě a vzájemným působením lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím, kde je kladen důraz na vnímání individuální kvality života. Při poskytování péče je důležité respektovat určité filozofické principy, mezi které patří holistický přístup, podpora soběstačnosti a autonomie pacienta, což znamená, že pacient má větší kontrolu nad všemi aspekty svého života. Dále sem patří princip subsidiarity, komunitní péče, deinstitucionalizace a multidisciplinarita. Pokud se objeví podpora všech těchto principů, pak můžeme mluvit o kvalitní zdravotní péči. Cílem domácí péče je uznání integrity klienta v celém rozsahu s jeho vlastním sociálním prostředím i s individuálním chápáním kvality jeho života. Snaží se o zajištění jejího největšího obsahu, dostupnosti, kvality a efektivity zdravotní péče. Poskytují jak ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační, ale i paliativní péči včetně case managementu, do kterého spadá proces plánování, vyhledávání, prosazování a monitorování služeb poskytované klientovi. Během péče jsou pak průběžně vyhodnocovány potřeby a mění se tak, aby nedocházelo ke zhoršování jeho stavu. Opatřují například bio-psycho-sociální potřeby klienta, optimalizují zdravotní a sociální stav, vytváří žádoucí sociální prostředí a to vede k urychlení jeho uzdravování či ke zlepšení kvality života, snižují finanční náklady na hospitalizaci pacienta, snižují nepříznivý vliv onemocnění na duševní stav pacienta a jeho blízkých, snižují utrpení a zaopatřují důstojné umírání. Vyšší nezávislost pacienta, i na přímé ošetrovatelské péči bude účinná tak, že péče ve vlastním sociálním prostředí klienta je účinná podle aktuálních podmínek znalostí vědy a kvalitní edukace. V procesu rozhodování je důležitou podmínkou při poskytování potřebné péče motivace klienta a jeho blízkých, také je důležitá v postoji i aktivní spolupráci, což vede k efektivní sebeběči a do budoucna k účinné neformální péči (MZČR, 2020).

2 Cíl práce a výzkumné hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jaké mají kulturní kompetence sestry pracující v domácí péči.

2.2 Výzkumné hypotézy

Výzkumná hypotéza 1: Sestry mladší 40 let pracující v domácí péči mají větší kulturní kompetence než sestry starší 40 let.

Výzkumná hypotéza 2: Sestry pracující v domácí péči s vyšším dosaženým vzděláním mají větší kulturní znalosti než sestry s nižším dosaženým vzděláním.

3 Operacionalizace pojmů

Kulturní kompetence jsou dovednosti, které jsou potřebné při střetu s jiným národem, jinou kulturou, spadá sem i jiný víra, sexuální orientace a genderová problematika, aby byla poskytována kvalitní zdravotní péče. Je potřeba splňovat sociokulturní a jazykové potřeby klientů, aby docházelo k efektivní spolupráci mezi klientem, ale i jeho rodinou a nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Při využívání kulturních kompetencí je důležité se neustále vzdělávat, být otevřený novým zkušenostem a snižovat nerovnosti a rozdíly v poskytování péče nemocným.

Domácí péče je poskytování zdravotních služeb klientům v jejich vlastním sociálním prostředí, například při doléčování chronických ran, nebo akutních onemocněních. Vysoce kvalitní domácí péče je důležitá pro návaznost a snížení doby hospitalizace a musí při ní probíhat správná kooperace multidisciplinárního týmu, klienta a jeho rodiny. Je kladen důraz na individuální přístup ke klientovi se zaměřím na veškeré bio-psycho-sociální potřeby, dle kterého je vytvořen plán péče, tak aby byla péče co nejvíce efektivní. Multidisciplinární tým se zároveň snaží o co největší zachování nezávislosti klienta na druhých osobách.

Sestra v domácí péči je nelékařský zdravotnický personál, který poskytuje domácí péči na základě doporučení lékaře a má oprávnění pracovat bez odborného dohledu a měla by mít dostatečné vzdělání a praxi. Poskytuje kvalifikovanou péči a odborné ošetření ve vlastním sociálním prostředí klienta, nejčastěji převazy ran, aplikace injekcí a ošetření dekubitů. Pomáhá také s odborně náročnými úkony, jako parenterální výživa a domácí hemodialýza. Jsou k dispozici 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Starají se o veškeré potřeby klientů a jsou v kontaktu i s rodinou.

Vzdělání je nabytí vědomostí, schopností a dovedností prostřednictvím různých stupňů vzdělání. Dělíme ho na předškolní vzdělání, základní vzdělání, které je u nás povinné, dále střední vzdělání a jako poslední je vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání. Základní vzdělání je zakončené vysvědčením. Střední vzdělání pak může být zakončené závěrečnou zkouškou, výučním listem, či maturitním vysvědčením. Vyšší odborné vzdělání vysvědčením o absolutoriu a diplomem. Vysoká škola akademickým titulem a diplomem. Pro nelékařský zdravotnický personál stačí střední vzdělání, ale pro rozšíření kompetencí a možností pracovat bez určitého dohledu je důležité dodělat si bakalářský

titul. Pro specializaci v ošetrovatelství existuje magisterský titul, po kterém je možné pracovat na více specializovaných odděleních a přibudou další kompetence, které pak sestra může vykonávat samostatně.

Kulturní znalost je být informován o kulturním dědictví, které je místní, národní, ale i evropské, také vědět o jeho postavení ve světě. A to zahrnuje znalost národních kulturních děl, mezi které mohou patřit literární díla, hudba a další. Je také dobré znát současnou kulturu a uvědomovat si důležitost jiných kultur, které se nacházejí okolo nás a znát různorodost jazyků. Pro zdravotnický nelékařský personál je kulturní znalost velmi důležitá, aby mohli poskytovat kompetentní a kvalitní zdravotní péči.

Kulturně kompetentní péče by měla být zaměřena na spravedlivý a uctivý postoj k přístupu ke zdraví a nemoci, odlišných praktik a různorodých rodných jazyků pacientů. Přístup ke každému pacientovi bez ohledu na rozdílnost by měl být stejný a kvalita péče by měla zůstat i nadále co největší.

4 Metodika

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný souborem byli sestry pracující v domácí péči. Výzkumného šetření se účastnily ženy i muži ve věku od 20 let do 69 let. Celkem bylo posbíráno 108 dotazníků a výzkumný soubor se byl tvořen celkem 108 (100%) nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Každý respondent s vyplněním dotazníku souhlasil. Respondenti zapojeni do výzkumného šetření byli odlišného věku, odlišné délky praxe a stupně vzdělání.

4.2 Použité metody

Realizace tohoto výzkumu proběhla v rámci řešení výzkumného grantového projektu číslo GAJU 046/2021/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a měl název Kulturní kompetence sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství. Pro empirickou část této diplomové práce bylo vybráno kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat proběhl metodou dotazování pomocí anonymního dotazníku. Před vypracováním výzkumného šetření byla provedena pilotáž, která měla za cíl zjistit, zda jsou otázky správně přeloženy a formulovány.

Dotazník byl rozdělen na dvě části, standardizovanou a nestandardizovanou. Dotazník (Příloha 1) se sestával z 88 otázek a na jeho vyplnění bylo potřeba 30 minut. Do nestandardizované části dotazníku patří otázky číslo 1 až 30 a obsahovaly biografické údaje o respondentech a otázky týkající se uvědomění sestry v ohledu na kulturu klienta. Standardizovaná část dotazníku měla otázky, které byly uzavřené. Otázky číslo 31 se zabývaly stupnicí kulturních kompetencí zdravotnických pracovníků v primární péči, se zaměřením na kulturní dovednosti, kulturní znalosti a kulturní citlivost. Poslední otázky číslo 32 byly přejaty z dotazníku Multicultural Society of Greater Vancouver Island's checklist, se zaměřením na sebehodnocení kulturních kompetencí sester. Otázky byly rozděleny do oddílů a na každém konci oddílu je vyhodnocení.

4.3 Sběr a analýza dat

Výzkumné šetření probíhalo od května do prosince 2022. Byly osloveny sestry z jihočeského, západočeského a středočeského kraje. Pracoviště poskytující domácí péči, které byly osloveny, nejsou z důvodu udržení anonymity uvedeny. Dotazníky byly rozdávány v tištěné podobě a respondenti byli předem obeznámeni s tématem diplomové práce, cílem diplomové práce a také s podrobnostmi výzkumu. Byli také ubezpečeni o zachování anonymity, že výsledky budou sloužit jen pro vědecké účely a jejich odpovědi budou chráněné. Všichni respondenti zpracování údajů pro výzkumné šetření posléze odsouhlasili. Na začátku dotazníku je prohlášení se souhlasem s účastí výzkumného šetření a na této straně se i nachází řešitelé projektu, kteří mají podíl na sestavení tohoto dotazníku.

Analýza dat proběhla za pomoci programu SASD (statistická analýza dat) a SPSS. Analýza byla udělána dle prvního a druhého stupně třídění. Pro konkrétní ukazatele byly v prvním stupni třídění seskupeny frekvenční tabulky a propočítány absolutní a relativní četnosti. Také tam byly propočítány střední hodnoty jako modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a nakonec intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05.

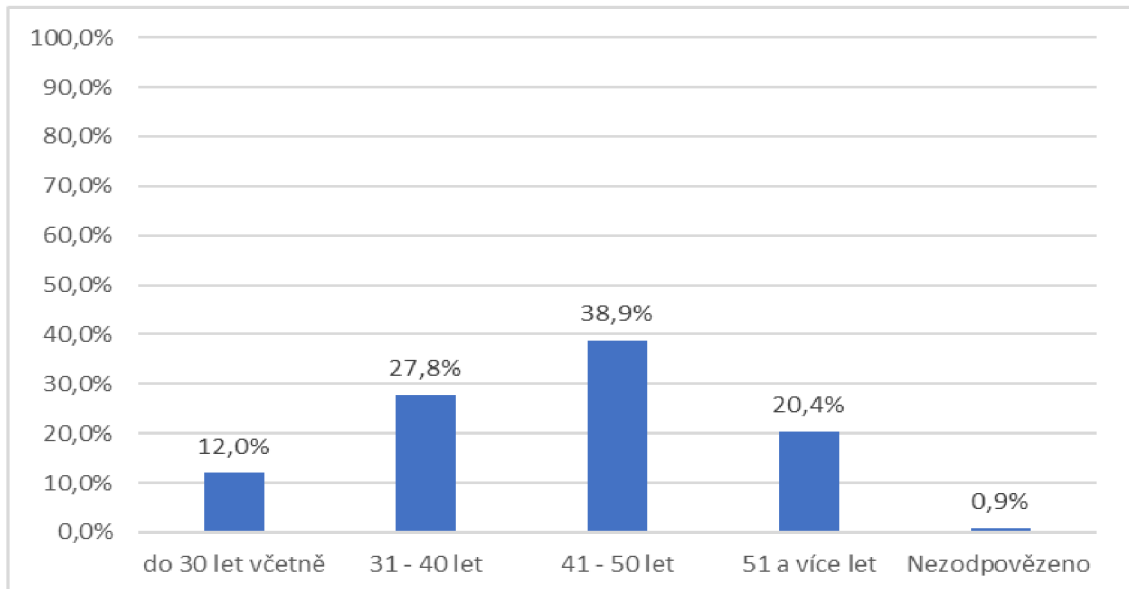
V druhém stupni třídění byly udělány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými celkovými a očekávatelnými) a znaménkové schéma. V analýze byly spojitosti aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test chí kvadrát dobré shody - X^2 (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Dále byly vytvořeny výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, Normovaného Pearsonova koeficientu kontingence, Čuprova 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 standartně zmiňovány hodnoty Chi kvadrát test dobré shody a Testu nezávislosti. Za podmínky nedostatečného počtu pozorování byla používána Yatesova korekce.

5 Analýza a interpretace výsledků

5.1 Nestandardizovaná část dotazníku

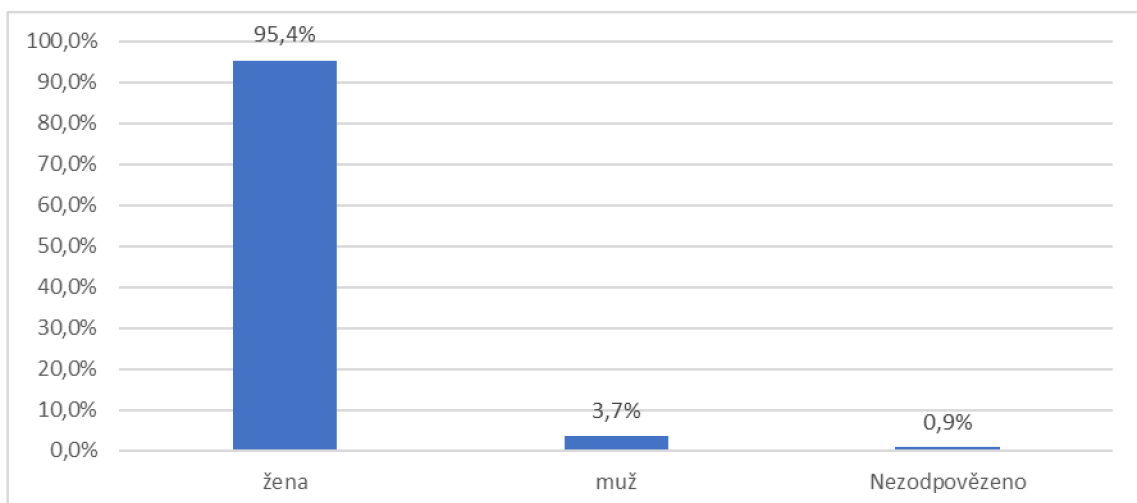
Graf 1 Věk respondentů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 1 můžeme vyčíst, že 12% (n = 13) respondentů je do 30 let včetně, 27,8% (n = 30) je 31-40 let, 38,9% (n = 42) je 41-50 let a 20,4% (n = 22) je 51 a více let. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

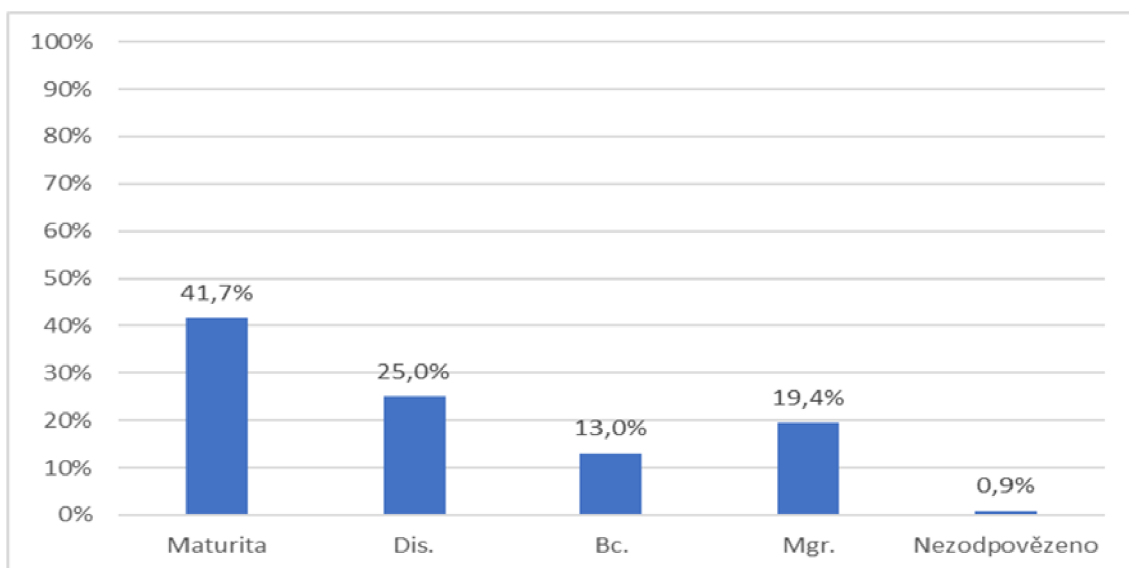
Graf 2 Pohlaví respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z konečného počtu respondentů 100% (n = 108) bylo 95,4% (n = 103) ženského pohlaví, 3,7% (n = 4) mužského pohlaví a 0,9% (n = 1) nebylo zodpovězeno.

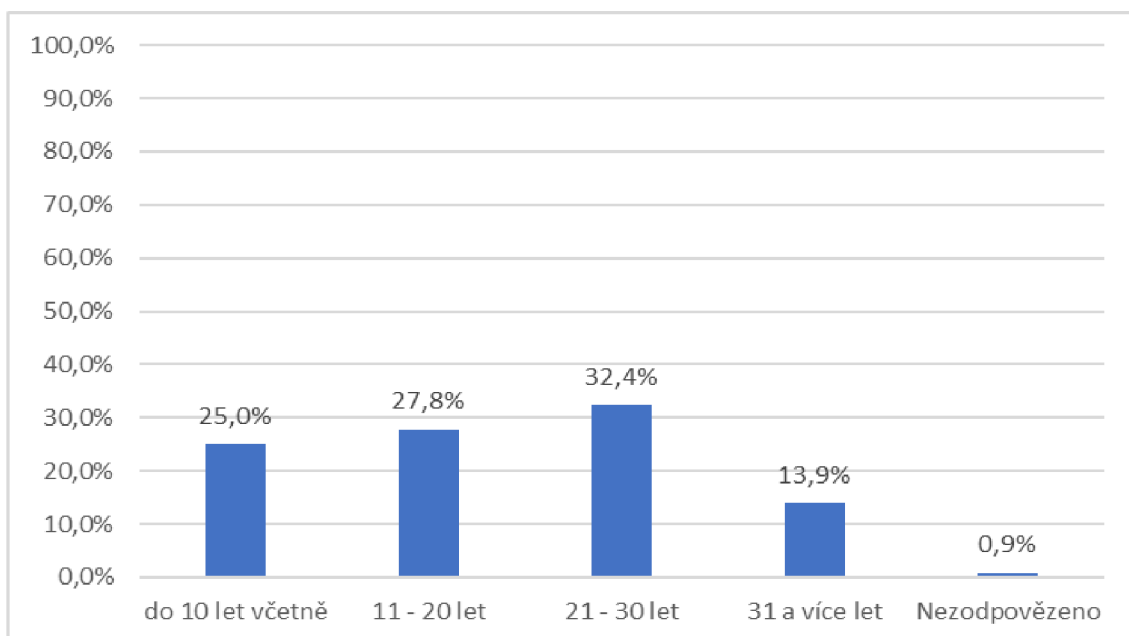
Graf 3 Vzdělání respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu respondentů 100% (n = 108) jich mělo 41,7% (n = 45) středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odbornou školu mělo 25,0% (n = 27) respondentů, bakalářské vzdělání 13,0% (n = 14) respondentů, magisterské vzdělání 19,4% (n = 21) respondentů a respondentů 0,9% (n = 1) neodpovědělo.

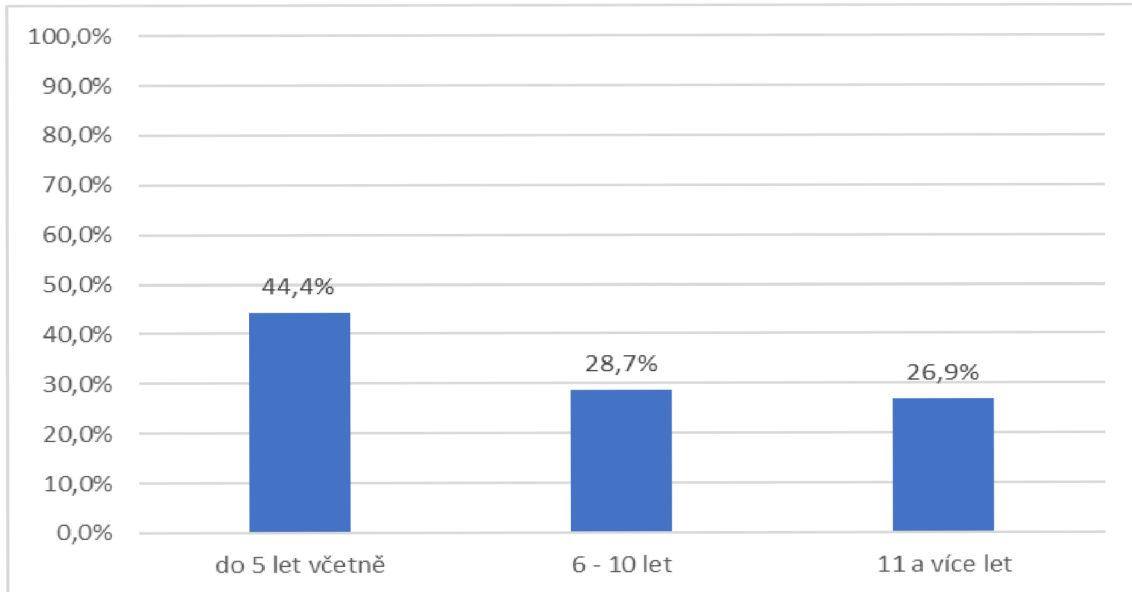
Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 4 nám zobrazuje jak dlouhou mají praxi respondenti ve zdravotnictví. 25% (n = 27) jich pracuje ve zdravotnictví do 10 let včetně, 27,8% (n = 30) respondentů 11-20 let, 32,4% (n = 35) 21-30 let a 13,9% (n = 15) respondentů pracuje již 31 let a více. Na tuto otázku 0,9% (n = 1) respondent neodpověděl.

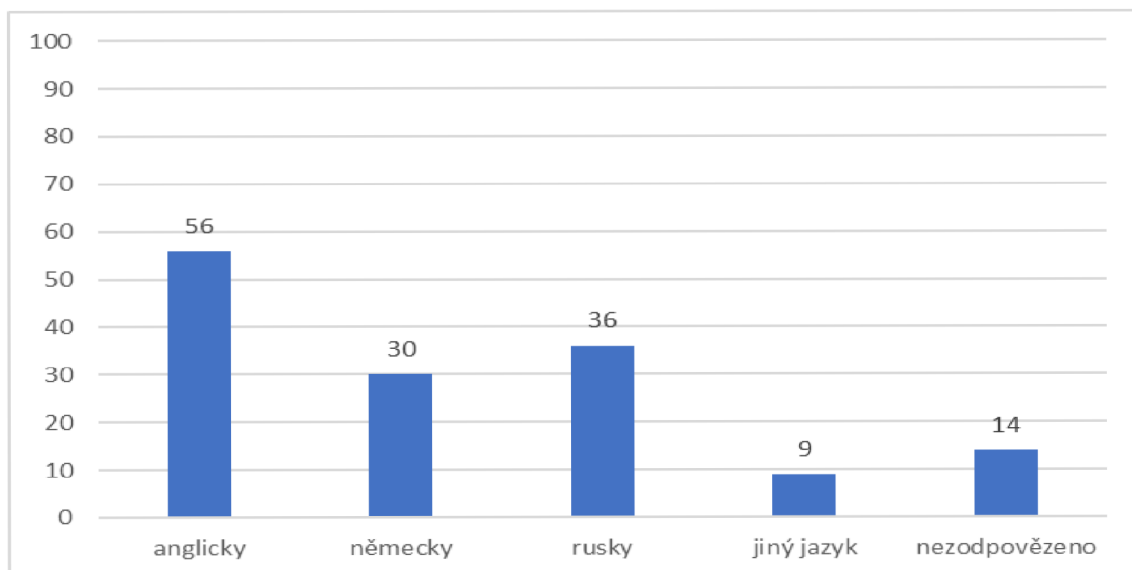
Graf 5 Délka práce v domácí péči



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 5 můžeme vidět, že 44% (n = 48) respondentů pracuje v domácí péči do 5 let včetně, 28,7% (n = 31) 6-10 let a 26,9% (n = 29) 11 a více let.

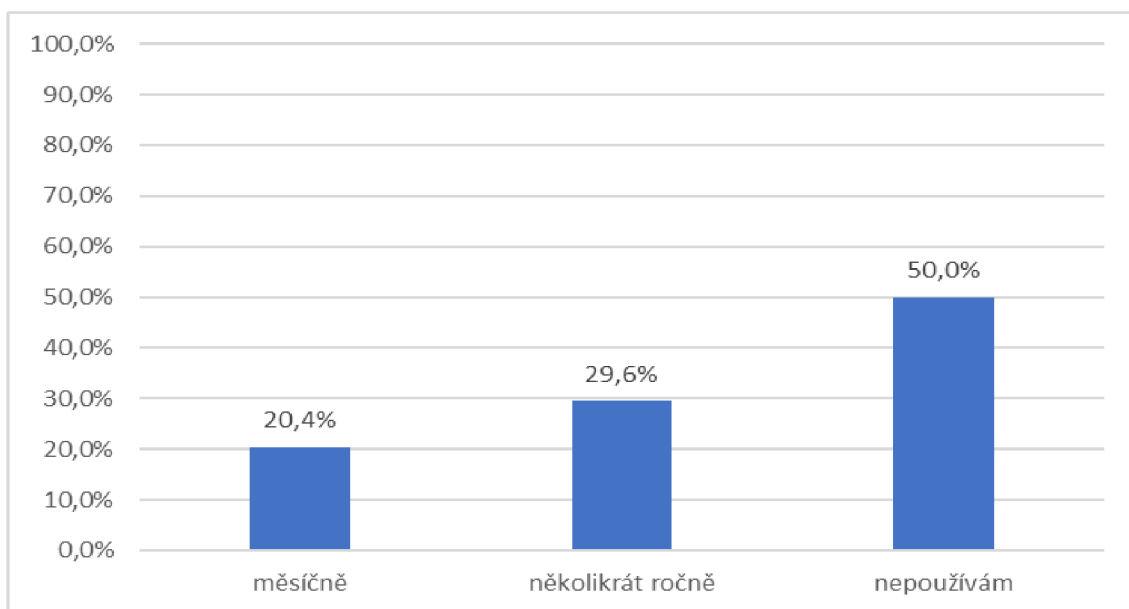
Graf 6 Znalost jazyků



(Zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku, jaké jazyky respondenti ovládají odpovědělo, že 56 ovládá anglický jazyk, německý jazyk ovládá 30, ruský jazyk ovládá 36, jiný jazyk 9 a neodpovědělo 14 respondentů.

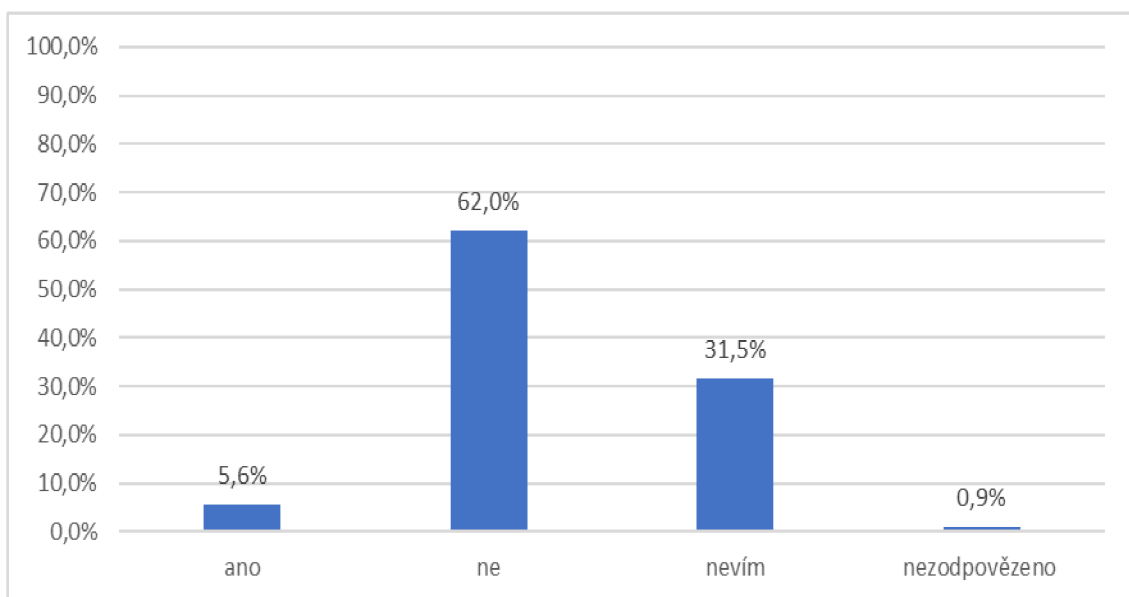
Graf 7 Použití jazyků v praxi



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu 100% (n = 108) respondentů jich cizí jazyk používá v praxi 20,4% (n = 22) měsíčně, několikrát ročně 29,6% (n = 32) a nepoužívá ho 50,0% (n = 54).

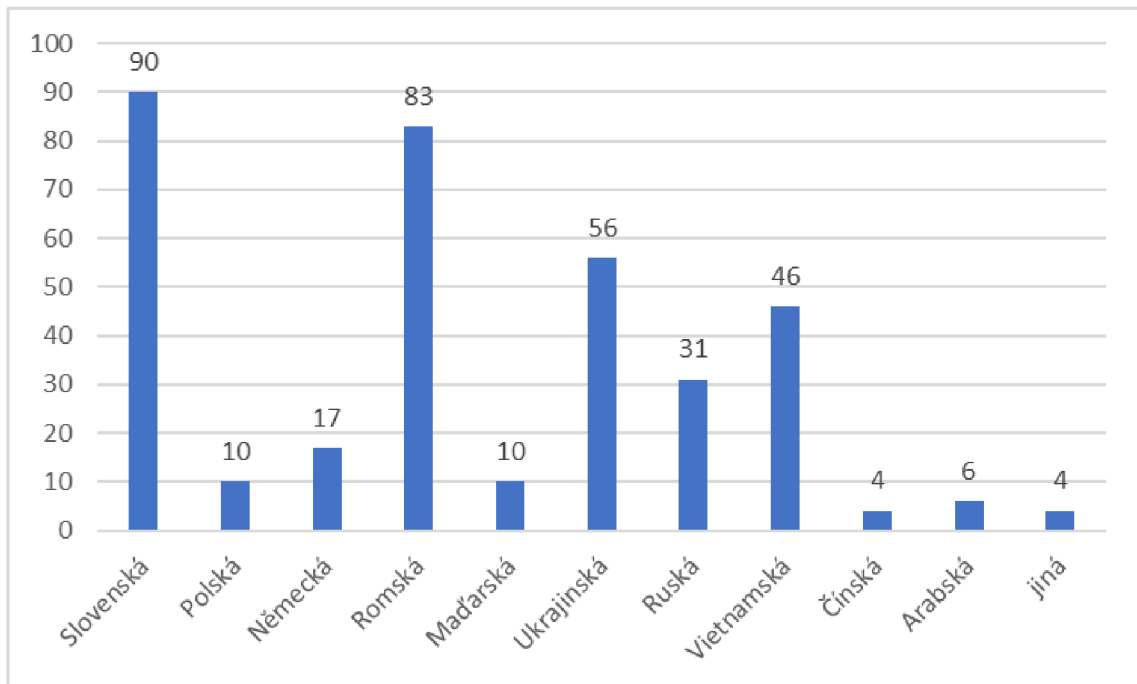
Graf 8 Smlouva s tlumočníkem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu č.8 je zřejmé, že celkového počtu respondentů 100% (n = 108) ví, že mají smlouvu s tlumočnickem 5,6% (n = 6), dále 62,0% (n = 67), že nemají smlouvu a 31,5% (n = 34) neví, zda smlouvu mají. Jeden respondent 0,9% (n = 1) otázku neodpověděl.

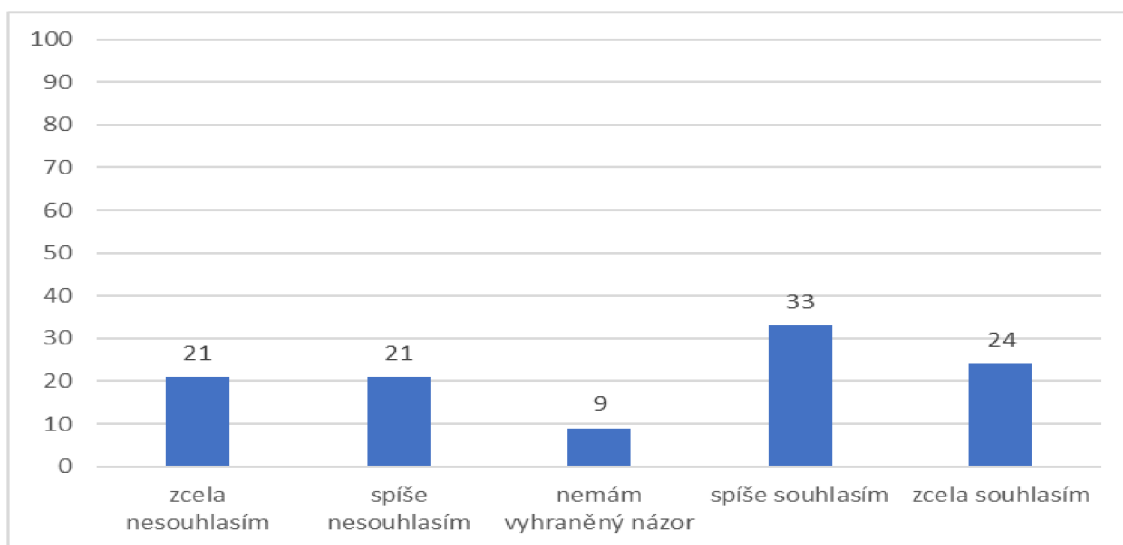
Graf 9 Etnické minority



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 9 zjišťovala s jakými etnickými minoritami se sestry setkaly v praxi. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 90 se jich setkalo se slovenskou, s polskou 10, z německou 17, s romskou 83, s maďarskou 10, s ukrajinskou 56, s ruskou 31, s vietnamskou 46, s čínskou 4, s arabskou 6 a s jinou minoritou se setkali 4.

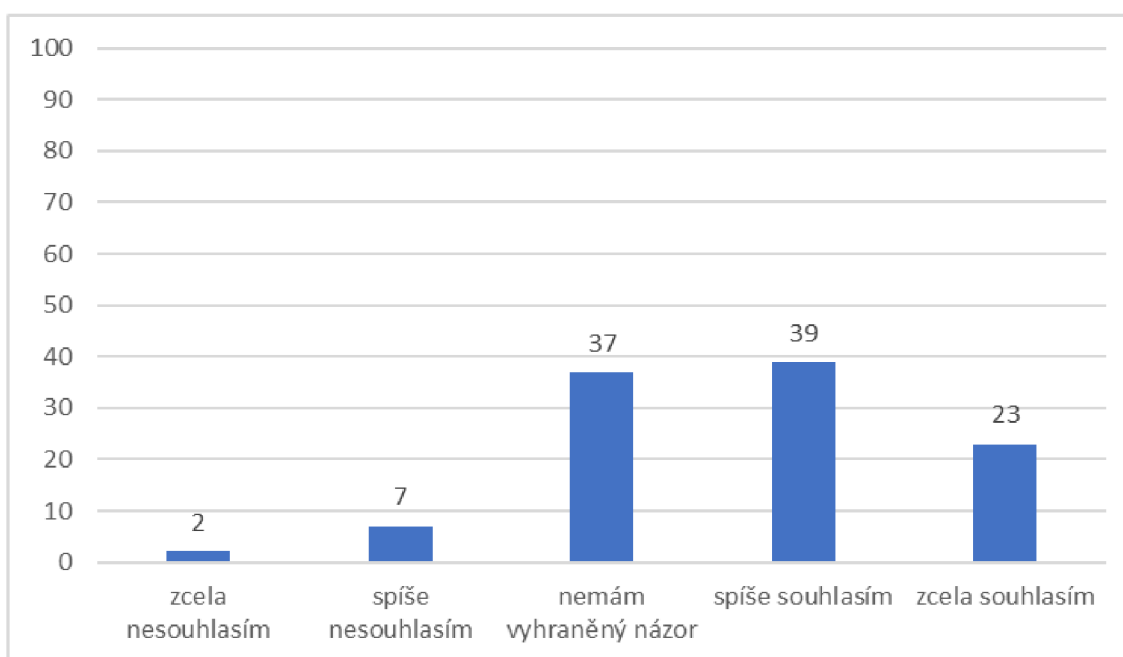
Graf 10 Předsudky proti jiné kultuře



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf č. 10 se ptal, zda jsou respondenti vědomi, že jejich předsudky k jiné kultuře mohou ovlivnit jejich chování. 21 respondentů uvedlo, že zcela nesouhlasí, 21 spíše nesouhlasí, 9 nemá vyhraněný názor. Dále 33 respondentů uvedlo, že spíše souhlasí a 24 zcela souhlasí a jsou si vědomi, že jejich předsudky mohou ovlivnit jejich chování vůči jiné kultuře.

