

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravotní péče

Diplomová práce

**Využití simulačních situací při výuce multikulturní péče u
studentů oboru porodní asistentka**

Autor práce: Bc. Tereza Vašíčková

Vedoucí práce: doc. Mgr. Martina Cichá Ph. D.

Olomouc 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 20. 06. 2023

Bc. Tereza Vašíčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce doc. Mgr. Martině Ciché, Ph. D. za dobře míněné rady ohledně diplomové práce. Také děkuji všem, kteří se na práci podíleli a v neposlední řadě svým nejbližším, kteří mě vždy podpořili.

| | |
|----------------------------------|---|
| Jméno a příjmení: | Bc. Tereza Vašíčková |
| Katedra: | Antropologie a zdravotní vědy |
| Vedoucí práce: | doc. Mgr. Martina Cichá, Ph. D. |
| Rok obhajoby: | 2023 |
| Název práce: | Využití simulačních situací při výuce multikulturní péče u studentů oboru porodní asistentka |
| Název práce v angličtině: | The use of simulation situations in the teaching of multicultural care for midwifery students |
| Anotace: | Diplomová práce obsahuje kvalitativní výzkum, který za pomoci výzkumné simulace a polostrukturovaného rozhovoru u studentek oboru porodní asistentka zjišťuje přínosnost simulačních metod ve výuce multikulturní péče. Rozhovory proběhly u 9 respondentek ze 3 univerzit v České republice. Každá z respondentek si vyzkoušela simulační situaci s tematikou multikulturní péče a následně s ní byl veden polostrukturovaný rozhovor na téma výzkumné simulace, simulační metody ve výuce a výuky multikulturní péče. Z přepisů rozhovorů byla provedena obsahová analýza, která byla v práci zveřejněna. |
| Klíčová slova: | Multikulturní péče, transkulturní péče, simulační situace, ošetrovatelství, medicína, student, porodní asistentka, výuka, vzdělávání |
| Anotace v angličtině: | The diploma thesis contains qualitative research that, with the help of a research simulation and a semi-structured interview with midwifery students, determines the usefulness of simulation methods in the teaching of multicultural care. The interviews took place with 9 female respondents from 3 universities in the Czech Republic. Each of the respondents tried out a simulation situation with the topic of multicultural care and then a semi-structured interview was conducted with her on the |

| | |
|------------------------------------|---|
| | topic of research simulation, simulation methods in teaching and teaching multicultural care. A content analysis was carried out from the transcripts of the interviews, which was published in the thesis. |
| Klíčová slova v angličtině: | Multicultural care, transcultural care, simulation situation, nursing, medicine, student, midwife, teaching, education |
| Rozsah práce: | 64 stran |
| Jazyk práce: | Český jazyk |

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 3 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 5 |
| 1 Multikulturalismus | 5 |
| 1.1 Model vycházejícího slunce..... | 6 |
| 1.2 Model kulturně ohleduplné péče..... | 9 |
| 1.3 Model rozvíjení kulturní způsobilosti | 11 |
| 1.4 Kulturní šok..... | 13 |
| 1.5 Etický kodex porodních asistentek..... | 14 |
| 1.6 Etika a komunikace v multikulturní péči | 14 |
| 1.7 Kvalifikační standard a výuka multikulturní péče | 16 |
| 2 Simulační metody ve výuce | 17 |
| 2.1 Simulace ve zdravotnickém prostředí | 19 |
| 2.2 Sestavení simulace | 21 |
| 3 Metodika a výsledky literárních rešerší | 24 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 26 |
| 4 Metodika..... | 27 |
| 4.1 Vytvoření polostrukturovaného rozhovoru | 29 |
| 4.2 Sestavení výzkumné simulace..... | 31 |
| 4.3 Obsahová analýza rozhovorů | 33 |
| 4.4 Diskuse..... | 43 |
| Závěr..... | 53 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 55 |
| Seznam obrázků | 60 |
| Seznam tabulek | 60 |

Úvod

Dle Českého statistického úřadu (2022) žije v České republice 1 116 154 cizinců včetně azylantů. Největší nárůst byl v roce 2022, kdy začal konflikt na Ukrajině a díky němu se zvedlo množství cizinců v České republice za rok o skoro půl milionu. Počet cizinců v ČR neustále přibývá s tím se pojí i péče o tyto cizince v českých nemocnicích. Cizinci jsou pevnou součástí společnosti a není možné je přehlížet s myšlenkou, že se problém multikulturního ošetřovatelství netýká a nikdy se s ním člověk nesetká. Šance, že bude zdravotník pečovat o pacienta cizince se každým rokem zvyšuje. Aby mohla být péče o pacienta co nejkvalitivnější je třeba i kvalitní výuka předmětu multikulturní ošetřovatelství.

Ke zkvalitnění výuky je třeba se otevřít novým metodám a zkusit další způsoby předávání informací studentům. Jednou ze skvělých metod výuky jsou simulační situace. Pro většinu lidí známé pro nácvik akutních stavů. Simulací se ale nemusí nacvičovat pouze postup při resuscitaci, nebo masivním krvácení. Jednou z dalších možností je výuka komunikace, která je nedílnou součástí péče o pacienta. Simulace ve výuce je způsob napodobení reálné situace, kdy je student v klidném prostředí a může si vyzkoušet pracovat za pomoci získaných teoretických znalostí z výuky. Možnost vyzkoušet si nejenom přesné medicínské postupy, ale také komunikaci může pomoci se zlepšováním péče o pacienta. Komunikace totiž není pouze problém multikulturní péče, ale je nedílnou součástí komplexní ošetřovatelské péče (Rohlíková, Vejvodová, 2012).

Práce se zabývá možnostmi výuky multikulturní péče za pomoci simulačních metod, díky nimž se může tento předmět stát atraktivnější, a hlavně lépe pochopitelný. Výuka předmětu multikulturní ošetřovatelství se dá pojmout mnoha způsoby. Bohužel za dob svého studia jsem se nesetkala s jinou metodou než přednášky za pomoci prezentace v Powerpointu. Je smutné, že předmět, který má tolik možností se vyučuje pouze metodou přednášek a katoři nemají potřebu své metody měnit. Nevidím důvod, proč se nezabývat využitím nových metod, které mohou přispět ke zkvalitnění výuky předmětu multikulturní péče. Předmětu, který z důvodu změn ve společnosti, je natolik důležitý, že by měl mít své pevné místo ve výuce ošetřovatelství.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl a dílčí cíle

Zjistit, jak jsou pro studenty přínosné simulační metody ve výuce multikulturní péče

1. Vytvoření **výzkumné simulační situace** s ohledem na výuku multikulturní péče
2. Zhodnocení **výzkumné simulační situace**
3. Jakou mají zkušenost studentky se simulačními situacemi?
4. Jak studentky vnímají výuku multikulturní péče na vysokých školách?

TEORETICKÁ ČÁST

1 Multikulturalismus

Multikulturní svět je pojem, který provází lidstvo už dlouhou dobu. Oficiální počátky je možné datovat v roce 1954 ve Švýcarsku, kdy byl pojem multikulturalismus poprvé použit. V současné době není prakticky žádné místo, kde by se propojení kultur nenacházelo, díky tomu kultura jako taková každého ovlivňuje celý život. Multikulturalismus je definován jako harmonické soužití mnoha kultur a etnik, které spolu dokážou žít, pracovat, a hlavně se tolerovat. Důležité je pro tento pojem dodržování lidských práv. Z historického hlediska se není čemu divit, že největší multikulturní spád zažily civilizace, které patřily mezi světové velmoci a pod jednou vládou bylo mnoho kultur, které se navzájem obohacovaly (Eriksen, 2008).

Lidstvo se nachází v globalizaci a multikulturalismus k němu patří. Tak jako se v současné době odehrávají změny ve společnosti, tak mezi další nevyhnutelný jev spadá právě multikulturalismus (Tóthová, 2012). Morální chování všech lidí utváří společnost, která udává základy kultury oblékání, přístupu k člověku, hodnotný systém, a v neposlední řadě kulturu ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013). V literatuře, je možno se setkat s pojmem transkulturalismus. Tyto dva pojmy jsou rozdílné, jelikož transkulturalismu se popisuje jako jev, kdy dochází k propojování kultur a vytváření společného soužití. Předpona trans je zde ve významu přesahování nebo také směřování z jedné strany na druhou. Důležitá je při tomto jevu interakce mezi majoritní a minoritní skupinou, na rozdíl od multikulturalismu, kdy dvě skupiny spolu žijí a navzájem se tolerují, skupiny se pasivně přijímají a nijak se neutlačují (Tóthová, 2012).

V ošetřovatelské péči se využívají oba pojmy, jak multikulturní ošetřovatelství, tak transkulturní ošetřovatelství. Po vysvětlení je zde vidět patrný rozdíl, jelikož pojem multikulturní ošetřovatelství je bráno jako nauka o ošetřovatelské péči s tím, že se tyto informace o rozdílných kulturách neprolínají. Transkulturní péče je prakticko-teoretický vědní obor, kdy dochází k prolínání znalostí o různých kulturách. Péče u transkulturního ošetřovatelství je poskytována napříč kulturami a je ovlivňována schopností se přizpůsobovat této péči (Mastiliaková, 2007).

Za rok 2020 bylo v České republice ošetřeno 103 788 cizinců, z toho bylo 55 152 osob ze země mimo Evropskou unii. Je to sice nižší počet než v roce 2019, ale je nutné dodat, že pandemie

COVID-19 zapříčinila mnohé změny v migraci obyvatelstva. Přesto náklady na péči o zahraniční pacienty vzrostly od roku 2019 až trojnásobně. Od roku 2005 do roku 2019 byl počet ošetřených cizinců v českých nemocnicích prakticky s každým rokem vyšší. Lze také vidět prudkou změnu v roce 2022, kdy pro konflikt na Ukrajině se v České republice nachází 1 116 154 cizinců, a to včetně osob, kteří zde hledají azyl. Vlivem všech událostí, lze vidět stoupající tendenci s počtem cizinců na území České republiky. Kromě období pandemie COVID-19, je dle výsledků Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky vidět, že ani Česká republika není výjimkou v počtu zvyšování péče o pacienty s odlišnou kulturou. I tento statistický fakt poukazuje na potřebu rozšířit povědomí ohledně multikulturní péče v ČR (ÚZIS, 2022).

Transkulturní ošetřovatelství jako věda

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči“.

Madeleine Leiningerová

Zakladatelkou transkulturního ošetřovatelství je považována Madeleine Leiningerová, která v polovině 50. letch popsala obor transkulturní ošetřovatelství jako vědní humanitní obor, zabývající se odlišnostmi a podobnostmi kultur, kdy v ošetřovatelské péči by mělo být nahlíženo na zdraví a nemoc dle hodnot ošetřovaného pacienta nebo klienta. To vše by mělo být aplikováno i na samotnou rodinu ošetřovaného pacienta nebo klienta, kdy by sestra měla pracovat dle svých multikulturních znalostí. Hlavním pilířem transkulturního ošetřovatelství jako vědy je Model vycházejícího slunce-Sunrise model (Špirudová, 2006).

1.1 Model vycházejícího slunce

Leiningerová se zaměřila na význam kultury v práci sestry a zároveň pochopení pacientovi kultury. Poukázala na odlišnosti ve vnímání zdraví, chorob a léčby. Celý model byl často kritizován pro vynechání rozdílnosti v sociálních vrstvách. Jak uvedla Kutnohorská (2012), přestože byl model kritizován, vytvořil pevný základ pro transkulturní ošetřovatelství a vede ke zlepšování ošetřovatelské péče na celém světě.

Jednotky Modelu vycházejícího slunce jsou dle Leiningerová (2002):

Cíl ošetřovatelství: Poskytovat osobám rozdílných kultur speciální a individuální péči, tak aby bylo podporováno jeho zdraví.

Pacient/klient: Je holistická bytost, která je ovlivněna sociálním prostředím.

Role sestry: Poznávat tradiční způsob ošetřovatelství typický pro příslušnou skupinu.

Zdroj obtíží: Odlišnost kultury a obtížné situace, které mohou odlišnostmi nastat.

Ohnisko zákroku: Problémy vyvolané rozdílnostmi kultur.

Způsob zákroku: Pomoc při adaptaci pacienta/klienta, podpora zdraví a pomoc při umírání, kdy sestra je prostředníkem mezi tradičním a profesionálním systéme ošetřovatelské péče.

Důsledky: Zdraví nebo klidná smrt pacient na základně jeho kulturního prostředí.

Metaparadigmata:

Osoba, která je považována za holistickou bytost. Na tuto bytost působí prostředí, ve kterém je vychovávána. Osoba může odlišně vnímat zdraví, nemoc ale i léčbu.

Prostředí, v němž osoba žije a je závislá na společnosti, která toto prostředí utváří.