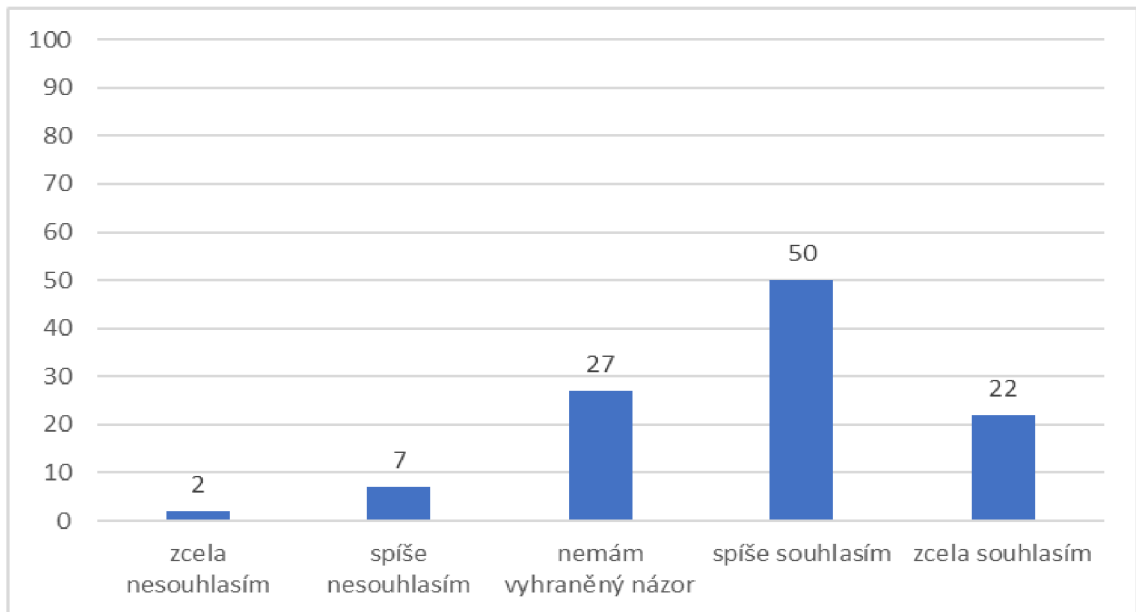
Graf 11 Komfort při péči o jiné kultury



(Zdroj: vlastní výzkum)

V otázce č. 11 jsme se ptali respondentů, zda se cítí komfortně při péči o pacienta z odlišné kultury. Zcela nesouhlasí 2 respondenti, 7 spíše nesouhlasí, 37 nemá vyhraněný názor, dále pak 39 respondentů spíše souhlasí a 23 souhlasí zcela.

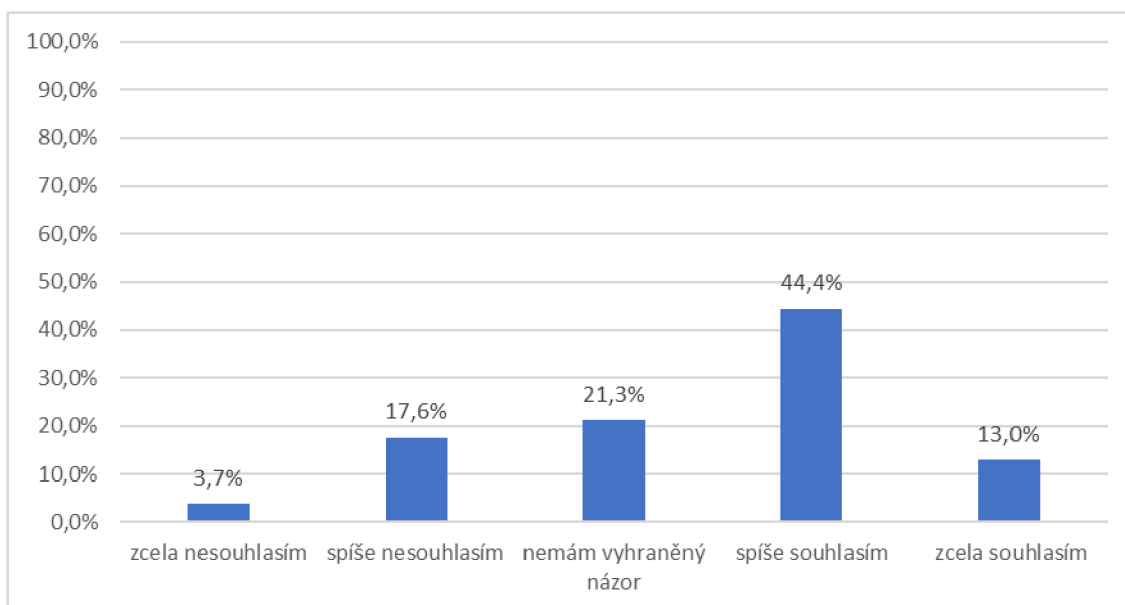
Graf 12 Důležitost verbální komunikace pro získání informací



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 12 jsme se 108 respondentů zeptali na jejich názor, ohledně důležitosti verbální komunikace v získávání informací. Z toho 2 respondentů zcela nesouhlasí, 7 spíše nesouhlasí, 27 nemá vyhraněný názor, 50 spíše souhlasí a 22 zcela souhlasí s tím, že verbální komunikace při sběru informací je důležitá.

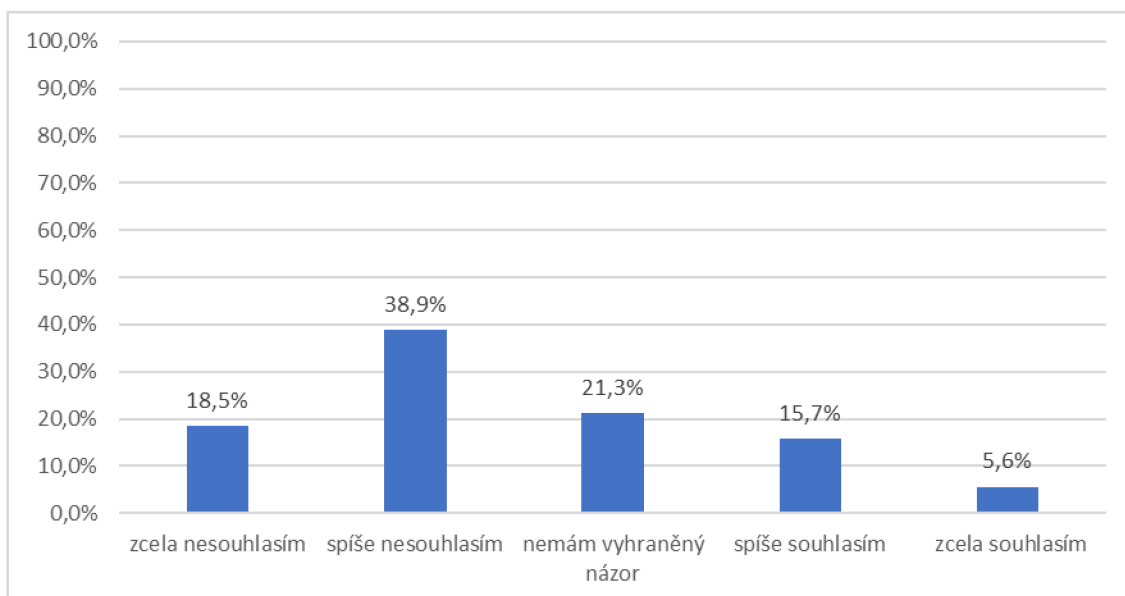
Graf 13 Připravenost na klienta z odlišné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 13 jsme zjišťovali, jestli se respondenti připravují dopředu na setkání s klientem z odlišné kultury. Z grafu vyplývá, že 3,7 % (n = 4) respondentů zcela nesouhlasí a dopředu se nepřipravují na setkání. 17,6% (n = 19) spíše nesouhlasí a 21,3% (n = 23) nemá vyhraněný názor. Naopak spíše souhlasí 44,4% (n = 48) a zcela souhlasí 13,0% (n = 14) respondentů.

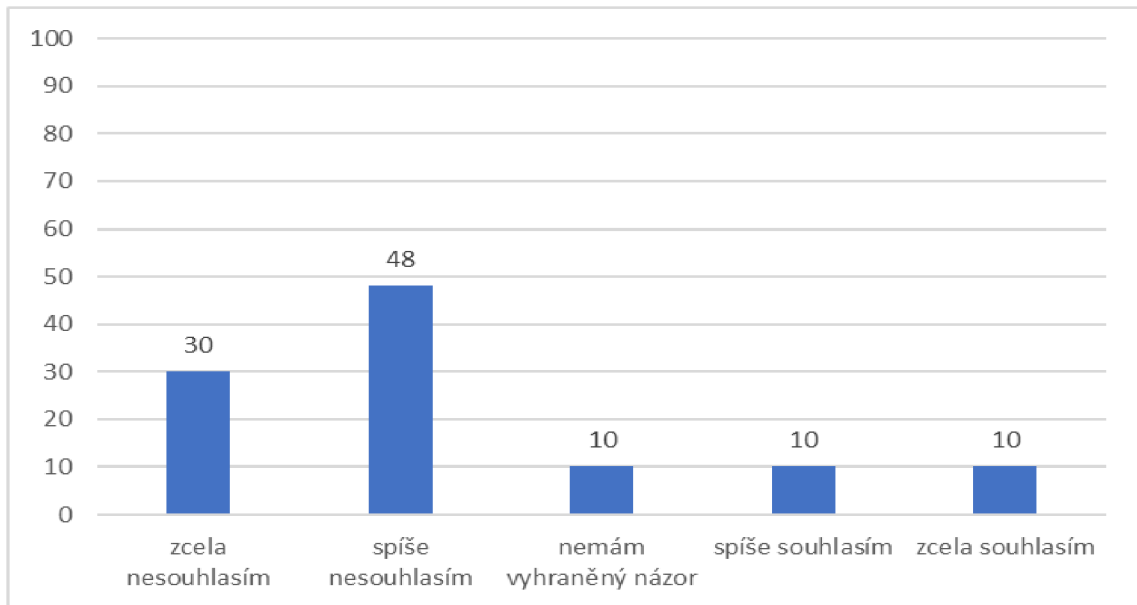
Graf 14 Podstata znalosti cizího jazyka



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 14 se ptal 100% (n = 108) respondentů, jestli je znalost cizího jazyka pro praxi důležitá. 18,5% (n = 20) jich zcela nesouhlasí, 38,9% (n = 42) spíše nesouhlasí, 21,3% (n= 23) nemá vyhraněný názor, 15,7% (n = 17) spíše souhlasí a 5,6% (n = 6) zcela souhlasí s názorem, že znalost jazyka je důležitá.

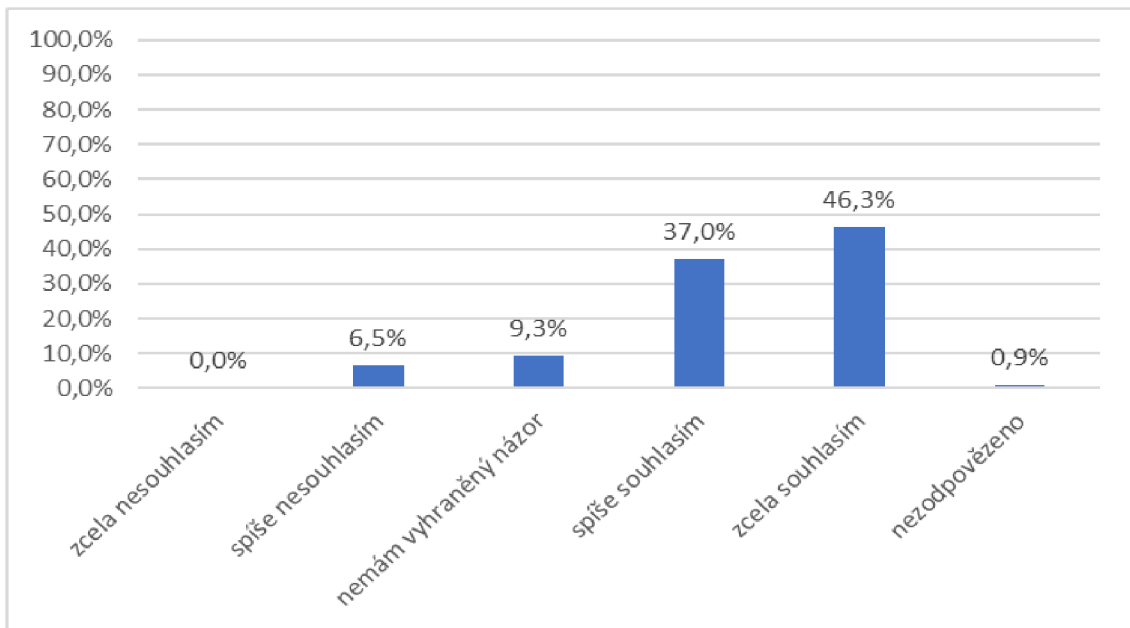
Graf 15 Obavy z odlišné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 14 vyplývá, že 30 respondentů zcela nesouhlasí s tím, že by ke klientovi z odlišné kultury přistupovali s obavami. Poté 48 spíše nesouhlasí, 10 nemá vyhraněný názor, 10 spíše souhlasí s tím, že by mělo obavy a 10 souhlasí zcela.

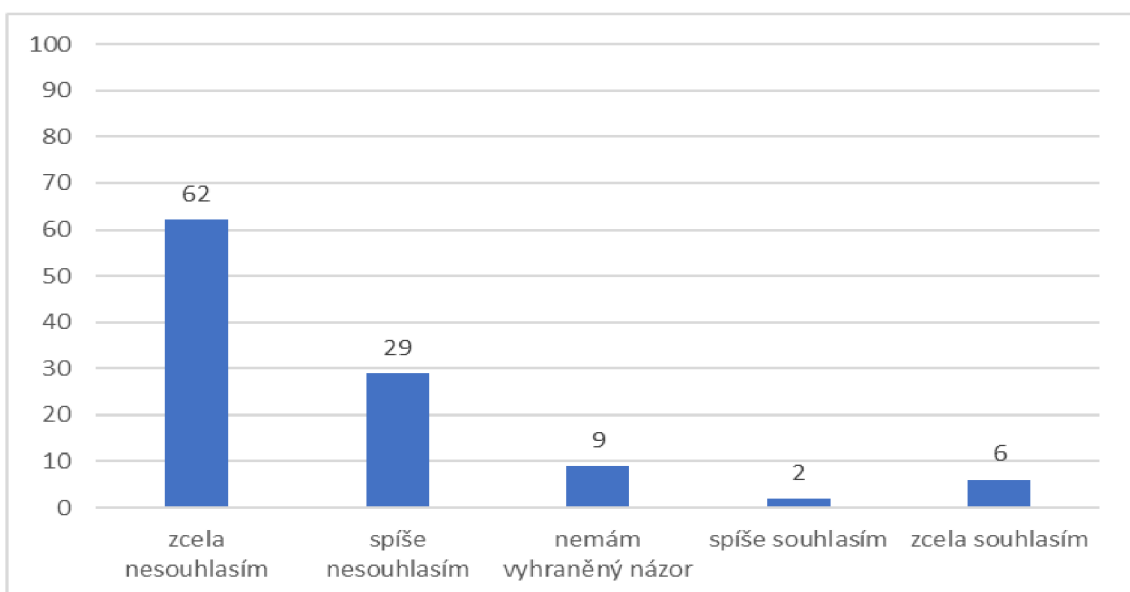
Graf 16 Pocit bezpečí klienta jiné kultury na pracovišti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 16 zjišťovala od 100% (n = 108) respondentů, zda je důležitý, aby se u nich na pracovišti klienti s odlišné kultury cítili v bezpečí. Nikdo z respondentů neodpověděl, že zcela nesouhlasí, 6,5% (n = 7) spíše nesouhlasí, 9,3% (n = 10) nemá vyhraněný názor, 37,0% (n = 40) spíše souhlasí a 46,3% (n = 50) zcela souhlasí. A 0,9% (n = 1) respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

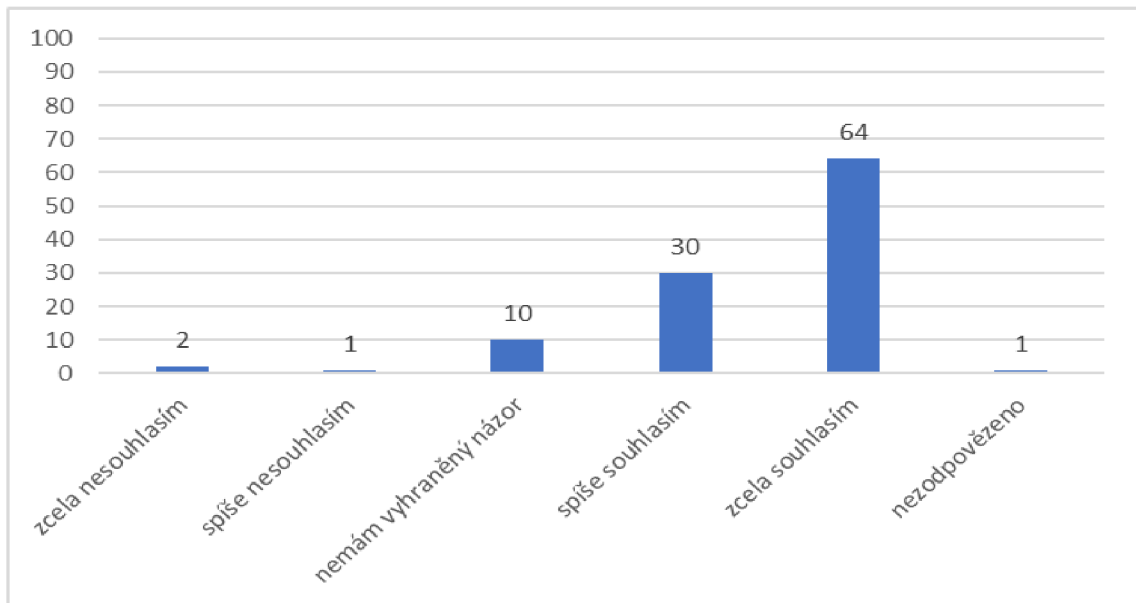
Graf 17 Posuzování klienta na základě barvy pleti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 17 jsme se zeptali, zda je důležité posuzovat klienta na základě barvy pleti. A podle grafu 62 respondentů zcela nesouhlasí, 29 spíše nesouhlasí, 9 nemá vyhraněný názor, 2 spíše souhlasí a 6 zcela souhlasí s položenou otázkou.

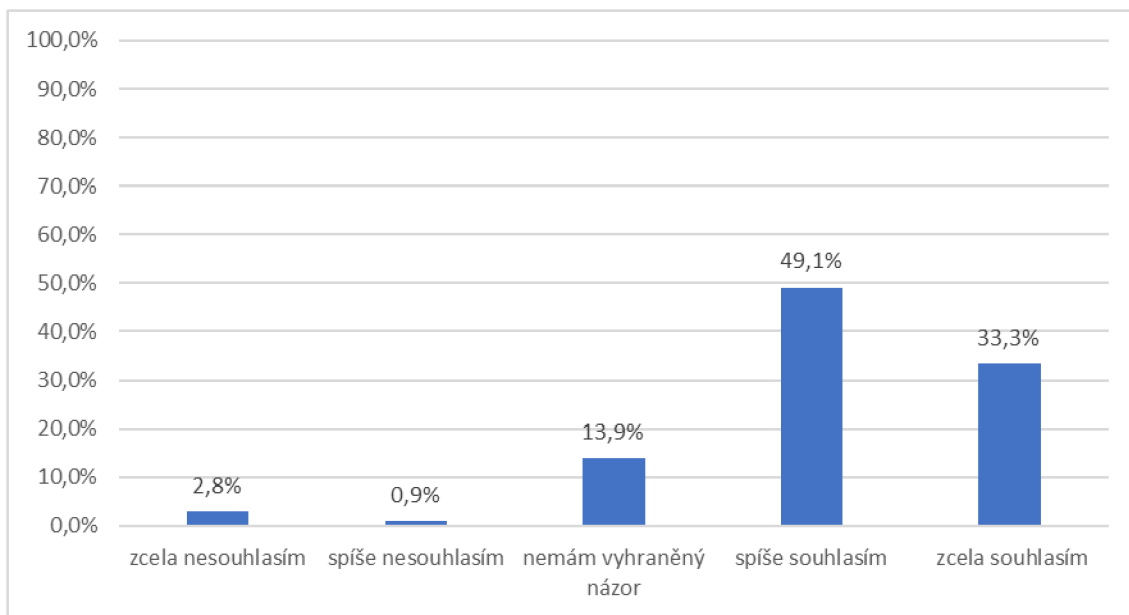
Graf 18 Vyvarování se kulturních konfliktům



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 19 nás zajímalo, jestli se respondenti vyhýbají kulturním konfliktům na pracovišti. 2 respondenti odpověděli, že zcela nesouhlasí, 1 spíše nesouhlasí, 10 nemá vyhraněný názor, 30 spíše souhlasí a 64 respondentů zcela souhlasí s vyhýbání se kulturním konfliktům na pracovišti. A 1 respondent na tuto otázku neodpověděl.

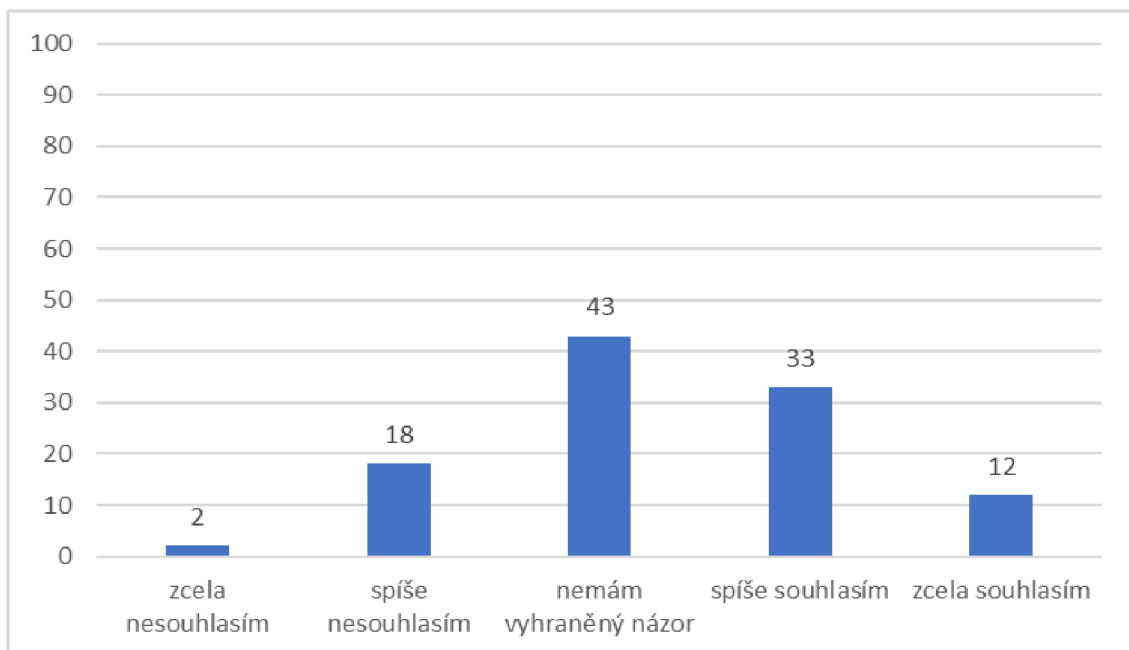
Graf 19 Vyhnutí se stereotypizaci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podle grafu č. 19 můžeme soudit, že 2,8% (n = 3) respondentů zcela nesouhlasí s vyhýbáním se stereotypizaci lidí, 0,9% (n = 1) spíše nesouhlasí, 13,9% (n = 15) nemá vyhraněný názor, 49,1% (n = 53) spíše souhlasí a 33,3% (n = 36) zcela souhlasí.

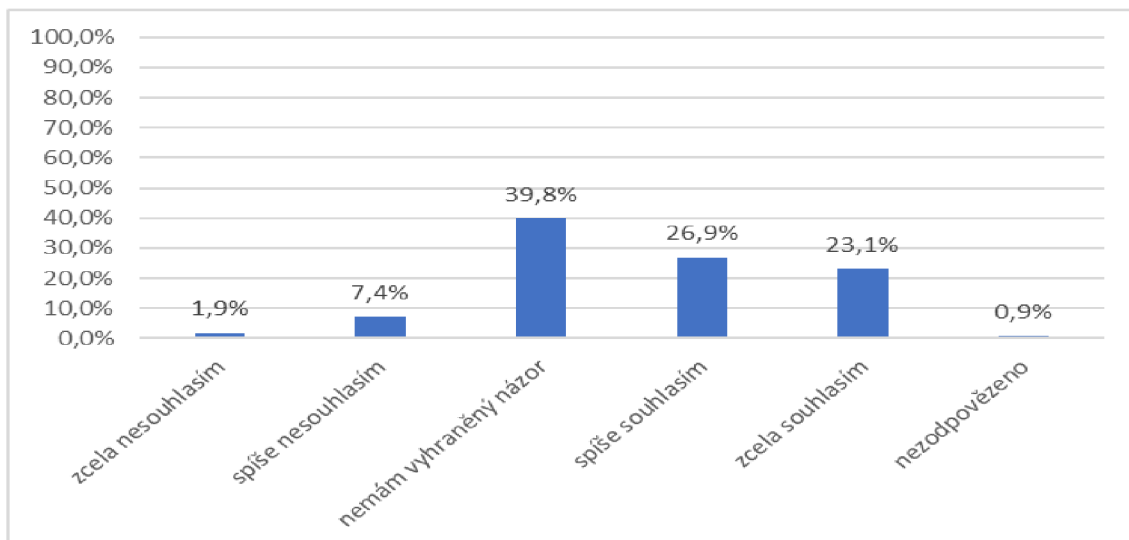
Graf 20 Plné přizpůsobení se do naší země



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 20 ze 108 respondentů si 2 zcela nemyslí, že by se pacienti z odlišné kultury měli zcela přizpůsobit do naší domovské země. Dále 18 spíše nesouhlasí, 43 nemá vyhraněný názor, 33 spíše souhlasí a 12 respondentů zcela souhlasí.

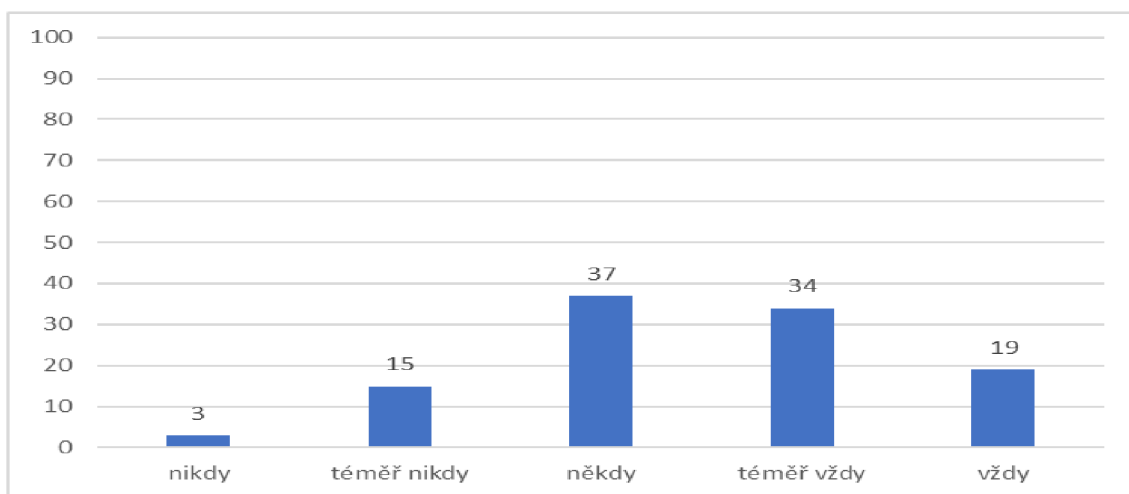
Graf 21 Připojit se do péče o pacienta z jiné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 21 se ptala respondentů, zda se snaží zapojit do péče o pacienta, který je z odlišné kultury. 1,9% (n = 2) zcela nesouhlasí a nesnaží se do péče tedy zapojit, 7,4% (n = 8) spíše nesouhlasí, 39,8% (n = 43) respondentů nemá vyhraněný názor, 26,9% (n = 29) spíše souhlasí a 23,1% (n = 25) zcela souhlasí a snaží se zapojit. A 0,9% (n = 1) respondentů na otázku neodpovědělo.

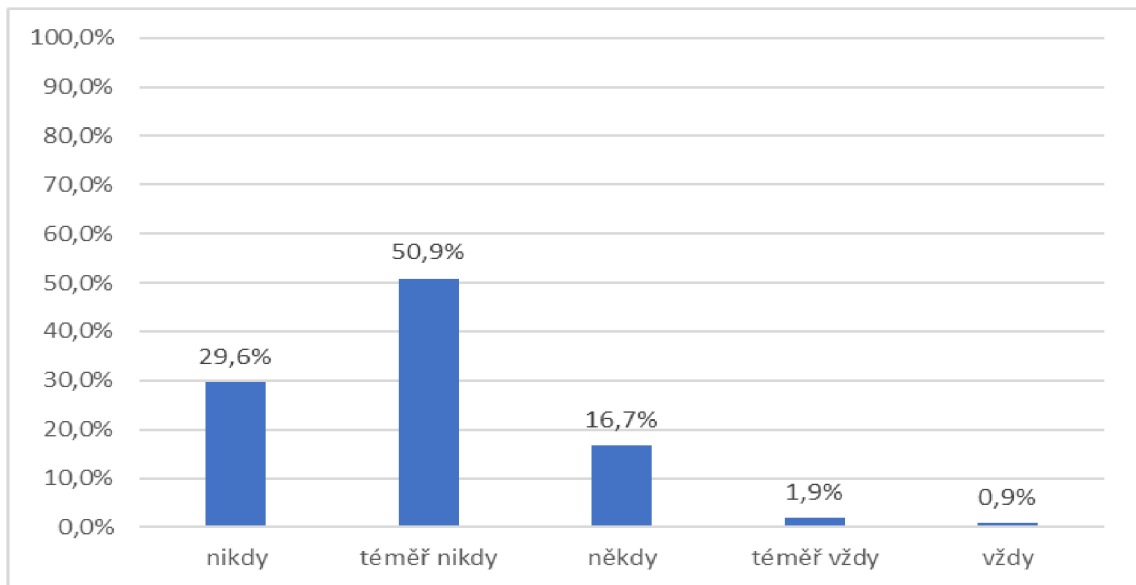
Graf 22 Zlepšování vědomostí a dovedností v péči



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 22 zjišťoval, zda respondenti považují za důležité se zlepšovat ve vědomostech a dovednostech v poskytování ošetrovatelské péče o pacienta z jiné kultury. A 3 odpověděli, že to za důležité nikdy nepovažují, 15 odpovědělo, že téměř nikdy, 37 nemělo vyhraněný názor, 34 to považují za důležité téměř vždy a 19 respondentů uvedlo, že vždy.

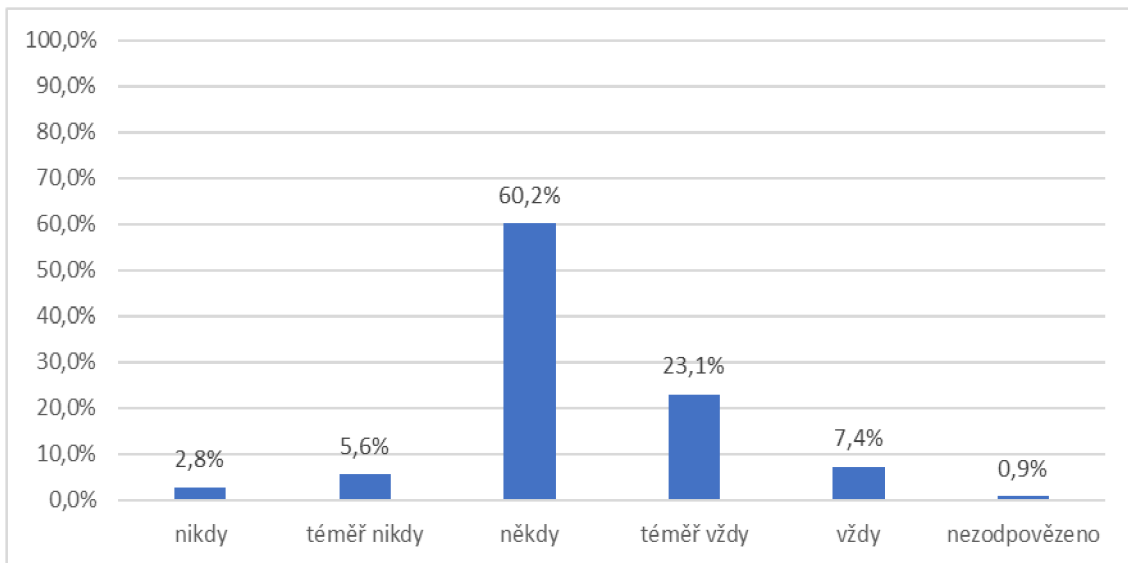
Graf 23 Pocit diskriminace k pacientovi jiné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 23 zkoumal, jestli respondenti mají pocit diskriminace vůči pacientům z jiné kultury. 29,6% (n = 32) uvedlo, že nikdy tento pocit nemají a 50,9% (n = 55), že téměř nikdy. Dále 16,7% (n = 18) někdy, 1,9% (n = 2) téměř vždy a 0,9% (n = 1) respondentů uvedlo vždy.

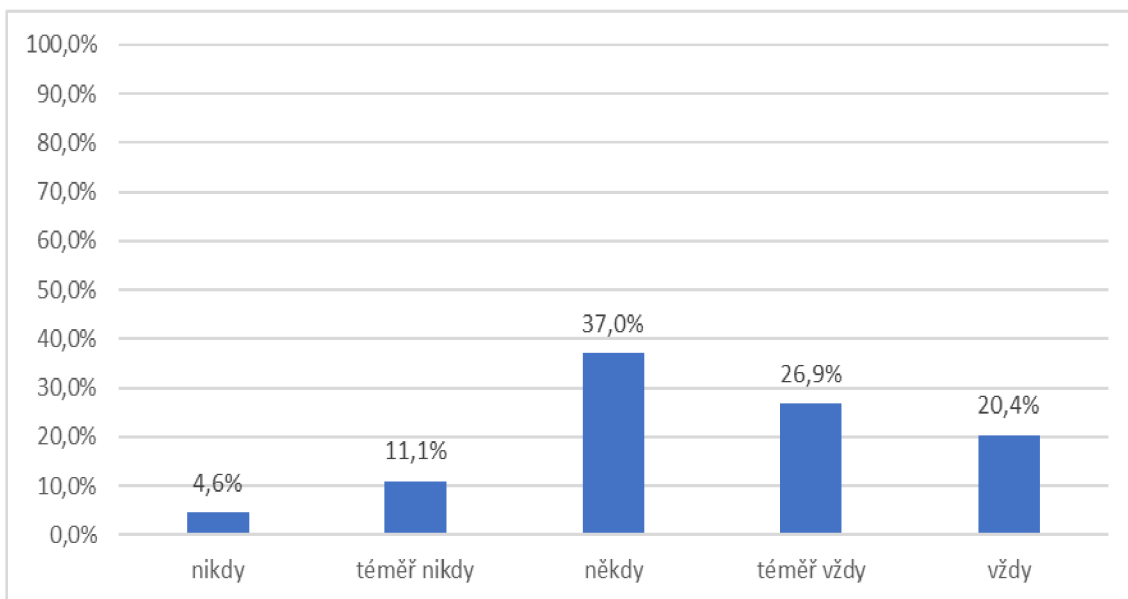
Graf 24 Odlišné vnímání zásad zdravotní péče



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 24 jsme zjišťovali, zda si respondenti uvědomují, že pacienti z jiné kultury mohou odlišně vnímat principy zdravotní péče. 2,8% (n = 3) odpovědělo, že nikdy, 5,6% (n = 6) odpovědělo téměř nikdy, 60,2% (n = 65) respondentů uvedlo někdy, 23,1% (n = 25) odpovědělo téměř vždy, 7,4% (n = 8) uvedlo, že si to uvědomují vždy a jeden respondent 0,9% (n = 1) neodpověděl na tuto otázku vůbec.

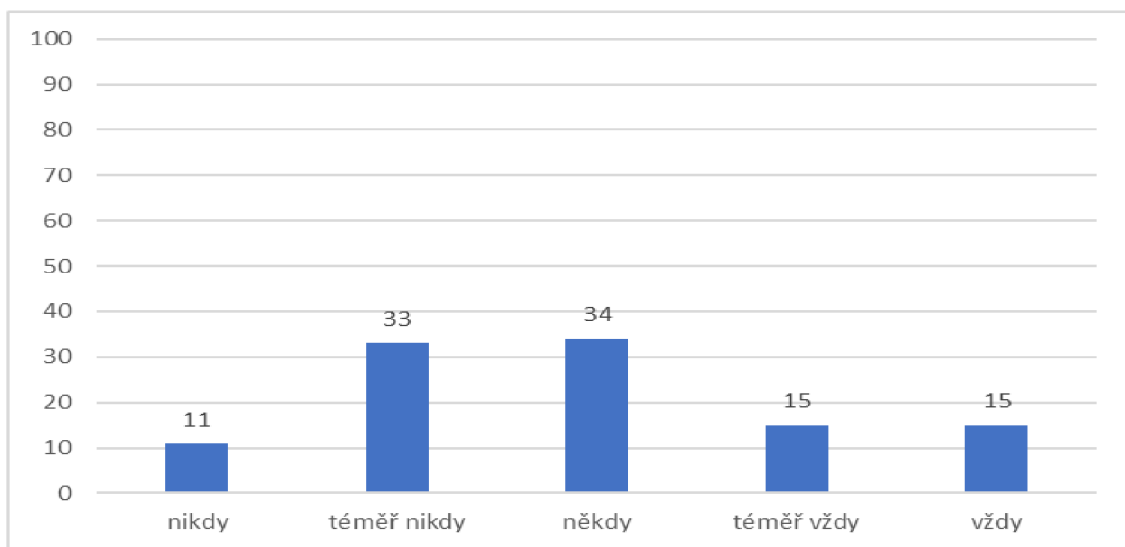
Graf 25 Důležitost diskutování s kolegy o problémech, při péči



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 25 zobrazuje, jak respondenti vnímají diskutování s kolegy za důležité při poskytování péče pacientům z odlišné kultury, když nastanou problémy. Nikdy odpovědělo 4,6% (n = 5) respondentů, 11,1% (n = 12) uvedlo, že téměř nikdy a 37,0% (n = 40) odpovědělo, že někdy. Poté 26,9% (n = 29) odpovědělo, že téměř vždy a z grafu můžeme také vidět, že 20,4% (n = 22) respondentů vždy bere za důležité diskutovat s kolegy o problémech při poskytování péče o pacienty z odlišné kultury.

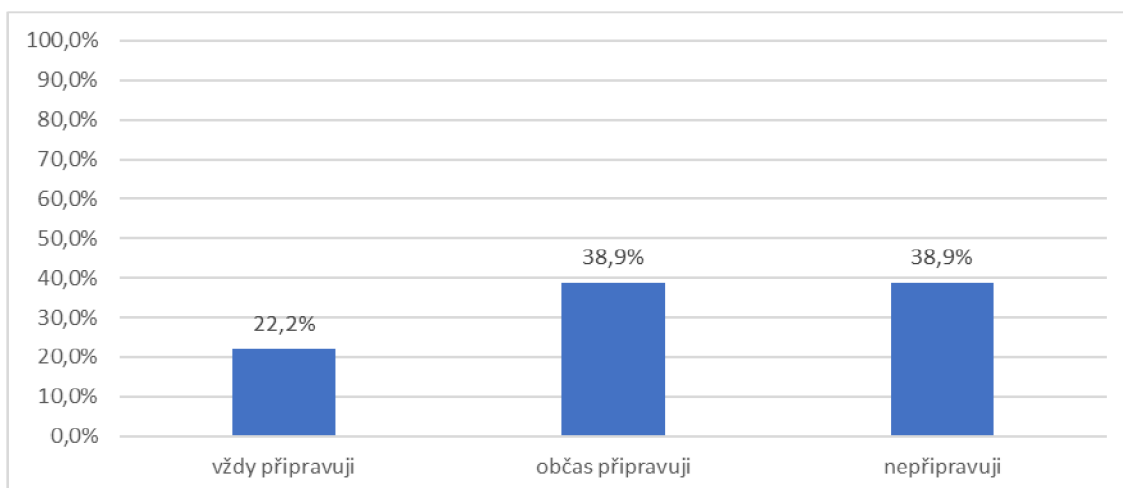
Graf 26 Integrovaní vhodného modelu do ošetrovatelského procesu



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 26 se ptala respondentů a 11 uvedlo, že nikdy nepovažují za důležité zavádět vhodný model do ošetrovatelského procesu. Dále odpovědělo 33, že téměř nikdy, 34 někdy a 15 téměř vždy. Za zavedení vhodného modelu do ošetrovatelské praxe za vždy důležité považuje 15 respondentů a volili by model, který je vhodný pro pacienty jiné kultury.

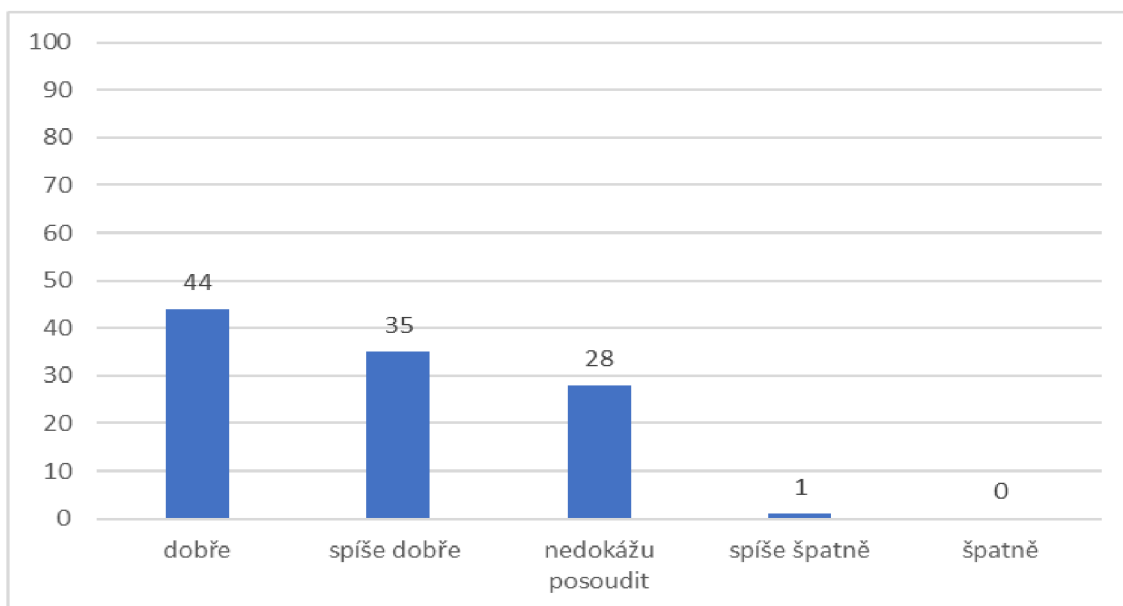
Graf 27 První návštěva u pacienta z jiné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 27 jsme zjišťovali od respondentů, co dělají, když je čeká první návštěva u pacienta z odlišné kultury. 22,1% (n = 24) odpovědělo, že se vždy připravují, 38,9% (n = 42) se připravuje občas a 38,9% (n = 42) se nepřipravuje.

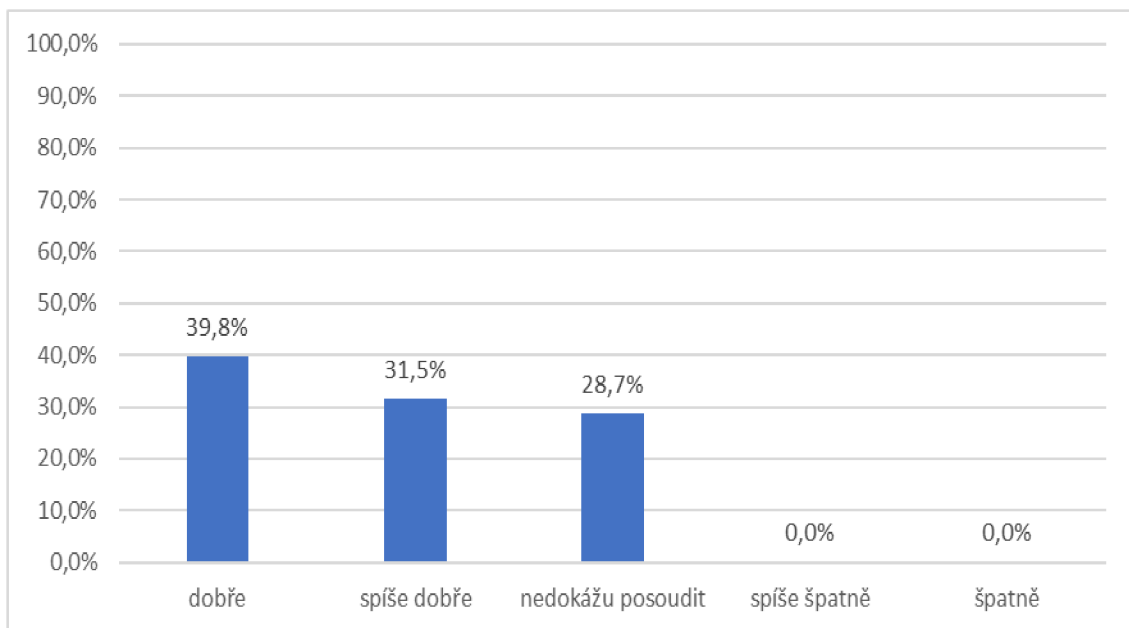
Graf 28 Přijmutí pacienty



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podle grafu č. 28 můžeme soudit, že 44 respondentů odpovídá, že je pacienti z odlišné kultury přijali dobře. 35 si myslí, že spíše dobře, 28 nedokáže posoudit a 1 si myslí, že spíše špatně. Nikdo z respondentů neodpověděl, že ho přijali špatně.

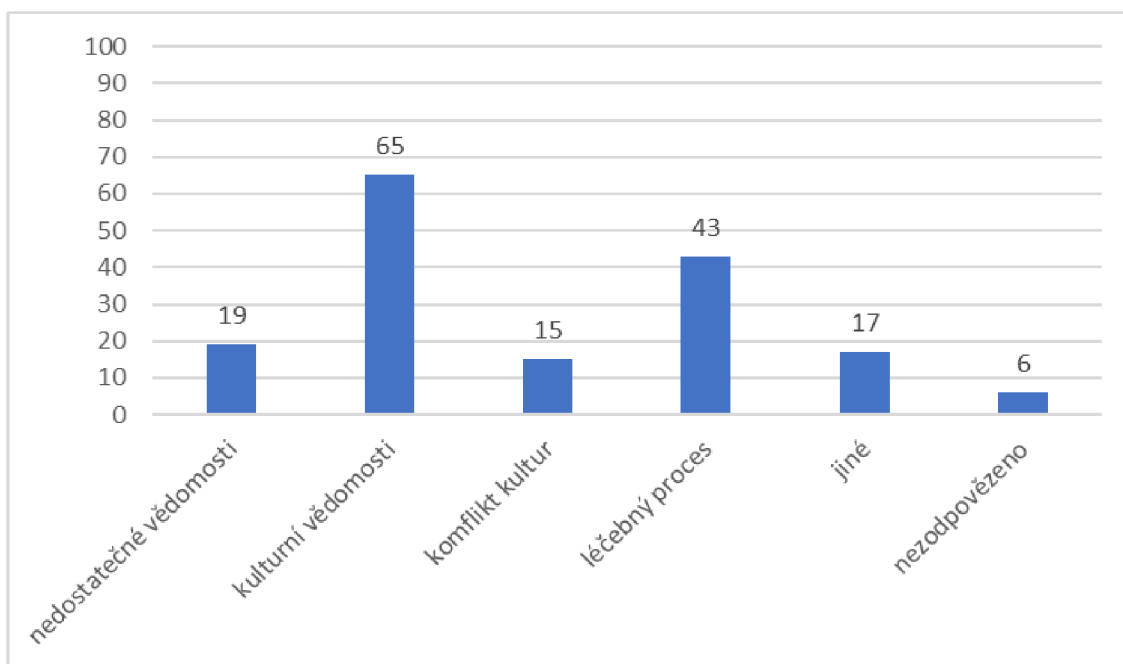
Graf 29 Přijmutí rodinou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 29 nám ukazuje, že 39,8% (n = 43) respondentů si myslí, že ho pacientova rodina z odlišné kultury přijala dobře. 31,5% (n = 34) si myslí, že ho přijala spíše dobře a 28,7% (n = 31) nedokáže posoudit. Žádný z respondentů si nemyslí a neodpověděl, spíše špatně či špatně.

Graf 30 Překážky při návštěvě

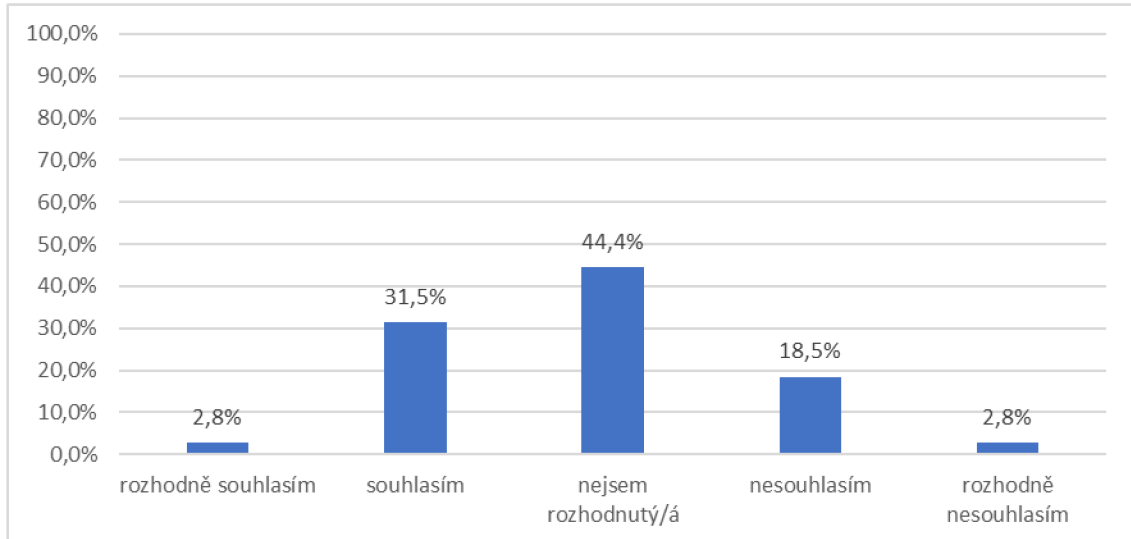


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 30 můžeme zjistit, s jakými překážkami se respondenti setkali při návštěvě pacienta z odlišné kultury. 19 uvedlo, že se setkali s nedorozuměním kvůli nedostatečným vědomostem o dané kultuře, 65 se setkalo s nedorozuměním kvůli komunikačním (jazykovým) dovednostem. Dále u 15 vzniklo nedorozumění z důvodu konfliktu dvou odlišných kultur, u 43 se objevila překážka v podobě nedodržování léčebného procesu kvůli kulturním přesvědčením a 17 uvedlo důvody jiné. Na tuto otázku neodpovědělo 6 respondentů.

5.2 Standardizovaná část dotazníku

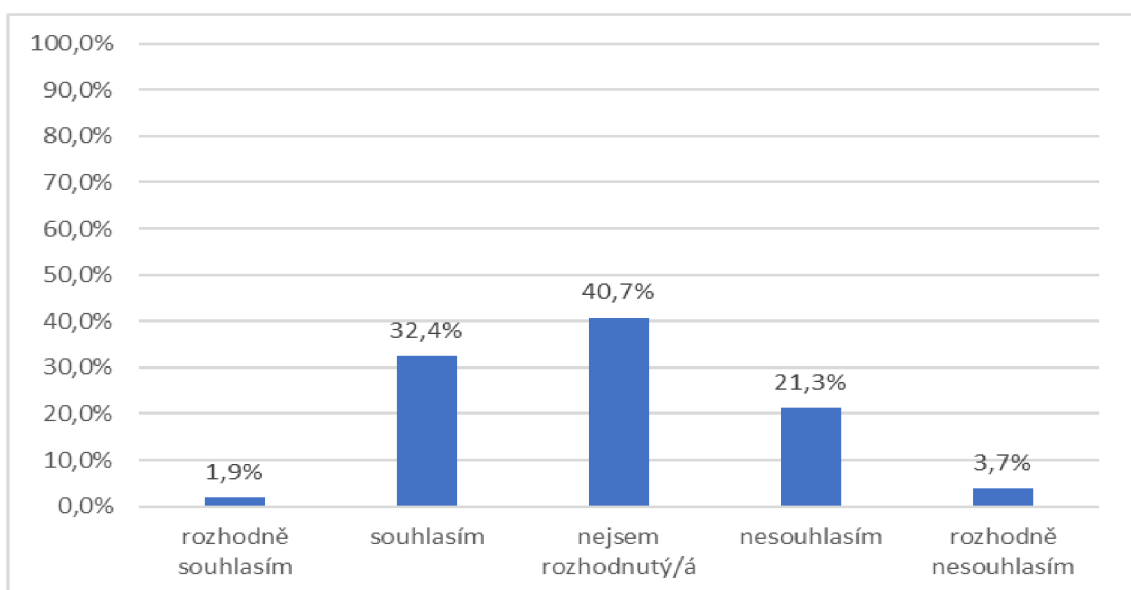
Graf 31 Dovednost vést a učit kolegy k vidění rozdílů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 31 se zabýval, zda respondenti umí vést a učit své kolegy k vidění rozdílů a podobností mezi rozdílnými kulturami. 2,8% (n = 3) uvedli, že rozhodně souhlasí, 31,5% (n = 34) souhlasí, 44,4% (n = 48) není rozhodnuto, 18,5% (n = 20) nesouhlasí a 2,8% (n = 3) rozhodně nesouhlasí s tím, že by své kolegy uměli vést a učit.

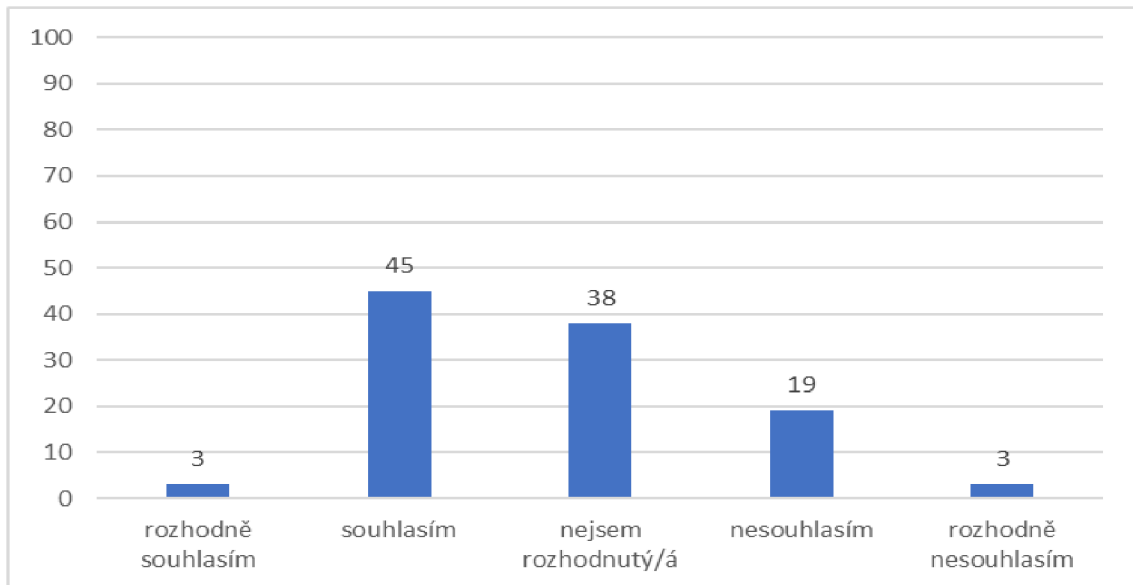
Graf 32 Dovednost vést a učit kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 32 můžeme vyčíst, že 1,9% (n = 2) respondenti rozhodně souhlasí s tím, že umí učit a vést své kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí u pacientů z odlišných kultur. 32,4% (n = 35) souhlasí, 40,7% (n = 44) není rozhodnuta, 21,3% (n = 23) nesouhlasí a 3,7% (n = 4) rozhodně s tímto tvrzením nesouhlasí.

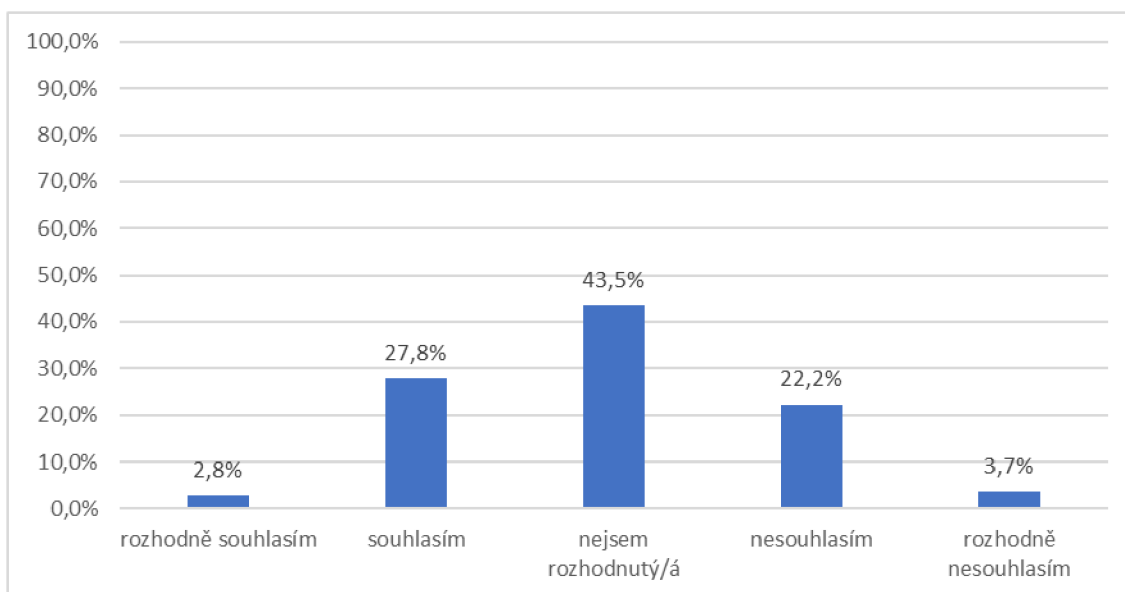
Graf 33 Ilustrace komunikačních schopností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 33 nám znázorňuje odpovědi respondentů na tvrzení, zda zvládnou na příkladech ilustrovat komunikační schopnosti s pacienty z různých kultur. 3 respondenti s tvrzením rozhodně souhlasí, 45 souhlasí, 38 není rozhodnuto, 19 nesouhlasí a 3 respondenti rozhodně nesouhlasí.

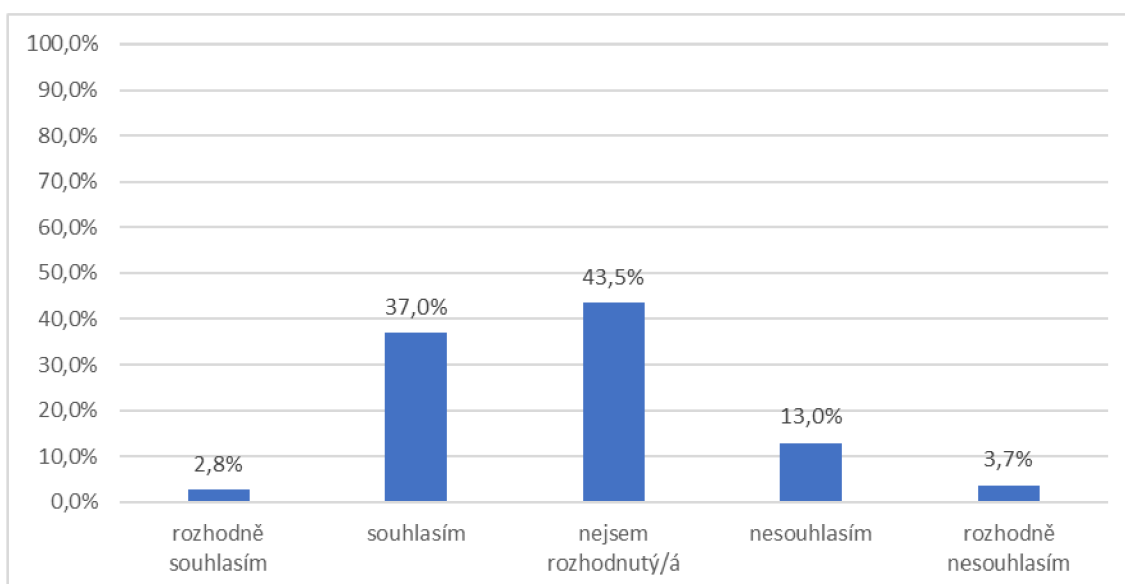
Graf 34 Dovednost vést a učit ke komunikačním dovednostem



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podle grafu č. 34 můžeme soudit, že 3,8% (n = 3) respondentů rozhodně souhlasí s tvrzením, že zvládnou vést a učit své kolegy ke komunikačním schopnostem s pacienty z odlišných kultur. 27,8% (n = 30) souhlasí, 43,5% (n = 47) není rozhodnuto, 22,2% (n = 24) nesouhlasí a nakonec s tvrzením 3,7% (n = 4) rozhodně nesouhlasí.

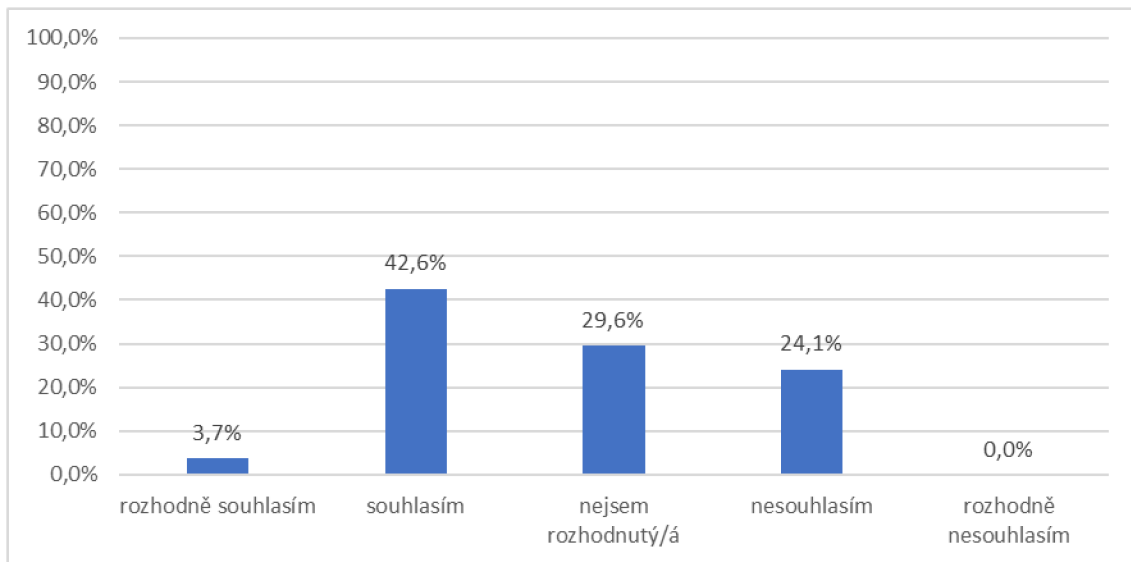
Graf 35 Interpretování vlivu kulturních faktorů na postoj ke zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 35 nám znázorňuje, jak respondenti odpovídali, zda dokážou pacientům z odlišných etnických skupin interpretovat vliv kulturních faktorů na postoj ke zdraví či nemoci. 2,8% (n = 3) s tvrzením rozhodně souhlasí, 37,0% (n = 40) souhlasí, 43,5% (n = 47) není rozhodnuto, nesouhlasí potom 13,0% (n = 14) respondentů a rozhodně jich nesouhlasí 3,7% (n = 4).

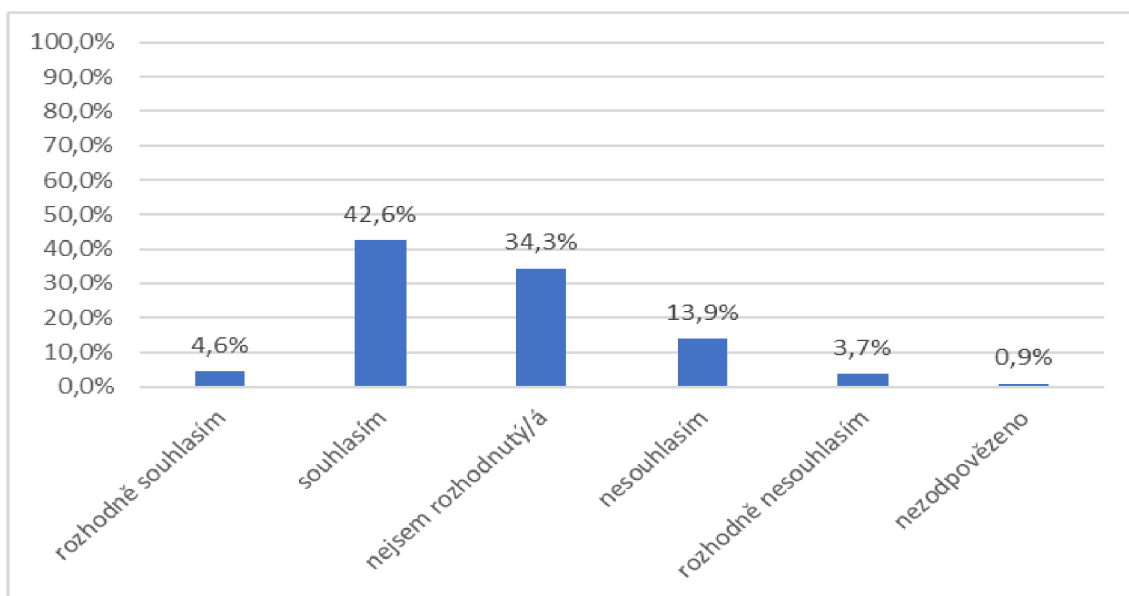
Graf 36 Sbíráni informací o postoji pacienta ke zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 36 můžeme vidět, že 3,7% (n = 4) respondentů rozhodně souhlasí s tvrzením a myslí si, že sbírat informace o postoji pacienta ke zdraví či nemoci je velmi jednoduché. Souhlasí s tím 42,6% (n = 46) respondentů, 29,6% (n = 32) není rozhodnuta a 24,1% (n = 26) nesouhlasí. Nikdo z respondentů nevedl, že by rozhodně nesouhlasil.

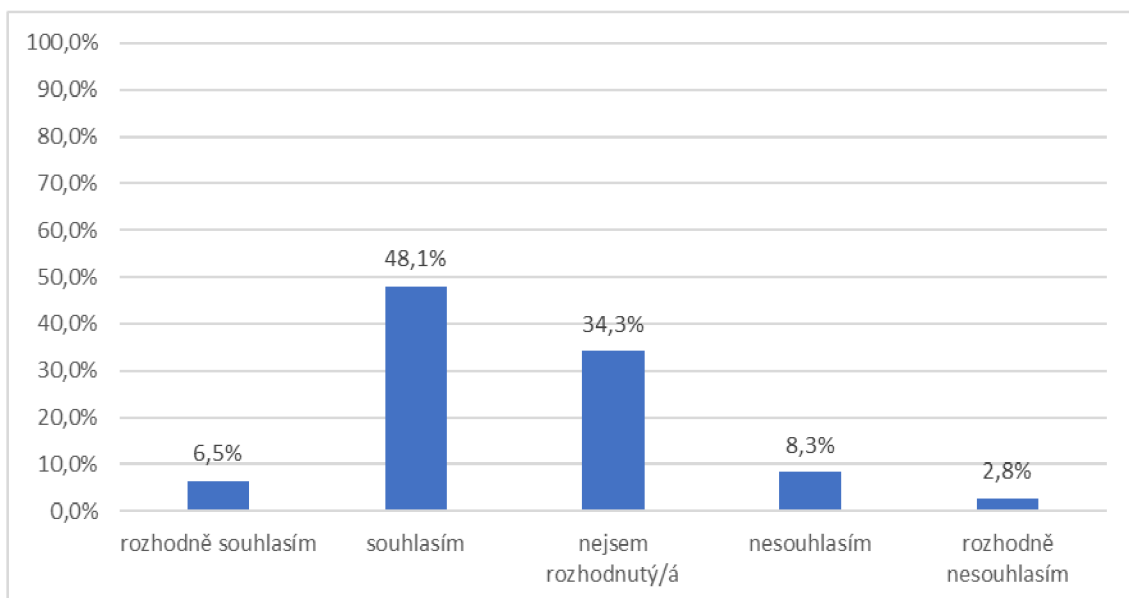
Graf 37 Učit a vést kolegy ke kulturní citlivosti zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 7 se snažil zjistit, zda respondenti umí učit a vést kolegy ku kulturní citlivosti zdraví a nemoci. 4,6% (n = 5) rozhodně souhlasí, 42,6% (n = 46) souhlasí, 34,3% (n = 37) není rozhodnuto, 13,9% (n = 15) nesouhlasí a s tvrzením rozhodně nesouhlasí 3,7% (n = 4). Na otázku neodpovědělo 0,9% (n = 1) respondentů.

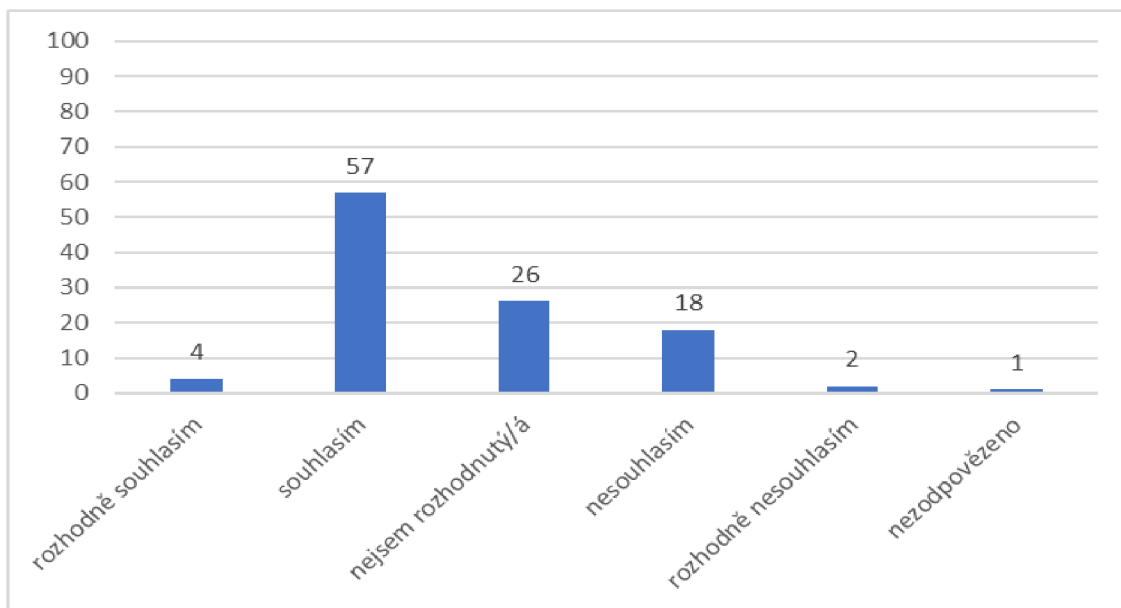
Graf 38 Učit a vést kolegy k přijatelnému chování při poskytování péče



(Zdroj vlastní výzkum)

Z grafu č. 38 můžeme vyčíst, že 6,5% (n = 7) respondentů rozhodně souhlasí a 48,1% (n = 52) souhlasí s prohlášením, že dokážou učit a vést své kolegy k přijatelnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům z odlišných kultur. Potom 34,3% (n = 37) není rozhodnuto, 8,3% (n = 9) nesouhlasí a 2,8% (n = 3) rozhodně s prohlášením nesouhlasí.