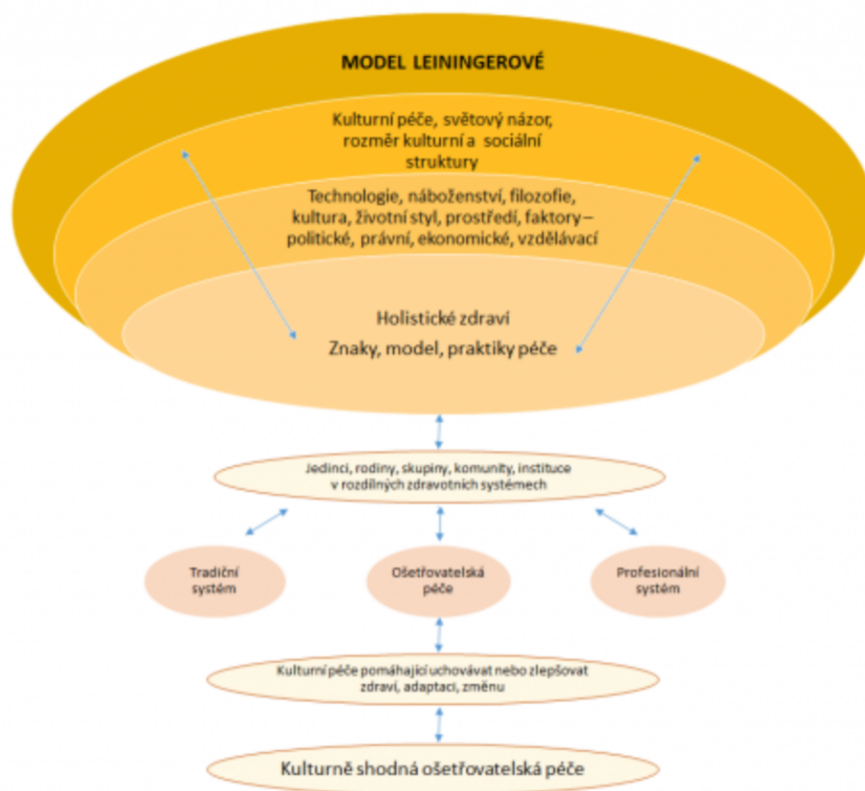
Zdraví, které je považováno za stav pohody. Tento stav je v závislosti na tom, jak jej vnímá osoba. Z důvodů velké individuality nelze zdraví v těchto paradigmatech definovat.

Ošetřovatelství je věda, které má v péči osoby nebo skupiny odlišných kultur. Péče se přizpůsobuje kultuře pacienta.

Celá teorie transkulturní péče je poskládána do modelu vycházejícího slunce, ten je poskládán do čtyř úrovní, a to od nejabstraktnější až po konkrétní okolnosti péče (obrázek č. 1). V první úrovni se nachází pojem holistického zdraví, znaky, modely a praktiky péče. Druhá úroveň obsahuje základní faktory o jedinci, rodině nebo skupině, které jsou odlišné od standardního zvyku sestry, třetí úroveň poukazuje na charakteristiku systému a specifika péče. Poslední úroveň poukazuje na rozhodování a poskytování kulturní péče. Cílem je tvorba kulturních vzorců, a hlavně rozvíjet transkulturní ošetřovatelství jako vědu (Olišarová, Tóthová, Toumová, 2017).

Ve své literatuře Kutnohorská (2013) poukazuje na důležitost multikulturní péče pro pacienta ale také pro sestru. Je důležité dbát na zvyky pacienta a podpořit tím jeho práva. Důležitým faktorem je i vzdělávání a výzkum. Maier-Lorentz tvrdí, že transkulturní ošetřovatelství je klíčové pro zdravotní péči a základní požadavek pro praxi sester. Holismus je jedna z hlavních

idejí ošetrovateľskej péče, nahliženi na pacienta alebo klienta jako na celek tvořen fyzickými, psychologickými, sociální, emocionálními a spirituálními potřebami, vede sestru k individualitě v péči a využití svých multikulturních kompetencí. Jednotlivé potřeby pacienta nebo klienta vedou sestru k vypracování ošetrovateľského plánu. Každá potřeba pacienta je ale ovlivněna jeho kulturou a náboženskými prvky, je na sestře, aby dle svých multikulturních znalostí vytvořila individuální ošetrovateľský plán se všemi interakcemi a hodnocením (Maier-Lorentz, 2008).



Obrázek 1 Model vycházejícího slunce (Špirudová, 2006)

Dle výzkumu Gutysz-Wojnicka, zaměřený na vzdělávání sester pracujících na jednotkách intenzivní péče v oblasti multikulturní péče, se Česká republika dostala na příčku, která udává,

že sestry mají nižší kulturní povědomí než personál ze severských zemí ve studii. Studie se zúčastnilo 591 sester a z toho 221 (37,39 %) z České republiky. Sestry z oblasti střední a východní Evropy uvedly, že by rády rozšířily své znalosti o romské kultuře a svědků Jehovových, ale pouze 163 (27,3 %) z celkového počtu, uvedly, že by chtěly lépe poznat další etnické nebo náboženské skupiny. Mezi největší potřebu zvýšit povědomí o sociokulturní charakteristice se dostala arabská kultura, a to konkrétně u 136 (39,19 %) sester. Poskytování multikulturního vzdělávání by mělo být více rozšířeno již při studiu a kantoři by se měli zaměřit na inovativní metody výuky. Důležitý není pouze výběr inovativní metody výuky, ale i kvalifikovaný pedagogický personál. Je třeba studentům předávat konkrétní intervence, které vedou ke zvýšení kulturnímu povědomí. Jedná se o nepřetržitý proces a tento proces působí na zvyšování multikulturní péče ve všech zemích (Gutysz-Wojnicka, 2022).

1.2 Model kulturně ohleduplné péče

V roce 1988 přišel nový model ošetrovatelské péče, který by inspirovaný modelem vycházejícího slunce. Jeho cílem bylo usnadnit hodnocení a pomoci s poskytováním ošetrovatelské péče o jiná etnika. Model kulturně ohleduplné péče, jehož autorkami jsou Američanky Joyce Newman Gigerová a Ruth Elain Davidhizarová, je přínosem díky tomu, že hodnocení probíhá průběžně, a je zde rychlejší posouzení potřeb nemocného. Každá osoba má být hodnocena za pomoci 6 kulturních fenoménů, viz obrázek č. 2, které pracují s kulturní rozmanitostí a utvoří strukturu pro hodnocení stavu pacienta, dle kulturních potřeb (Gigerová a Davidhizarová, 2002).

1. Komunikace

Komunikace je systém dorozumívání mezi sestrou a pacientem. Bednařík a Andrášiová (2020) udávají, že komunikace je základním pilířem péče o pacienta. Díky ní je získáván soubor poznatků a vzorec chování, jenž pomáhá při utváření ošetrovatelského procesu. Je důležité chápat i hodnotu komunikace v rámci kultury a rozumět jak nonverbální části, tak verbální. Samy Gigerová a Davidhizarová (2002) uvádí, že je to právě komunikace, která je největším problémem v rámci péče o pacienta z odlišné kultury.

2. Prostor

Gigerová a Davidhizarová (2002) popsaly prostor jako vzdálenost mezi lidmi ve fázi interakce. Rozdělily ho na čtyři zóny:

- Intimní

- Osobní
- Sociální
- Veřejnou

Každá z těchto zón musí být brána v potaz při řešení ošetrovatelské péče, zároveň je důležité dbát na kulturní odlišnosti a vyvarovat se narušení zón, což by mohlo mít za následek třeba i odmítnutí péče od pacienta.

3. Sociální začlenění

Jako sociální začlenění je chápán způsob žití ve skupině. Různé sociální skupiny vytváří vlastní kulturní zvyky a jedinci v nich hledají sociální shodu. Za sociální skupinu považujeme jak rodinu, tak náboženskou skupinu, etniku nebo rasu (Novotná, 2010).

4. Pojetí času

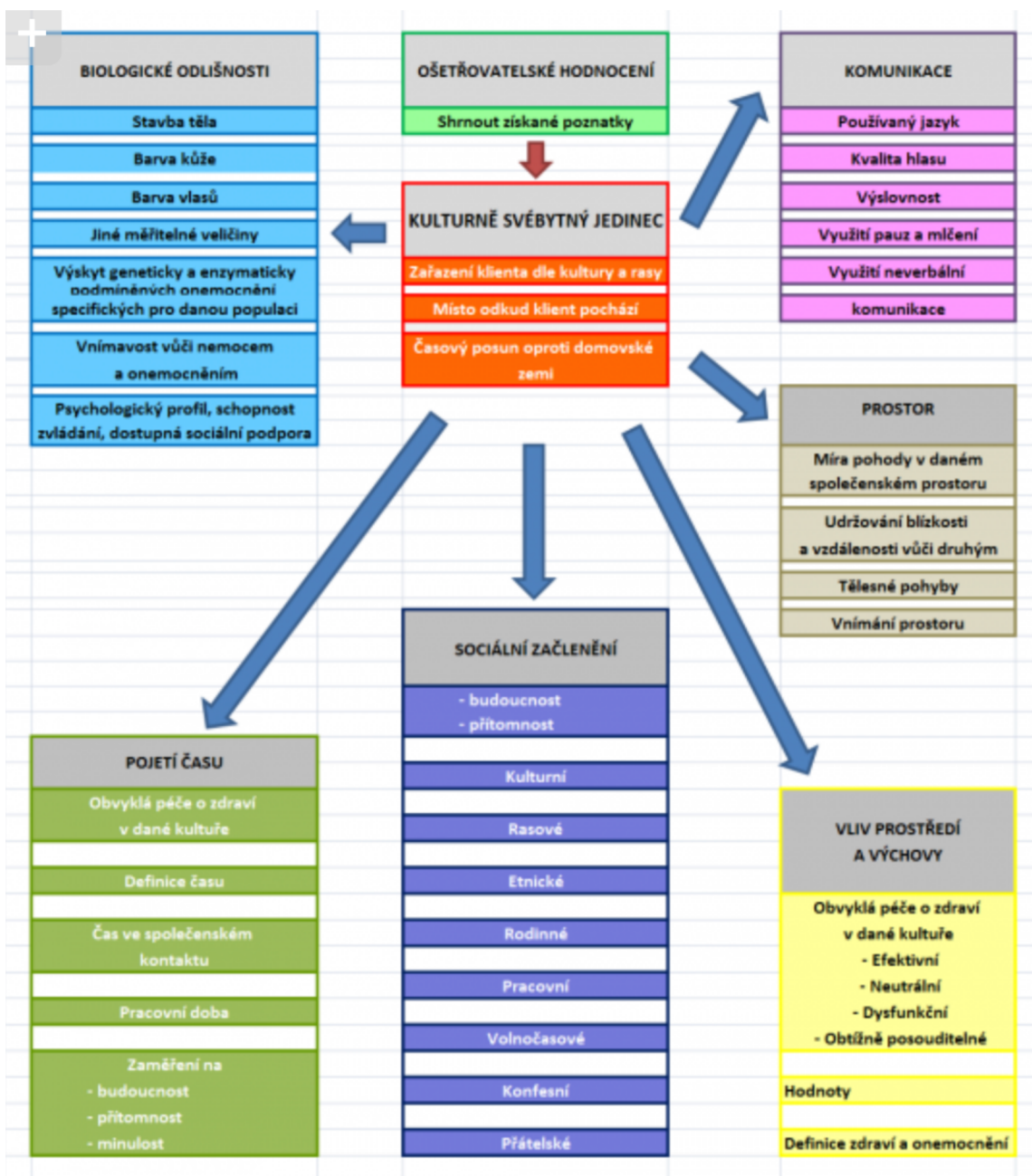
V rámci fenoménu pojetí času je nutné se zabývat odlišností vnímání času dle kultur. Gigerová a Davidhizarová (2002) poukazují zároveň na péči o zdraví v dané skupině. Odlišné orientace na čas, zdali se více věnují budoucnosti nebo přítomnosti, mohou způsobit rozkol v ošetrovatelské péči. A nejen v té akutní péči ale také v preventivní, kde je nutné se orientovat více na budoucnost.

5. Vliv prostředí a výchovy

Výchova ve všech směrech má vliv na vnímání okolí a prostředí, její proces ovlivňuje rozhodování ohledně zdraví u každého jedince (Janík, 2021). Dle Gigerové a Davidhizarové (2002) je třeba se zaměřit na obvyklou péči o zdraví v dané kultuře a efektivitu této péče. Také zjistit přesné hodnoty a pochopit definici zdraví a nemoci, dle dané kultury.

6. Biologické odlišnosti

Genetická odlišnost ras může být zásadní v rámci rozdílů citlivosti nebo vnímavosti k určitým onemocněním. Do tohoto fenoménu patří také odlišnost ohledně stavby těla, barvy vlasů a jiných měřitelných veličin. Bez pochyby je zde důležité zmínit i psychologický profil a dostupná sociální podpora kulturně svébytného jedince (Gigerová a Davidhizarová, 2002).



Obrázek 2 Model kulturně ohleduplné péče (Knapová, 2019)

1.3 Model rozvíjení kulturní způsobilosti

Zakladatelka modelu rozvíjení kulturní způsobilosti je Josepha Campinhy-Bacotová, která navazuje na model vycházejícího slunce. V rámci svého modelu popsala stav, kdy zdravotník musí neustále rozvíjet svou kulturní způsobilost, jelikož ta se neustále mění s časem. Kulturní způsobilost by vždy měla být v rovnováze s kulturní pokorou a jenom v tomto případě může docházet k rozvíjení kulturní způsobilosti, jakožto celoživotního procesu zaměřeného na

sebereflexi a osobní kritiku. Proces kulturní způsobilosti se skládá z pěti vzájemně propojených konstruktů a to: Kulturní povědomí – Cultural awareness, Kulturní dovednost – Cultural knowledge, Kulturní znalost – Cultural skills, Kulturní setkání – Cultural encounters a Kulturní touha – Cultural desire (Campinhy-Bacote, 2012).

- Kulturní povědomí

Popisuje ho jako proces sebekoumání vlastních předsudků vůči jiným kulturám a hloubkové zkoumání profesního zázemí. Kulturní povědomí také zahrnuje znalost o existenci rasismus a jiných problematiky „ismus“ v poskytování zdravotní péče (Campinhy-Bacote, 2012).