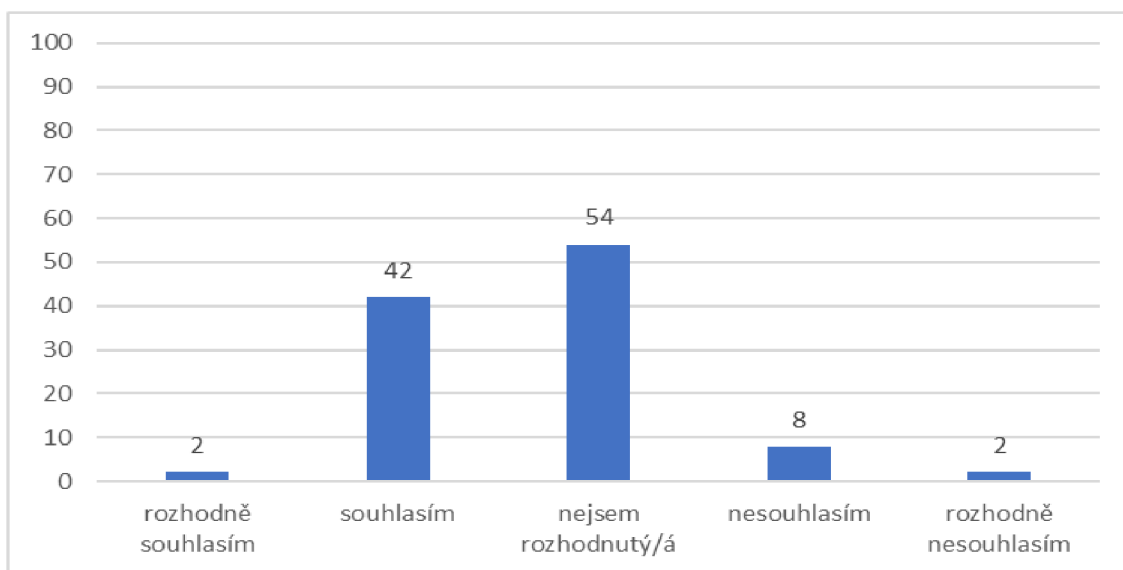
Graf 39 Seznámení s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 39 jsem zjišťovali zda respondenti souhlasí s prohlášením, že jsou seznámeni s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví či nemoci. S prohlášením rozhodně souhlasí 4 a souhlasí 57, dále není rozhodnuto 26, nesouhlasí 18 respondentů a rozhodně nesouhlasí 2 a na otázku vůbec neodpověděl 1 respondent.

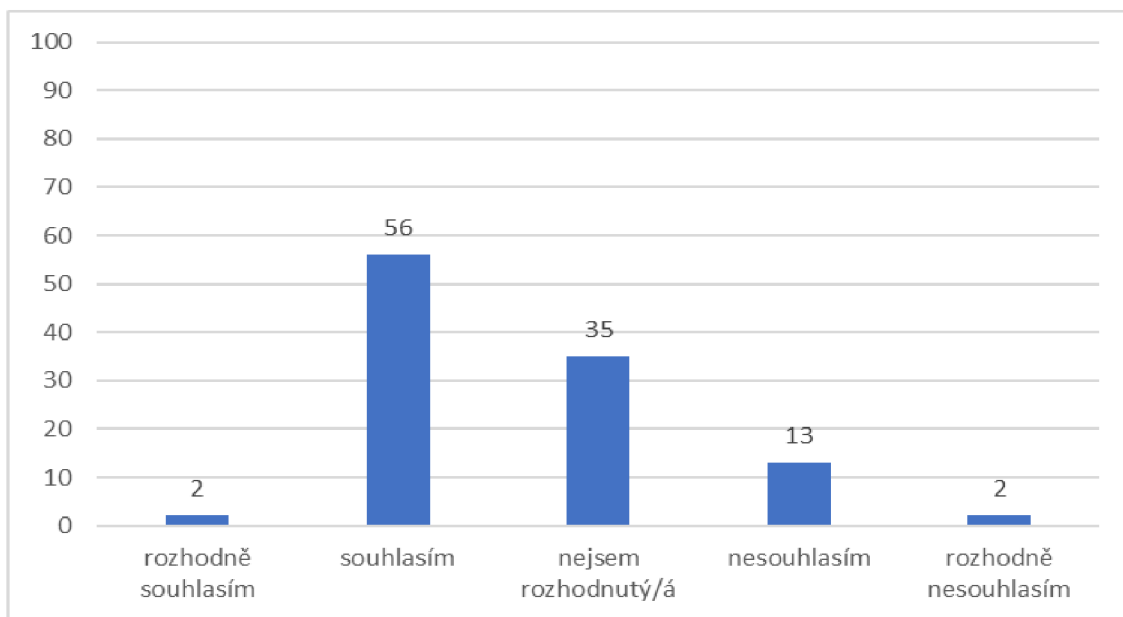
Graf 40 Interpretace vlivu kultury na pacienty v oblasti zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 40 můžeme vidět, že 2 respondenti rozhodně souhlasí a 42 souhlasí s tvrzením, že umí interpretovat vliv kultury na klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví či nemoci. Potom můžeme vidět, že 54 není rozhodnuto, 8 nesouhlasí a 2 rozhodně s tvrzením nesouhlasí.

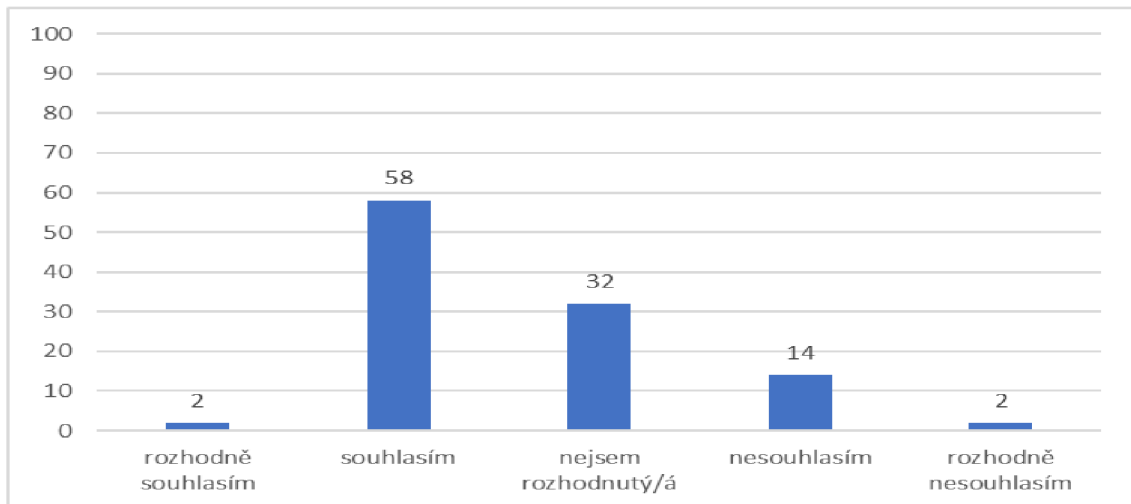
Graf 41 Umět uvádět metody či způsoby sběru informací



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 41 se ptala, zda jsou respondenti schopni uvést metody či způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech. 2 uvedli, že rozhodně souhlasí, 56 souhlasí a 35 není rozhodnuto. Naopak 13 jich nesouhlasí a 2 rozhodně nesouhlasí.

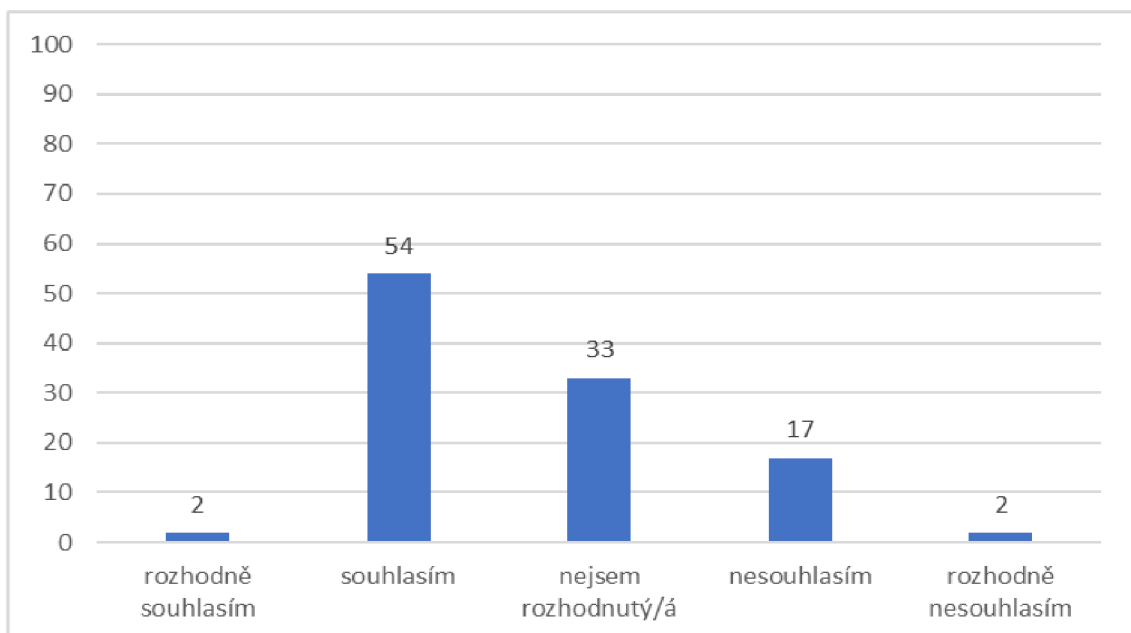
Graf 42 Srovnání názorů na zdraví/nemoc pacientů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 42 jsem zjišťovali, zda respondenti dokážou srovnat názory na zdraví či nemoc pacientů z odlišných kultur. 2 rozhodně souhlasí, 58 souhlasí a zvládli by názory srovnat. 32 není rozhodnuto, 14 nesouhlasí a 2 rozhodně nesouhlasí.

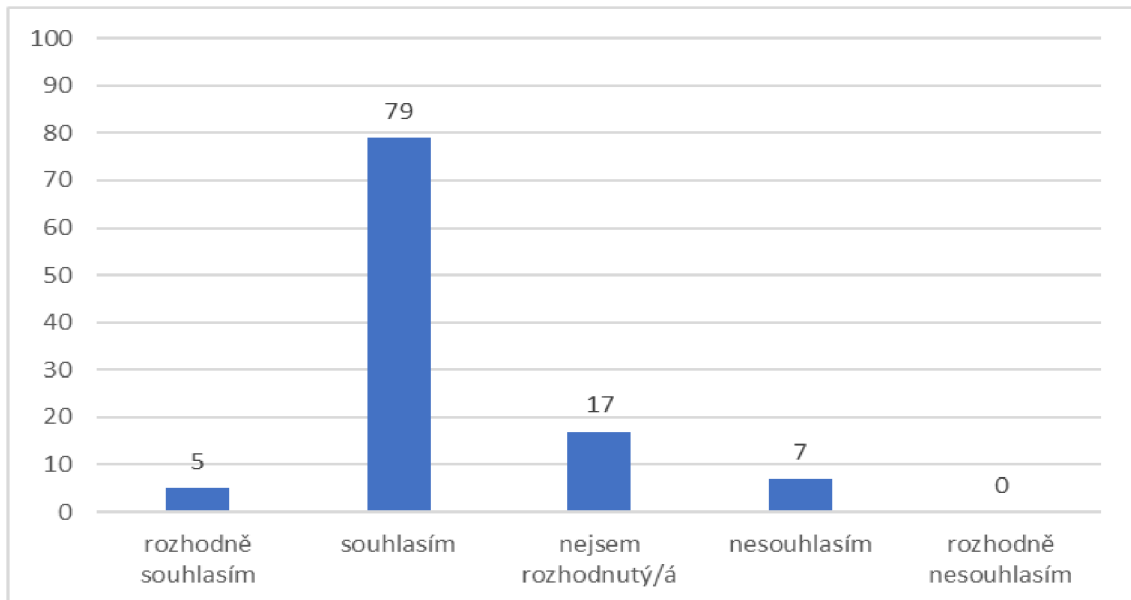
Graf 43 Zjistit potřeby péče o pacienta



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 43 nám zobrazuje, že 2 respondenti rozhodně souhlasí a 54 souhlasí s tím, že by zvládli snadno zjistit potřeby péče o pacienta z odlišných kultur. 33 není rozhodnuto, 17 nesouhlasí a nakonec 2 respondenti uvedli, že rozhodně nesouhlasí a nezvládli by snadno zjistit potřeby péče o pacienta z odlišné kultury.

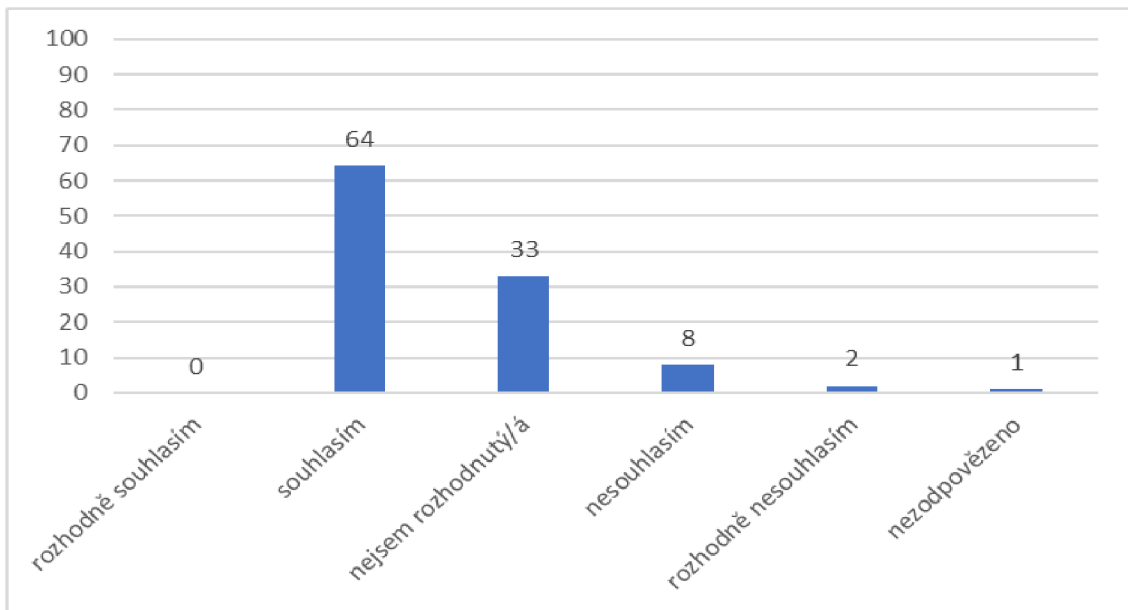
Graf 44 Uskutečňování potřeb pacienta při poskytování ošetrovatelských intervencí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 44 můžeme vyčíst, že s tvrzením rozhodně souhlasí 5 respondentů a zvládli by při poskytování ošetrovatelských intervencí naplnit potřeby pacienta z odlišných kultur. Dále můžeme vyčíst, že 79 s tvrzením souhlasí, 17 není rozhodnuto, 7 nesouhlasí a nikdo z respondentů nevedl, že by rozhodně nesouhlasil.

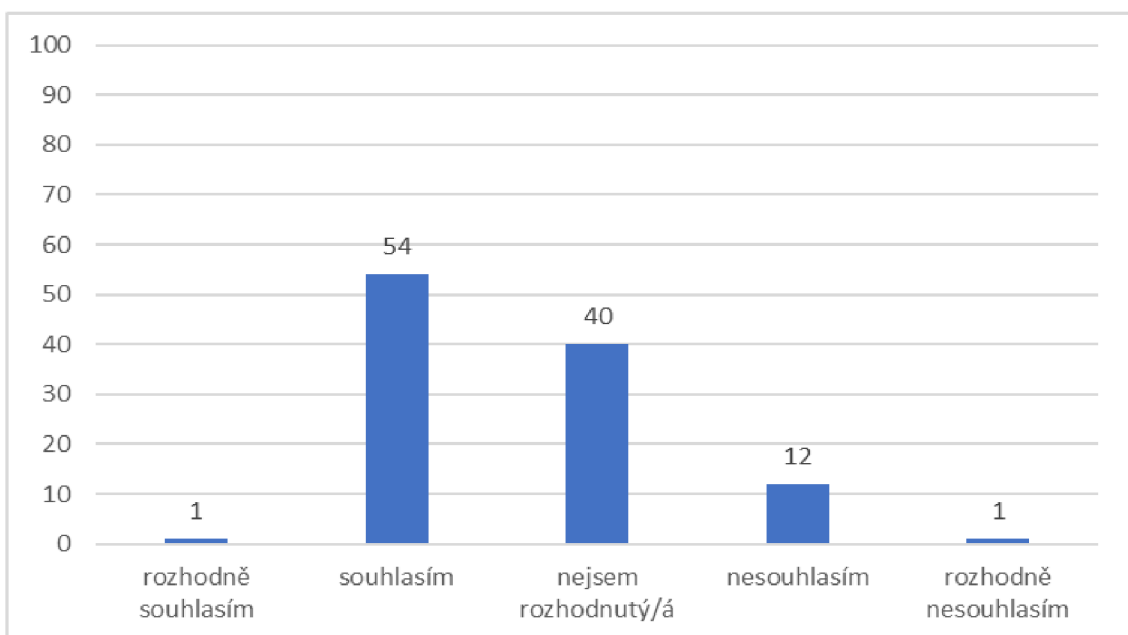
Graf 45 Možné souvislosti mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou u pacienta



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 45 nám zjišťoval, jestli respondenti umí vysvětlit možné souvislosti mezi názorem na zdraví či nemoc a kulturou u pacienta. Nikdo z respondentů nevedl, že by rozhodně souhlasil, až poté 64 jich souhlasí s tvrzením, 33 respondentů není rozhodnuto, 8 jich nesouhlasí a 2 rozhodně nesouhlasí. Na otázku neodpověděl 1 respondent.

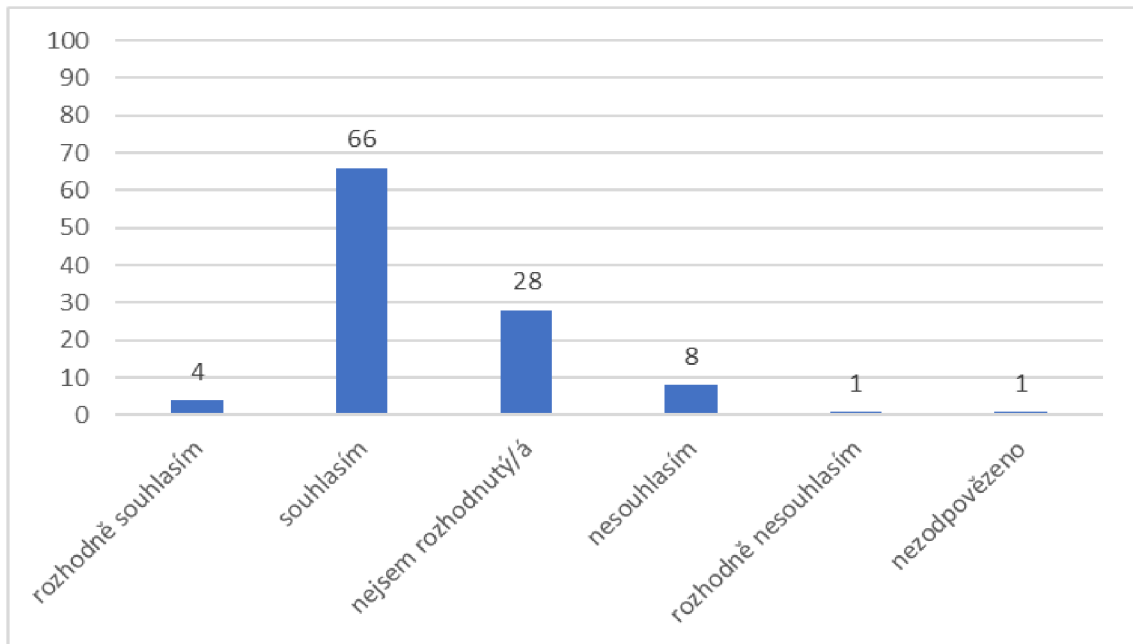
Graf 46 Určení ošetrovatelských cílů dle kulturního prostředí každého pacienta



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zda dokážou respondenti určit ošetrovatelské ciele dle kulturních prostředí každého pacienta jsem se ptali v grafu č. 46. Dle toho můžeme vyčíst, že 1 respondent rozhodně souhlasí, 54 souhlasí, 40 jich není rozhodnuto, 12 nesouhlasí a 1 rozhodně s tvrzením, že by zvládli určit ošetrovatelské ciele nesouhlasí.

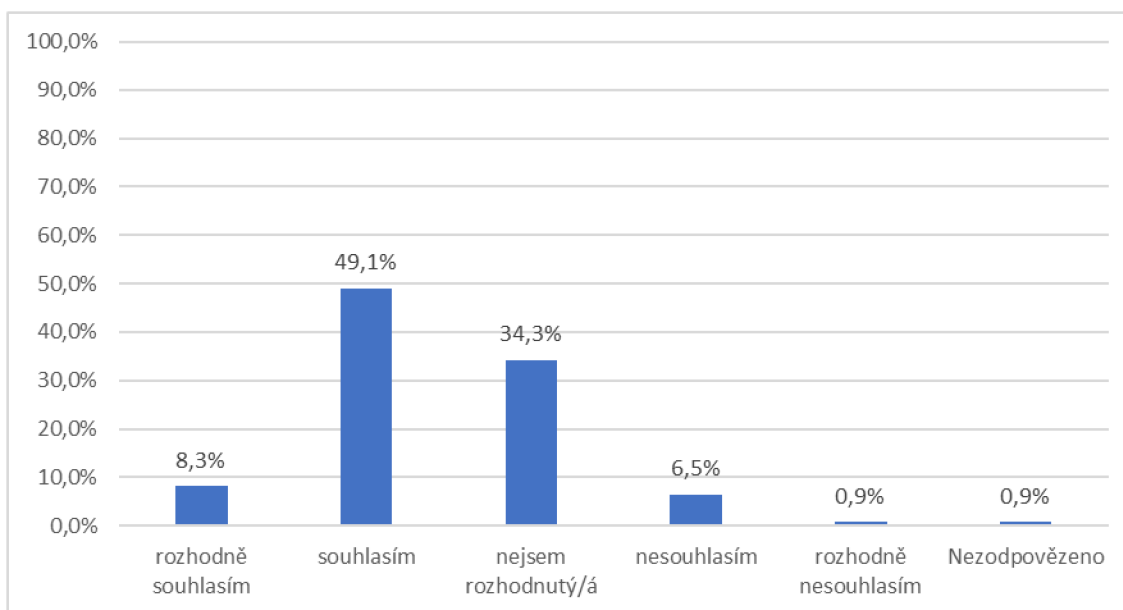
Graf 47 Aktivně pochopit víru rozdílných kulturních skupin



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z otázky č. 47 vyplývá, že 4 respondenti rozhodně souhlasí s tím, že se obvykle aktivně snaží pochopit víru rozdílných kulturních skupin. Z grafu můžeme dále vyčíst, že největší část respondentů 66 s tvrzením souhlasí. Není rozhodnuto 28, nesouhlasí 8 a 1 respondent rozhodně nesouhlasí. Na otázku neodpověděl 1 respondent.

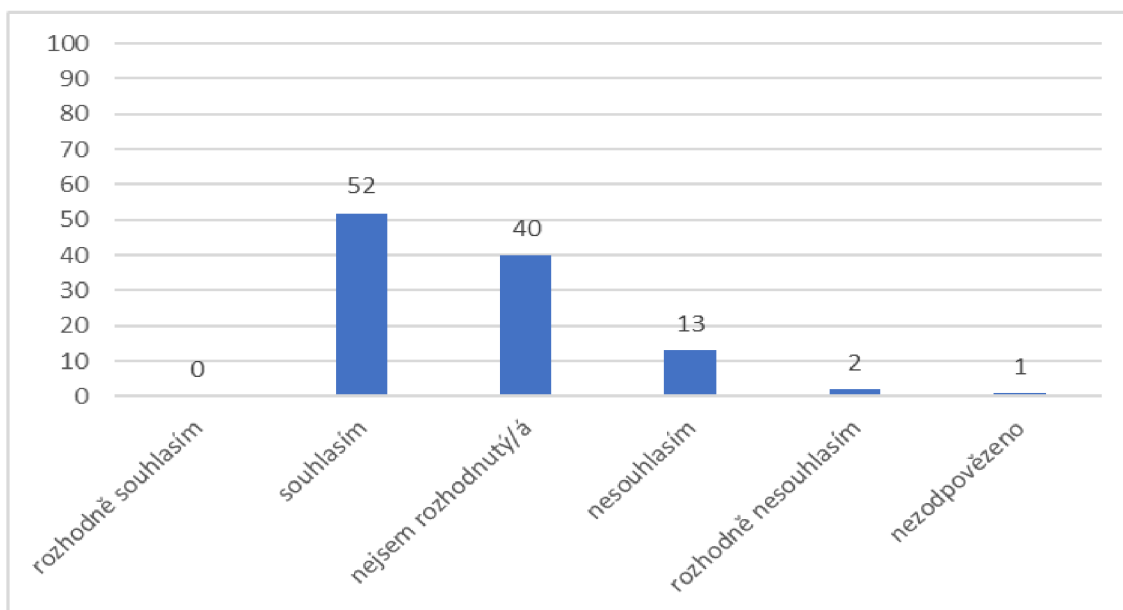
Graf 48 Počínání se při péči o pacienty obvykle příliš neliší od kulturních norem



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 48 jsme zjistili, jestli se u respondentů při péči o pacienty z odlišných kultur jejich počínání obvykle neliší od jejich kulturních norem. 8,3% (n = 9) uvedlo, že rozhodně souhlasí, 49,1% (n = 53) souhlasí, 34,3% (n = 37) není rozhodnuto, 6,5% (n = 7) nesouhlasí a 0,9% (n = 1) rozhodně nesouhlasí. Na tuto otázku neodpovědělo 0,9% (n = 1) respondentů.

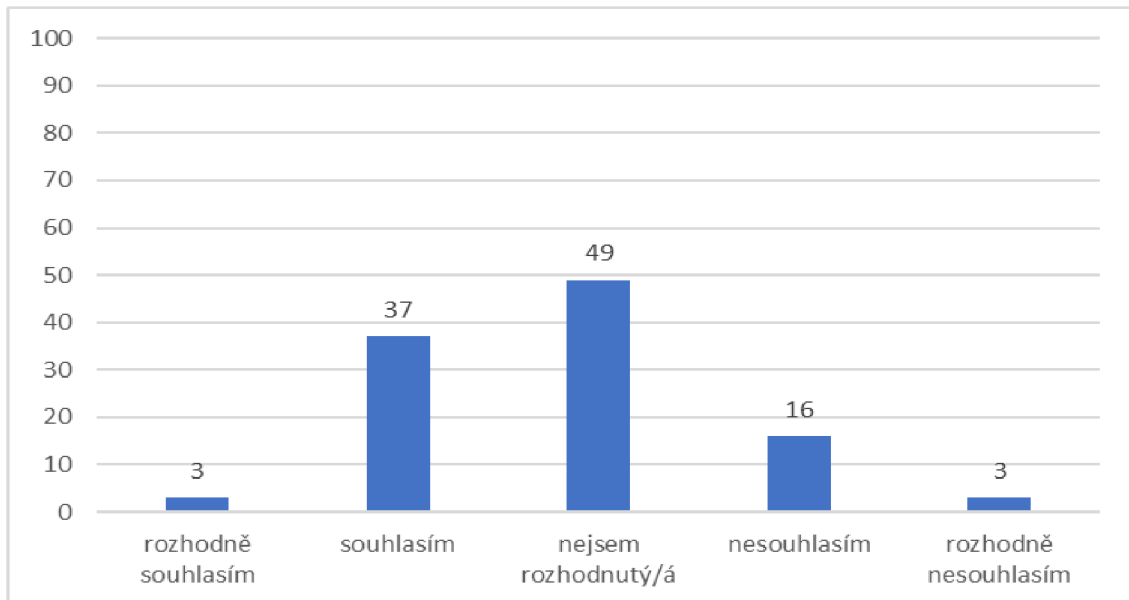
Graf 49 Vést a učit kolegy ke vnímání odlišností a podobností mezi rozdílnými kulturami



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 49 nám znázorňuje, jak respondenti odpovídali na tvrzení, zda dokážou učít a vést své kolegy ke vnímání odlišností a podobností mezi rozdílnými kulturami. Žádný z respondentů neodpověděl, že by rozhodně souhlasil, 52 odpovědělo, že souhlasí, 40 není rozhodnuto, 13 nesouhlasí a 2 rozhodně nesouhlasí. 1 z respondentů neodpověděl.

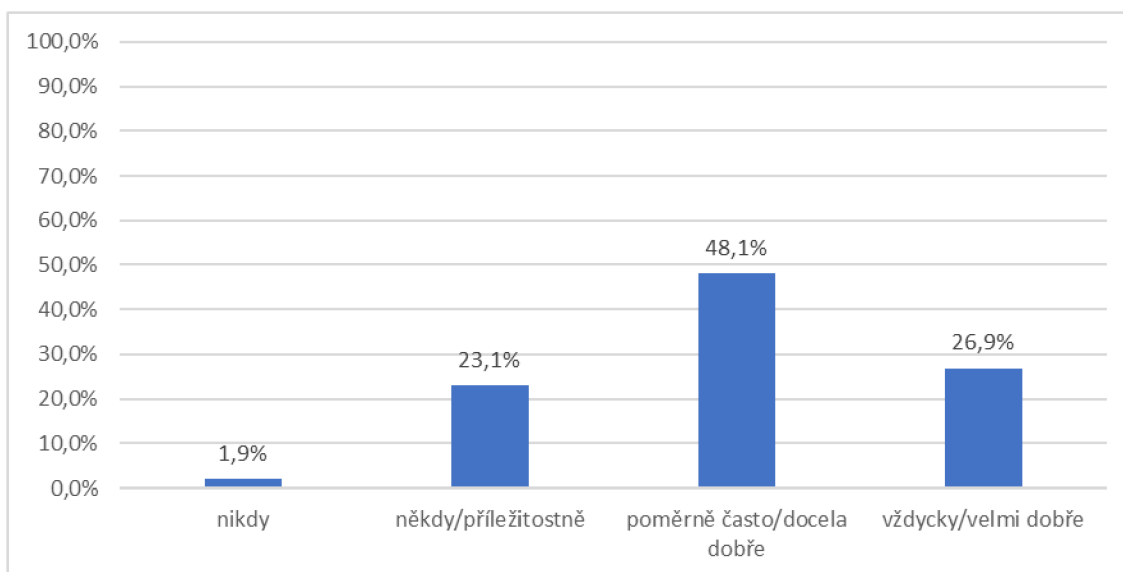
Graf 50 Učit a řídit kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 50 můžeme vyčíst, že 3 respondenti rozhodně souhlasí s tím, že dokážou učít a řídit své kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty z rozdílných kultur. Dále 37 souhlasí, 49 není rozhodnuto, 16 nesouhlasí a 3 rozhodně nesouhlasí.

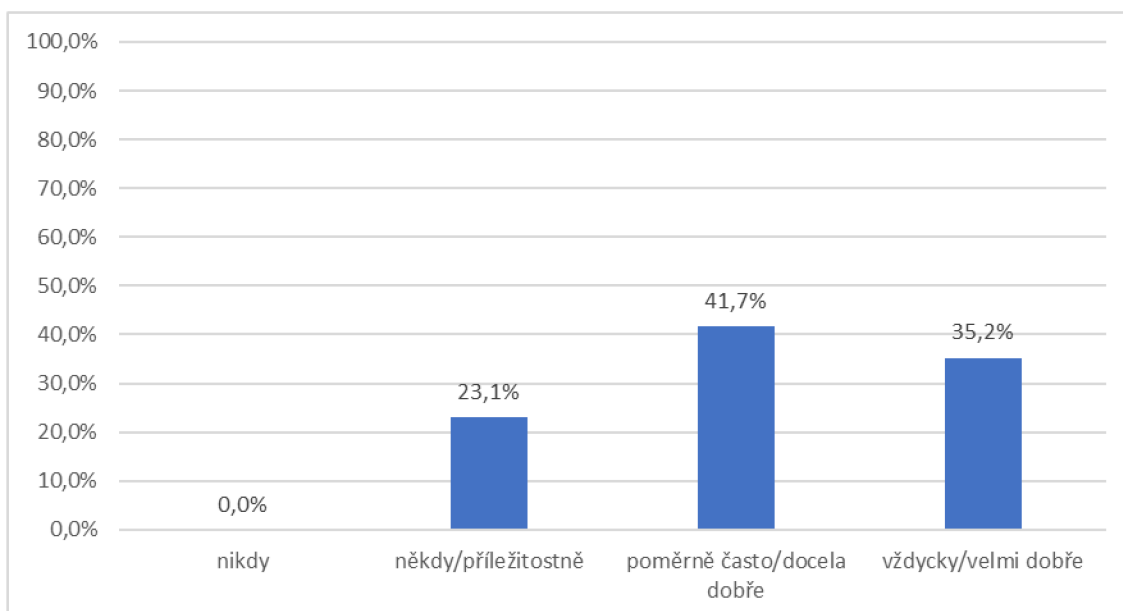
Graf 51 Hodnotová diverzita – lidská rozdílnost je pozitivní a je příčinou k radosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 51 nám ukazuje, jak respondenti odpovídali na tvrzení, že lidskou rozdílnost považují za pozitivní a je příčinou k radosti. 1,9% (n = 2) odpovědělo nikdy, 23,1% (n = 25) někdy/příležitostně, 48,1% (n = 52) poměrně často/docela dobře a nakonec 26,9% (n = 29) odpovědělo vždycky/velmi dobře.

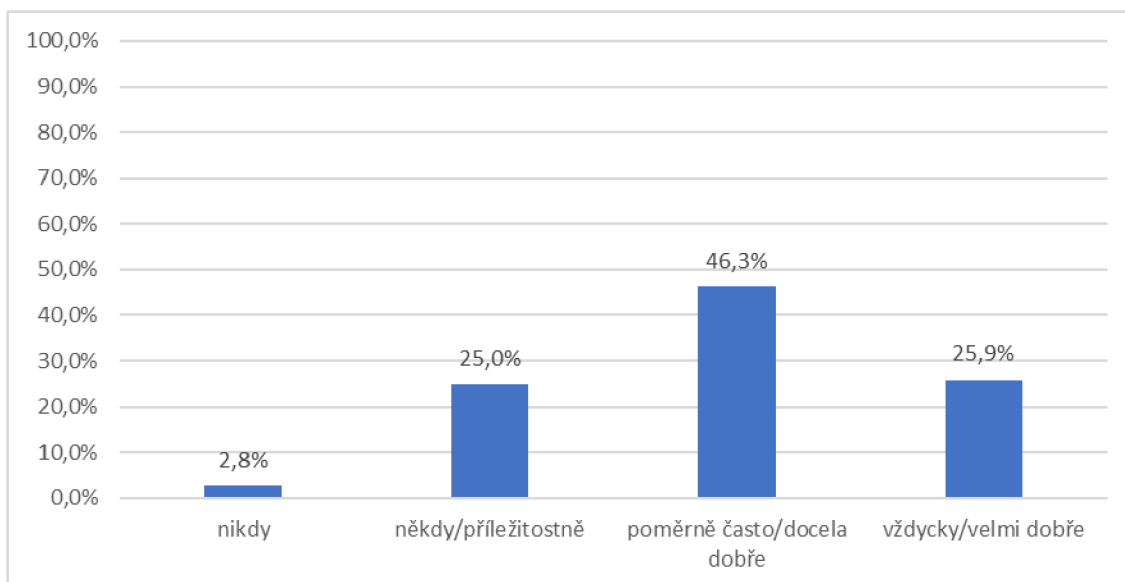
Graf 52 Poznání sebe sama – zřetelně chápat svoji etnickou, kulturní a rasovou identitu



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 52 nám zjistil, že žádný z respondentů neodpověděl nikdy na otázku, zda zřetelně chápou svoji etnickou, kulturní a rasovou identitu. Poté 23,1% (n = 25) odpovědělo někdy/příležitostně, 41,7% (n = 45) poměrně často/docela dobře a 35,2% (n = 38) vždycky/velmi dobře.