- Kulturní dovednost

Je považována za schopnost shromažďovat relevantní data týkající se pacientova současného problému a provádět všechna vyšetření citlivým způsobem s ohledem na kulturu (Campinhy-Bacote, 2012).

- Kulturní znalost

V této části je popsán proces, kdy zdravotník hledá a získává kvalitní vzdělání ohledně odlišných kulturních skupin. V této fázi se zdravotník musí zaměřit na pohled na zdraví jedince, kulturní hodnoty a incidenci a prevalenci onemocnění (Campinhy-Bacote, 2012).

- Kulturní setkání

Kulturní setkání je proces, který podněcuje zdravotnického pracovníka, aby se zapojil do kulturních interakcí s klientem a zároveň, aby změnil stávající přesvědčení o dané kulturní skupině a tím zabránil možným stereotypům. Kulturní setkání je považováno za stěžejní bod celého Modelu rozvíjení kulturní způsobilosti. Tento bod poskytuje zdroj energie a vůbec příčinu k zvyšování kulturní kompetence (Campinhy-Bacote, 2012).

- Kulturní touha

Touha je popsána jako motivace se zapojit do procesu zvyšování kulturní způsobilosti. Je to považováno za pozitivní motivaci – zdravotník chce, ne že musí (Campinhy-Bacote, 2012).

Všechny konstrukty jsou na sobě pevně závislé, kdy pro správnou funkci modelu je třeba se jich držet a jenom díky může dojít rozvíjení kulturní způsobilosti. Campinhy-Bacote se neustále věnuje zlepšování multikulturní péče v ošetrovatelství. Založila Transcultura C. A. R. E Associates, kde je v současné době prezidentkou. Ve své asociaci se věnuje vytváření nových nástrojů pro hodnocení multikulturní péče, ale také vzdělávání a výzkumu v oblasti multikulturní péče (Campinhy-Bacote, 2023).

1.4 Kulturní šok

V případě, že člověk zůstává delší dobu v odlišné kultuře, dochází často k přizpůsobování na rozdílné etnické podmínky. Tento stav se může projevit i po návratu domů, do místa, který zná celý život, kdy se člověk vrací ke svým původním vzorcům chování. Je nutné zmínit, že odlišné chování a pohled na svět v cizích zemích, mohou zapříčinit pocity nedokonalosti a strachu. Náhlé změny často způsobí určitou psychickou zátěž, která se nazývá kulturní šok. Pojem kulturní šok poprvé popsal antropolog Kalervo Oberg v roce 1954. Ten jej definoval jako onemocnění, kdy díky strachu z neznámého a nového dochází k frustraci a úzkosti. Oberg popisuje ve své práci 4 fáze kulturního šoku.

1. Fáze medových týdnů – pojem, kdy dochází u jedince k euforii z nového prostředí.
2. Fáze krize – náhlá změna chování, dochází k frustraci, úzkosti nebo hněvu na prostředí.
3. Fáze zotavení – snaha poznat nové kulturní učení. Projevuje se často odhodlaností vše zvládnout.
4. Fáze přizpůsobení – v této fázi dochází často k radosti, že se člověk naučil žít v nových podmínkách.

Všechno tyto čtyři fáze se mohou opakovat i v domácím prostředí. Kulturní šok je někdy nahrazován termínem akulturační stres. Znakem tohoto stresu je smutek, melancholie, pocity osamělosti a izolace, mohou se objevit i fyzické obtíže jako bolesti hlavy či palpitace. Lukšová (2011) uvádí, že u některých osob může přijít i zmatek v roli nebo osobních hodnotách u osoby, která je kulturním šokem postižena. Někdy přichází i pocit bezmoci z důvodu neschopnosti situaci v nové kultuře zvládnout.

V diskusi ohledně zkušenostech studentů ošetrovatelství s kulturním šokem je popsáno, že ke snížení kulturního šoku může přispět personál nemocnice. Aby ale k tomuto mohlo dojít je třeba dostatečně edukovat ošetrovatelský personál, a to už v době přípravy na povolání. Bylo totiž zjištěno, že pokud si studenti ošetrovatelství vyzkoušeli zahraniční stáž a sami si prožili fázemi kulturního šoku, dokážou lépe pracovat s multikulturním pacientem. Vzhledem ke studentům a jejich přípravě na zmírnění kulturního šoku jsou důležité znalosti o dané zemi, o ošetrovatelské péči v dané zemi a také o základní kultuře. Informovanost může pomoci zmírnit stres, smutek a pocit osamělosti nejen u studentů, ale také i u pacientů o které studenti s touto zkušeností pečují. Každá zahraniční zkušenost studenty rozvíjí po stránce kulturních kompetencí, ty pomáhají při zlepšování péče o multikulturní pacienty (Maginnis, 2017).

1.5 Etický kodex porodních asistentek

Etický kodex je základním kamenem každé organizace. Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) vypracovala etický kodex, který byl přijat v roce 2008 v Glasgow. Je rozdělen do čtyř částí, a to profesní vztahy, praxe porodní asistentky, profesní povinnosti porodních asistentek a rozvoj znalostí a praxe porodní asistentky (ICM, 2014).

- I. Profesní vztahy porodní asistentky s ženou, by měly vést z rozvíjení partnerství a ke sdílení informací. Porodní asistentka podporuje ženu, rodinu a jejich práva, umožňuje jim se rozhodovat podle své kultury a společnosti. Porodní asistentka má také podporovat aktivně své kolegyně a s respektem spolupracovat s ostatními zdravotníky (ICM, 2014).
- II. Praxe porodní asistentky je vedena, aby poskytovala péči ženám a rodinám s respektem vůči kultuře, a snaží se zabránit škodlivým kulturním vlivům, které mohou poškodit ženu. Cílem porodní asistentky je také nabádat k tomu, aby žádné ženě nebo dívce nebylo početím nebo porodem ublíženo. Bere ženu jako holistickou bytost a bez ohledu na okolnosti – bez diskriminace, dělá svou práci. Porodní asistentka usiluje o profesní a intelektuální růst a využívá je ve své praxi (ICM, 2014).
- III. Profesní povinnosti porodních asistentek stojí na respektu a důvěře vůči ženě, kdy ochraňují její práva na soukromí. Jediná výjimka je, pokud je sdílení informace nařízeno zákonem. Porodní asistentka nese zodpovědnost za svá rozhodnutí a za následky, může odmítnout vykonávat činnost za případu svého morálního přesvědčení. Pokud nemůže nějakou službu poskytnout, má povinnost ženu odkázat k jiné porodní asistenci. V rámci zdravotnické politiky má povinnost prosazovat zdraví všech žen, rodiny a dětí (ICM, 2014).
- IV. Rozvoj znalostí a praxe porodní asistentky je důležité podporovat pravidelným rozvíjením teoretických znalostí. Pro porodní asistentky je důležité, aby všechny činnosti vycházeli z lidských práv žen. Porodní asistentka se podílí také na vzdělávání studentek porodní asistence a je v procesu celoživotního vzdělávání (ICM, 2014).

1.6 Etika a komunikace v multikulturní péči

Etika, jakožto pojem spojený s ošetrovatelstvím, je věda o morálce. V ošetrovatelství je morálka spojena s dobrem nebo škodě vůči ošetrovanému. Přesněji je morálka soubor nepsaných pravidel. Každý úkon v ošetrovatelství má svůj dopad v kultuře a dané společnosti

(Heřmanová, 2012). Přestože je tento pojem mezi lidmi již od dob Aristotela, není úplně přesná definice dobré etiky. Mnoho postojů v etice vede k několika správným řešení v rámci etiky v ošetrovatelství. Společným jmenovatelem je ale konání dobra vůči ošetřovanému. Odlišné fenomény, názory, prostory, historii vedou k různým řešení etických problému a vytváření mnoho rozcestí a nápadů, jak s tímto pojmem pracovat (Šimek, 2015).

Etika v multikulturní péči je spojená s morálními zásadami zdravotníka a zároveň stojí na etickém kodexu dané organizace. Příprava k povolání porodní asistentky je velmi náročná po všech stránkách. Nedílnou součástí přípravy ve škole je i mravní příprava, kdy se budoucí zdravotník učí ovládat své chování a zároveň jednání k pacientovi, a to nejen k němu ale také ke kolegům a všeobecně veřejnosti. Důležitou úlohou etiky je humanizace lidských vztahů a usměrňování chování. Všechny tyto zásady by měly být aplikovány k pacientovi v rámci multikulturní péče bez ohledu na jeho odlišnosti (Šimek, 2015).

Komunikace v multikulturní péči hraje stejně důležitou roli jako etika. Klíčovost komunikace je nepopiratelná už jenom při budování pocitu bezpečí v cizím prostředí. Dalším důležitým bodem je utváření vztahu mezi pacientem a sestrou. Trénování komunikace je spíše téma různých seminářů v postgraduálním období porodní asistentky. K zvládnutí komunikace je třeba ovládat základní 4 dovednosti:

- Chápat sám sebe a znát své komunikační projevy
- Ovládat svou interakci mezi sebou a pacientem
- Umět zachytit komunikační projevy a vyhodnotit je
- Zvládat reagovat na pacientovy projevy

(Bednařík, Andrášiová, 2020)

Důležitost komunikace a etiky si uvědomují i v zahraničí. Sini John v roce 2019 provedla výzkum na téma: Simulace v sesterské komunikaci. Zaměřila se na přípravu komunikace sestry v rámci paliativní péče. Vytvořila kurz komunikace, který byl vyučován za pomoci simulací a proškolila více jak 100 sester. Při výuce byly zjištěny nejen nedostatky při komunikaci, ale také hluboké kulturní neznalosti umírání. Přínos kurzu byl ale nakonec tak obrovský, že následně byl uznán za povinný pro všechny sestry v paliativní péči a byl i financován radou pro ošetrovatelství.

1.7 Kvalifikační standard a výuka multikulturní péče

V rámci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy byl vydán kvalifikační standard o podmínkách získávání a uznávání kvalifikace porodní asistentka. Ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., se nachází minimální požadavky na studijní program a také podmínky k získání odborné způsobilosti, která je dána zákonem č. 96/2004 Sb. Kvalifikační standard je doporučován Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vysokým školám pro získání souhlasu o metodickém doporučení pro přípravu studijního programu Porodní asistence jakožto bakalářského studijního programu. Tento standard vyšel jako součást Věstníku v roce 2018 (MZČR, 2018).

Při nahlédnutí do kvalifikačního standardu můžeme zjistit, že jsou zde předměty jako Výchova ke zdraví, Akutní a kritické stavy v porodní asistenci, anebo První pomoc, jediná zmínka o multikulturní péči je v náplni předmětu Teorie porodní asistence. Kde je přesné znění: *„Dále seznamuje studenty s multikulturní dimenzí péče v porodní asistenci o individuální potřeby ženy, rodiny a komunity, s hlavními úkoly a funkcemi porodní asistence ve společnosti. Specifikuje problematiku péče o osoby se speciálními potřebami, etnické skupiny a menšiny.“* (MZČR, 2018, s 15).

Přestože Kvalifikační standard poukazuje na důležitost různorodé péče o etnické skupiny a menšiny, není multikulturnímu ošetřovatelství věnovaná zde větší pozornost. Předmět Teorie porodní asistence má minimální dotaci 25 hodin a patří do povinných oborových předmětů. Nedílnou součástí multikulturní péče je i etika, která nese název Etika v porodní asistenci. Minimální počet hodin je 15 hodin (MZČR, 2018).

2 SIMULAČNÍ METODY VE VÝUCE

Simulace je způsob výuky, kde dochází k napodobení reálné situace. Cílem je vnést, co nejrealističtější příběh a naučit studenta zvládat určité situace. Simulace dává studentovi možnost stát se součástí modelové situace a vyzkoušet si aktivně ovlivňovat příběh celého modelu. Tato metoda je ve zdravotnických oborech známá především při výuce řešení krizových situací. Lze ji ale aplikovat na mnohem větší rozsah předmětů než pouze akutní stavy (Rohlíková, Vejvodová, 2012).

Simulace patří do skupiny **inovativních výukových metod**. V literatuře se můžeme setkat s označením alternativní metody, pro jejich časté užívání v alternativních školách. Maňák a Švec (2003) je popisují jako *aktivizační výukové metody*. Inovativní výukové metody jsou způsoby výuky, kdy student pouze pasivně neposlouchá vyučujícího, ale je sám aktivně zapojen do výuky. Díky tomu se rozvíjí logické myšlení, kritické myšlení a také schopnost se učit. Studenti se učí hlavně vyjadřovat svůj názor, myšlenky, nápady, rozvíjet komunikativnost, řešit problémy nebo pracovat ve skupinách. Zvyšuje se zde i motivace k samotnému učení. Negativum aktivizačních výukových metod je vysoká náročnost na čas. Zároveň jsou i vysoce náročné na pedagogické vědomosti a kladou zvýšenou náročnost na myšlenkovou činnost studentů ve výuce (Zormová a Vejvodová, 2014).

Metody diskusí

Hlavní metoda je zde komunikace. Studenti komunikují mezi sebou, ale také mezi kantorem. Dochází zde k výměně názorů, popisování argumentů a zkušeností. Studenti díky tomu hledají řešení problému a navzájem si kladou nové otázky problému. Pro regulaci této metody je určen moderátor, který nemusí být vždy pedagog. Jeho cílem je usměrňovat diskusi, zabránit skákání do řeči, nebo osočování ze strany diskutujících. Moderátor na konci poukáže na nejzajímavější postřehy a řešení problému a shrne celou diskusi (Vališová, Kovaříková, 2021).

Metody situační

Při této metodě dochází k řešení reálné situace v prostředí školy. Hlavním cílem je zde hledání postupu, který vyřeší zadanou situaci. Studenti mohou řešení hledat společně nebo samostatně, dle zadání učitel. Dle Zormové a Vejvodové (2014) má řešení čtyři fáze.

1. Volba téma – pedagog zadá téma.
2. Pedagog předá studentům všechny dostupné materiály spojené se zadanou situací
3. Po studiu všech materiálu, studenti začnou navrhovat všechna řešení.

4. Diskuse o návrzích mezi sebou, kdy by měl být vybrán ten nejpropracovanější a nejvěrohodnější návrh.

Metody inscenační

Hlavním cílem je zde sociální učení studentů v modelových situacích, kde se kombinuje hraní rolí a řešení problémů. Studenti zde pracují s kritickým myšlením a zároveň si zkouší situaci na vlastní kůži. Průběh inscenační metody lze rozdělit tři fází.

1. Příprava na inscenaci – stanovení témat, cíle, plánu, rozdělení rolí.
2. Realizace inscenace – aktéři provedou danou situaci. Dostanou připravený scénář role, kterou ztvárnějí.
3. Zhodnocení inscenace – hodnocení inscenace je dobré provádět ihned po ukončení samotné metody formou diskuse.

Inscenaci můžeme rozdělit dle strukturovanosti, a to na nestrukturovanou, kdy není detailně propracovaná a strukturovanou, kdy je pevně daný scénář (Vališová, Kovaříková, 2021).

Didaktická hra

Didaktická hra je forma výuky, kdy student za pomoci hry získává nebo si upevňuje nové informace. Rozvíjí se zde i myšlení a poznávací funkce. Didaktické hry je možné nejčastěji potkávat ve formě křížovek nebo různých deskových her. Je možno je klasifikovat do tří skupin (Vališová, Kovaříková, 2021).

Interakční hry – patří sem společenské hry s pravidly nebo učební hry.

Simulační hry – vytvoření simulace z reálného světa.

Scénické hry – hry ve spojení s divadelní scénou.

Metody heuristické, řešení problému

Studenti jsou postaveni před problémovou situací a mají ji za úkol vyřešit. Metoda vede k samostatnému objevování odpovědi a řešení problému. Pomáhá s rozvojem tvořivosti, samostatnosti a aktivity. Pedagog je v tomto případě v roli partnera a rádce (Zormová, Vejvodová, 2014).

2.1 Simulace ve zdravotnickém prostředí

Rozdělení typů simulací se objevuje v článku od Josepha Barjise (2011), kdy poukazuje na čtyři typy simulací a to:

- Klinická simulace – kde se zabývají hlavně onemocněním pacienta a cílem je najít vhodnou léčbu a péči.
- Operační simulace – ta se věnuje nacvičování zdravotnických operací, také poskytování služeb a plánování chodu oddělení.
- Manažerská simulace – využívané k manažerským účelům a plánování politické strategie.
- Vzdělávací simulace – určené k tréninku a vzdělávání jak studentů, tak zaměstnanců nemocnice.

Další dělení simulací dle Sama Willise (2019) je za pomoci simulačních modelů neboli simulátorů:

- Simulátory částí těla

Simulátory částí těla jsou nejběžnější simulátory ve výuce. Využívají se k nácvičkám odběrům krve, intubace, obvazové techniky ale také k nácvičce vaginálního vyšetření, cévkování ženy či muže nebo kolonoskopickému vyšetření. Benefitem těchto simulátorů je hlavně to, že se student může soustředit pouze na daný výkon a nerozptyluje ho další okolní vjemy. Negativní stránka je ovšem cena, kdy ten nejobyčejnější simulátor k odběru venózní krve stojí v řádech několik desítek tisíc korun.

- Simulátor s nízkou mírou věrnosti

Tyto již celkem věrné figuríny mohou hrát roli při jednodušších simulačních situacích. Jsou to modely již celého lidského těla s jistou funkční omezeností. Jsou zaměřeny pouze na jednu konkrétní simulaci – nácvičce kardiopulmonální resuscitace, ošetření pneumotoraxu nebo fyziologický porod. Tyto simulátory jsou ve většině případů, ve váze reálného pacienta. Jejich konstituce je ale jednodušší a nejsou na tak vysoké úrovni jako simulátory se střední nebo vysokou mírou věrnosti, neobsahují téměř žádnou technologii.

- Simulátor se střední a vysokou mírou věrnosti

Modely se střední a vysokou mírou věrnosti odpovídají již vzhledem a konstrukcí pacientovi. Navíc ale se uvnitř modelu nachází technologie, která simuluje vitální funkce, může

naprogramovat i pohyby pacienta a zajišťuje také možnost programování ze vzdálené pozorovatelnosti. Díky tomu mohou lektori zajistit ničím nerušený průběh simulace. Tyto modely jsou vhodné pro komplexní simulace s náročným klinickým průběhem.

- Simulovaný pacient

Simulovaný pacient je využíván při simulaci za účelem zlepšení komunikace. Pacienta může v tu chvíli hrát profesionální herec nebo dobrovolník z řad studentů. Největším benefitem tohoto simulačního modelu je, že herec může v době shrnutí popsat své pocity a zapojit se do hodnocení celé simulace.

V literatuře je možné se setkat s označením simulace s vysokou, střední či nízkou mírou věrnosti. Toto označení je spojeno s využitím typů simulátorů a často i přímo s prostředím, kde se simulace odehrává (Brusamento et al. 2019).

Rozdíly mezi simulátory jsou někdy opravdu velké. Z jakého důvodu je tedy dobré využívat simulátory s nízkou mírou věrnosti? Někteří odborníci se shodují, že je ideální začínat výuku na simulátorech s nízkou mírou věrnosti, jelikož považují postupný progres za mnohem vhodnější než využívat hned od začátku ten nejnáročnější systém simulace. Může zde dojít k zbytečné kognitivní zátěži, která zapříčiní nulový následný progres ve výuce (Mills et al 2016).

Na Západoaustralské univerzitě byl proveden výzkum na počtu 39 studentů. Ti byli rozděleni na dvě skupiny, kdy 20 studentů absolvovalo výuku na simulátoru s nízkou mírou věrnosti a 19 s vysokou mírou věrnosti. Simulace byla s tematikou obstrukce dýchacích cest. Obě skupiny měly stejné nástroje a vybavení. Jediný rozdíl byl v tom, že skupina s nízkou mírou věrnosti simulace pracovala v tichém prostředí. Druhá skupina byla zasazena do hlučného prostředí diskotéky. Nechyběly ani další postavy, jako třeba hysterická přítelkyně nebo ostatní účastníci zábavní akce. Stav studentů byl sledován za pomoci tepové frekvence, pohybů očí, sebehodnocením a také díky nezávislým pozorovatelům výkonů studentů. Výsledky poukazují na to, že studenti, jenž absolvovali simulaci s vysokou mírou věrnosti byly více ponořeni do situace. To potvrzuje zvýšená tepová frekvence. V tomto případě 58 % studentů zvládlo oživit pacienta. Oproti tomu ve druhé skupině se úspěšnost oživení pacienta pohybuje okolo 30 %. Studenti simulace s vysokou mírou věrnosti zvládli problém vyřešit v průměru za 5,7 minuty. Druhá skupina je na tom oproti tomu hůře. Tam byl průměr 8 minut. Studenti v sebehodnocení udávali, že díky vysoké míře věrnosti byli více ponořeni do situace a pociťovali mnohem větší naléhavost situace. Je zajímavé, že studenti druhé skupiny, se simulací s nízkou mírou věrnosti, pociťovali naopak mnohem větší úzkost a nízký pocit naléhavosti. Na závěr se ale autoři shodují, že

přiměřené využívání simulační situací s vysokou mírou věrnosti může pomáhat s trénováním kognitivní zátěže. Pouze ale pod podmínkou kvalitní teoretické přípravy a dobré edukace všech pedagogů (Mills et al. 2016).

Barjise (2011) poukazuje na potenciál simulací ve zdravotnictví a jejich benefity. Obdobný pohled se objevuje i v České republice. Blažková, Sellner a Šťourač (2017) popisují simulační metody jako progres ve výuce. Tento progres je třeba podpořit a věnovat se novému trendu ve výuce. V České republice byl tento článek vydán na popud postavení nového simulačního centra známého pod jménem SIMU – Simulační nemocnice. Autoři se také v článku zmiňují o novém trendu ve zdravotnictví, kdy je spousta úkonu prováděno ambulantně a studenti nemají možnost být s pacient po delší dobu. Vytvoření prostředí jako je SIMU dodává studentům pocit bezpečí a možnost učení, které je v současné době náročnější než v předchozích letech. SIMU v Brně není ale jediným centrem simulace v České republice. Lékařská fakulta Ostravské univerzity má v současné době simulační centrum SIMLEK, kde připravuje své studenty pro praxi. Pozadu nezůstala ani Praha, kde se simulační centrum nachází jako součást Ústřední vojenské nemocnice a 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity. Simulační metody jsou žádané i v postgraduálním období. Ve výzkumu Mônica da Cunha Oliveiry a kol. (2022) bylo zjištěno, že u studentů se díky absolvování simulačních metod snižuje pocit nervozity, nejistoty, a naopak zvyšuje pocit klidu a bezpečí.

2.2 Sestavení simulace

Správná příprava na simulaci je základ pro dobrý průběh výuky. Pieter Dieckmann (2021) doporučuje se držet pevně daného schématu, kdy je možné některé fáze opakovat za účelem dosažení lepšího výsledku.

1. Informace před simulací

V této části jsou účastníkům podány informace ohledně tématu simulace. Informace mohou být interpretovány mnoha způsoby, od přednášek po skripta. Je možné si znalosti ověřit pomocí pretestu. Účastníci by zde měli popsat i svá očekávání a obavy.

2. Úvodní seznámení

Úvod do simulace (**setting intro**), při kterém se účastníci dozví všeobecné informace, pravidla a cíle. Tým se v této části navzájem představí a rozdají si úlohy. V této fázi by měli být účastníci upozorněni i na to, že vše, co se proběhne v rámci kurzu zůstane jenom mezi nimi a lektory.

3. Popis simulátoru

Během této (**simulator briefing**) fáze dostanou účastníci kurzu instruktáž o tom, jak pracovat se simulátorem, jak přesně funguje a jaké jsou jeho limity. Je jim i vysvětleno, jak má probíhat komunikace mezi účastníky a jak mezi lektory. Při nevyřešení těchto parametrů může dojít ke zkreslení, jelikož z nepochopení ovládní simulačního přístroje anebo špatná komunikace vede často ke zbytečným stresovým situacím.

4. Teorie

Účastníci se zde dozvídají o průběhu simulace a jsou jim předány teoretické informace. Tato část je velmi podobná část č. **1. Informace před simulací**, s tím rozdílem, že teorie se předává těsně před zahájením simulace. Je dobré pracovat za pomoci aktivizující metody než klasické pasivní přednášky.

5. Nastínění případu

Část, při které je účastníkům popsána přesná situace simulace. Dochází zde k rozboru scénáře pro pochopení celé simu. Je zde popsán pacient, jeho jméno, věk, náboženství, místo situace, přesný čas a další doplňující situace. V této fázi jsou určeny i pevné role pro účastníky simulace přímo lektorem kurzu.

6. Scénář

Scénář by měl vždy být navržen tak, aby naplnil cíle, bylo možné ho provést a odpovídal, co nejlíže realitě. Je nutné do scénáře zahrnout i požadavky na technické a materiální pomůcky. Nedílnou součástí by měli být přesné pokyny, jak provést simulaci. Jako pomůcku, jak vytvořit scénář, je dobré se držet 7 tázacích zájmen.

Kdo účinkuje v simulaci?

Co se děje v simulaci?

Kde se situace odehrává?

Kdy se situace odehrává?

Proč tato situace vznikla?

Jaké je téma simulace?

Jaký je cíl simulace?

7. Shrnutí, hodnocení

Při shrnutí (**debriefing**) by měla proběhnout diskuse všech účastníků. Důležitá je zde zpětná vazba jak účastníků simulace, tak lektorů pracujících na celém kurzu. Dochází zde k analýze celé situace, také k základní reakci všech zúčastněných, a nakonec ke shrnutí. Všechny názory by měly být projednány a žádný by neměl být zavrhnut a umlčen. Shrnutí, hodnocení a scénář.

8. Ukončení

Při ukončení by mělo dojít k celkovému shrnutí a také ke zpětné vazbě vůči lektorovi a sebereflexe účastníků.

3 METODIKA A VÝSLEDKY LITERÁRNÍCH REŠERŠÍ

Pro potřebu teoretické části práce byla provedena literární rešerše v období leden a únor 2022. Pro vyhledávání relevantních zdrojů byly využity elektronické databáze Ebsco, Medvik, PubMed, Proquest a Google Scholar. Přesný postup literární rešerše je viz obrázek 4. Vzhledem k doporučení stáří zdrojů maximálně 10 let, bylo stanoveno publikační období od roku 2012 do roku 2022. Pro nedostatek relevantních zdrojů bylo publikační období posunuto od roku 2000 do roku 2022. Pro specifičnosti tématu byly utvořeny primární hesla a zapojena omezení viz obrázek 3. V diplomové práci bylo využito 29 monografií a jeden zákon. Celkově bylo využito 53 zdrojů.