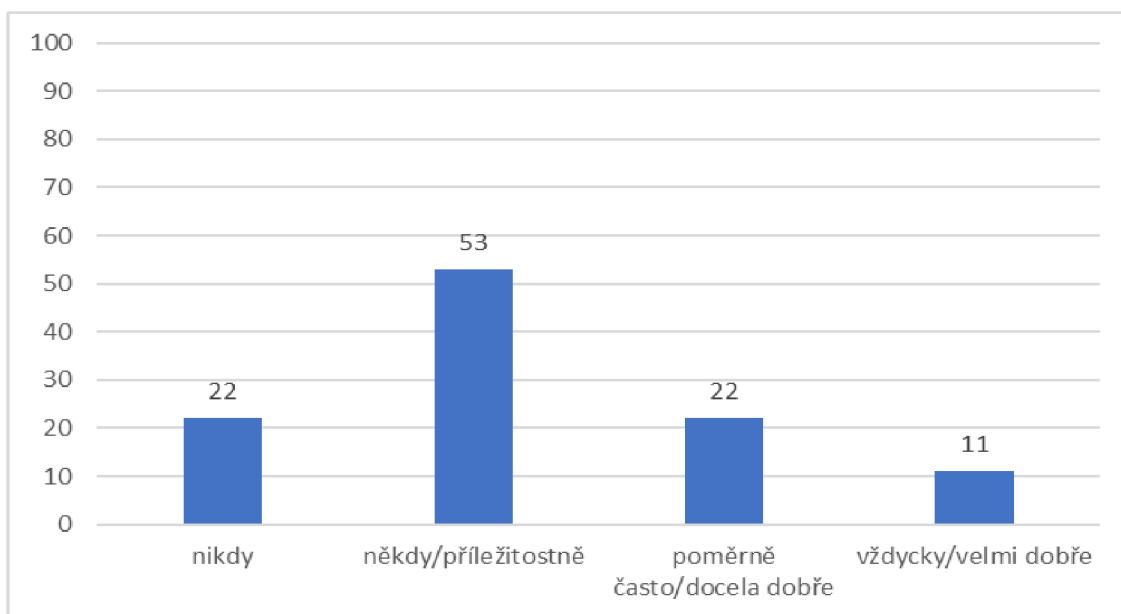
Graf 53 Sdílení kultury – důležitost pochopení své vlastní kultury k poznání jiných



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 53 jsme se ptali respondentů, zda si uvědomují, že pokud se chtějí více dozvědět o jiných, musí pochopit svoji vlastní kulturu a musí být připraveni se o ni podělit. 2,8% (n = 3) odpovědělo nikdy, 25,0% (n = 27) někdy/příležitostně, 46,3% (n = 50) poměrně často/docela dobře a 25,9% (n = 28) odpovědělo vždycky/velmi dobře.

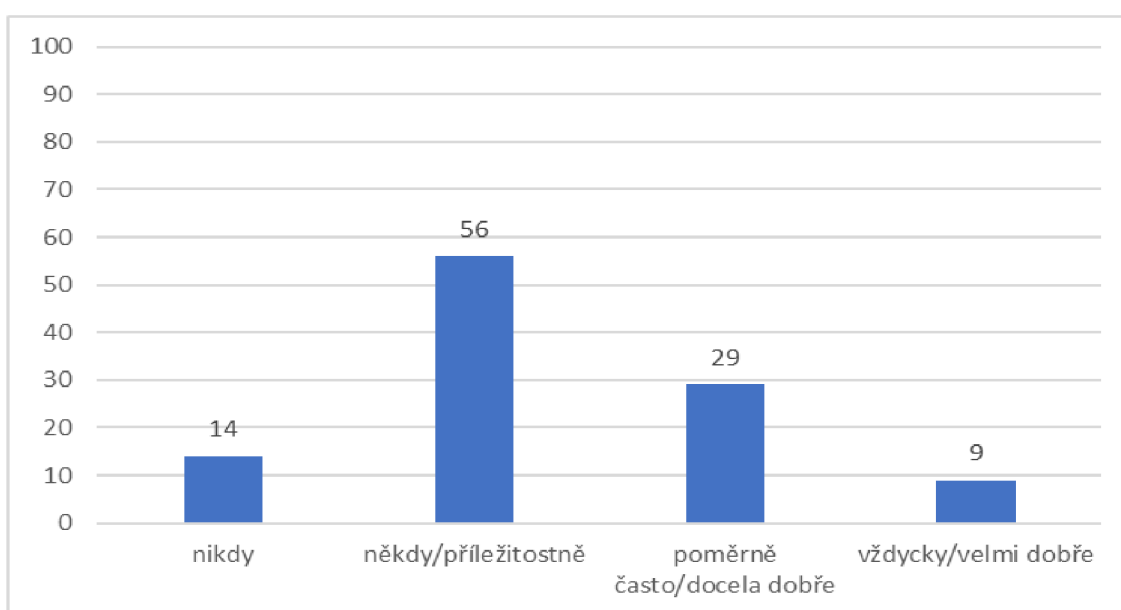
Graf 54 Uvědomění nekomfortních zón - setkávání s jinou rasou, ...



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 54 zjišťovala, uvědomění si nekomfortních zón u respondentů. Zda jsi jsou vědomi svého diskomfortu při setkání s odlišnou rasou, barvou pleti, náboženstvím, sexuální orientací, jazykem a etnickým původem. 22 uvedlo nikdy, 53 někdy/příležitostně, 22 poměrně často/docela dobře a 11 uvedlo, že jsi jsou vědomi diskomfortu vždycky/velmi dobře.

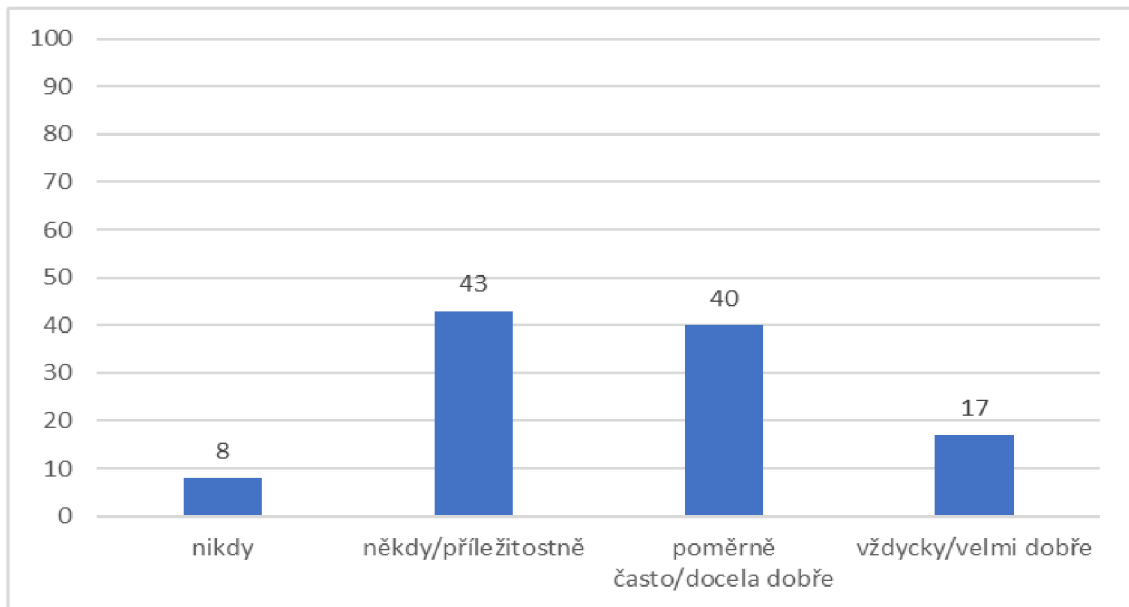
Graf 55 Kontrola předpokladů – předsudky o lidech z odlišných kultur



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 55 se zabírala tím, zda si respondenti uvědomují své předsudky o lidech z odlišných kultur. 14 odpovědělo, že si to neuvědomují nikdy, dále 56 někdy/příležitostně, 29 poměrně často/docela dobře a 9 odpovědělo vždycky/velmi dobře.

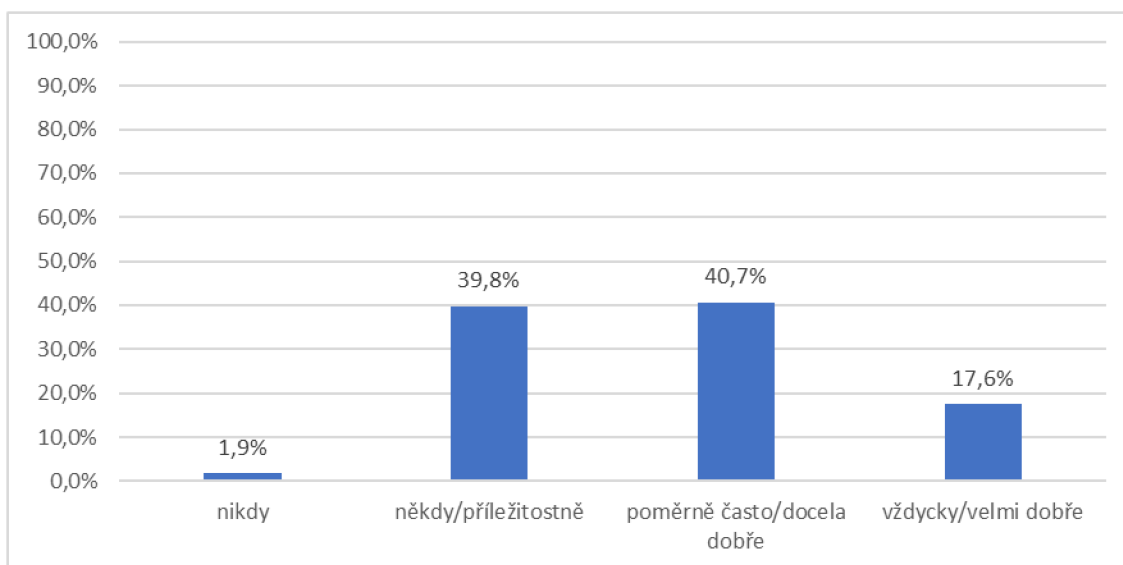
Graf 56 Zpochybnění stereotypů – uvědomování si zjištěných stereotypů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 56 můžeme vyčíst odpovědi respondentů ohledně zpochybnění svých stereotypů. Zda si své stereotypy, které se ukázali, uvědomují a vyvinuli si osobní strategie pro snížení škod, které by mohly způsobit. 8 respondentů odpovědělo nikdy, 43 někdy/příležitostně, 40 poměrně často/docela dobře a 17 vždycky/velmi dobře.

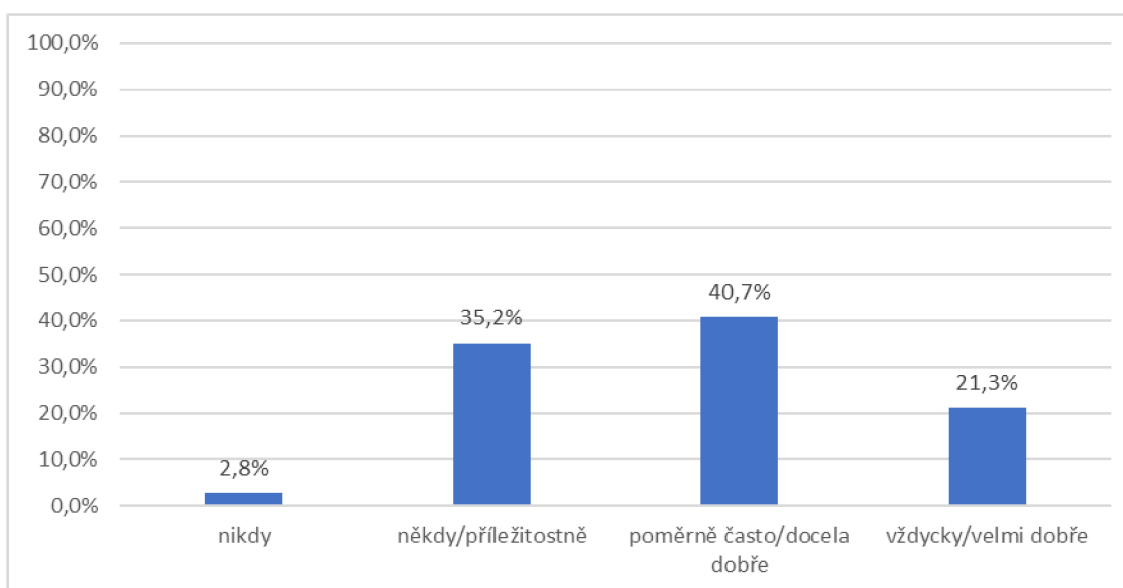
Graf 57 Reflexe vlivu kultury – vliv vlastní kultury na mínění o přijatelném chování



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 57 nám zobrazuje odpovědi na otázku reflexe vlivu vlastní kultury na úsudek. Zeptali jsme se respondentů, zda si uvědomují jak jejich vlastní kultura ovlivňuje mínění o tom, co je přijatelné, normální či přijatelnější chování, hodnoty a styly komunikace. 1,9% (n = 2) odpovědělo nikdy, 39,8% (n = 43) někdy/příležitostně, 40,7% (n = 44) poměrně často/docela dobře, 17,6% (n = 19) pak na otázku odpovědělo, že vždycky/velmi dobře.

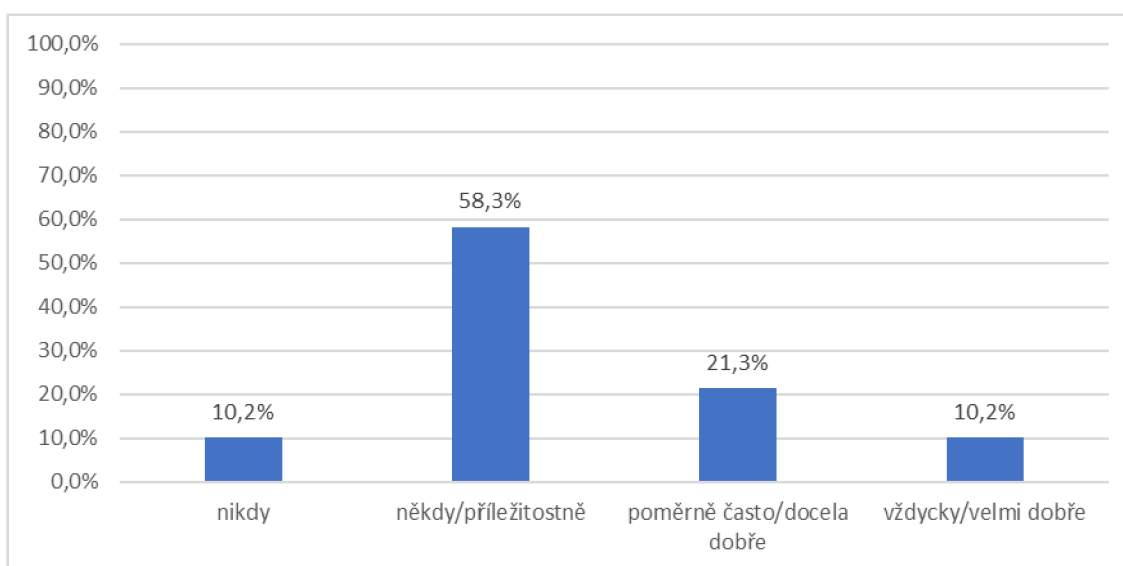
Graf 58 Přijmutí nejednoznačností – pochybnost napříč kulturními situacemi



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 58 jsme zjistili názor na přijetí nejednoznačnosti. Ptali jsme se respondentů zda souhlasí, s tím, že se mohou vyskytovat pochybnosti napříč kulturními situacemi a ta pochybnost by je mohla znervózňovat. Z toho také může vyplývat, že nereagují pohotově a nevěnují čas k sehnání dalších informací, které potřebují. 2,8% (n = 3) odpovědělo nikdy, 35,2% (n = 38) někdy/příležitostně, 40,7% (n = 44) poměrně často/docela dobře a 21,3% (n = 23) vždycky/velmi dobře.

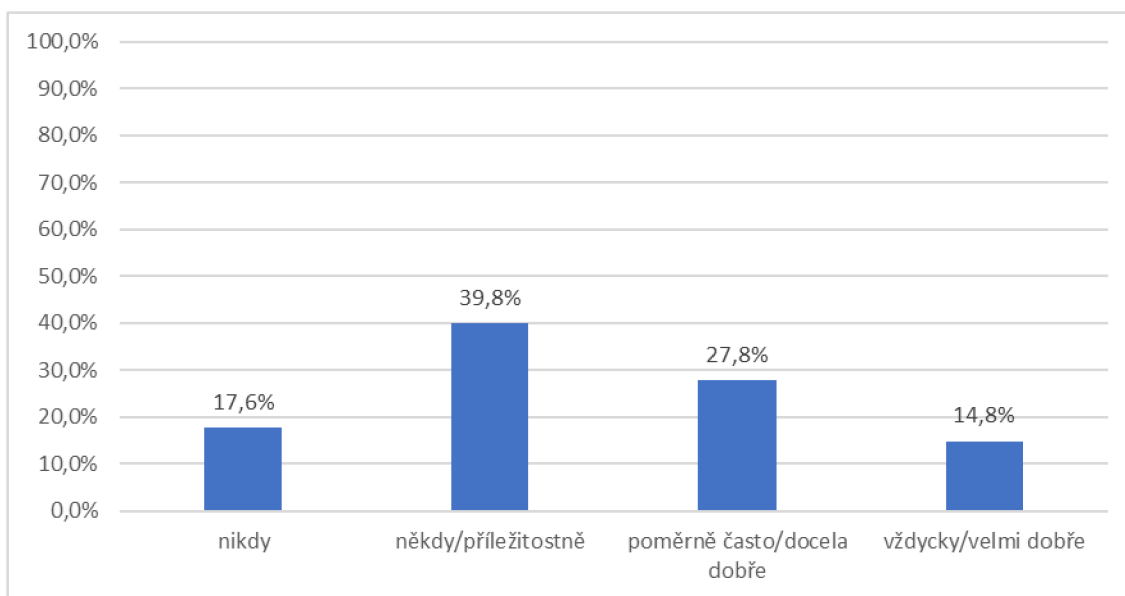
Graf 59 Zvědavost – využití každé možnosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 59 nám ukazuje odpovědi respondentů na otázku ohledně zvědavosti. Ptali jsme se, jestli respondenti využívají každé možnosti, aby se dostali na místa, kde se mohou vzdělávat o odlišnostech a vytvářet si vztahy. 10,2% (n = 11) uvedlo nikdy, 58,3% (n = 63) někdy/příležitostně, 21,3% (n = 23) poměrně často/docela dobře a 10,2% (n = 11) uvedlo vždycky/velmi dobře.

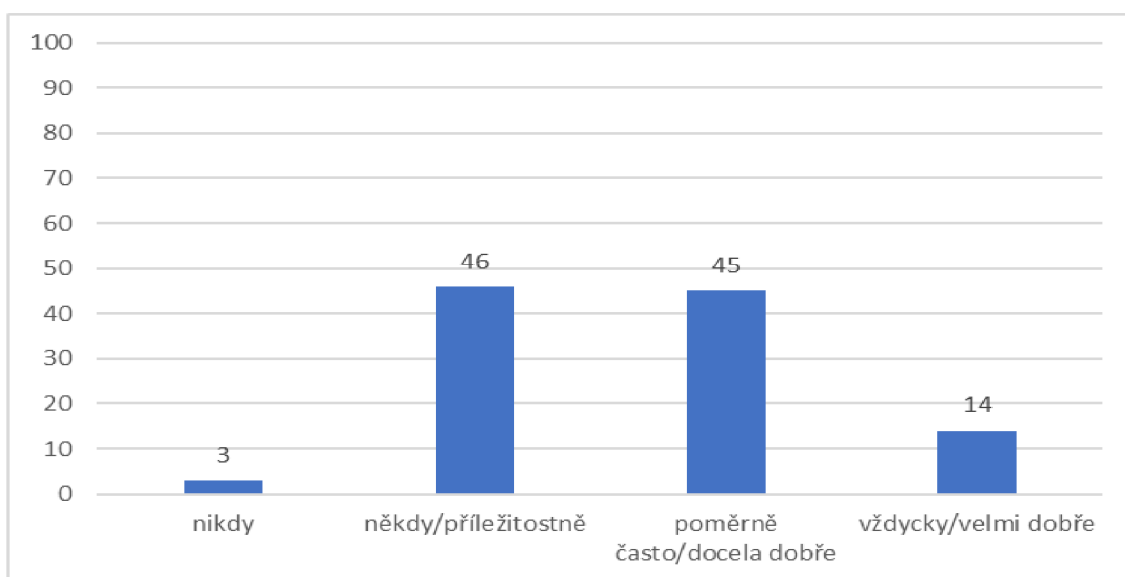
Graf 60 Uvědomování si výsad jako Čech – při práci s odlišnou kulturou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 60 nám zjišťovala uvědomování si výsad, pokud je respondent Čech a pracuje s osobou z odlišného kulturního prostředí nebo s osobou jiné barvy pleti, je srozuměn s tím, že může být chápán jako osoba s mocí a nemusí být tedy chápán jako nezaujatý či jako přítel. 17,6% (n = 19) uvedlo, že si to neuvědomují, 39,8% (n = 43) někdy/příležitostně, dále 27,8% (n = 30) poměrně často/docela dobře a nakonec 14,8% (n = 16) vždycky/velmi dobře.

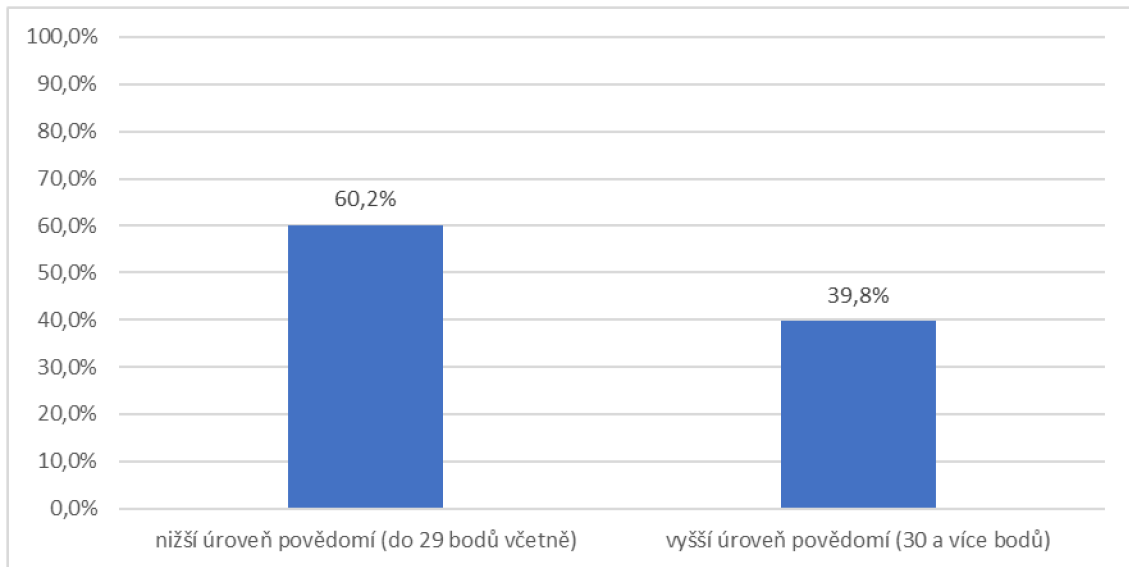
Graf 61 Znalost o otázkách sociální spravedlnosti – vliv sociálního kontextu



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 61 můžeme vyčíst znalost o otázkách sociální spravedlnosti a 3 respondenti si nejsou nikdy vědomi dopadu sociálního kontextu na životy kulturně jiných obyvatel a toho, jak moc výsady a sociální útlak působí na jejich životy. Dále 46 si toho je vědoma někdy/příležitostně, 45 poměrně často/docela dobře a 14 vždycky/velmi dobře.

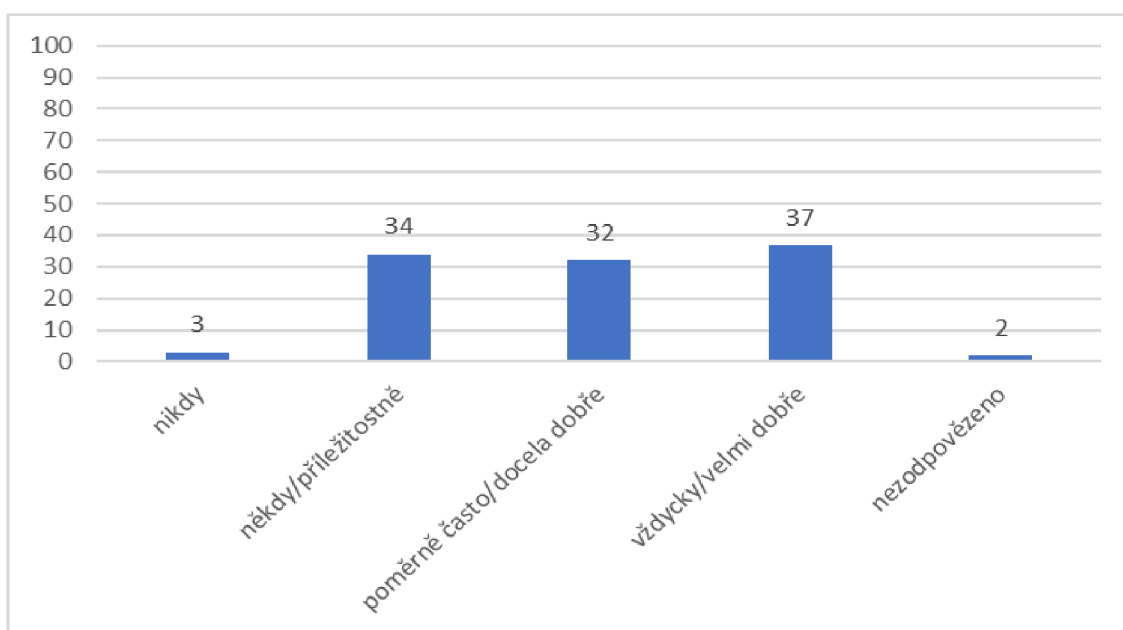
Graf 62 Zhodnocení uvědomění



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 62 se zabýval zhodnocením uvědomění respondentů, což se vypočítávalo z předchozích otázek č. 51-61. A 60,2% (n = 65) respondentů vyšla nižší úroveň povědomí, měli do 29 bodů včetně. Vyšší úroveň povědomí, měli 30 a více bodů, vyšla 39,8% (n = 43) respondentů.

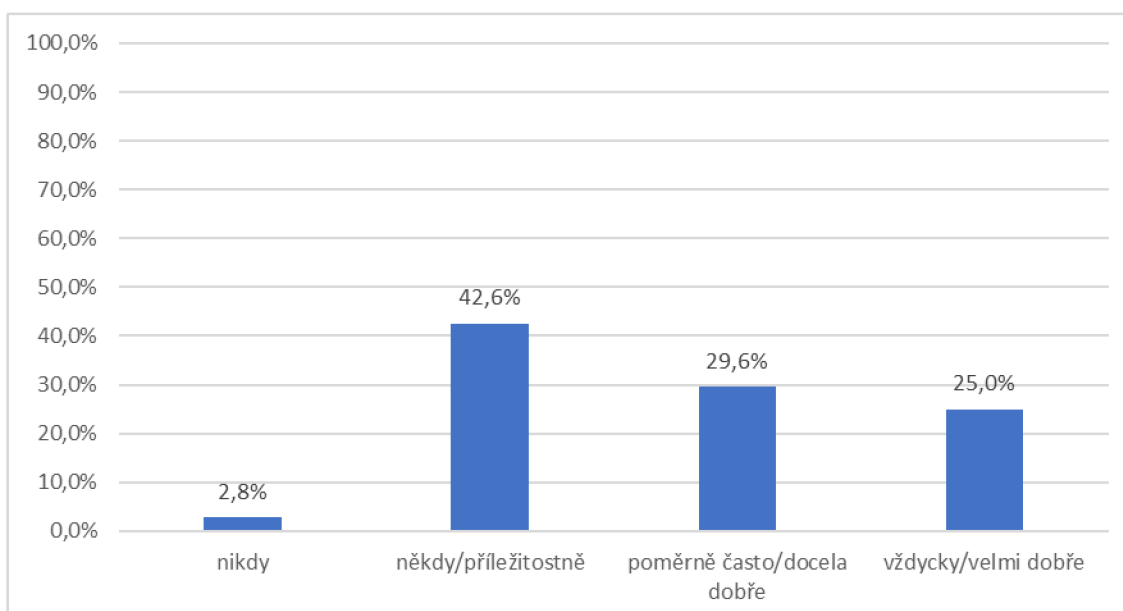
Graf 63 Učení se z omylů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 63 jsme se můžeme dozvědět, že 3 respondenti odpověděli nikdy na otázku, že budou dělat chyby a poučí se z nich. 34 uvedlo někdy/příležitostně, 32 poměrně často/docela dobře a 37 vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpověděli 2 respondenti.

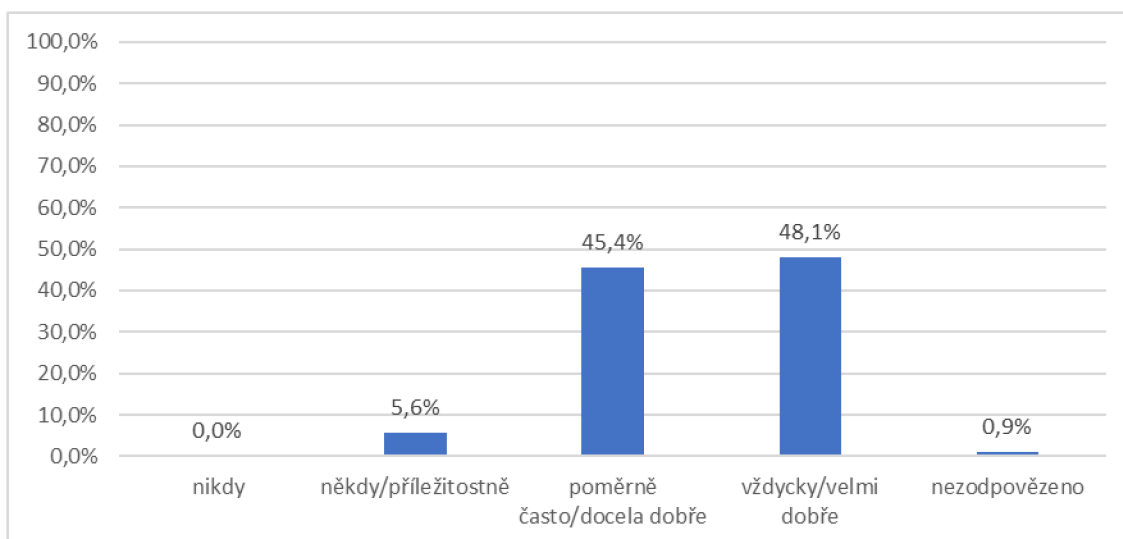
Graf 64 Hodnocení hranic vědomostí – vědomosti o některých kulturních skupinách



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 64 jsme se zabývali posouzením limitů vědomostí. 2,8% (n = 3) respondentů odpovědělo, že si nikdy neuvědomuje, aby jejich vědomosti o mnohých kulturních skupinách byly omezené. 42,6% (n = 46) uvedlo někdy/příležitostně, 29,6% (n = 32) poměrně často/docela dobře a 25,0% (n = 27) si to uvědomuje vždycky/velmi dobře a zavazuje se také k utvoření možností, aby se dozvěděli více.

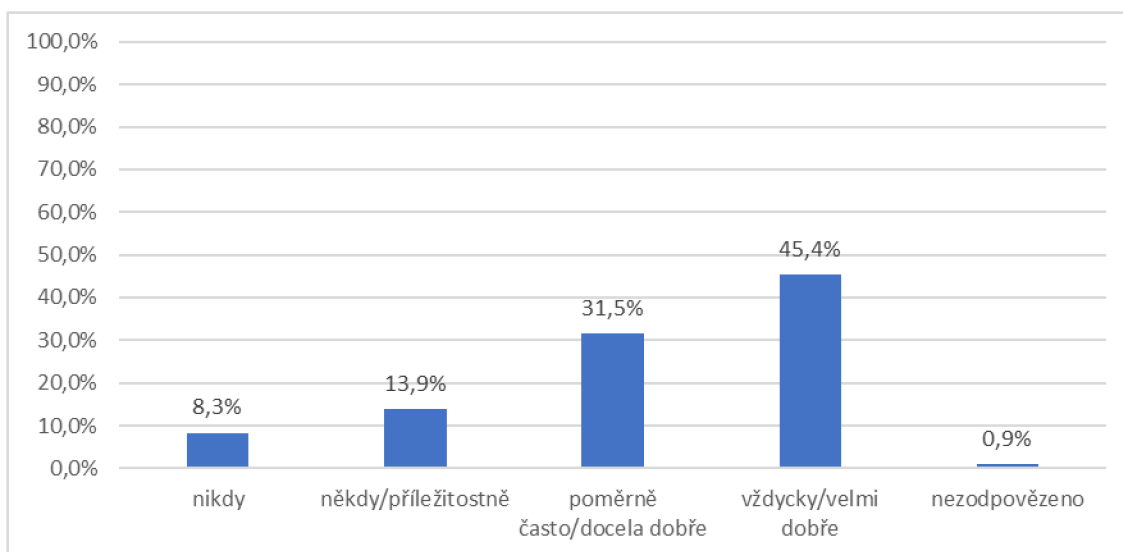
Graf 65 Pokládání otázek –vyslechnutí odpovědí před pokládáním otázek



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 65 nám ukazuje, jak bylo zodpovězeno ohledně pokládání otázek. Žádný z respondentů neodpověděl, že by si nikdy před pokládáním otázek nevyslechli pacientovo odpovědi. Dále odpovědělo 5,6% (n = 6) někdy/příležitostně, 45,4% (n = 49) poměrně často/docela dobře a nejvíce 48,1% (n = 52) uvedlo vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpovědělo 0,9% (n = 1) respondentů.

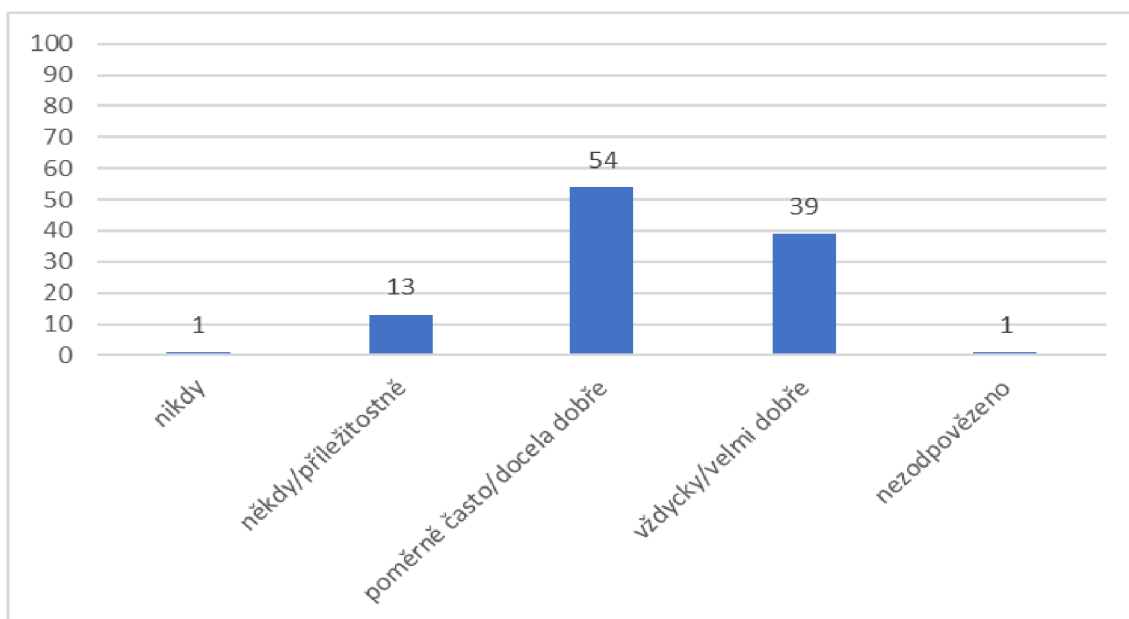
Graf 66 Rozpoznání rozdílnosti – skrývání se za tvrzením o kulturní slepotě



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 66 nám zjišťoval, jak respondenti odpovídali na rozpoznání rozdílnosti. 8,3% (n = 9) uvedlo nikdy na otázku, zda ví, že rozdíly v kultuře, etnické příslušnosti a jiných, tak jsou podstatnou identitou jedince, jež si váží. A dále, že se nebudou se skrývat za tvrzením o kulturní slepotě. 13,9% (n = 15) odpovědělo někdy/příležitostně, 31,5% (n = 34) poměrně často/docela dobře a 45,4% (n = 49) vždycky/velmi dobře. 0,9% (n = 1) respondentů neodpovědělo na otázku.