Primární hesla a synonyma v českém jazyce:

Multikulturní péče, transkulturní péče, simulační situace, ošetřovatelství, medicína, student, porodní asistentka, výuka, vzdělávání

Primární hesla a synonyma v anglickém jazyce:

Multicultural care, transcultural care, simulation situation, nursing, medicine, student, midwife, teaching, education

Pro rešerši byla využita tato omezení:

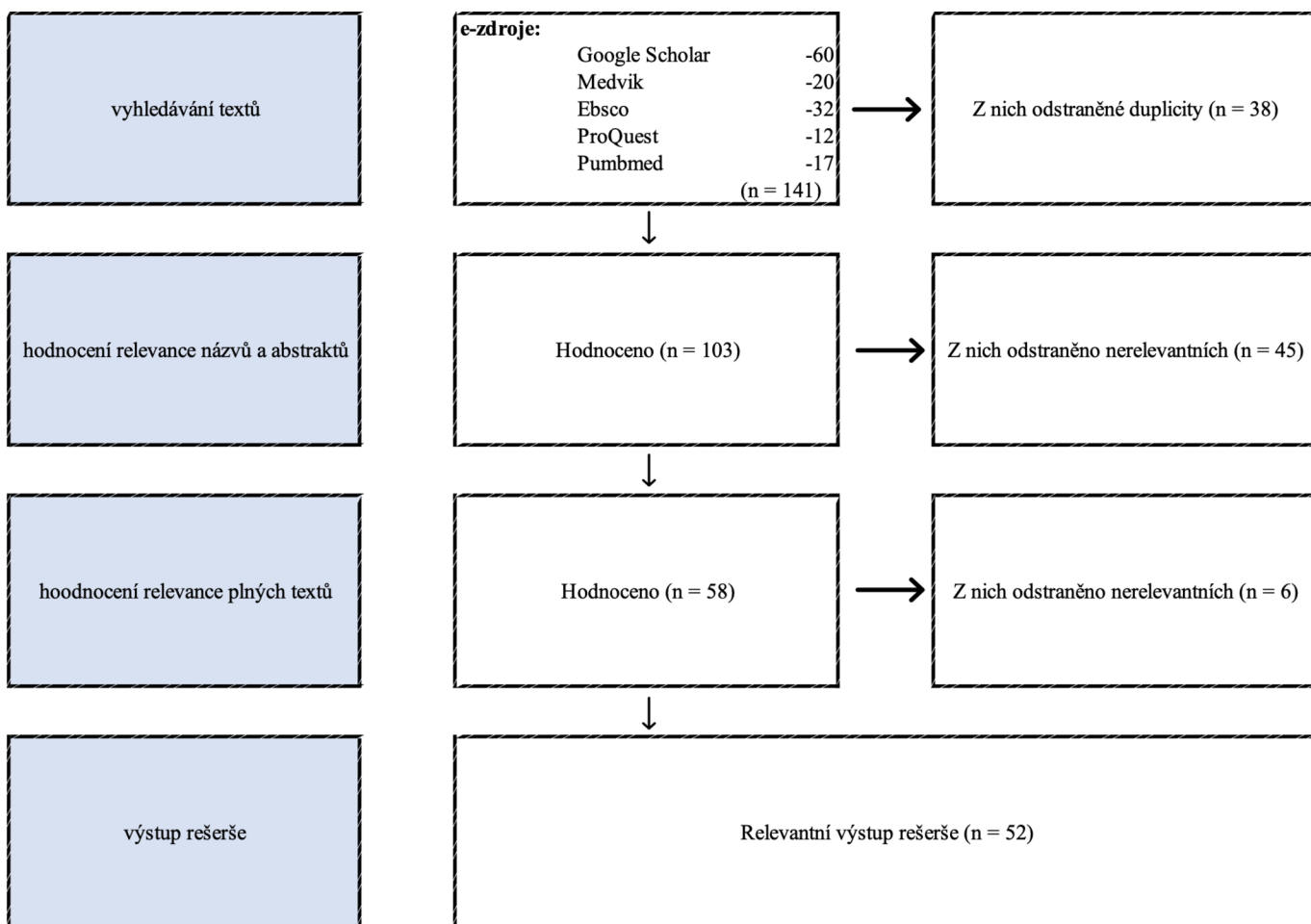
beze slov: bakalářská OR diplomová OR disertační OR kvalifikační OR závěrečná

jazyk: český, slovenský, anglický

publikační období: 2000-2022

jiná omezení: recenzovaná periodika

Obrázek 3 Primární hesla



Obrázek 4 Postup literární rešerše

PRAKTICKÁ ČÁST

Hlavní cíl a dílčí cíle

Zjistit, jak jsou pro studenty přínosné simulační metody ve výuce multikulturní péče

1. Vytvoření **výzkumné simulační situace** s ohledem na výuku multikulturní péče
2. Zhodnocení **výzkumné simulační situace**
3. Jakou mají zkušenost studentky se simulačními situacemi?
4. Jak studentky vnímají výuku multikulturní péče na vysokých školách?

4 METODIKA

Typ výzkumné studie

Specifičnost tématu diplomové práce vedla k využití kvalitativního výzkumného šetření. Celý proces byl zvolen s ohledem na splnění dílčích cílů práce a individualitě zkoumané problematiky. Kvalitativní výzkumné šetření je často považováno za doplněk kvantitativní výzkumné strategie, přesto se ukazuje jeho primární důležitost při mnoha výzkumech, a to nejen v sociálních vědách. Díky jeho variabilitě a možnostem ho upravovat je nazýván jako emergentní nebo pružný typ výzkumu. Mezi jeho největší negativní vlastnost patří časová náročnost, která bývá často odrazující při výběru typu výzkumu. Pro nasycení dat je vždy potřeba takové množství rozhovorů, aby se data opakovala. V tomto případě bylo potřeba minimálně devíti rozhovorů z vybraných škol. Celkově bylo provedeno devět výzkumných simulací a následně stejné množství rozhovorů (Hendl, 2016).

Metoda sběru dat

Metodou sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Tento způsob byl zvolen díky své flexibilitě a schopnosti přizpůsobit se mnohem lépe respondentovi než třeba strukturovaný rozhovor. Mezi další benefity patří i možnosti změny pořadí otázek, díky čemuž je možné zajistit větší plynulost rozhovoru a je tam vyšší možnost zachytu informací. Negativa jsou v případě, když respondent není příliš sdílný. Pro tento případ byly vytvořeny v rozhovoru navádějící otázky (Mioviský, 2006). Sběr dat proběhl v období od listopadu roku 2022 do března roku 2023.

Výběr respondentů

Byly stanoveny 3 základní podmínky pro výběr respondentů:

1. Studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka
2. Studentka na Univerzitě Pardubice, Masarykově univerzitě v Brně nebo Ostravské univerzitě
3. Ochota zkusit výzkumnou simulaci

Pro vyhledání takových respondentů byl vybrán řetězový výběr, který je znám jako metoda sněhové koule. Princip této metody je, že se získávají kontakty na respondenty od předchozích nominovaných jedinců (Mioviský, 2003).

V tomto případě bylo využito sociální sítě instagramu a díky tomu vyhledáno 9 respondentek s požadovanými podmínkami. Všechny byly obeznámeny s výzkumem a všechny souhlasily.

S respondentkami bylo domluveno, že nebudou uveřejněny jejich jména ani věk. Pro lepší orientaci byly respondentky označeny vždy oficiální zkratkou univerzity: MUNI – Masarykova univerzita, UPCE – Univerzita Pardubice a OSU – Ostravská univerzita, číslem, jakožto pořadím v rozhovoru, který byl po simulaci následně proveden, a počátečním písmenem jména.

| | | |
|--------|--------|-------|
| UPCE1N | MUNI1M | OSU1K |
| UPCE2Z | MUNI2H | OSU2L |
| UPCE3L | MUNI3A | OSU3A |

Tabulka 1 Označení respondentek

4.1 Vytvoření polostrukturovaného rozhovoru

Při vytváření polostrukturovaného rozhovoru bylo klíčové rozdělení otázek do tří okruhů dle dílčích cílů.

1. Otázky věnující se zhodnocení výzkumné simulační situaci
2. Otázky zaměřené na zkušenosti studentek se simulačníma situacemi
3. Otázky spojené s vnímáním výuky multikulturní péče na vysokých školách

Jako kostra polostrukturovaného rozhovoru bylo vytvořeno 31 otázek z toho 13 hlavních a 18 doplňkových a zároveň navádějících. Při tvorbě kostry bylo zvoleno tykání pro odlehčení atmosféry a vzhledem postavení, jak studentek autorce výzkumu. Na úvod rozhovoru bylo představení autorky a účelu rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na telefon a zároveň doplněny soukromými poznámkami na papír autorkou. Byla zachována anonymita a pouze zveřejněna obsahová analýza rozhovorů. Místa k vedení rozhovorů byly vybrány individuální studovny v knihovnách v Brně, Ostravě a Pardubicích. Před zahájením rozhovoru byla provedena **výzkumná simulační situace**, na kterou následně rozhovor navázal. Průměrný čas na každou respondentku byl 1,5 hodiny.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Vstupní informace

Iniciály:

Název školy, kterou studentka navštěvuje:

Věk studentky:

1. Co víš o simulačních metodách?
2. Měla jsi možnost vyzkoušet simulaci v průběhu studia?
 - a. *V jakém předmětu jsi měla možnost si ji vyzkoušet?*
 - b. *Byla jsi spokojená s obsahem simulace?*
 - c. *Pracovala jsi ve skupině nebo samostatně?*
 - d. *Jaké jsi měla ze simulace pocity?*
3. Bylo něco, co tě v rámci simulační metody ovlivnilo? Pozitivně nebo negativně.
 - a. *Cítila jsi v průběhu simulace stres?*
 - b. *Naplnila simulace tvá očekávání?*
 - c. *Proběhlo po simulaci hodnocení toho, co jsi udělala špatně nebo dobře?*

- d. Vzala sis ze simulace nějaké ponaučení?*
4. Jak bys zhodnotila svůj výkon ve **výzkumné simulaci**?
 5. Jaké faktory tě ovlivnily v rámci **výzkumné simulace**?
 6. Teď, když jsi v klidu, jak bys situaci řešila?
 7. Zachovala by ses díky této zkušenosti nějak jinak v rámci praxe?
 8. V rámci **výzkumné simulace** jsi čerpala ze svých teoretických i praktických znalostí.
Do jakých předmětů ze školy bys tyto znalosti zařadila?
 - a. Jak jsi podle tebe připravena na jazykovou bariéru?*
 - b. Kolik ovládáš cizích jazyků?*
 - c. Jakým způsobem by ses dokázala obejít i bez znalosti cizího jazyka?*
 9. Měla jsi v průběhu studia předmět multikulturní ošetrovatelství?
 - a. Byl to samostatný předmět nebo součást jiného předmětu?*
 - b. Jak probíhala výuka?*
 10. Jaký máš na multikulturní ošetrovatelství názor?
 - a. Z jakého důvodu si myslíš, že by mělo být multikulturní ošetrovatelství vyučováno na vysokých školách více/méně?*
 - b. Jakou odlišnou kulturu jsi zažila v rámci praxe?*
 11. Myslíš si, že jsi dostatečně připravena na praxi v rámci výuky multikulturní péče?
 12. Co všechno by podle tebe měla výuka multikulturní péče zahrnovat?
 - a. Jak by se výuka mohla zlepšit?*
 - b. Kde by sis představovala, že by se odehrávala praxe v rámci předmětu multikulturní péče?*
 - c. Jaká učebnice Vám byla v rámci předmětu doporučena?*
 13. Jakým způsobem by se daly simulace zařadit do výuky multikulturní péče?

4.2 Sestavení výzkumné simulace

Simulační situace byla vytvořena na základě teoretických znalostí a doporučení odborníka na simulační metody. Bylo využito doporučení od Pieter Dieckmann (2021), které je popsáno v teoretické části. Vzhledem ke znalostem autorky práce bylo vybráno téma: *Registrace v porodnici muslimskou ženou společně s doprovodem manžela*. Při simulaci figurovaly dvě postavy, a to žena a její manželem.

1. Informace před simulací

Informace před simulací byly spojeny s částí 4. Teorie.

2. Úvodní seznámení

Každá z respondentek byla seznámena s pravidly simulace a cílem diplomové práce. Vzhledem k tomu, že respondentky pracují v simulaci samostatně, nebylo třeba rozdělovat role. Pouze byly poučeny o jejich anonymitě a nezveřejnění přepisů hodnotících rozhovorů. Respondentky byly také informovány, že pokud chtějí simulaci zastavit, anebo ukončit, mohou využít záchranné slovo: KLUBÍČKO.

3. Popis simulátoru

V případě této simulace byl zvolen simulovaný pacient. Toho představovala domluvená herečka. Se simulovanou pacientkou tam navíc byl partner, kterého též ztvárnil domluvený herec. Žena měla na sobě hidžáb a nepřiléhavé oblečení. Muž byl oblečen v tričku obyčejných kalhotách. Oba tuto roli hráli bez nároku na zisk a dobrovolně. Pro lepší autenticitu a snížení rizika záměny rolí, byli oba herci rovnou představeni jako simulované postavy. Žádná respondentka neznala ani jednoho z herců, což poskytlo neutrální postoj mezi ní a herci.

4. Teorie

Odborné znalosti byly individuální vzhledem k univerzitě, kterou respondentky navštěvovaly. Nebyl vybrán žádná pretest ani jiné ověření znalostí. Pouze byly vyhledány studentky a na základě dobrovolnosti zahrnuty do výzkumné simulace. Respondentky nebyly nijak edukovány z hlediska multikulturní péče od autorky projektu.

5. Nastínění případu

Respondentky byly obeznámeny s případem, který souvisí se simulací. Byly poučeny, že žena přichází k registraci do porodnice a jejich úkolem je mluvit s ženou o porodním plánu, který si přinesla a přeje si ho prokonzultovat.

6. Scénář

Žena 31 let, 34 + 3 týden těhotenství, původem z Egypta, vdaná, primipara, přichází k registraci do porodnice, od svého registrujícího gynekologa, kde si přeje родit. Po celou dobu měla fyziologické těhotenství, spadající tedy do low risk skupiny. S porodní asistentkou si přeje probrat porodní plán. Jeden z hlavních bodů, které má uvedený v porodním plánu je, že si nepřeje přítomnost lékaře muže. Další důležitý bod je, že žádá halál stravu.

Během I. doby porodní si přeje neustálou možnost pohybu a možností jíst a pít vlastní jídlo dle osobní potřeby. Nechce podání klysmatu a nepřeje si být v I. době porodní příliš rušena.

V II. době porodní by si přála vybrat polohu dle svých preferencí. Bez rutinního nástřihu hráze. Po porodu si přeje položit novorozence na své břicho a nepřeje si oznámit pohlaví. Počkat na dotepání pupečníku, který následně přestřihne manžel. Přeje si, aby pak bylo dítě předáno manželovi a bylo odsunuto rutinní vážení a měření novorozence na dobu nezbytně nutnou.

III. dobu porodní žádá žena bez podání oxytocinu a po porodu placenty si ji přeje odnést domů. Ráda by také zůstala po celou dobu s manželem a dítětem, které nechce koupat. Přeje si nadstandardní pokoj na oddělení šestinedělí.

Žena bydlí v České republice již tři roky a stále má s některými slovy obtíže. Komunikace probíhala částečně v češtině a částečně v angličtině. Manžel se neustále dotazoval, z jakého důvodu se, co provádí. Zvládal mluvit plynou češtinou.

Hlavním cílem celé simulace je nacvičení komunikace s muslimskou ženou a jejím partnerem.

7. Shrnutí a ukončení

Shrnutí a ukončení bylo spojeno dohromady. Po simulaci proběhl následný polostrukturovaný rozhovor, kde se nacházely otázky pro splnění dílčích cílů diplomové práce.

4.3 Obsahová analýza rozhovorů

V kapitole se nachází obsahová analýza rozhovorů. Po získání rozhovorů byla provedena přesná transkripce i s poznámkami. Vzhledem k množství rozhovorů byl pro analýzu dat vybrán program MAXQDA. Díky jeho možnostem bylo mnohem praktičtější kódování. Seznam kódů pomáhal autorce s orientací v tématu.

Seznam kódů:

- Definice simulace
- Simulace ve výuce
- Způsob výuky za pomoci simulace
- Pocity ze simulace ve škole
- Stres ze simulace
- Očekávání ze simulace
- Výzkumná simulace
- Autoevaluace
- Hodnocení
- Poučení z výzkumné simulace
- Jazyková bariéra
- Multikulturní ošetřovatelství
- Náзор na multikulturní ošetřovatelství
- Příprava na praxi
- Návrh na výuku multikulturního ošetřovatelství

Definice simulace

Odpovědi na otázku: „*Co víš o simulačních metodách?*“ Byly většinou jednoznačné. Všechny respondentky se shodly, že je simulace možnost vyzkoušet si některé situace na nečisto. Respondentka MUNI2H uvedla: „*Je to nácvik. Skvělá možnost, jak se zdokonalovat.*“ Ke své definici respondentka UPCE3L dodala: „*Něco co, tady v České republice chybí. Představovala jsem si, to podobně jako je na sociálních sítích, kde uživatelé ukazují, jak jsou ve velkých*

učebnách a nonstop si něco zkouší.“ Respondentka OSUIK popsala simulaci jako něco, co může v klidu pokazit a nikomu tím neublížit: *„Když pokazím simulaci, tak se nic nestane. Je to skvělá možnost se na všechno připravit.*“ Pouze jedna respondentka (MUNI1M) váhala s odpovědí na otázku. A nakonec dodala, že neví, jaká je přesná definice simulační metody: *„Myslím si, že je simulace všechno, co si trénujeme v odborných učebnách.*“ Objevila se i odpověď, že simulace je výuková metoda. UPCE1N prohlásila: *„Vím o nich hlavně to, že mě hodně stresují, ale chápu, že se dělat musí jako příprava na realitu.*“

Simulace ve výuce

Při hlavní otázce, *měla jsi možnost vyzkoušet simulaci v průběhu studia*, se objevily rozmanité odpovědi, a také vypluly na povrch i negativní emoce. Hlavní otázka byla rozdělena na čtyři podotázky, aby navedly respondentky více k tématu simulačních metod ve výuce. Každá z respondentek ale udala, že v průběhu studia alespoň jednou simulaci zažila. MUNI1M popsala: *„Měli jsme spoustu simulací, třeba na odběr krve, zkoušely jsme si i porod jakožto simulaci. A taky jsme si vyzkoušely ošetření novorozence...“* Respondentky z UPCE poukázaly na to, že měly v průběhu studia celý jeden blok simulací v rámci akutních stavů v porodnictví. S kantory odborných předmětů si vyzkoušely simulaci na krvácení po porodu nebo dystokii ramének při porodu. *„Byla to pro mě dost náročná hodina. Ze všech takových věcí jsem nervózní. Jako chápu to, ale i tak mě to hrozně stresovalo,*“ řekla respondentka UPCE1N. Naproti tomu respondentky z UPCE2Z a UPCE3L o simulacích mluvily pozitivně. Respondentky z OSU sice také udaly, že si simulaci vyzkoušely, ale rozpovídala se o ní pouze jedna (OSU3A): *„Zkusila jsem si porod jako simulaci a moc mě to bavilo, i když jsem byla z počátku trochu nervózní.*“

Způsob výuky za pomoci simulace

Nejčastější odpovědi na otázku, *v jakém předmětu si měla možnost simulaci vyzkoušet*, se objevovala společně komunikace, porodní asistence a psychologie. Respondentka OSU3A uvedla, že simulace byly zajímavé a dodala: *„V komunikaci nás to donutilo hledat další a další možnosti rozmluvy s daným pacientem, nakonec z toho vyšly možnosti, které mě ani nepadly, že použiji.*“ Respondentky z UPCE přidaly k seznamu předmětů ještě ošetrovatelské postupy. A jejich kolegyně z OSU přidaly na seznam ještě předmět etika.

Spokojenost s obsahem simulací ve výuce byla většinou pozitivní. Respondentka UPCE3L na otázku, *jestli byla spokojena s obsahem simulace*, řekla: *„Ano, byla jsem spokojena, jen bych jich ocenila za studium víc.*“ Respondentka MUNI3A poukázala na to, že spíše byla spokojená, ale dodala: *„Libila by se mi větší organizovanost, a hlavně i větší motivace. Byla škoda, že jsme*

na to neměli vyhrazený třeba předmět.“ MUNI1M dodala ke své pozitivní spokojenosti: „*Určitě to chce přidat simulace do výuky, a zapracovat na jejich vytváření. Máme v Brně Simulační nemocnic, bylo by super si to zkusit přímo v ní a doufám, že to tak pro další generace bude...*“

V organizaci simulací se univerzity více zaměřují na skupinovou práci, což vyplynulo z otázky: *Pracovala jsi ve skupině nebo samostatně?* Respondentky se shodly, že většinou pracovaly ve skupině. Studentky z UPCE ale poukázaly na to, že když si zkoušely simulace v rámci ošetrovatelských postupů, pracovaly samostatně.

Pocity ze simulací ve škole

Jaké jsi měla ze simulace pocity? Na tuto otázku se některé respondentky rozpovídaly. MUNI1M řekla: „*Spíše pozitivní, vděčnost zkusit si situaci nanečisto.*“ Většinou respondentky udaly, že pocity byly pozitivní přesto UPCE1N popsala: „*Při simulaci negativní, prostě já a nervozita. Hrozně jsem se stresovala. Když ale simulace skončila a my ji probíraly, byly to spíše pozitivní emoce. Zjistila jsem totiž, že jsem pracovala dobře (zasmála se).*“ OSU3A řekla: „*Ne moc dobré. Nešlo o samotnou simulaci, ale o to, že vyučující hrála rozrušenou pacientku a moc jsem neměla argumenty, co jí říct nebo jak se zachovat – tak jako se to občas děje i v reálném životě.*“

Stres ze simulace

Bylo něco, co tě v rámci simulačních metod ovlivnilo? K tomuto bloku otázek patřily čtyři podotázky, kdy na sebe navazovaly a často se stalo, že respondentky odpověděly sama bez položení doplňkové otázky. Odpovědi se zde často shodovaly. Na prvním místě to byl pro respondentky stres. Což navazovala na doplňkovou otázku: *Cítila jsi v průběhu simulace stres?* MUNI2H dodala, že kromě stresu ji hodně ovlivňovala i nevědomost: „*...strach, co v daný okamžik mám říct.*“ Respondentka UPCE1N mluvila o tom, že ji ovlivňoval stres převážně ze začátku, ale při každém opakování simulace tento stres ubýval. Další faktor, který ji ale ovlivňoval bylo i chování kantorů a také to, jestli pracovala sama nebo ve skupině.

Očekávání ze simulace

Otázka, jestli *naplnila simulace očekávání respondentek*, vyšla pozitivně až na jednu jedinou. UPCE3L poukázala na velmi odlišnou představu oproti realitě: „*Já si to představovala na nějakým speciálním místě. My byly klasicky v učebně, v každém rohu bylo stanoviště a my se tam točily. Takhle jsem si to nepředstavovala.*“ OSU1K projevila vděčnost skrze to, že mohla simulace absolvovat, a to i přes všechny stres, který zažila: „*...donutilo mě to přemýšlet, dostalo mě to do nepříjemné situace v tu chvíli, nicméně v praxi jsem za toto nyní ráda.*“ UPCE1N

popsala také to, že měla pocit, že se učila hrou: „Komenský by měl radost, já jsem věděla, že nemůžu nic pokazit, takže jsem si to vlastně užívala a s každou další simulací jsem se zdokonalovala...“

Hodnocení

Pod kódem hodnocení simulace je otázka, *zda-li proběhlo po simulaci hodnocení toho, co respondentka udělala dobře nebo špatně*. Nejčastěji respondentky udávaly, že jim bylo řečeno pouze to, co dělaly špatně. Respondentka MUNI1M popsala: „Většinou jsme hodnoceny byly, ale nepamatuji si, že pozitivně. Vždycky nám bylo řečeno, co jsme dělaly blbě. To mě opravdu štvalo.“ Některé respondentky poukázaly i na to, že hodnocení často probíhalo veřejně. „Skončila simulace a začalo se hodnotit, přímo před námi všemi. Možná by bylo fajn něco řešit v soukromí...“ řekla UPCE3L. Na otázku navazoval dotaz, *jestli si ze simulace vzaly nějaké ponaučení*. Respondentky zde souhlasily, že pro ně byly simulace velmi poučné. A díky nim vylepšují své nabitě teoretické vědomosti a propojují je s praxí. OSU1K popsala: „Jsem za to vlastně ráda. Ono to vypadá jako blbost, ale kdybych si spoustu věcí nezkusila nejdřív v učebně, tak by rodička asi nadšená nebyla...“ OSU2L uvedla, že by byla také ráda, kdyby existovala nějaká možnost to řádně v soukromí prodiskutovat. „Představovala bych si to tak, že bychom si v klidu sedli a zkusili třeba probrat, jak to udělat lépe nebo, co bylo provedeno špatně. Proč to hned řešit veřejně před něma?“

Autoevaluace

Každá z respondentek dostala otázku, *jak by se zhodnotila s ohledem na výzkumnou simulaci*. UPCE1N u sebe upozornila na to, že hodně spěchala, aby to už bylo za ní. „Myslela jsem, že tou rychlostí to bude dřív za mnou.“ UPCE2Z se na sobě líbilo, že nakonec dokázala odpověď na všechny dotazy páru. „Myslím, že jsem to zvládla celkem dobře, až na to panikaření. Na všechno jsem dokázala odpovědět, a to je podle mě dobře.“ Naproti tomu respondentka UPCE3L byla kritičtější. „Já mám pocit, že jsem to kazila, ale snad jsem páru nezpůsobila nějaké velké trauma, ale bylo to pro mě poučení a už vím, co a jak.“ Pro respondentku MUNI1M byla simulace trochu náročnější, ale zvládla ji až do konce. „Já fakt jednu chvíli vůbec nevěděla... Bylo tam trapné ticho...“ MUNI2H se vlastní výkon líbil, řekla, že je překvapena, jak dobře to zvládla s minimem znalostí, co o dané menšině má. I MUNI3A byla se svým výkonem relativně spokojená. Pouze mluvila o chybějících teoretických znalostech, které chce napravit. Studentky z Ostravské univerzity neviděly své výkony tak negativisticky. OSU1K uvedla, že i když byla roztržitá a neznala odpověď na všechny otázky, tak si nakonec sama poradila. OSU2L byla se svým výkonem nadmíru spokojená a vyzářovala z ní pozitivita.

„Bylo to super a hodně jsem se toho naučila.“ I OSU3A popsala svůj výkon pozitivně i přes některé nezdary, které během simulace měla.