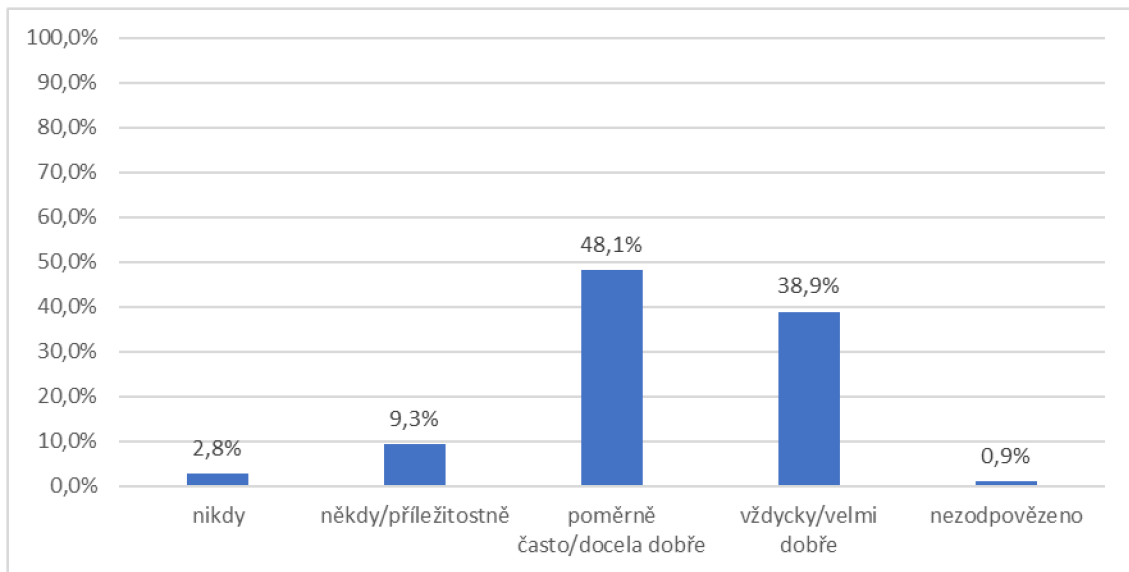
Graf 67 Porozumění vlivu kultury – vliv času na kulturu a spojitosti s kulturou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 67 nám zjišťovala porozumění možného vlivu kultury. Na otázku zda si respondenti uvědomují, že postupem času se kultury mění a můžou se u jednotlivých jedinců lišit, stejně jako spojitost s kulturou 1 odpověděl nikdy, 13 někdy/příležitostně, 54 poměrně často/docela dobře a 39 vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpověděl 1 respondent.

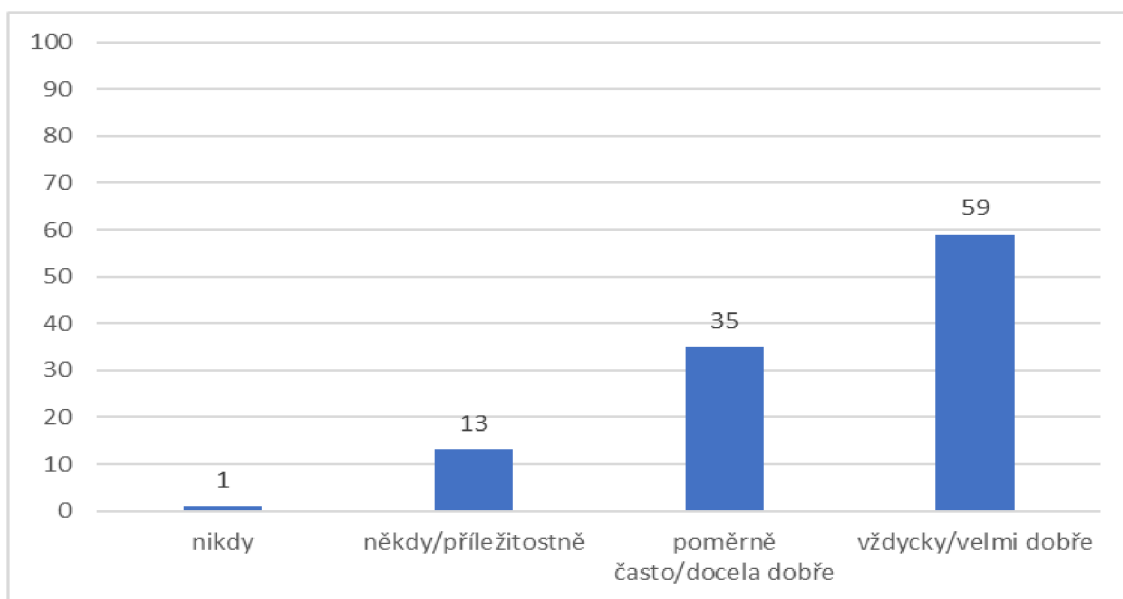
Graf 68 Povinnost celoživotního učení – docílení kulturní kompetence



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 68 můžeme vyčíst, že 2,8% (n = 3) respondentů si nikdy neuvědomuje, že k docílení kulturní kompetence je zapotřebí se celoživotně vzdělávat. 9,3% (n = 10) si to uvědomuje někdy/příležitostně, 48,1% (n = 52) poměrně často/docela dobře a 38,9% (n = 42) vždycky/velmi dobře. Na tuto otázku neodpovědělo 0,9% (n = 1) respondentů.

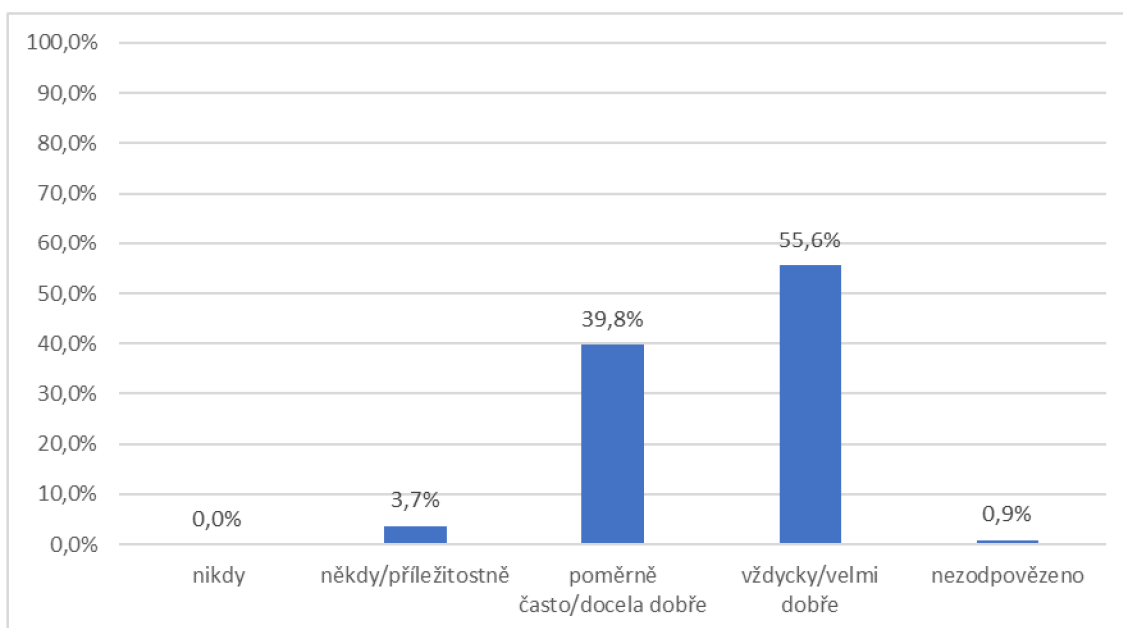
Graf 69 Porozumění vlivu rasismu, sexismu,.. – stereotypní postoje



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 69 jsme zjišťovali porozumění vlivu rasismu, sexismu, homofobie a dalším. 1 respondent uvedl a nikdy si neuvědomuje, že stereotypní postoje a diskriminační počínání mohou vést dehumanizaci či dokonce posilovat násilí proti jedincům. Dále 13 respondentů odpovědělo někdy/příležitostně, 35 poměrně často/docela dobře a 59 vždycky/velmi dobře.

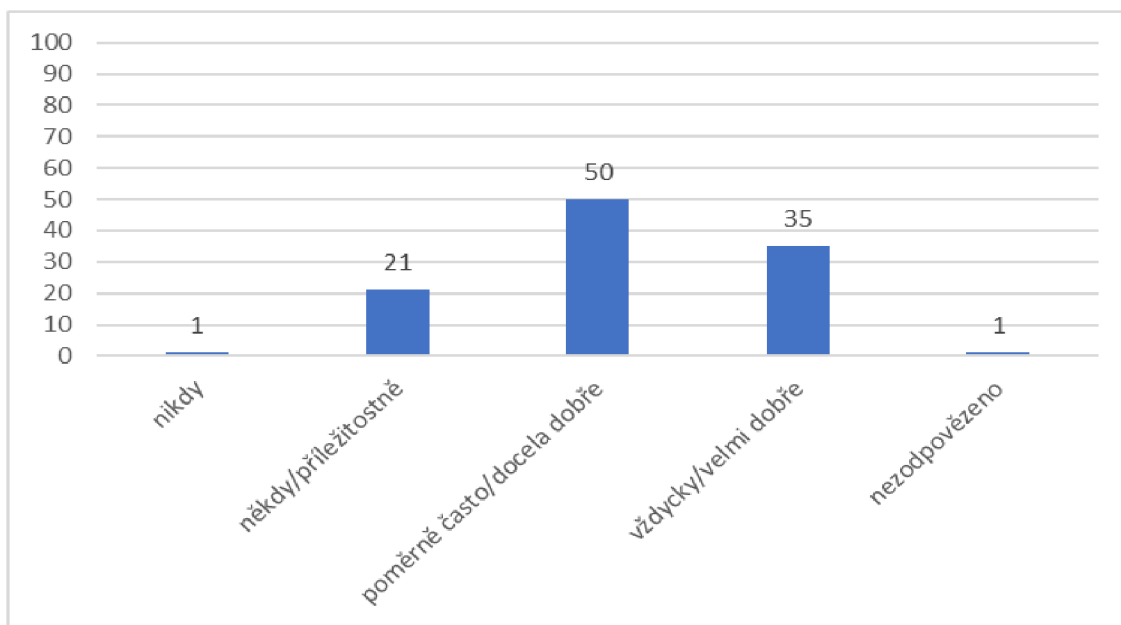
Graf 70 Vědomost o vlastní rodinné historii



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Na otázku č. 70 žádný z respondentů neodpověděl nikdy na otázku ohledně toho, zda vědí o příběhu své rodiny. 3,7% (n = 4) uvedlo někdy/příležitostně, 39,8% (n = 43) poměrně často/docela dobře, 55,6% (n = 60) vždycky/velmi dobře a 0,9% (n = 1) respondentů nezodpovědělo.

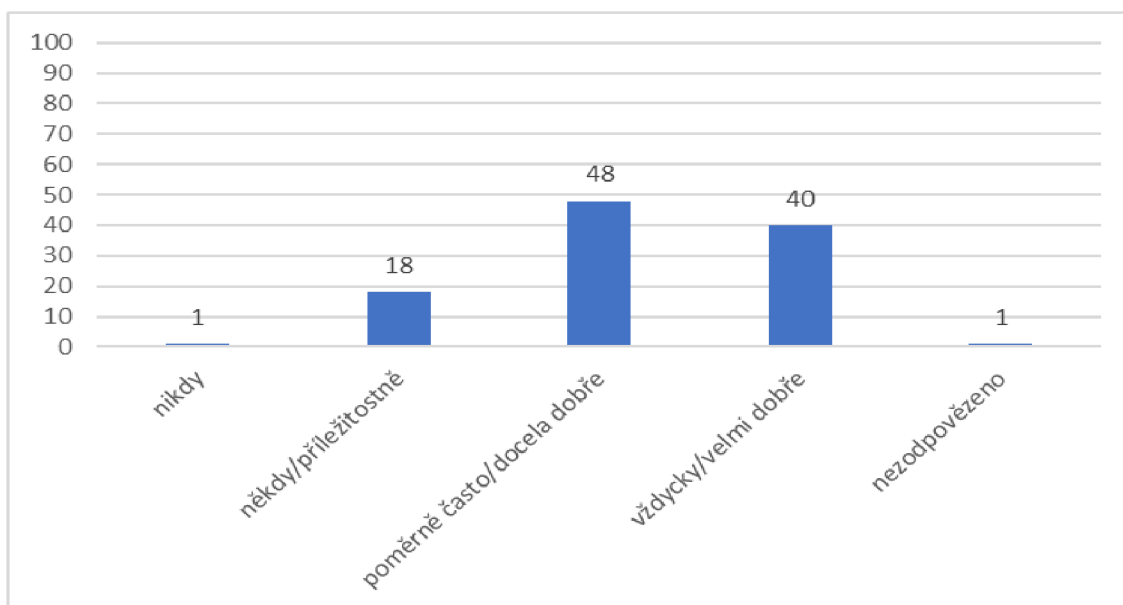
Graf 71 Znalost svých hranic – dovednost hledat mezery ve vědomostech



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 71 nám ukazuje odpovědi na otázku znalosti svých hranic. 1 respondent uvedl nikdy, při stálém rozvíjení svých dovedností vyhodnocovat místa ve znalostech, ve kterých mají mezery. 21 někdy/příležitostně, 50 poměrně často/docela dobře a 35 vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpověděl 1 respondent.

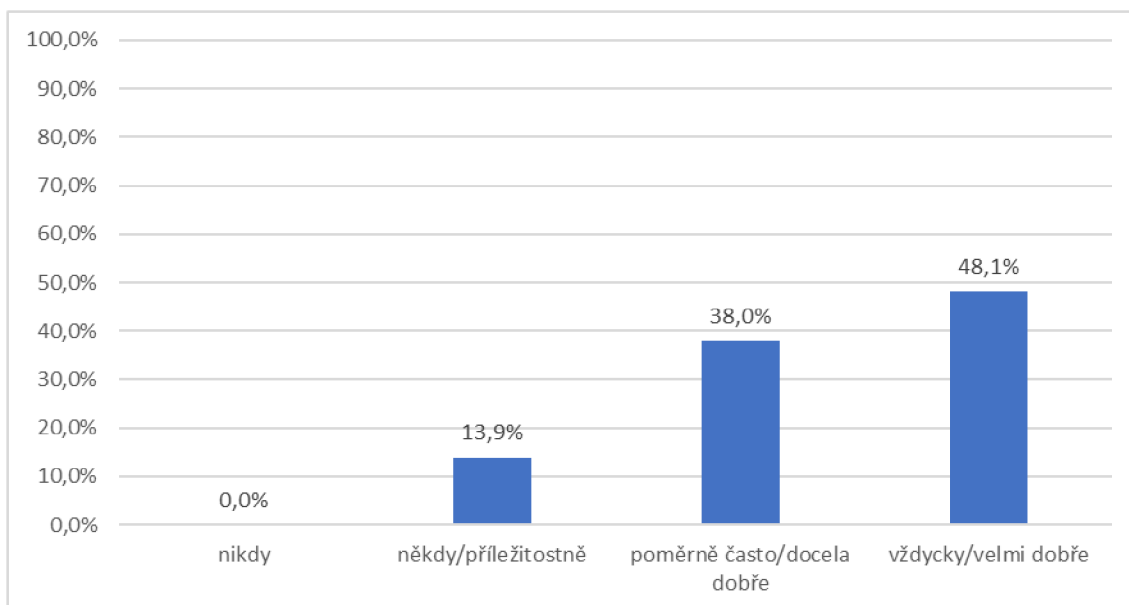
Graf 72 Chápání více sociálních identit – vícečetné identity a jejich rozdílnost významu



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 72 jsme zjišťovali chápání více identit respondenty. 1 respondent odpověděl nikdy na otázku, zda respektuje, že lidé mají vícečetné identity, které vycházejí z rasy, pohlaví, náboženství, etnické příslušnosti atd., a vliv těchto identit se u každé osoby liší. Poté 18 respondentů odpovědělo někdy/příležitostně, 48 poměrně často/docela dobře a 40 vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpověděl 1 respondent.

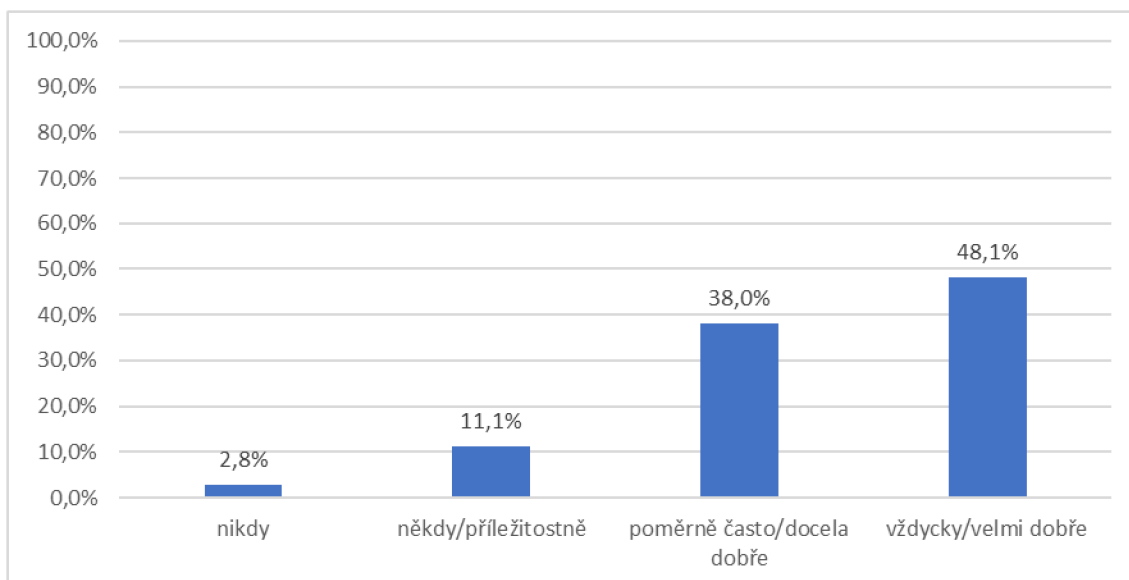
Graf 73 Interkulturní a vnitrokulturní odlišnosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 73 jsme se zabývali interkulturními a vnitrokulturními odlišnostmi. Žádný z respondentů 0% neodpověděl na otázku zda odlišnosti uznávají nikdy. Dále vybralo 13,9% (n = 15) odpověď někdy/příležitostně, 38,0% (n = 41) poměrně často/docela dobře a 48,1% (n = 52) vždycky/velmi dobře.

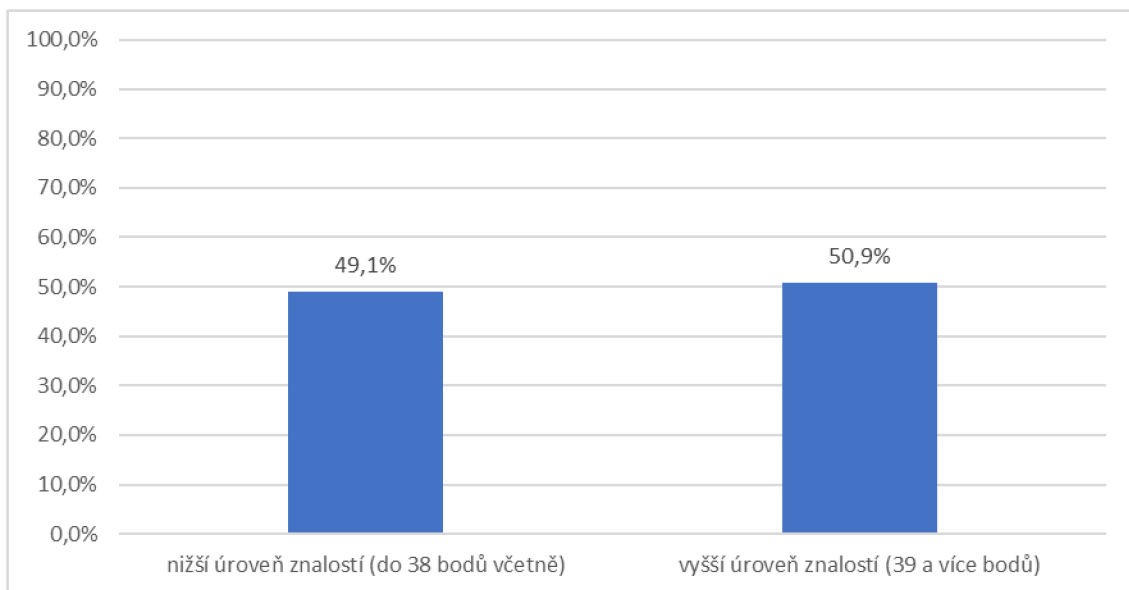
Graf 74 Výchozí bod pro kritiku vhodného chování – vlastní kultura jako výchozí bod



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 74 můžeme vyčíst, že 2,8% (n = 3) respondentů odpovědělo na otázku ohledně výchozího bodu pro kritiku, že si nikdy nejsou vědomi, že všichni mají svoji kulturu a ta jejich by neměla být výchozím bodem pro vyhodnocení, které chování je vhodné a které není. 11,1% (n = 12) respondentů uvedlo někdy/příležitostně, 38,0% (n = 41) poměrně často/docela dobře a 48,1% (n = 52) vždycky/velmi dobře.

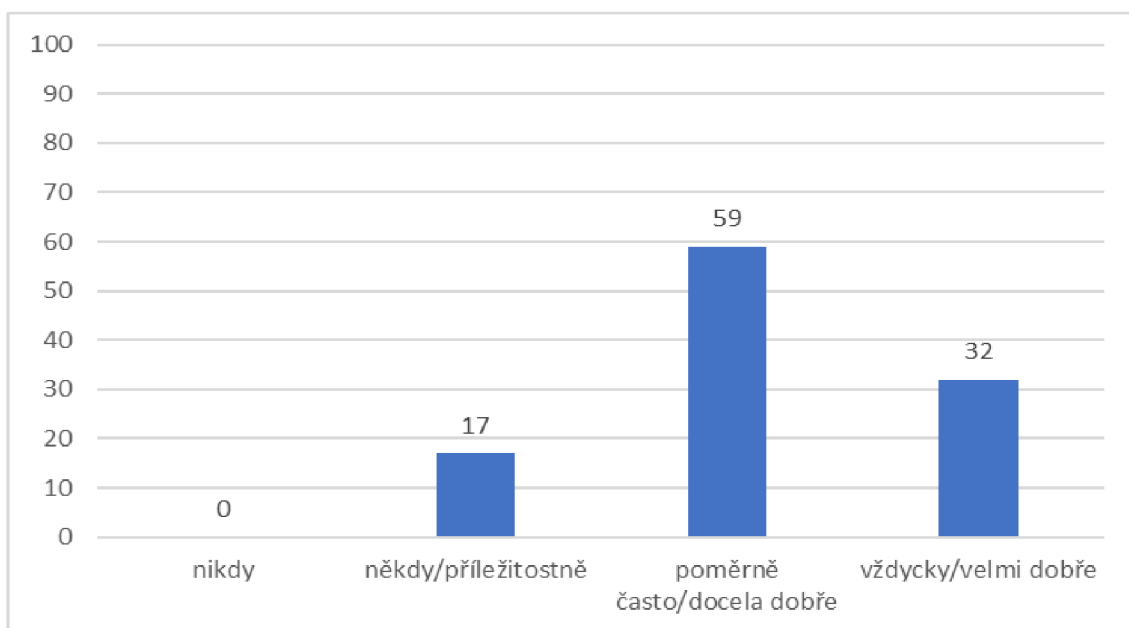
Graf 75 Zhodnocení vědomostí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 75 jsme zjišťovali zhodnocení vědomostí respondentů, což se vypočítávalo z předchozích otázek č. 63-74. A u 49,1% (n = 53) respondentů vyšla nižší úroveň vědomostí, měli do 38 bodů včetně. Vyšší úroveň vědomostí, měli 39 a více bodů, vyšla 50,9% (n = 55) respondentů.

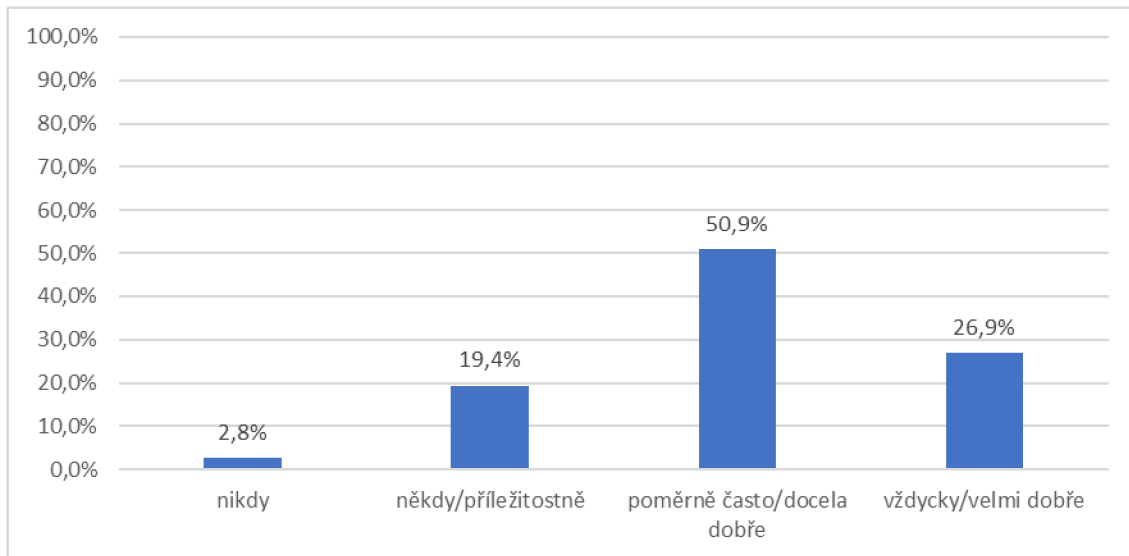
Graf 76 Adaptování se odlišným situacím



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 76 jsme se zabývali otázkou adaptace se různým situacím. Ptali jsme se respondentů, zda vyvíjí cesty, jak účinně a s úctou jednat s jedinci i skupinami a žádný neodpověděl nikdy. Někdy/příležitostně odpovědělo 17 respondentů, poměrně často/docela dobře 59 a vždycky/velmi dobře 32.

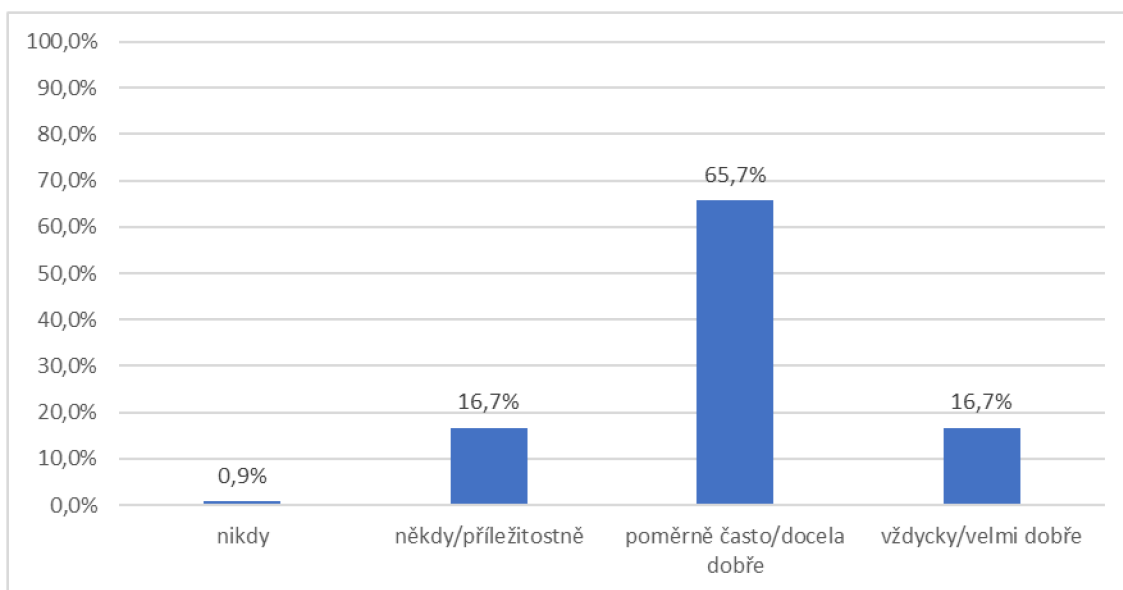
Graf 77 Postavení se rasistickému a/či diskriminačnímu počínání



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 77 zjišťoval postavení se rasistickému a/či diskriminačnímu počínání. Můžeme vidět, že 2,8% (n = 3) respondentů nikdy nedokázalo účinně zakročit, když viděli, že si druzí počínají rasisticky a/či diskriminačně. 19,4% (n = 21) odpovědělo na otázku někdy/příležitostně, 50,9% (n = 55) poměrně často/docela dobře a 26,9% (n = 29) vždycky/velmi dobře.

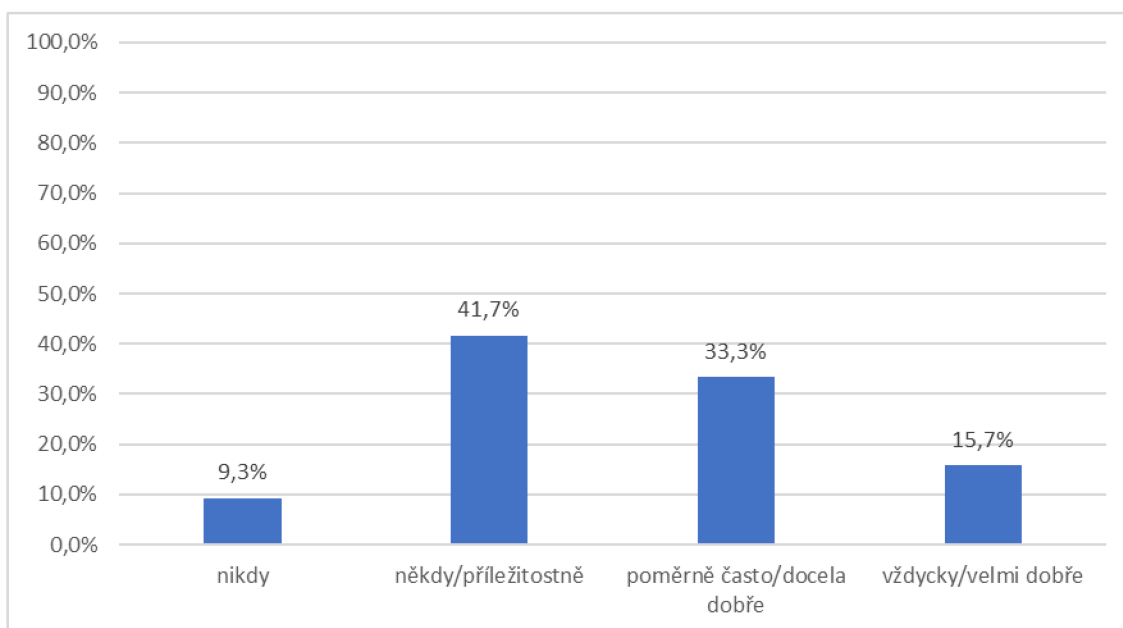
Graf 78 Komunikace mezi odlišnými komunitami – účinné přizpůsobení komunikace



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 79 můžeme vyčíst, že 0,9% (n = 1) respondentů nikdy nebylo schopno adaptovat svůj komunikační styl k účinné komunikaci s lidmi z odlišné kultury, kteří mají jiný komunikační styl. 16,7% (n = 18) odpovědělo někdy/příležitostně, 65,7% (n = 71) poměrně často/docela dobře a 16,7% (n = 18) vždycky/velmi dobře.

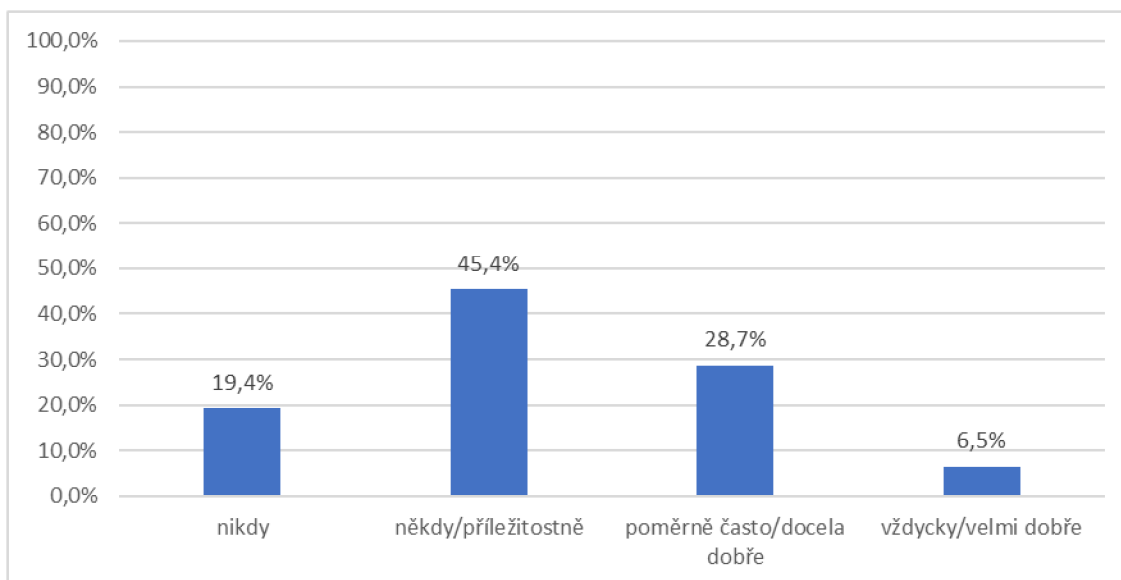
Graf 79 Nalézání situací k rozšíření dovedností – nalézání osob, které jsou výzvou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 79 se ptala respondentů a 9,3% (n = 10) jich odpovědělo nikdy na otázku, zda vyhledávají osoby, které jsou pro ně podnětem, aby zachovali a rozvinuli své interkulturní dovednosti. Někdy/příležitostně uvedlo 41,7% (n = 45) respondentů, poměrně často/docela dobře 33,3% (n = 36) a vždycky/velmi dobře 15,7% (n = 17).

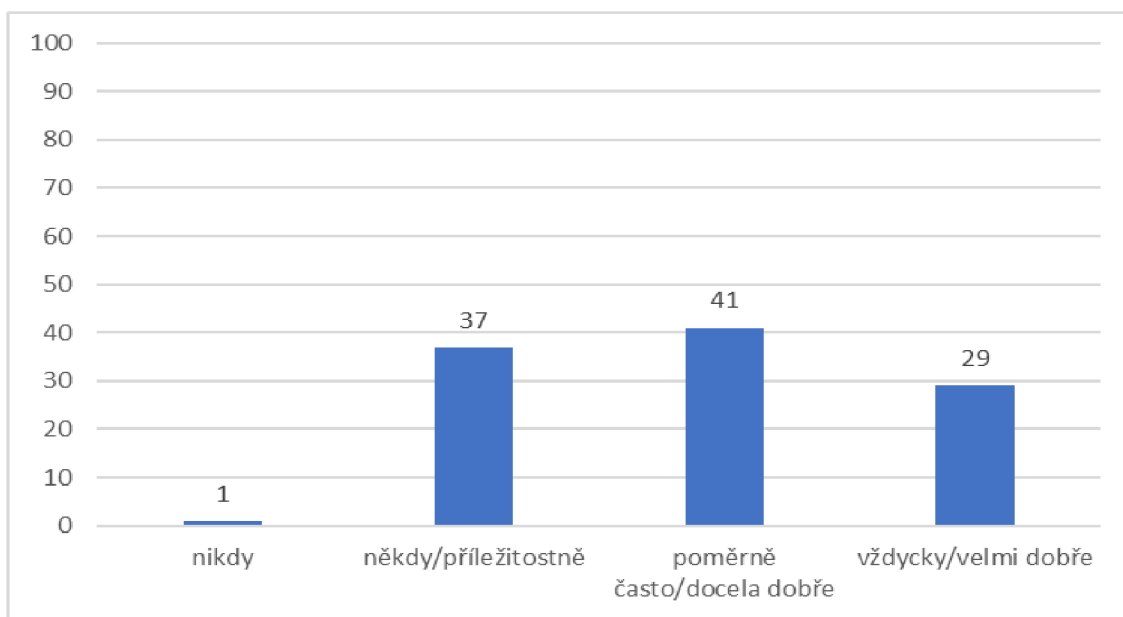
Graf 80 Aktivní začlenění v událostech, které posilují pochopení mezi členy skupin



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 80 můžeme vidět odpovědi respondentů na otázku ohledně toho, zda jsou aktivně začlenění v malých i velkých událostech, které posilují pochopení mezi členy rozmanitých skupin a 19,4% (n = 21) jich odpovědělo nikdy. Dále odpovědělo 45,4% (n = 49) někdy/příležitostně, 28,7% (n = 31) poměrně často/docela dobře a 6,5% (n = 7) vždycky/velmi dobře.