Výzkumná simulace

Čtvrtá hlavní otázka, *jaké faktory tě ovlivnily v rámci výzkumné simulace*, se zaměřovala již čistě na výzkumnou simulaci. Respondentky zde poukázaly na to, že ze školy už věděly, jak pracovat v simulaci, ale zároveň tam stále bylo trochu stresu i když mnohem menší než ve škole. UPCE3Z popsala: „*Díky pozitivnímu a milému přístupu jsem nebyla moc ve stresu, i když jsem simulaci podstoupila sama.*“ Respondentky z MUNI také poukázaly na to, že měly jistou obavu z toho, že pracovaly úplně samy. Všechny respondentky se shodly na tom, že se jim v simulaci pracovalo lépe, když je autorka simulace nechala pracovat a pozorovala je z povzdálí, kdy zpětná vazba proběhla až po simulaci a samostatně. Padla i odpověď ohledně strachu z nedostatku znalostí na téma simulace, konkrétně u čtyř respondentek tento problém zazněl. Pět respondentek uvedlo, že nevěděly, jak danou situaci řešit, a to jim způsobilo velký stres. „*V hodně aspektech jsem si nevěděla rady, byla jsem trochu roztržitá,*“ podotkla OSU1K. Jedna z respondentek chtěla v jednu chvíli již použít záchranné slovo, ale nakonec se rozhodla, že to zvládne, protože viděla v autorce projektu velkou oporu. „*Nijak jsi na mě nemluvila (řekla autorce projektu), ale věděla jsem, že je to prostě simulace. Párkrát jsem se na tebe podívala, nadechla se a prostě jela dál. To ticho muselo být trapné, ale myslím si, že mi ta psychická podpora tebe pomohla,*“ řekla MUNI1M. OSU2L řekla, že ji neovlivnilo nic negativně, naopak byla pozitivně překvapena, jak moc ji to bavilo a jak se při výzkumné simulaci cítila. „*Moc se mi to líbilo, tohle bych trénovala častěji. Žádná nuda, prostě možnost si něco vyzkoušet.*“

Byla položena i otázka, *jak by byla situace řešena, když je teď respondentka v klidu*. Z čehož vzešlo spoustu návrhů. Hlavně to, že by se snažily řešit situaci v poklidu a hledat společná řešení. Respondentky mluvily i o důležitosti názoru ženy a nezapomněly ani na názor partnera. MUNI3A poukázala i na to, že bohužel nelze všemu vyhovět, ale je třeba vše vysvětlit a popsat: „*...snažila bych se najít nějaký kompromis, aby byly spokojené obě strany, ne vždy však lze všem požadavkům vyhovět – proto je nutné ženu připravit na situaci, aby věděla, že jsme se na její přání nevykašlali...*“ Jedna z respondentek (UPCE1N) popsala i problematiku rychlosti rozhovoru a že by nyní tolik nespěchala: „*Nespěchala bych tolik na to, najít rychle řešení. Však je času dost, ne?*“ UPCE2Z řekla, že by už tolik nepanikařila, a hlavně se uklidnila. „*Já už nechci tolik panikařit. Bylo to zbytečné, nechtěly mě ukousnout, jenom chtěly znát odpovědi. Na tom přeci není divnýho. Pán se teda hodně ptal, ale to není nic špatnýho.*“

Poučení z výzkumné simulace

Simulační situace mají pomáhat hlavně s praxí, a tak nechyběla ani otázka, *jestli by se respondentky díky této zkušenosti zachovaly v rámci praxe jinak*. Na což bylo odpovězeno, že by se nebály více komunikovat a nestyděly se navrhnout řešení. UPCE2Z popsala, že nyní by více mluvila i s manželem ženy: „...trochu jsem pána ignorovala. Měla jsem pocit, že musím mluvit pouze s ženou, ale tak to není. Správně bych měla mluvit s oběma.“ Dalším bodem, který respondentky vyzdvihly bylo i to, že získaly nové informace ohledně islámské komunity a není to pro ně tak velká neznámá. OSU1K děkovala za to možnost, jelikož si z hodin toho příliš nepamatovala: „Konečně mi to někdo ukázal, jak by to mohlo vypadat a předal nějaké znalosti. Moc se mi to líbilo. A jsem spokojená i sama se sebou, že jsem si to vyzkoušela.“ A samozřejmě mluvily i o tom, že jsou rády, že si mohly simulaci vyzkoušet a tím pádem se nebojí tolik reality. „Minimálně jsem díky této simulaci měla možnost si situaci vyzkoušet, takže už vím, co bych v reálu udělala jinak a lépe,“ nadšeně prohlásila UPCE3L.

Hlavní otázka, *do jakých předmětů ze školy by zařadily své teoretické a praktické znalosti*, ukázala to, že všechny respondentky se shodly na předmětu psychologie a komunikace. Čtyři uvedly znalosti z porodní asistence a multikulturního ošetřovatelství. OSU3A uvedla také zdravotnické právo a etiku. UPCE3L dodala, že svým způsobem skoro každý předmět by šlo v této situaci využít. „Psychologie, komunikace... ale taky když se pán ptal na různá vyšetření. Není to jenom o tom, že ukážete, že víte, k čemu jsou, ale když lidem správně vysvětlíte, jak se některá vyšetření dělají, jsou často klidnější. Proto si myslím, že při této simulaci a každé jiné zle využít každý předmět, který jsem ve škole měla.“

Jazyková bariéra

Respondentky spontánně navázaly také na podotázky, *jestli jsou připraveny na jazykovou bariéru, kolik ovládají jazyků a jakým způsobem by si poradily bez znalostí jazyka*. UPCE1N se zmínila o tom, že jí přijde, že má na vysoké škole málo hodin anglického jazyka a není pro ni možnost, v rámci časové kapacity, si vzít angličtinu jako další předmět: „Máme hodně předmětů a vzít si céčkový předmět jazyk, to bych se musela rozdvojit. Necítím se úplně jazykově vybavena. Rok odborné angličtiny je prostě málo.“ Obdobně odpovídaly i další respondentky. OSU3A udala, že má zkušenost se studiem na vyšší odborné škole, kde byl cizí jazyk součástí povinného studia po celé tři roky, nakonec se z něj skládala zkouška při absolutoriu. „Angličtinu jsme měly třikrát týdně a každé období skládaly ústní zkoušku. Nakonec jsme z odborné angličtiny měly celý blok absolutoria. Nechápu, proč tomu není tak ani na vysoké škole.“ Naproti tomu MUNI2H se vyjádřila tak, že není jazykově nadaná a jazyk pro ni není

úplně prioritou: „*Nejsem jazykově nadaná, i ten rok angličtiny byl pro mě hodně. Já umím jenom anglicky a to málo... němčina na střední pro mě byla utrpení a ani na vysoké jsem se o další jazyk nezajímala.*“ Navíc dodává, že když už neví, jak některé věci říct, využívá různé překladáče na internetu. Poukazuje i na to, že by člověk měl mít s sebou někoho, kdo mu v nemocnici pomůže s překladem. Důležité je ale se i ujistit, že osoba rozumí a pochopila o čem se zdravotníkem mluvila. „*Je dobré, aby osoby, které neumí česky, nebo anglicky zařídily doprovod, který za ně bude tlumočit, případně využít google translator – to však není vždy přesné, vždy je důležité se ujistit, že pacient správně pochopil, co mu chceme říci*“ Většina respondentek ale řekla, že se cítí připravena z pohledu cizího jazyka.

Mezi nejčastější cizí jazyk, které respondentky ovládají patřila angličtina. Další jazyky, které byly zmíněny jsou němčina, španělština, francouzština a ruština. UPCE2Z měla největší rozsah jazyků. „*Mluvím plyně španělsky, francouzsky a rusky. No a samozřejmě anglicky. Dlouho jsem žila v zahraničí s rodiči. Díky tomu si myslím, že jsem opravdu dobře jazykově vybavena. A odborná terminologie není tak odlišná, mimo francouzštinu teda.*“ UPCE3L se zase pustila do samostudia a rozšiřuje své jazykové dovednosti sama za pomoci seriálu a aplikace v telefonu. „*Já se učím sama, protože ve škole jsem se toho zase tak moc nenaučila. Angličtinu znám ze seriálů a španělštinu se učím přes Duolingo.*“ Respondentky také poukázaly na nedostatek času na jakékoliv další jazyky z předchozího studia. „*Já bych se učila i ráda dalšímu jazyku, ale nemám tolik času, co bych chtěla. Jak to není povinně, tak prostě nic navíc se mi do rozvrhu nevejde.*“

Jako primární způsob, jak by si respondentky poradily bez znalosti jazyka byl online překladáč. Udaly, že v dnešní době chytrých telefonů je jednoduchý využít aplikace, které vše udělají za vás. „*Jak jsem řekla google translator je super věc, fakt se to dá využít kdekoliv. Já s ním na praxi pracovala často,*“ řekla MUNI2H. Byla zde také o tom, že je možno využít obrázků anebo názorné ukázky. „*Rukama, nohama, nebo vygooglit, jak to vypadá a ukázat na telefonu. Někdy je to lepší než překladáč. Vždycky se dá poradit, i když to může působit trapně,*“ dodala k překladáči UPCE3L. OSU3A jako jediná navíc zmínila manžela ženy ve výzkumné simulaci jako možnost, jak překonat jazykovou bariéru bez znalosti jazyka. „*Pantomimou, grimasami, piktogramy, pokud by byla možnost tak tlumočnickem, v této situaci za pomoci manžela...*“

Multikulturní ošetřovatelství

Hlavní otázka, *zdali měla respondentka v průběhu studia předmět multikulturní ošetřovatelství*, poukázala na to, že na dvou univerzitách se to vyučuje jako samostatný předmět. Na Masarykově univerzitě se to vyučuje jako součást předmětu Ošetřovatelství v porodní asistenci.

MUNI2H přímo uvedla, že k tomu byl vyhraněný blok přednášek, kde byly představeny některé kultury. Na Ostravské univerzitě a Univerzitě Pardubice byl přímo předmět Multikulturní ošetrovatelství. Respondentky uvedly, že předmět probíhal formou prezentací a diskusí, co o které kultuře daný student ví a jestli měl možnost o některou z minorit možnost pečovat v rámci ošetrovatelské praxe.

Názor na multikulturní ošetrovatelství

Další položená hlavní otázka, *jaký máš názor na multikulturní ošetrovatelství*, ukázala, že respondentky by se rády učily novým poznatkům o minoritách a považují za důležité, aby již ve škole byla tato výuka podporována. MUNI1M na to měla neutrální pohled: *„Nemyslím si, že je to něco negativního. Mělo by to být součástí výuky.“* Svůj kladný pohled a důležitost výuky multikulturní péče popsala OSU3A takto: *„Měli bychom poskytovat péči pacientům kulturně přijatelnou, tak aby jim bylo po všech stránkách příjemně. Zároveň bychom sami chtěli, aby o nás takto bylo postaráno, pokud bychom se dostali do zdravotnického zařízení v kulturně odlišném státě.“* Názory respondentek se nijak neliší. UPCE1N mluvila také o tom, že do České republiky nově přichází mnoho kultur, a i o ty se musí pečovat stejnou péčí jako o ostatní pacienty. *„Je důležité znát kultury, které k nám přichází. Je možné že mají určité zvyklosti, které u nás nejsou běžné, proto je dobré tyto zvláštnosti znát, aby se předešlo nepříjemnostem.“*

Výuka multikulturního ošetrovatelství

Není pochyb o tom, že je respondentky považují multikulturní ošetrovatelství za důležitý předmět. Na dodatkovou otázku, *z jakého důvodu si myslí, že by mělo být multikulturní ošetrovatelství vyučováno na vysokých školách více či méně*, odpověděly některé respondentky již výše. To, že by měl být vyučován určitě v mnohem větší míře odpověděly také všechny. UPCE2Z řekla, že nerozumí tomu, proč je na tento předmět kladen tak malý důraz. *„Nechápu, proč je tomu věnován jenom jeden semestr. Chtělo by to určitě více, i když se to propojuje třeba v komunikaci. Měl by na to být kladený větší důraz.“* MUNI2H se také udivovala, proč není předmět multikulturní péče vyučována samostatně. Navíc dodává, že ji výuka příliš neoslovila: *„Moc mě to nebavilo. Prezentace jsou fakt nuda, přiznejme si to... Určitě by to chtělo, aby se předmětu dalo více prostoru.“* Objevil se i názor, že už jenom z toho důvodu, že se některé kultury jsou spíše výjimečné v České republice, určitě by se mělo množství vyučované multikulturní péče zvýšit. A také nechyběla ani poznámka na postgraduální zaměstnání. *„Myslím si, že by mělo být vyučováno více. Právě z důvodu, že s některými kulturami se střetáváme velmi málo a pokud takový pacient se nám dostane do rukou je to pak šok pro nás i pro něj. Také si myslím, že měli být vyučováni nejen studenti, ale zejména starší zaměstnanci,*

kteří občas ve vztahu k jiným kulturám zastávají velmi zastaralé a neobjektivní názory. Mnohdy se také nechtějí učit a ani akceptovat kulturní odlišnosti jednotlivých pacientů,“ řekla OSU1K. OSU2L se zde vyjádřila v tom smyslu, že sice souhlasí, že by mělo být více výuky multikulturní péče, ale také by se mělo zapracovat na její výuce. *„Ano, bylo toho málo, ale ty prezentace byly nudné anebo jsme je musely vypracovat samy. Chtělo by to nějakou zajímavou učebnici nebo se s někým o tom bavit, kdo péči o takové pacienty zná.“*