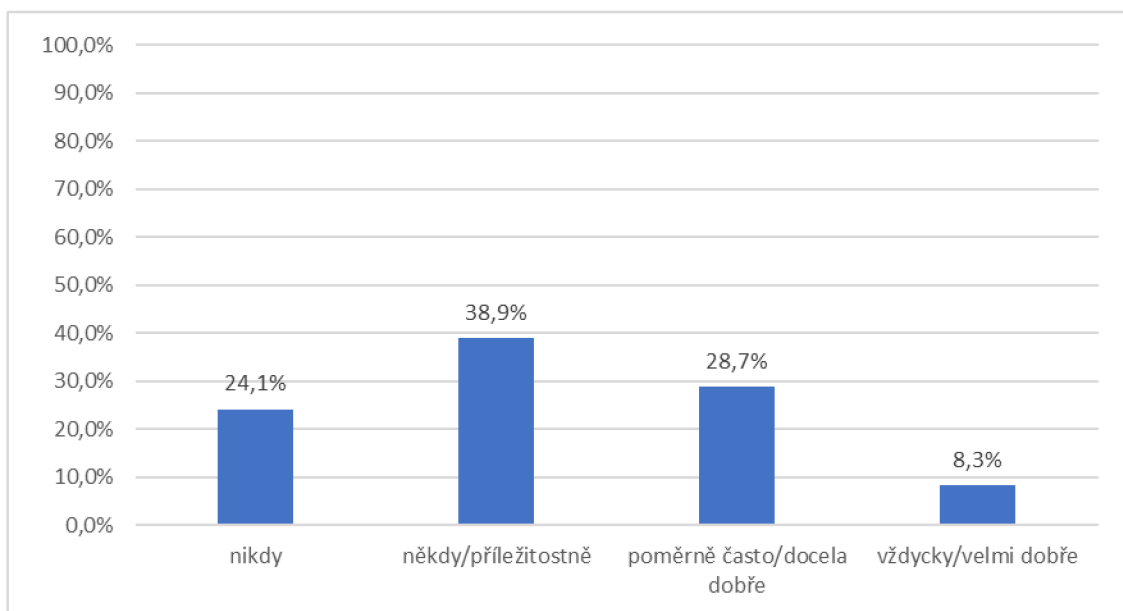
Graf 81 Chovat se s respektem v interkulturních situacích



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 81 se ptal zda se respondenti dokážou chovat stylem, který projevuje respekt ke kultuře i přesvědčení jiných. 1 respondent uvedl nikdy, 37 někdy/příležitostně, 41 poměrně často/docela dobře a nakonec 29 vždycky/velmi dobře.

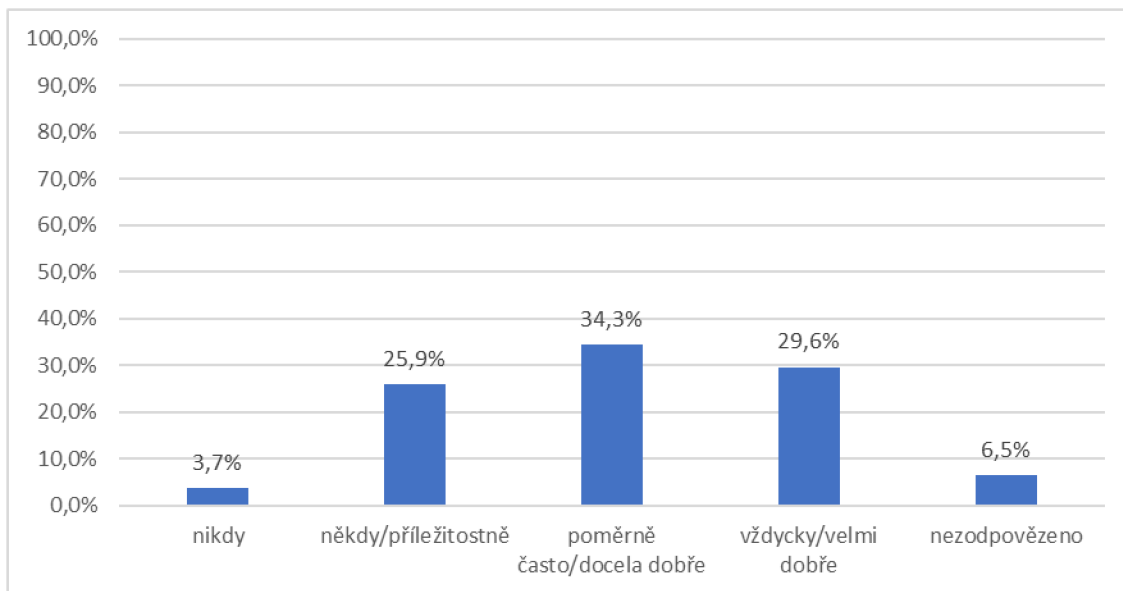
Graf 82 Využití kulturních norem



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 82 můžeme vyčíst, že 24,1% (n = 26) respondentů nikdy nestudovalo specifické kulturní normy, které jsou významné pro jejich práci a nevyužilo je v praxi. Někdy/příležitostně pak uvedlo 38,9% (n = 42) respondentů, poměrně často/docela dobře 28,7% (n = 31) a vždycky/velmi dobře 8,3% (n = 9).

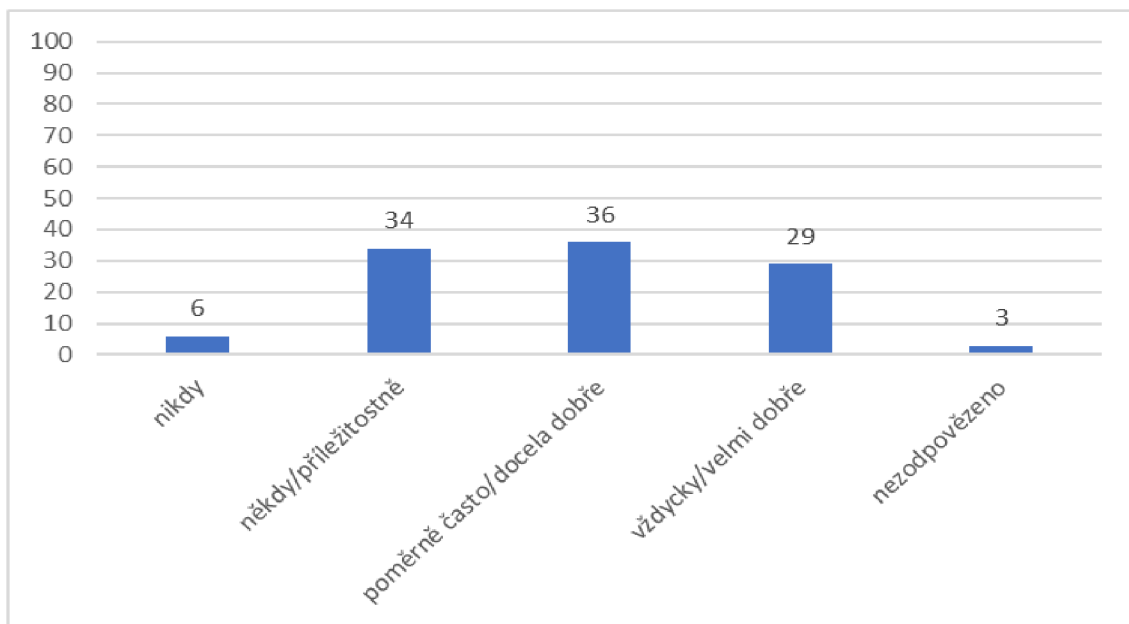
Graf 83 Vystupovat jako přátelská osoba pro kolegy s odlišné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z otázky č. 83 můžeme vyčíst, jak respondenty vnímají kolegové z odlišné kultury. 3,7% (n = 4) jich odpovědělo, že je kolegové nikdy nepokládají za přátelský a nejsou si vědomi toho, že by je kulturně odpovídajícím způsobem podporovali. 25,9% (n = 28) respondentů si myslí, že někdy/příležitostně, 34,3% (n = 37) poměrně často/docela dobře a 29,6% (n = 32) vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpovědělo 6,5% (n = 7) respondentů.

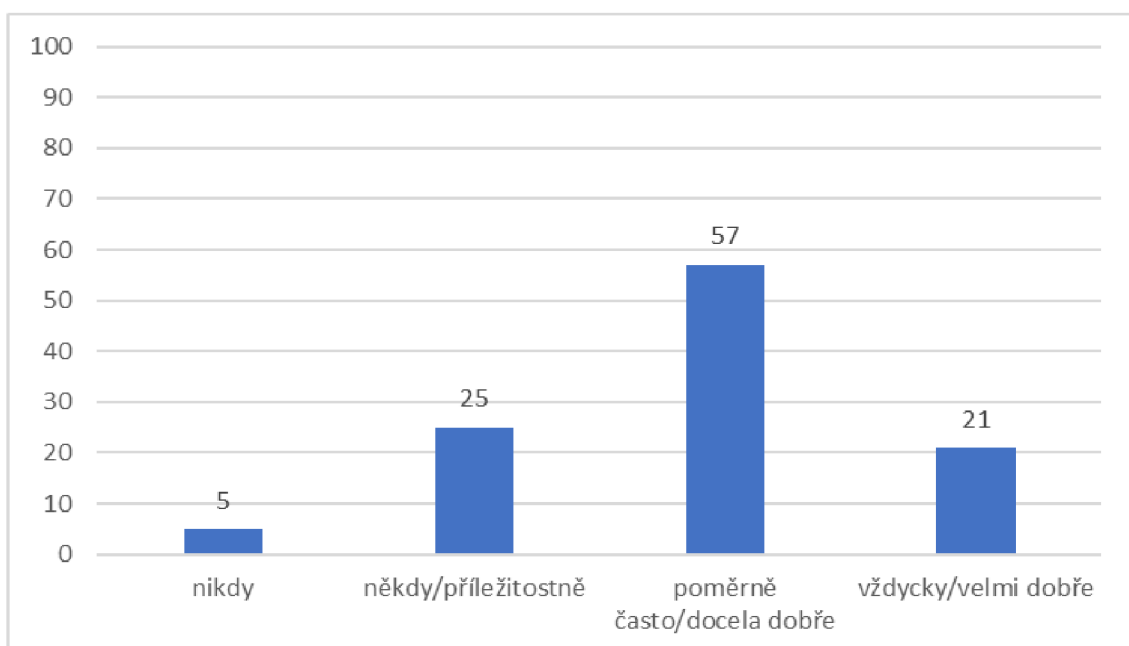
Graf 84 Být adaptabilní



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 84 jsme zjistili, že 6 respondentů se nikdy nesnaží porozumět pohledu ostatních a konferovat se svými kolegy z odlišných kultur o přijatelných postupech. Někdy/příležitostně se poctivě snaží 34 respondentů, poměrně často/velmi dobře 36 a 29 vždycky/velmi dobře. Na otázku neodpověděli 3 respondenti.

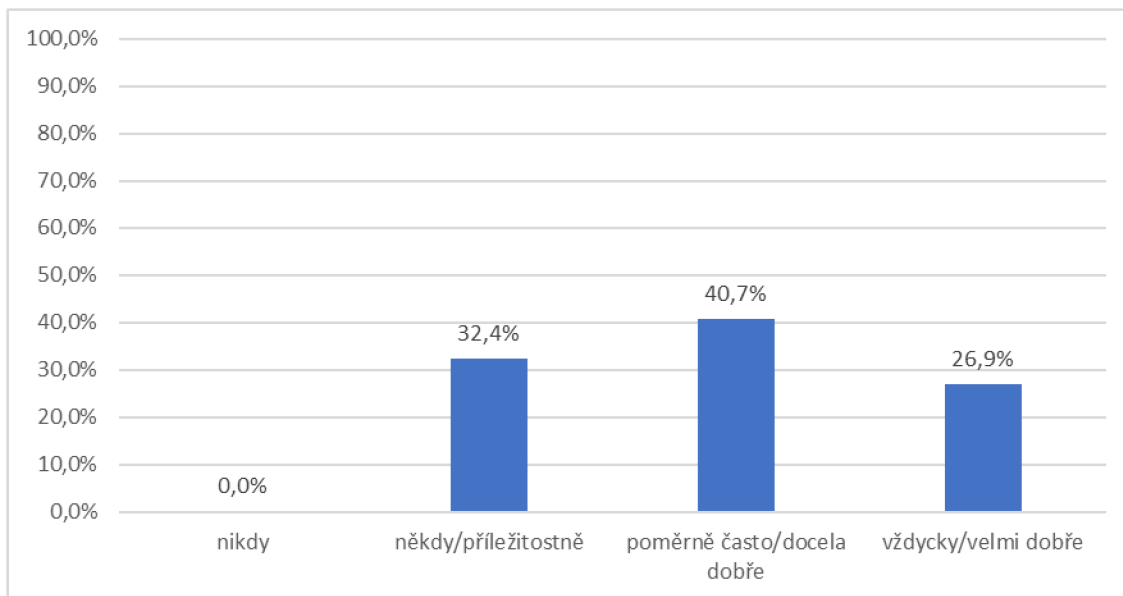
Graf 85 Být pružný – budování vztahů s odlišnými lidmi



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf č. 85 ukazuje odpovědi na otázku ohledně toho, zda jsou respondenti pružný. Ptali jsme se zda umí a používají rozmanité dovednosti k budování vztahů, aby se spřátelili s odlišnými osobami než jsou oni a 5 jich uvedlo nikdy. Dále 25 odpovědělo někdy/příležitostně, 57 poměrně často/docela dobře a 21 vždycky/velmi dobře.

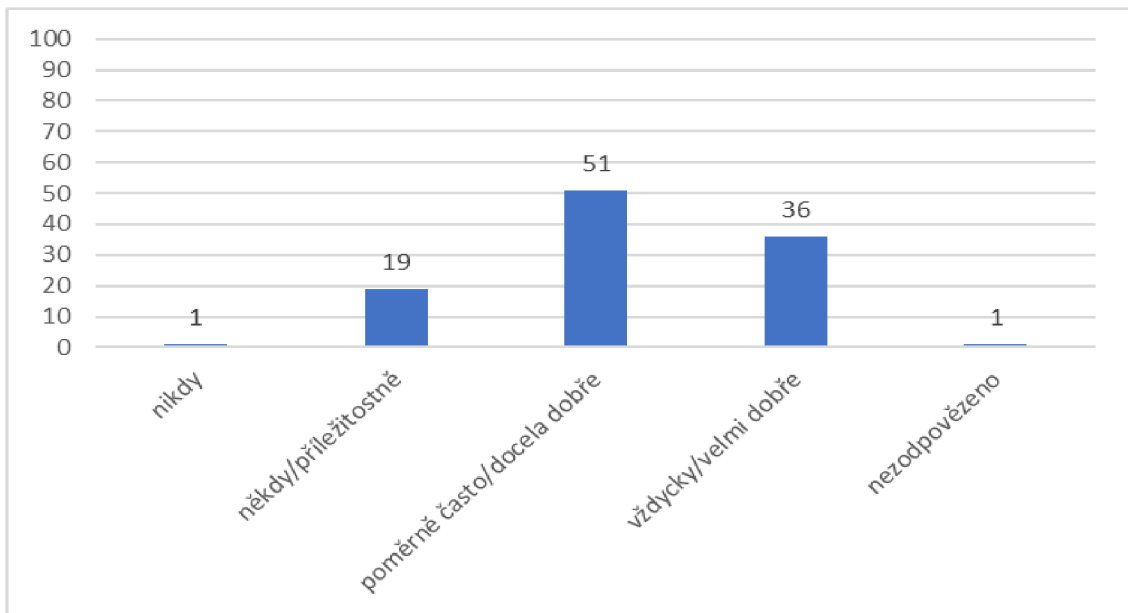
Graf 86 Uznání své kulturní zaujatosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 86 nám zjišťovala uznání kulturní zaujatosti. Žádný z respondentů neodpověděl nikdy, až 32,4% (n = 35) jich odpovědělo, že někdy/příležitostně dokážou uznat svoji kulturní zaujatost v určité situaci a je jim jasné, že nemají jednat na základě zaujatosti. Potom 40,7% (n = 44) uvedlo poměrně často/docela dobře a 26,9% (n = 29) vždycky/velmi dobře.

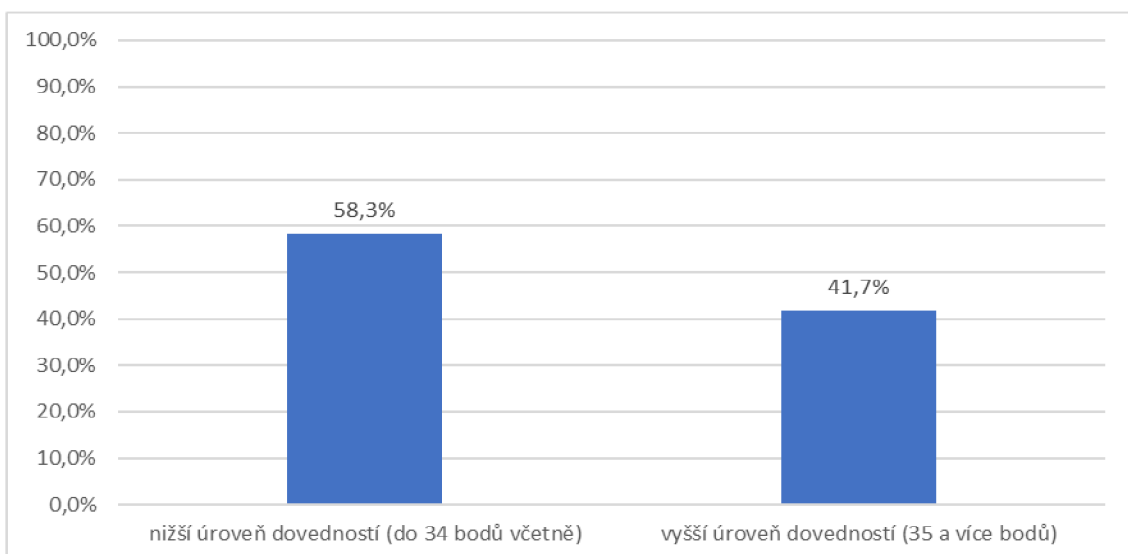
Graf 87 Informovanost o různosti uvnitř skupiny



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z grafu č. 87 můžeme vyčíst, že 1 respondent odpověděl a nikdy si není vědom různosti uvnitř skupiny. 19 respondentů si to někdy/příležitostně uvědomuje, 51 poměrně často/docela dobře, 36 vždycky/velmi dobře a na základě zobecnění by nepřisuzovali určité chování jednotlivce celé skupině. Na otázku neodpověděl 1 respondent.

Graf 88 Zhodnocení dovedností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu č. 88 jsme zjišťovali zhodnocení dovedností respondentů, což se vypočítávalo z předchozích otázek č. 76-87. A u 58,3% (n = 63) respondentů vyšla nižší úroveň dovedností, měli do 34 bodů včetně. Vyšší úroveň dovedností, měli 35 a více bodů, vyšla 41,7% (n = 45) respondentů.

5.3 Statistická analýza vztahů

5.3.1 Vztah věku sester a jejich kulturních kompetencí

Hypotéza 1: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující v domácí péči, kteří jsou mladší 40 let mají větší kulturní kompetence, než nelékařští zdravotničtí pracovníci starší 40 let. V této podkapitole jsou zaznamenány souvislosti mezi schopností volby vhodného modelu, také dovedností učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností, plánování intervencí, komunikačním dovednostem a ke vhodnému chování a nakonec uvědomění si nezbytnosti celoživotního učení.

Tabulka 1 Souvislost věku sester a jejich kulturních kompetencí

OT. 1 – VĚK SESTERA ...	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význ.
OT. 26 – Volba vhodného modelu ošetrovatelské péče	5,517	4	0,238	n.s.
OT. 31.1 – Schopnost učit kolegy a vést je ke vnímání rozdílů a podobností...	0,537	2	0,764	n.s.
OT. 31.2 – Schopnost učit kolegy a vést je k plánování intervencí...	3,033	2	0,220	n.s.
OT. 31.4 – Schopnost učit kolegy a vést je ke komunikačním dovednostem...	1,589	2	0,452	n.s.
OT. 31.8 – Schopnost učit kolegy a vést je ke vhodnému chování...	0,794	2	0,672	n.s.
OT. 32.17 – Uvědomování si nezbytnosti celoživotního učení...	2,455	2	0,293	n.s.

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Nebyla určena žádná statisticky významná souvislost mezi věkem sester a znaky, uvedenými v tabulce číslo jedna. Což znamená, že věk sester pracujících v domácí péči nemá na výši jejich kulturních kompetencí statisticky významný dopad. Tato výzkumná hypotéza nebyla prokázána.

5.3.2 Dokončené vzdělání sester a jejich kulturními znalosti

Hypotéza 2: Nelékařští zdravotničtí pracovníci působící v domácí péči, kteří mají vyšší dosažený vzdělání mají větší kulturní znalosti, než nelékařští zdravotničtí pracovníci s nižším dosaženým vzděláním. V této části jsou zobrazeny vztahy mezi dokončeným vzděláním sester a seznámením s kulturními znalostmi a teorií vztahující se ke zdraví/nemoci, dovedností vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou pacientů a dovedností stanovit ošetrovatelské cíle podle pacienta, rozpoznáním svých omezení ve znalostech, rozšiřováním svých schopností v oblastech, kde jsou mezery a jako poslední studiem speciálních kulturních protokolů a postupů s aplikací do praxe.

Tabulka 2 Dosažené vzdělání sester a jejich kulturní znalosti

OT. 3 – VZDĚLÁNÍ SESTER A ...	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význ.
OT. 31.9 – Obeznamení s kulturními znalostmi neb teorií týkající se zdraví/nemoci	7,267	6	0,297	n.s.
OT. 31.15 – Schopnost vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou pacientů	6,003	6	0,423	n.s.
OT. 31.16 – Schopnost stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí pacienta	8,203	6	0,224	n.s.
OT. 32.13 – Uvědomění si omezenosti znalostí o některých kulturních skupinách...	7,493	6	0,278	n.s.
OT. 32.20 – Rozvíjení schopností vyhodnocovat situaci v oblastech, kde jsou mezery...	7,985	6	0,239	n.s.
OT. 32.30 – Studium specifických kulturních protokolů, postupů a jejich aplikace do praxe	7,831	9	0,551	n.s.

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Nebyla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a znaky, uvedenými v tabulce č. 2. Znamená to, že vzdělání sester pracujících v domácí péči, nemá statisticky významný vliv na úroveň jejich kulturních znalostí. Výzkumná hypotéza 2 nebyla prokázána.

6 Diskuze

Naším hlavním cílem diplomové práce na téma „Sebereflexe kulturních kompetencí u sester pracujících v domácí péči“ bylo zjistit úroveň kulturních kompetencí sester v domácí péči. Z důvodu migrace obyvatel a stárnutí populace je to velmi aktuální téma a je žádoucí, aby sestry v domácí péči uměly kvalitně pečovat o pacienty/klienty z kulturně odlišných zemí. Podle Frenk a Goméz-Dantés (2024) se svět jako celek - s podstatnou výjimkou subsaharské Afriky - poprvé v historii lidstva blíží k převrácení populační pyramidy s úzkou základnou a širším vrcholem. Posun vpřed v lékařství a zdravotnictví poskytly prodloužení průměrné délky života, zatímco páry ve většině zemí mají méně potomků, to vedlo k tomu, že počet seniorů nyní celosvětově převyšuje počet dětí mladších 5 let a do roku 2050 bude 1,5 miliardy lidí starších 65 let. Tento proces má pak hluboké důsledky pro zdravotní stav obyvatelstva i na zdravotnické systémy (Frenk, Goméz-Dantés, 2024). Tato informace mi přijde velmi zajímavá a pro domácí péči aktuální, jelikož bude přibývat lidí, kteří potřebují péči, jako je například právě domácí péče. I počet migrantů a uprchlíků se zvyšuje. Dle McAuliffe a Triandafyllidou (2021) v roce 2020 žilo 281 milionů osob (3,6 % světové populace) v jiné zemi, což je dvojnásobek než v roce 1990 a trojnásobek z roku 1970 (McAuliffe, Triandafyllidou, 2021). Migration Data Portal (2023) odhaduje, že 34,3 milionu (12,2 % migrantů) v roce 2020 budou "starší migranti", kteří jsou popisováni jako osoby narozené v zahraničí, které se buď přestěhovaly do cílové země ve věku 65 let a více, nebo se přestěhovaly v minulosti a poté v této zemi dosáhly důchodového věku (Migration Data Portal, 2023). To bude od nelékařských zdravotnických pracovníků v domácí péči vyžadovat, aby uměly poskytovat kulturně kompetentní péči a zdravotnictví mohlo být na co nejvyšší úrovni. Počet migrantů se za poslední roky zvýšil také hlavně kvůli válce na Ukrajině a uprchlíkům, kteří hledali bezpečné místo v České republice. Andrews et al. (2023) píše, že pohyb nucených migrantů a uprchlíků prchajících před válkou na Ukrajině, představuje nejvýznamnější migrační vlnu v Evropě od druhé světové války a odhaduje, že v roce 2022 opustí zemi nejméně 7 milionů lidí (Andrews et al., 2023). Korzeniewski et al. (2024) uvádí, že ozbrojená agrese Ruské federace proti Ukrajině, která začala 24. února 2022, měla za následek masivní příliv válečných uprchlíků z Ukrajiny. Ti překračovali mezinárodní hranice, aby uprchli před válkou a požádali o azyl v Polsku nebo v jiných zemích EU (Korzeniewski et al., 2024). Podle Bustikova a Guasti

(2024) přijalo Česko přes 450 000 uprchlíků. Zatímco ukrajinští uprchlíci byli zpočátku všele přijímání, demografické a ekonomické trendy v Česku napomáhají novým typům mobilizace proti usazujícím se migrantům (Bustikova, Guasti, 2024). A dle Guild a Groenendijk (2023) je právě nejvíce registrovaných uprchlíků v Polsku a v České republice (Guild, Groenendijk, 2023). Tyto všechny důvody budou mít a mají za následek změny, které se projeví v ústavní, ale i v ambulantní a domácí péči a proto nám přišlo důležité zmapovat kulturní kompetence sester v domácí péči, které každý den čelí novým kulturním výzvám, na které by měly být co nejlépe připraveny, aby je zvládly překonat. O tom také píše Ahmer Raza et al. (2024), jež zmiňuje, že zdravotnická komunita čelí nové výzvě a to poskytování kvalitní medikamentózní péče migrujícím pacientům. A jazykové bariéry, kulturní rozdíly a nedostatečné porozumění místnímu systému zdravotní péče mohou často bránit účinnému podávání léků a přístupu ke zdravotnickým službám u migrantů (Ahmer Raza et al., 2024).

V první hypotéze jsme zjišťovali, zda existuje souvislost mezi věkem nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich kulturními kompetencemi. Podle mého názoru by mladší sestry měly mít větší kulturní kompetence, jelikož mají víc aktuálních znalostí a jsou více otevřeny změnám, které multikulturní ošetřovatelství vyžaduje i přes menší množství zkušeností, které by mělo pomáhat starším sestřím v jejich rozhledu a zvyšovat jejich kulturní kompetence. Věk pracovníků jsme rozdělili do čtyř kategorií. První kategorie byla do 30 let včetně, druhá kategorie 31-40 let, třetí kategorie 41-50 let a poslední byla od 51 a více let. Výzkumu se zúčastnilo 108 respondentů, z toho 12% (n = 13) respondentů bylo v první kategorii, 27,8% (n = 30) v druhé kategorii, 38,9% (n = 42) ve třetí kategorii a 20,4% (n = 22) v poslední kategorii. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Zjistili jsme, že vztahy mezi věkem sester a uvedenými znaky nebyly statisticky významné a tudíž nebyl prokázán vliv věku na kulturní kompetence sester v domácí péči a hypotéza nebyla potvrzena. Mezi zkoumanými znaky byly: schopnost volby vhodného modelu, dovednost učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností, plánování intervencí, komunikačních dovedností, ke vhodnému chování a nakonec uvědomování si nezbytnosti celoživotního učení. Naše tvrzení potvrzuje Heitzler (2017), který uvádí, že kulturní kompetence poskytovatele zdravotní péče, jež byla definována jako vlastnictví a využívání kognitivních, afektivních a psychomotorických dovedností potřebných k překlenutí mezer, které se často vyskytují při interakce s odlišnými jedinci, tak věk, rasa nebo etnická příslušnost, počet let praxe

ve zdravotnictví a počet rasových a etnických skupin, se kterými se setkali, s kulturními kompetencemi nesouvisí (Heitzler, 2017). Dle Newman et al. (2014) věk nelékařských zdravotnických pracovníků nehraje při úrovni jejich kulturních kompetencí roli a potvrzuje tak také naše tvrzení (Newman et al., 2014). A Meretoja et al. (2004) také víceméně potvrzují naše výsledky, když tvrdí, že věk a délka praxe měly pozitivní, ale nepříliš silnou korelaci s úrovní kompetencí (Meretoja et al., 2004). Naopak DeGrande et al. (2018) ve svém výzkumu předkládají, že demografické faktory, jako jsou zkušenosti, vzdělání, věk, stav certifikace, pohlaví, tak souvisí s kulturními kompetencemi (DeGrande et al., 2018). Dle Salonen et al. (2007) čím vyšší je četnost používání různých kompetencí, tím vyšší je úroveň způsobilosti. Nejen úroveň kompetencí, ale také četnost využívání kompetencí se na různých pracovištích liší. Věk a délka pracovní praxe pozitivně korelovaly s úrovní kompetence (Salonen et al., 2007). O'Leary (2012) ve svém článku píše, že silná znalostní základna a klinické kompetence umožňují sestřám poskytovat kvalitní péči. Sebevnímání klinické kompetence spolu se starostlivým chováním pozitivně ovlivňuje autonomní přístup a hodnocení ošetrovatelských kompetencí, mající význam pro vzdělávání, udržení a bezpečnost pacientů. Důležitým krokem k dosažení tohoto cíle je vývoj a testování metod hodnocení kompetencí. Manažeři jsou vyzýváni, aby vypracovali strategie pro udržení a nábor zdravotních sester. Věk, kultura, vzdělání a spokojenost s prací jsou faktory, které je třeba při tvorbě těchto strategií vzít v úvahu. Důležitá je zkušenost a ta se netýká jen času v praxi nebo věku, je to vytříbení těchto naučených teorií a předešlých setkání v praktických situacích. Klinická praxe může být velmi složitá a představovat mnoho různých výzev, které se při každém setkání mírně nebo dramaticky mění. Sestra, která si zachovala a syntetizovala tyto zkušenosti, má bohatý základ pro hodnocení nových situací. Výzkumníci zjistili pozitivní vztahy mezi věkem, úrovní jejich zkušeností a kompetencemi (O'Leary, 2012). Kim a Kim (2015) tvrdí pravý opak od výsledků naší hypotézy a uvádí, že kulturní kompetence neznamená pouze znalosti a dovednosti, ale je to kombinace hodnot, kritického myšlení, sebevědomí a přístupu. Faktorů, které mají vliv na kulturní kompetence a sestra si může rozvinout svoji specializaci je mnoho. Patří mezi ně věk, rodinný stav, akademické pozadí, klinická praxe a další, u kterých bylo prokázáno, že mají vliv na jejich kulturní kompetence. Výzkumu se účastnilo 215 nelékařských zdravotnických pracovníků a z toho 45,1% (n = 97) respondentů bylo ve věku od 20 do 30 let, 40,0% (n = 86) bylo ve věku 30 až 40 let, 10,7% (n = 23) respondentů bylo od 40 do 50 let a 50 let a více bylo 4,2% (n = 9) respondentů. Z výzkumu vyplynulo, že úroveň

kulturních kompetencí je pro každou věkovou kategorii výrazně rozdílná a ukazuje, že čím starší setra, tím větší má kulturní kompetence (Kim, Kim, 2015). A Gunawan et al. (2020) pak ve svém výzkumu uvádí faktory, které ovlivňují klinické kompetence registrovaných sester, jako jsou roky praxe, věk, pracovní prostředí, zaměstnanecký status a další související proměnné, jako je sebehodnocení, spokojenost a kritické myšlení. Souvislosti mezi výchozími faktory a klinickými kompetencemi registrovaných sester však zůstávají nekonzistentní (Gunawan et al., 2020). A naše tvrzení tak ani nepotvrzuje, ale ani nevyvrací.

V druhé hypotéze jsme zkoumali, zda se nachází souvislost mezi dosaženým vzděláním sester a jejich kulturními znalostmi. Vzdělání mi přijde důležité, jelikož na středních školách se multikulturní ošetrovatelství nevyučuje a budoucí nelékařští zdravotničtí pracovníci nebudou mít základy a povědomí o této problematice. Nebudou umět komunikovat s pacientem z odlišné kultury a jejich péče bude postrádat kvalitu a efektivitu a pacienti/klienti v nich nebudou mít takovou důvěru, což je nežádoucí. Na vysokých školách se multikulturní ošetrovatelství vyučuje a je na něj kladen důraz, sestry se lépe orientují v péči o pacienty/klienty z jiné kultury, umí si vyhledat potřebné zdroje, protokoly a postupy a pacienti v ně mají větší důvěru. To tvoří základ pro kvalitní a efektivní péči. Vzdělání jsme rozdělili do čtyř kategorií a to středoškolské studium s maturitou, vyšší odborná škola, bakalářské studium a magisterské studium. Výzkumu se zúčastnilo 108 respondentů a 41,7% (n = 45) jich mělo maturitní vzdělání, 25,0% (n = 27) vyšší odborné vzdělání, 13,0% (n = 14) bakalářské vzdělání a 19,4% (n = 21) magisterské vzdělání. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Vyzkoumali jsme, že nebyla identifikována statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a uvedenými znaky, což znamená, že vzdělání sester pracujících v domácí péči, nemá statisticky významný vliv na úroveň jejich kulturních znalostí a hypotéza nebyla potvrzena. Mezi uvedené znaky patřily: seznámení s kulturními znalostmi a teorií vztahující se ke zdraví/nemoci, dovednost vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou pacientů a dovednost stanovit ošetrovatelské cíle podle pacienta, rozpoznání svých omezení ve znalostech, rozšiřování svých schopností v oblastech, kde jsou mezery a jako poslední studium speciálních kulturních protokolů a postupů s aplikací do praxe. Barlett et al. (2001) ve svém výzkumu uvádí, že při ukončení studia neexistují významné rozdíly mezi kompetencemi absolventů diplomových a bakalářských oborů a tudíž dosažený stupeň vzdělání nemá významný vliv na úroveň a tím náš výsledek

hypotézy potvrzuje. Zjištění akorát nakonec ukázala, že absolventi bakalářských oborů dosáhli vyššího skóre v oblasti profesního rozvoje a stali se kompetentnějšími než držitelé diplomových oborů téměř ve všech oblastech kompetencí (Barlett et al., 2001). Výsledky naší hypotézy vyvrací Rizany et al. (2018) tím, že rozvoj kompetencí je nepřetržitý proces zdokonalování znalostí, postojů a dovedností, který je ovlivňován hodně faktory. V systematickém přehledu bylo identifikováno šest faktorů, které ovlivňují rozvoj ošetrovatelských kompetencí: pracovní zkušenosti, typ ošetrovatelského prostředí, dosažená úroveň vzdělání, dodržování profesionality, kritické myšlení a osobní faktory. Ukázalo se, že pracovní zkušenosti a vzdělání významně ovlivňují rozvoj kompetencí sester (Rizany et al., 2018). Schim et al. (2005) také tvrdí, že vzdělání má na kulturní kompetence vliv a vyvrací tak náš výsledek hypotézy. Zjistili, že poskytovatelé, kteří absolvovali školení a mají vyšší úroveň vzdělání, dosáhli významně lepšího skóre v oblasti kulturního povědomí, citlivosti a v oblasti chování založeného na kulturních kompetencích a to jak u ontarijských, tak michiganských zdravotníků (Schim et al., 2005). Mahabeer (2009) zkoumal význam vzdělávání v oblasti kulturních kompetencí u 58 hemodialyzovaných sester a zjistil, že většina (52,6 %) uvedla, že úroveň jejich vzdělání má vliv na úroveň jejich kulturních kompetencí (Mahabeer, 2009). Mareno, Hart (2014) ve svém výzkumu píšou, že nelékařští zdravotničtí pracovníci s nižším vzděláním dosáhly v oblasti kulturních znalostí horšího skóre než nelékařští zdravotničtí pracovníci s vysokoškolským vzděláním. Skóre v oblasti kulturního povědomí, dovedností a komfortu při setkání s pacientem se mezi skupinami nelišilo. Obě skupiny uváděly málo školení o kulturní rozmanitosti na pracovišti nebo v rámci odborného dalšího vzdělávání (Mareno, Hart, 2014). Také Kim a Kim (2015) svými výsledky nesouhlasí s těmi našimi a ve svém výzkumu tvrdí, že sestry s postgraduálním vzděláním nebo s vysokým vzděláním mají vyšší úroveň ošetrovatelských kompetencí než sestry, které absolvovaly 4letou vysokou školu, tříletou vysokou školu a otevřenou vysokou školu (Kim, Kim, 2015). Chin-Nu et al. (2015) pak zmiňují důležitost vzdělání pro zlepšení kulturních kompetencí jako takového. Nedostatek formálního vzdělávání v oblasti kulturně kompetentní péče a školení tchajwanských zdravotníků může být faktorem, který omezuje jejich schopnost poskytovat kulturně kompetentní péči. Ačkoli mnoho univerzit a vysokých škol na Tchaj-wanu umožňuje vzdělání v oblasti ošetrovatelství, pouze několik z nich poskytuje vzdělávání a školení týkající se kulturně kompetentní péče jako součást bakalářských nebo magisterských studijních programů. Dvě předchozí intervenční studie ukázaly potenciálně pozitivní dopad vzdělávání

v oblasti kulturních kompetencí na kulturní znalosti a citlivost studentů zdravotnických oborů. Tyto studie narážely na nízkou úroveň kulturních znalostí studentů medicíny a ošetrovatelství na Tchaj-wanu a na potřebu intervencí, které by zlepšily úroveň jejich kulturních kompetencí. Zdravotničtí pracovníci tak mohou mít nedostatky ve svých kulturních znalostech a dovednostech (Chin-Nu et al. 2015).

7 Závěr

Diplomová práce je na téma „ Sebereflexe kulturních kompetencí u sester pracujících v domácí péči“. Za pomoci nejnovějších výzkumů české a hlavně světové literatury jsme v teoretické části popsali domácí péči, multikulturální ošetrovatelství, sebereflexi obecně, také zaměřenou na zdravotnictví a modely vhodné jak pro sebereflexi, tak multikulturální ošetrovatelství. Jako cíl jsme si stanovili zmapování kulturních kompetencí sester v domácí péči a stanovili jsme si k tomu dvě hypotézy. V první hypotéze jsme zjišťovali, zda věk nelékařských zdravotnických pracovníků souvisí s úrovní kulturních kompetencí a v druhé hypotéze, zda úroveň dosaženého vzdělání má vliv na kulturní znalosti.

Pro dosažení výsledků našich hypotéz jsme použili kvantitativní vědecký postup a pro výzkum byly osloveny sestry z agentur domácí péče. První hypotéza zkoumala, jestli existuje souvislost mezi věkem sester a jejich kulturními kompetencemi. Šetření se účastnilo 108 respondentů a nejvíce jich bylo ve věku od 41-50 let. Zjistili jsme však, že věk nelékařských zdravotnických pracovníků na úroveň kompetencí nemá významný vliv. Druhá hypotéza zjišťovala, zda má dosažené vzdělání vliv na kulturní znalosti. Vzdělání jsme měli rozdělené do čtyř kategorií a skoro polovina respondentů, kteří odpověděli měli nejvyšší dosažené vzdělání zakončené maturitou. Ale i u této hypotézy nám vyšlo, že úroveň dosaženého vzdělání nemá na kulturní znalosti významný vliv. Z výsledků dále vyplývá, že většina sester si nemyslí, že znalost cizího jazyka je při praxi důležitá a polovina jich cizí jazyk ani nevyužívá. Ale nemají negativní postoje k cizincům a uvědomují si důležitost celoživotního učení, aby mohli poskytovat kulturně kompetentní péči.

Jako limity tohoto výzkumu vnímám malý zájem agentur domácí péče, potažmo nelékařských zdravotnických pracovníků o tento výzkum a spoustu zařízení účast ve výzkumu odmítlo, nebo byla velmi malá návratnost vyplněných dotazníků. Proto je v této práci menší počet respondentů než by mohl být, i když jsem obcházela a kontaktovala nesčetně zařízení po celé České republice. Dalším limitem ve výzkumu byl menší počet literatury, který by se vztahoval přímo k hypotézám a bylo velice obtížné nějaké najít, kde by se tato problematika rozebírala ve větším měřítku a byly zde zobrazeny podstatné data.

Práce slouží tomu, abychom poukázali na aktuálnost této problematiky, aby se nelékařští zdravotničtí pracovníci mohli zlepšit v poskytování kulturně kompetentní péče a uvědomili si důležitost kulturních kompetencí, jelikož jen problematika sběru poukázala na to, že se na ní neklade dostatečný důraz a není brána jako důležité téma. Výsledky diplomové práce budou publikovány v časopisu, který bude přínosný pro nelékařský zdravotnický personál, tak i laickou veřejnost a budou prezentovány na konferenci.

8 Seznam použité literatury

1. ACL. ©2023 *Home Health Care*. [online]. Administration for Community Living. [cit. 2024-01-26]. Dostupné z: https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Factsheets/Home_Health_Care.aspx
2. AHMER RAZA, M. et al., 2024. [online]. *Addressing quality medication use among migrant patients: Establishment of an organization to provide culturally competent medication care*. Elsevier: Saudi Pharmaceutical Journal. 32(3), 101-922. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2023.101922>
3. ANDERSON, J., 2020. *Reflection*. [online]. ELT Journal. 74(4), 480-483. [cit. 2023-11- 20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/elt/ccaa039>
4. ANDREWS, J. et al., 2023. [online]. *Feminized forced migration: Ukrainian war refugees*. Elsevier: Women's Studies International Forum. 99(2023), 102-756. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2023.102756>
5. BARLETT, H. et al., 2001. [online]. *A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes*. Journal of Clinical Nursing. 9(3), 369-381. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00331.x>
6. BAUMER, E., 2015. *Reflective Informatics: Conceptual Dimensions for Designing Technologies of Reflection*. [online]. New York: Communication Department and Information Science Department. 33 (2015), 585–594. [cit. 2023-11- 04]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1145/2702123.2702234>
7. BEAUCHAMP, C., 2014. *Reflection in teacher education: issues emerging from a review of current literature*. [online]. Kanada: Reflective Practice. 16(1), 123-141. [cit. 2023-11- 20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14623943.2014.982525>
8. BROWNHILL, S., 2021. *Self-reflection: the what, the why, and the how – by Simon Brownhill*. [online]. Bristol: University of Bristol. [cit. 2023-11- 05]. Dostupné z: <https://ctlc.blogs.bristol.ac.uk/2021/10/01/self-reflection-the-what-the-why-and-the-how-by-simon-brownhill/>
9. BRUNO, A., DELL' AVERSANA, G., 2017. *Reflective practicum in higher education: the influence of the learning environment on the quality of learning*. [online]. Assessment & Evaluation in Higher Education. 43(3), 345-358. [cit. 2023-11- 05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02602938.2017.1344823>

10. BUSTIKOVA, L., GUAISTI, P., 2024. [online]. *Chapter 10: Migration and right-wing mobilization in the Czech Republic*. Political Science and Public Policy 2024. 1(2024), 197-222. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.4337/9781839100765.00016>
11. Cambridge University Press and Assessment, ©2023 [online]. Velká Británie: Cambridge University Press and Assessment. [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/self-reflection>
12. CONSTANTINO, C. et al., 2022. *Cultural Competence in Healthcare and Healthcare Education*. [online]. MDPI. 12(6), 178. [cit. 2023-12-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/soc12060178>
13. DEGRANDE, H. et al., 2018. [online]. *Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature*. Elsevier: Intensive and Critical Care Nursing. 49(2018), 65-71. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.008>
14. DUBÉ, V., DUCHARME, F., 2015. *Nursing reflective practice: An empirical literature review*. [online]. Journal of Nursing Education and Practice. 5(7), 91-99. [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n7p91>
15. DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: SLON. 196s. ISBN 978-80-7419-182-4.
16. FRENK, J., GOMÉZ-DANTÉS, O., 2024. [online]. *Aging, Migration, and Health*. Policy & Aging Report. 34(1), 34-36. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ppar/prad035>
17. GELFUSO, A., DENNIS, D., 2014. *Getting reflection off the page: The challenges of developing support structures for pre-service teacher reflection*. [online]. Elsevier: Teaching and Teacher Education. 38(2), 1-11. [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tate.2013.10.012>
18. GUILD, E., GROENENDIJK, K., 2023. [online]. *The impact of war in Ukraine on EU migration*. Frontiers in Human Dynamics. 5(2023). [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fhumd.2023.1189625>
19. GUNAWAN, J. et al., 2020. [online]. *Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis*. Journal of Nursing Scholarship. 52(6), 623-633. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jnu.12594>

20. HEITZLER, E., 2017. [online]. *Cultural Competence of Obstetric and Neonatal Nurses*. Elsevier: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 46(3), 423-433. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.015>
21. HENDERSON, S. et al., 2018. *Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis*. [online]. Health and Social Care in the community. 26(4), 590-603. [cit. 2023-12- 02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
22. CHARUSHILA, R. et al., 2022. *A review on cultural competency in medical education*. [online]. Journal of Family Medicine and Primary Care. 11(8), 4319-4329. [cit. 2023-12- 10]. Dostupné z: [10.4103/jfmmpc.jfmmpc_2503_21](https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_2503_21)
23. CHIN-NU, L. et al., 2015. [online]. *Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses*. Journal of Nursing Research. 23(4), 252-261. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: [10.1097/JNR.0000000000000097](https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000097)
24. IM, E., LEE, Y., 2018. *Transcultural Nursing: Current Trends in Theoretical Works*. [online]. Elsevier: Asian Nursing Research. 12(3), 157-165. [cit. 2023-12- 7]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.006>
25. INGHAM-BROOMFIELD, B., 2021. *A nurses' guide to using models of reflection*. [online]. Australian Nursing and Midwifery Federation. 38(4),62-67. [cit. 2023-11- 23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.37464/2020.384.395>
26. JEFFREYS, M., 2015. *Teaching cultural competence in nursing and health care*. 3.vydání. Springer publishing. 618s. ISBN 978-0-8261-1996-4.
27. KAIHLANEN, A., HIETAPAKKA, L., HEPONIEMI, T., 2019. *Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training*. [online]. BMC Nursing. 18(38), 1-9. [cit. 2023-12- 02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
28. KARIMI, S., HAGHANI, F., 2017. *Exploring the perception of nursing students about consequences of reflection in clinical settings*. [online]. Electronic Physician. 9(9), 5191-5198. [cit. 2023-12- 02]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.19082/5191>
29. KIM, M., KIM, Y., 2015. [online]. *Variables Affecting Nursing Competency of Clinical Nurses*. Indian Journal of Science and Technology. 8(26), 1-9. [cit. 2023-04-15]. ISSN: 0974-5645

30. KORZENIEWSKI, K. et al., 2024. [online]. *Ukrainian war refugees and migrants in Poland: implications for public health*. Journal of Travel Medicine. 31(1), 1-4. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/jtm/taad119>
31. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160s. ISBN 978-80-247-4413-1.
32. La Trobe Univesity. ©2023. [online]. Austrálie: La Trobe University. [cit. 2023-11- 21]. Dostupné z: <https://latrobe.libguides.com/reflectivepractice/when-to-reflect>
33. LANDERS, S. et al., 2016. *The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value*. [online]. SAGE Journals: Home Health Care Management & Practice. 28(4), 262-278. [cit. 2023-12- 18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1084822316666368>
34. LI, S. et al., 2023. *A critical review of cultural competence frameworks and models in medical and health professional education: A meta-ethnographic synthesis: BEME Guide No. 79*. [online]. Medical Teacher. 45(10), 1085-1107. [cit. 2023-12- 7]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174419>
35. LIČEN, S. et al., 2017. *Ensuring equality through the acquisition of cultural competencies in nursing education: A systematic literature review*. [online]. Health of the Working-Age Population. [cit. 2023-12- 11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.26493/978-961-7023-32-9.113-121>
36. MAHABEER, S., 2009. [online]. *A descriptive study of the cultural competence of hemodialysis nurses*. CANNT J. 19(4), 30-33. [cit. 2023-04-16]. PMID: 20136033
37. MANN, S., WALSH, S., 2017. *Reflective Practice in English Language Teaching Research-Based Principles and Practices*. [online]. Velká Británie: Routledge. 304s. ISBN 978-1138839496.
38. MARENO, N., HART, P., 2014. [online]. *Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education*. Nursing Education Perspectives. 35(2), 83-88. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: 10.5480/12-834.1

39. MATSHAKA, L., 2021. *Self-reflection: A tool to enhance student nurses' authenticity in caring in a clinical setting in South Africa*. [online]. Elsevier: International Journal of Africa Nursing Sciences. 15(1), 100-324. [cit. 2023-12-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100324>
40. McAULIFE, M., TRIANDAFYLLIDOU, A., 2021. *World Migration Report 2022*. Geneva: International Organization for Migration (IOM). 522s. ISBN 978-92-9268-076-3.
41. MedlinePlus. ©2023. *Home Care Services*. [online]. NIH. [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/homecareservices.html>
42. MERETOJA, R. et al., 2004. [online]. *Nurse competence scale: development and psychometric testing*. JAN Leading Global Nursing Research. 47(2), 119-236. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: [10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x)
43. Migration Data Portal, ©2023. [online]. *Older persons and migration*. Global Migration Data Portal. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.migrationdataportal.org/themes/older-persons-and-migration>
44. MILLER, J., 2020. *Reflective practice and health sciences librarians: engagement, benefits, and barriers*. [online]. Journal of the Medical Library Association. 108(1), 17-28. [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: [10.5195/jmla.2020.777](https://doi.org/10.5195/jmla.2020.777)
45. MORRIS, T., 2018. *Experiential learning – a systematic review and revision of Kolb's mode*. [online]. Interactive Learning Environments. 28(8), 1064-1077. [cit. 2023-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10494820.2019.1570279>
46. MZČR. ©2020. *Koncepce domácí péče*. [online]. MZČR. [cit. 2023-12-26]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
47. NEALE, P., ©2023 *Self-reflection in leadership – Part 1: Ambitions, Values and Personality*. [online]. Palena Neale. [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://unabridgedleadership.com/self-reflection-in-leadership/>
48. NEWMAN GIGER, J., HADDAD, L., 2020. *Transcultural Nursing Assessment and Intervention*. 8.vydání. Elsevier. 736s. ISBN 978-0-323-69554-1.
49. NEWMAN, K. et al., 2014. [online]. *The relation of critical care nurses' information-seeking behaviour with perception of personal control, training, and non-routineness of the task*. Scopus: Dynamics (Pembroke, Ont.). 25(1), 13-18. [cit. 2023-04-15]. ISSN: 1497-3715

50. NGUYEN, T., HARTZ, D., 2020. *International Students in Australia, Employability and Cultural Competence*. [online]. Cultural Competence and the Higher Education Sector. 1(2020), 331-348. [cit. 2023-12- 02]. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-981-15-5362-2_18
51. NursingAnswers.net, ©2023 [online]. Arabské Emiráty: Part of Business Bliss Consultants FZE. [cit. 2023-11- 25]. Dostupné z: [Reflective Model Guides | NursingAnswers.net](https://www.nursinganswers.net/reflective-model-guides/)
52. O'LEARY, J., 2012. [online]. *Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses*. Journal of Nursing Management. 20(5), 607-614. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01394.x>
53. OLTEANU, C., 2017. *Reflection-for-action and the choice or design of examples in the teaching of mathematics*. [online]. Mathematics Education Research Journal. 29, 349-367. [cit. 2023-11- 25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s13394-017-0211-9>
54. Oxford University Press, ©2023 [online]. Velká Británie: Oxford University Press. [cit. 2023-11- 05]. Dostupné z: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/self-reflection>
55. PANGH, B. et al., 2019. *The Effect of Reflection on Nurse-Patient Communication Skills in Emergency Medical Centers*. [online]. Journal of Caring Sciences. 8(2), 75-81. [cit. 2023-12- 02]. Dostupné z: [10.15171/jcs.2019.011](https://doi.org/10.15171/jcs.2019.011)
56. PATEL, K., METERSKY, K., 2021. *Reflective practice in nursing: A concept analysis*. [online]. NANDA International, Inc. 33(3), 180-187. [cit. 2023-11- 06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
57. PROSEN, M., 2015. *Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum*. [online]. Elsevier: Procedia - Social and Behavioral Sciences. 174(2015), 149-155). [cit. 2023-12- 06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.640>
58. PUGNEROVÁ, M., 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada. 204s. ISBN 978-80-271-0532-8.
59. PURNELL, L., 2018. *Update: The Purnell Theory and Model for Culturally Competent Health Care*. [online]. SAGE: Journal of Transcultural. 30(2), 98-105. [cit. 2023-12- 11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1043659618817587>

60. RASHEED, S., YOUNAS, A., SUNDUS, A., 2018. *Self-awareness in nursing: A scoping review*. [online]. Journal of Clinical Nursing. 28(5-6), 762-774. [cit. 2023-11- 28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
61. RAY, M., 2016. *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. 2.vydání. [online]. USA: F.A. Davis Company. 442s. ISBN: 978-0-8036-4470-0.
62. RIZANY, I. et al., 2018. [online]. *Factors that affect the development of nurses' competencies: a systematic review*. Elsevier: Enfermería Clínica. 28(1), 154-157. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30057-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30057-3)
63. ROLFE, G., 2014. *Rethinking reflective education: What would Dewey have done?*. [online]. Elsevier: Nurse Education Today. 34(8), 1179-1183. [cit. 2023-12- 01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.006>
64. SAAD ALBOUGAMI, A. et al., 2016. *Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A Discussion Paper*. [online]. International Archives of Nursing and Health Care. 2(4). [cit. 2023-12- 7]. Dostupné z: [10.23937/2469-5823/1510053](https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510053)
65. SAFDARI, R. et al., 2014. *Comparative study of home care program with other developed countries*. [online]. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 13(6), 439-446. [cit. 2023-12- 11]. Dostupné z: https://ijdltd.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-93&sid=1&slc_lang=en
66. SALONEN, A. et al., 2007. [online]. *Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings*. Journal of Nursing Management. 15(8), 792-800. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00768.x>
67. SEHER SARIKAYA, K. et al., 2013. *Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Case Study in Turkey*. [online]. Health Science Journal; Egaleo. 7(3), 342-345. [cit. 2023-12- 11]. E-ISSN 1791-809x
68. SHAHZAD, S. et al., 2021. *Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences*. [online]. Elsevier: Journal of Professional Nursing. 37(6), 1119-1131. [cit. 2023-12- 06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>
69. SHARIFI, N. et al., 2019. *Cultural competence in nursing: A concept analysis*. [online]. Elsevier: International Journal of Nursing Studies. 99(2019), 103-386. [cit. 2023-12- 07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>

70. SHAW, S. et al., 2018. *An exploration of the nature and assessment of student reflection*. [online]. Velká Británie: Research Matters, A Cambridge Assessment publication. 25(1), 2-8. [cit. 2023-11- 05]. Dostupné z: [476532-an-exploration-of-the-nature-and-assessment-of-student-reflection.pdf](https://www.cambridgeassessment.org.uk/476532-an-exploration-of-the-nature-and-assessment-of-student-reflection.pdf) ([cambridgeassessment.org.uk](https://www.cambridgeassessment.org.uk))
71. SCHIM, S. et al., 2005. [online]. *Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers*. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(4), 354-360. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00061.x>
72. STEVEN, A. et al., 2020. *Critical Incident Techniques and Reflection in Nursing and Health Professions Education Systematic Narrative Review*. [online]. *Nurse Educator*. 45(6), 57-61. [cit. 2023-11- 28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000796>
73. SUPHASRI, P., CHINOKUL, S., 2021. *Reflective Practice in Teacher Education: Issues, Challenges, and Considerations*. [online]. Thajsko: PASAA. 62(2021), 238-264. [cit. 2023-11- 05]. E-ISSN: 2287-0024
74. TOSUN, B., 2021. *Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review*. [online]. Elsevier: *Nurse Education in Practice*. 55(2021), 103-171. [cit. 2023-12- 06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103171>
75. University of Edinburgh, ©2023. [online]. Velká Británie: University of Edinburgh. [cit. 2023-11- 23]. Dostupné z: [Free-form reflection | The University of Edinburgh](https://www.ed.ac.uk/free-form-reflection)
76. University of Hull, ©2023. [online]. Velká Británie: University of Hull. [cit. 2023-11- 23]. Dostupné z: <https://libguides.hull.ac.uk/reflectivewriting/reflection3#Frameworks>
77. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128s. ISBN 978-80-271-0156-6.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník domácí péče

10 Seznam tabulek

Tabulka 1 Souvislost věku sester a jejich kulturních kompetencí

Tabulka 2 Dosažené vzdělání sester a jejich kulturní znalosti

11 Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentů

Graf 2 Pohlaví respondentů

Graf 3 Vzdělání respondentů

Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví

Graf 5 Délka práce v domácí péči

Graf 6 Znalost jazyků

Graf 7 Použití jazyků v praxi

Graf 8 Smlouva s tlumočnickem

Graf 9 Etnické minority

Graf 10 Předsudky proti jiné kultuře

Graf 11 Komfort při péči o jiné kultury

Graf 12 Důležitost verbální komunikace pro získání informací

Graf 13 Přípravenost na klienta z odlišné kultury

Graf 14 Podstata znalosti cizího jazyka

Graf 15 Obavy z odlišné kultury

Graf 16 Pocit bezpečí klienta jiné kultury na pracovišti

Graf 17 Posuzování klienta na základě barvy pleti

Graf 18 Vyvarování se kulturních konfliktům

Graf 19 Vyhnutí se stereotypizaci

Graf 20 Plné přizpůsobení se do naší země

Graf 21 Připojit se do péče o pacienta z jiné kultury

Graf 22 Zlepšování vědomostí a dovedností v péči

Graf 23 Pocit diskriminace k pacientovi jiné kultury

Graf 24 Odlišné vnímání zásad zdravotní péče

- Graf 25** Důležitost diskutování s kolegy o problémech, při péči
- Graf 26** Integrovaní vhodného modelu do ošetrovatelského procesu
- Graf 27** První návštěva u pacienta z jiné kultury
- Graf 28** Přijmutí pacienty
- Graf 29** Přijmutí rodinou
- Graf 30** Překážky při návštěvě
- Graf 31** Dovednost vést a učit kolegy k vidění rozdílů
- Graf 32** Dovednost vést a učit kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí
- Graf 33** Ilustrace komunikačních schopností
- Graf 34** Dovednost vést a učit ke komunikačním dovednostem
- Graf 35** Interpretování vlivu kulturních faktorů na postoj ke zdraví/nemoci
- Graf 36** Sbíráání informací o postoji pacienta ke zdraví/nemoci
- Graf 37** Učit a vést kolegy ke kulturní citlivosti zdraví/nemoci
- Graf 38** Učit a vést kolegy k přijatelnému chování při poskytování péče
- Graf 39** Seznámení s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví/nemoci
- Graf 40** Interpretace vlivu kultury na pacienty v oblasti zdraví/nemoci
- Graf 41** Umět uvádět metody či způsoby sběru informací
- Graf 42** Srovnání názorů na zdraví/nemoc pacientů
- Graf 43** Zjistit potřeby péče o pacienta
- Graf 44** Uskutečňování potřeb pacienta při poskytování ošetrovatelských intervencí
- Graf 45** Možné souvislosti mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou u pacienta
- Graf 46** Určení ošetrovatelských cílů dle kulturního prostředí každého pacienta
- Graf 47** Aktivně pochopit víru rozdílných kulturních skupin
- Graf 48** Počínání se při péči o pacienty obvykle příliš neliší od kulturních norem

- Graf 49** Vést a učit kolegy ke vnímání odlišností a podobností mezi rozdílnými kulturami
- Graf 50** Učit a řídit kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí
- Graf 51** Hodnotová diverzita – lidská rozdílnost je pozitivní a je příčinou k radosti
- Graf 52** Poznání sebe sama – zřetelně chápat svoji etnickou, kulturní a rasovou identitu
- Graf 53** Sdílení kultury – důležitost pochopení své vlastní kultury k poznání jiných
- Graf 54** Uvědomění nekomfortních zón - setkávání s jinou rasou, ...
- Graf 55** Kontrola předpokladů – předsudky o lidech z odlišných kultur
- Graf 56** Zpochybnění stereotypů – uvědomování si zjištěných stereotypů
- Graf 57** Reflexe vlivu kultury – vliv vlastní kultury na mínění o přijatelném chování
- Graf 58** Přijmutí nejednoznačností – pochybnost napříč kulturními situacemi
- Graf 59** Zvědavost – využití každé možnosti
- Graf 60** Uvědomování si výsad jako Čech – při práci s odlišnou kulturou
- Graf 61** Znalost o otázkách sociální spravedlnosti – vliv sociálního kontextu
- Graf 62** Zhodnocení uvědomění
- Graf 63** Učení se z omylů
- Graf 64** Hodnocení hranic vědomostí – vědomosti o některých kulturních skupinách
- Graf 65** Pokládání otázek – vyslechnutí odpovědí před pokládáním otázek
- Graf 66** Rozpoznání rozdílnosti – skrývání se za tvrzením o kulturní slepotě
- Graf 67** Porozumění vlivu kultury – vliv času na kulturu a spojitosti s kulturou
- Graf 68** Povinnost celoživotního učení – docílení kulturní kompetence
- Graf 69** Porozumění vlivu rasismu, sexismu,.. – stereotypní postoje
- Graf 70** Vědomost o vlastní rodinné historii
- Graf 71** Znalost svých hranic – dovednost hledat mezery ve vědomostech
- Graf 72** Chápání více sociálních identit – vícečetné identity a jejich rozdílnost významu

- Graf 73** Interkulturní a vnitrokulturní odlišnosti
- Graf 74** Výchozí bod pro kritiku vhodného chování – vlastní kultura jako výchozí bod
- Graf 75** Zhodnocení vědomostí
- Graf 76** Adaptování se odlišným situacím
- Graf 77** Postavení se rasistickému a/či diskriminačnímu počínání
- Graf 78** Komunikace mezi odlišnými komunitami – účinné přizpůsobení komunikace
- Graf 79** Nalézání situací k rozšíření dovedností – nalézání osob, které jsou výzvou
- Graf 80** Aktivní začlenění v událostech, které posilují pochopení mezi členy skupin
- Graf 81** Chovat se s respektem v interkulturních situacích
- Graf 82** Využití kulturních norem
- Graf 83** Vystupovat jako přátelská osoba pro kolegy s odlišné kultury
- Graf 84** Být adaptabilní
- Graf 85** Být pružný – budování vztahů s odlišnými lidmi
- Graf 86** Uznání své kulturní zaujatosti
- Graf 87** Informovanost o různosti uvnitř skupiny
- Graf 88** Zhodnocení dovedností

12 Seznam zkratek

EU – Evropská unie

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

IOM – International Organization for Migration

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SASD – Statistická analýza sociálních dat

USA – United States of America

13 Přílohy

Příloha č.1 Dotazník domácí péče



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

DOTAZNÍK

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

Období realizace: rok 2021-2023

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 domácí péči. Vaše odpovědi budou přísně chráněné. Výsledky tohoto dotazníku budou sloužit pouze pro vědecké účely. Z účasti ve výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody - vyplněním tohoto předkládaného dotazníku výrazně přispějete ke zvýšení kvality poskytované domácí ošetrovatelské péče. 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.

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?
 1. Počet let (uveďte)
- 2) Jaké je Vaše pohlaví?
 1. Muž
 2. Žena
- 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?
..... uveďte celkovou délku praxe v letech
- 5) Jak dlouho pracujete v domácí péči?
..... uveďte délku praxe v domácí péči v letech
- 6) Jakými jazyky se dokážete dorozumět? (*Uveďte všechny jazyky, kterými se dokážete dorozumět – můžete označit více možností*).
 1. Anglicky
 2. Německy
 3. Rusky
 4. Jiné: _____
- 7) Jak často při práci průměrně 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 kroužkem, na kolik s daným tvrzením souhlasíte.

Tvrzení	1 zcela nesouhla sím	2 spíše nesouhla sím	3 nemám vyhraněný názor	4 spíše souhlasím	5 zcela souhlasím
10) Jsem si vědom/a, že moje předsudky mohou ovlivnit moje chování k pacientům z odlišné kultury.	1	2	3	4	5
11) Pokud bych pečoval/a o pacienta z odlišné kultury, cítil/a bych se komfortně.	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) Pokud bych se měl/a setkat s pacientem z odlišné kultury, na setkání bych se dopředu pečlivě připravil/a.	1	2	3	4	5
14) Znalost cizího jazyka je pro moji profesi stěžejní.	1	2	3	4	5
15) Pokud bych pečoval/a o pacienta z odlišné kultury, přistupoval/a bych k němu s obavami.	5	4	3	2	1
16) Pokud bych pečoval/a o pacienta z odlišné kultury, bylo by důležité, aby se takový pacient cítil bezpečně na mém pracovišti.	1	2	3	4	5
17) Pacienta z odlišné kultury je třeba posuzovat na základě barvy pleti.	5	4	3	2	1
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 se pacienti z odlišné kultury mají plně adaptovat do mojí domovské země.	1	2	3	4	5
21) Pokud se na pracovišti setkáme s pacientem z odlišné kultury, snažím se zapojit do poskytování ošetrovatelské péče o tohoto pacienta.	1	2	3	4	5

Tvrzení	1 Nikdy	2 Téměř nikdy	3 Někdy	4 Téměř vždy	5 Vždy
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) Uvědomuji si, že pacienti z odlišné kultury mohou vnímat různě principy zdravotní péče.	1	2	3	4	5
25) Při péči o pacienta z odlišné kultury považuji za důležité diskutovat s kolegy o problémech, které mohou nastat při poskytování ošetrovatelské péče.	1	2	3	4	5
26) Při péči o pacienta z odlišné kultury považuji za důležité zavádění vhodného modelu ošetrovatelské péče do ošetrovatelského procesu. Volil/a bych model, který je zaměřený na poskytování péče o pacienty z odlišné kultury.	1	2	3	4	5

27) Když vím, že jdu na první návštěvu ke klientovi/pacientovi z odlišné kultury, než je ta moje, tak se kvůli tomu:

1. Vždy připravuji
2. Občas připravuji
3. Nepřipravuji

28) Jak Vás přijali klienti/pacienti z odlišné kultury?

1. Dobře
2. Spíše dobře
3. Nedokážu posoudit
4. Spíše špatně
5. Špatně

29) Jak Vás přijala rodina klienta/pacienta z odlišné kultury?

1. Dobře
2. Spíše dobře
3. Nedokážu posoudit
4. Spíše špatně
5. Špatně

30) S jakými překážkami se setkáváte při návštěvě klienta/pacienta z odlišné kultury? (Můžete označit i více odpovědí.)

1. Nedorozumění z důvodu nedostatečných vědomostí o dané kultuře
2. Nedorozumění z důvodu komunikačních (jazykových dovedností)
3. Nedorozumění z důvodu konfliktu dvou odlišných kultur
4. Nedodržování léčebného procesu kvůli kulturním přesvědčením
5. Jiné (specifikuje): _____

STANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

31) Standardizovaný dotazník PHCP-CCS

ČESKÝ FORMULÁŘ PHCP-CCS						
STUPNICE KULTURNÍCH KOMPETENCÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V PRIMÁRNÍ PÉČI						
HODNOCENÍ		Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nejsem rozhodnutý/á	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Přečtěte si prosím každou položku a označte ji kroužkem nebo symbolem ✓ v jedné z možností odpovědi "rozhodně souhlasím", "souhlasím", "nejsem rozhodnut", "nesouhlasím", "rozhodně nesouhlasím".						
CSk	31.1) Dokážu učit kolegy a vést je k vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.	1	2	3	4	5
CSk	31.2) Dokážu učit kolegy a vést je k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	31.3) Dokážu na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	31.4) Dokážu učit kolegy a vést je ke komunikačním dovednostem pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	31.5) Dokážu pacientům/klientům z různých etnických skupin vysvětlit vliv kulturních faktorů na postoj/přístup ke zdraví/nemoci.	1	2	3	4	5
CSk	31.6) Podle mého názoru je shromažďování informací o postoji/přístupu pacienta/klienta ke zdraví/nemoci velmi snadné.	1	2	3	4	5
CSk	31.7) Dokážu učit kolegy a vést je ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci.	1	2	3	4	5
CSk	31.8) Dokážu učit kolegy a vést je k vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	31.9) Jsem obeznámen/a s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví a/nebo nemoci.	1	2	3	4	5
CK	31.10) Umím vysvětlit vliv kultury na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci.	1	2	3	4	5
CK	31.11) Umím vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech.	1	2	3	4	5
CK	31.12) Dokážu porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	31.13) Dokážu snadno identifikovat potřeby péče u pacienta/klienta z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	31.14) Při provádění ošetrovatelských činností dokážu naplňovat potřeby pacienta/klienta z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	31.15) Umím vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou u pacientů/klientů.	1	2	3	4	5
CK	31.16) Dokážu stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta.	1	2	3	4	5
CSens	31.17) Obvykle se aktivně snažím porozumět víře různých kulturních skupin.	1	2	3	4	5
CSens	31.18) Při péči o pacienty/klienty z různých kultur se mé chování obvykle příliš neliší od jejich kulturních norem.	1	2	3	4	5
CSens	31.19) Dokážu učit kolegy a vést je ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.	1	2	3	4	5
CSens	31.20) 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

32) 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 lesbičky, gaye, bisexuály, transgender osoby a osoby dalších identity), 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 CanadaCitoyenneté et
Immigration Canada

Uvědomění		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/ velmi dobře 4
32.1) Má hodnotová diverzita	Lidskou odlišnost považuji za pozitivní a za důvod k radosti.	1	2	3	4
32.2) Mé poznání sebe sama	Jasně vnímám svoji vlastní etnickou, kulturní a rasovou identitu.	1	2	3	4
32.3) 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
32.4) 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
32.5) Kontrola svých předpokladů	Uvědomuji si své předsudky o lidech z jiných kultur, než je ta moje.	1	2	3	4
32.6) 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
32.7) 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
32.8) 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
32.9) Zvědavost	Využívám každé příležitosti, abych se dostal/a na místa, kde se mohu učít o odlišnostech a vytvářet vztahy.	1	2	3	4
32.10) 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

32.11) 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
32.1 – 32.11 Vyhodnocení		1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x
Uvědomění		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/velmi dobře 4
32.12) Učení se z vlastních chyb	Budu dělat chyby a poučím se z nich.	1	2	3	4
32.13) 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
32.14) Kladení otázek	Než položím další otázku, pozorně si vyslechnu odpovědi.	1	2	3	4
32.15) 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
32.16) 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
32.17) Závazek k celoživotnímu učení	Uvědomuji si, že dosažení kulturní kompetence vyžaduje celoživotní učení.	1	2	3	4
32.18) 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
32.19) Znalost vlastní rodinné historie	Znám příběh své rodiny.	1	2	3	4
32.20) Znalost svých limitů	Nadále rozvíjím svou schopnost vyhodnocovat oblasti, ve kterých mám mezery ve znalostech.	1	2	3	4
32.21) 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
32.12 – 32.21 Vyhodnocení		1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x

Znalosti		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/velmi dobře 4
32.22) Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly	Uznávám mezikulturní i vnitrokulturní rozdíly.	1	2	3	4
32.23) 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
32.22 – 35.23	Vyhodnocení	1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x
Dovednosti		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/velmi dobře 4
32.24) Přizpůsobení se různým situacím	Rozvíjím cesty, jak efektivně a s respektem jednat s jedinci i skupinami.	1	2	3	4
32.25) Postavit se diskriminačnímu a/nebo rasistickému chování	Dokážu efektivně zasáhnout, když vidím, že se ostatní chovají rasistickým a/nebo diskriminačním způsobem.	1	2	3	4
32.26) Komunikace mezi různými kulturami	Jsem schopen/a přizpůsobit svůj komunikační styl tak, abych komunikoval/a efektivně s lidmi, jejichž komunikační styl je odlišný od toho mého.	1	2	3	4
32.27) Vyhledávání situací k rozšíření svých dovedností	Vyhledávám lidi, kteří jsou pro mě výzvou, abych udržel/a a rozvinul/a své interkulturní dovednosti.	1	2	3	4
32.28) Moje zapojení	Jsem aktivně zapojen/a v malých i velkých událostech, které podporují porozumění mezi členy různorodých skupin.	1	2	3	4
32.29) Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací	Dokážu jednat způsoby vyjadřujícími respekt ke kultuře i přesvědčením ostatních.	1	2	3	4
32.30) Aplikace kulturních norem	Studuji specifické kulturní protokoly a postupy, které jsou zásadní pro moji práci a aplikuji je do praxe.	1	2	3	4
32.31) 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
32.32) Být flexibilní	Poctivě se snažím pochopit perspektivy ostatních a radím se se svými kolegy z různých kultur o vhodných postupech.	1	2	3	4

32.33) 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
32.34) 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
32.35) 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
32.24 – 32.35 Vyhodnocení		1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x

Děkujeme za Váš čas.