Ošetřované minority

Nejčastější minoritní skupiny, o které respondentky pečovaly v rámci praxe byly ženy muslimského vyznání, dále pak ženy romské, vietnamské a ukrajinské národnosti. Respondentka OSU2L navíc udala ještě péči o ženu ze Zambie, když žena i přestože měla muslimskou víru, měla odlišné zvyky, než respondentka očekávala. *„Měla jsem možnost pečovat o ženu ze Zambie. Byla muslimka, i tak to bylo pro mě zajímavé. Mluvily jsme spolu anglicky a její zvyky byly dost odlišné oproti muslimské ženě z Evropy o kterou jsem se starala dávno předtím.“*

Příprava na praxi

Otázka, *jestli jsou respondentky připraveny na praxi v rámci výuky multikulturní péče,* se ukázala jako velice individuální. Respondentky, bez ohledu na univerzitu, udala svůj osobní pocit. Pouze studentky z Masarykovy univerzity uvedly shodně, že se necítí připraveny na praxi z hlediska multikulturní péče. Dvě respondentky z Univerzity Pardubice uvedly, že se cítí připraveně dobře ale shodly se také na tom, že je stále, co zlepšovat v oblasti výuky multikulturní péče. UPCE1N řekla: *„Cítím se připravena, ale pořád je co zlepšovat. Myslím si, že je to hodně zanedbaný předmět.“* UPCE2Z uvedla, že se necítí úplně jistá a přála by si více informací. *„Všechno opravdu nevím, ale to asi nebudu nikdy. Ocenila bych opravdu i něco praktického ve výuce, co by mi pomohlo si toho více zapamatovat...“* Respondentka OSU1K poukázala na obavu, zdali by zvládla péči třeba o pacienta, který je součástí Svědků Jehovových. *„Nemyslím si, že jsem připravena. Ano, znám teorii, ale jak to mám řešit? Třeba u Svědků Jehovových, jak mám vyřešit, že žena nechce krev, a co když ji bude potřebovat? Vím, že se to řešilo na praxi, ale všichni si tam jenom šuškali a já vlastně ani nevím, jak se to vyřešilo...“* OSU3A si je mnohem jistější než její spolužačka z Ostravské univerzity, ale také udala, že výuka předmětu by potřebovala trochu poupravit. OSU2L udala, že si toho z předmětu příliš nepamatuje, a proto určitě připravena do praxe není. *„Připravena? To určitě ne. Nepamatuji si skoro nic. A je to škoda. Z této simulace a následné diskuse si pamatuji skoro všechno.“*

Návrh na výuku multikulturního ošetřovatelství

To, *jak by měla vypadat výuka multikulturního ošetřovatelství dle respondentek*, obsahovala hlavní otázka číslo 11. Společné odpovědi byly, že by výuka měla obsahovat informace o co nejvíce menšinách vyskytujících se v České republice, ale také i to, jak jejich specifické požadavky řešit v praxi. Způsob, *jak vylepšit výuku*, je dle respondentek zařazení praktických ukázek a také besedy s členy minorit. OSU2L řekla: „*Mohla by například obsahovat kontakt se zástupci různých kultur, povídání si s nimi o jejich potřebách, proč to tak mají a podobně.*“ Další návrhem bylo také aktualizovat informace, které kantoři předávají studentům. MUNI2H ke svému návrhu dodala: „*Rozhodně více praktických ukázek, a hlavně aktualizovat informace... Podle mě se učí pořád to samé a nic se nemění.*“ Místo, *kde by se mohla výuka odehrávat*, by bylo dle respondentek takové, aby se v něm všichni cítili dobře. Zároveň by to mohlo být třeba v místě, kde se minorita schází nebo provádí náboženské obřady. UPCE2Z uvedla, že by se jí líbila třeba návštěva mešity nebo synagogy. OSU3A navrhla jako možnost řešit ošetřovatelskou péči přímo s členy komunity. „*Praxe by byla příjemná v nějakém osobnějším prostředí, kde bychom si se zástupci povídali. Pak by následovala například simulace péče o tyto pacienty se zástupci, kteří by nám řekli, co by se jim na místě pacienta nelíbilo, nebo co bylo z naší stran v pořádku.*“ Přestože je na trhu nemalé množství učebnic s tematikou multikulturního ošetřovatelství, žádná z respondentek si nevzpomněla, že by jim byla nějaká doporučena. Nevzpomněla si ani na žádné jméno autorky knih o multikulturním ošetřovatelství. Respondentky dostaly také otázku, *jakým způsobem by se daly simulace zařadit do výuky multikulturního ošetřovatelství*. Otázka sklídila velké nadšení. Respondentky navrhovaly různé situace, jaké by bylo možno pomocí simulací vést. Například komunikace se Svědky Jehovovy a problematika bezkrevní medicíny v akutních stavech. Nebo třeba jak vyřešit problém s tím, když muslimská žena odmítá vyšetření mužem lékařem. OSU3A navrhla simulaci s jazykovou bariérou: „*Bylo by skvělý si zkusit i třeba to, že nebudu pacientovi rozumět. Spousta vietnamek nemluví ani anglicky. Na porodním sále je to spíš rozhovor rukama nohama, simulace na toto téma by byla super!*“ Respondentka UPCE2Z poukázala na to, že nácvik komunikace všeobecně je hodně důležitý a komplikace v podobě odlišné kultury by byla ideální námět na simulaci: „*Komunikace je základ našeho budoucího povolání a simulace rozhovoru s odlišnou kulturou by nás mohla výborně připravit do praxe.*“

4.4 Diskuse

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak jsou pro studenty přínosné simulační metody ve výuce multikulturní péče. Pro lepší splnění cíle byl hlavní cíl rozdělen na čtyři dílčí cíle. Ty jsou vyhodnoceny v rámci diskuse. Hlavním úkolem práce bylo poukázat i na problém dnešní multikulturní doby, a zároveň nutnosti rozšiřování povědomí o multikulturní péči v České republice. Respondentky, které byly vybrány, výborně spolupracovaly a díky jejich nadšení do tématu, bylo možno práci dokončit. Limita celé práce tkví v osobním pohledu každé respondentky na danou problematiku. Dále v omezeném počtu respondentek a také zaměření pouze na tři univerzity v České republice. Jedna z možností budoucnosti práce je zabývání se tématem výuky multikulturní péče v České republice v kontextu všech univerzit, které mají program porodní asistentka.

Diskuse se zaměřuje převážně na popsání dílčích cílů a diskutování ohledně výsledků, jak za pomoci jiných prací, zdrojů v teoretické části, tak samotnou autorkou. Vzhledem, k specifickému tématu není úplně možno porovnávat výsledky práce s dalšími pracemi. Přesto je diskuse doplněna o relevantní zdroje a pohled autorky práce.

Dílčí cíl č. 1: Vytvoření výzkumné simulační situace s ohledem na výuku multikulturní péče

Celý proces přípravy na výzkumné simulace je popsán v metodice diplomové práce. Pracovala se dle doporučení Pietera Dieckemanna (2021). Celá příprava výzkumné simulace trvala asi tři měsíce. Problém simulace nebyla ani tak její příprava a obsah, jako hledání herců, a hlavně najít vhodný a společný termín herců, autorky práce a respondentek. Po získání termínu proběhla simulace bez větších komplikací. Je dobré vyzdvihnout, že byl dobrý nápad herce představit rovnou jako účinkující postavy. Samotné respondentky uvedly, že díky se jim nepletla jména a měly pocit, že jsou více vtaženy do simulace.

Herci dostali kostru s tématem simulace a problematikou, která se bude řešit. Cílem bylo, aby na určitých bodech porodního plánu pevně apelovali a chtěli přesné vysvětlení, proč jim nemůže nebo může být splněno. Jako pomůcku měli herci přímo vypsany porodní plán s 15 důležitými body, kterých se měli držet a chtít přesná vysvětlení.

1. Žena nepřítomnost lékaře – muže při porodu
2. Žena si přeje halál stravu pro ženu
3. V I. době porodní si přeje žena jíst a pít dle vlastních potřeb

4. V I. době porodní si žena přála volnost pohybu a být minimálně rušena
5. V I. době porodní si žena nepřeje klyisma
6. Ve II. době porodní si přeje vybrat polohu na tlačení dle svých preferencí
7. Ve II. době porodní si nepřeje rutinní nástřih
8. Přeje si bonding přímo po porodu
9. Nepřeje si oznámit pohlaví novorozence personálem
10. Chce odložit pojmenování novorozence na pozdější dobu
11. Přeje si, aby přestříhnul pupečník manžel a dítě mu bylo předáno
12. Přeje si odsunutí vážení a měření novorozence
13. Ve III. době porodní si nepřeje podání oxytocin
14. Přeje si placentu odnést domů
15. Přála by si nadstandardní pokoj na oddělení šestinedělí

Účelem manžela ženy bylo, aby se doptával na všechno, co bude jenom trochu nejasné a zároveň měl vytvořit pomocného překladatele pro ženu v případě, že by něčemu nerozuměla. V žádném případě nebylo cílem, aby byl muž agresivní ať už pasivně nebo aktivně. Z čehož měly některé respondentky obavu. Žena měla působit klidným dojmem a snažit se doptávat se slovy, že přesně nerozumí, co se jí snaží respondentka říct. Celá simulace trvala v průměru 35 minut, záleželo na tom, jak rychlá byla respondentka s řeším simulace. Během simulace, autorka práce si prováděla poznámky ohledně respondentek, které později se studentkami prodiskutovala.

Nevýhodou pro simulaci bylo prostředí. Byly vybrány individuální studovny v knihovnách v Ostravě a v Brně. V Pardubicích bylo třeba provést simulaci ve skupinové studovně, kde naštěstí v tu chvíli nikdo nebyl a mohlo se pracovat v klidu a bez dalších neznámých osob. Pro příště by bylo vhodné vybrat místo, které více připomíná ordinaci, aby mohla být simulace více věrohodná. Jednou z dalších nevýhod, vzhledem k místu, bylo určitě to, kde přesně se nacházela autorka projektu. S ohledem na možnosti prostoru, byla nucena stát nedaleko od probíhající simulace. V dalších případech by bylo ideální, aby osoba, která hodnotí simulaci byla někde skryta a tím nenarušovala proces samotné simulace. I přes všechny limity, které byly nalezeny je **dílčí cíl č. 1: Vytvoření výzkumné simulační situace s ohledem na výuku multikulturní péče, považován za splněný.**

Dílčí cíl č. 2 Zhodnocení výzkumné simulační situace

Zhodnocení výzkumné simulace bylo součástí polostrukturovaného rozhovoru, kdy respondentky odpovídaly na otázky spojené s výzkumnou simulací. Věnovaly se tomu hlavní otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8 společně se třemi doplňkovými otázkami. K těmto otázkám byly přiřazeny kódy autoevaluace, výzkumná simulace, Poučení z výzkumné simulace a jazyková bariéra.

První položenou otázkou pro respondentky bylo, *jak bys hodnotila svůj výkon ve výzkumné simulaci*. Respondentky ze začátku byly dost kritické, přesto se je autorka práce snažila povzbudit, aby našly i něco pozitivního. Cílem simulace nebylo najít, co všechno respondentky udělaly špatně, ale naopak ukázat jim, jak se zvládají v takových situacích chovat. Není zde ani přesně určeno, jak správně situaci vyřešit. Pouze je zde žádoucí držet se etického kodexu, pravidel slušného chování a standardy nemocnice ve které studentka vykonává praxi. Jelikož nelze hodnotit respondentku podle posledního aspektu – dle standardu nemocnice, je žádoucí, aby každý rozhovor vedla dle Etického kodexu porodních asistentek, kde již v I. části se uvádí, že by porodní asistentka měla podporovat ženu, rodinu a jejich práva. V II. části se mluví o tom, že péče porodní asistentky by měla být vždy vedena s respektem vůči kultuře (ICM, 2014).

Žádná z respondentek neporušila etický kodex a nechovala se vůči ženě a jejímu manželovi hrubě nebo jakkoliv negativisticky. Dle tohoto lze soudit, že všechny respondentky simulační situaci zvládly velmi dobře. Důležité je dodat, že se stresem při simulaci se vždy počítá. Jedna z respondentek (UPCE1N) uvedla, že cítila, že hodně na ženu spěchá, protože si přála mít simulaci rychle za sebou. Z pohledu autorky projektu pouze rychleji mluvila, ale nijak ženu neodbývala a účelově nevynechávala žádné informace. Respondentky UPCE2Z, MUNI2H, MUNI3A, OSU1K, OSU2L byly se svými výkony spokojeny. S čímž je možno souhlasit. Opravdu zvládly plynule mluvit, a i přes drobné neznalosti kultury, podaly páru uspokojující odpovědi. Skvělý výkon předvedla i UPCE3L i přestože tvrdila, že má obavu, jestli páru nezpůsobila nějaké trauma. Není zde možno souhlasit, sama perfektně zvládla komunikovat a podávat ženě racionální odpovědi. Respondentky i přes stres, který prožívaly, zvládly výzkumnou simulaci velmi dobře a ony samotné nakonec na sobě našly i pozitivní část své práce. Respondentka MUNI1M sama uvedla, že v jednu chvíli chtěla simulaci ukončit, ale nakonec se rozhodla pokračovat. Při simulaci došlo ke stavu, že se odmlčela, jistou chvíli nevěděla, jak pokračovat dál. Nakonec požádala o zopakování otázky ženy a povedlo se jí uspokojivě odpovědět. Přestože došlo k takové prodlevě v rozhovoru, zvládla simulaci dokončit a nezachovala se nijak špatně vůči páru. Důležité je zde upozornit, že cílem práce není

hodnotit respondentky v rámci simulace. Ale otázka ohledně sebehodnocení je velmi přínosná pro samotné účastníky celého projektu.

Otázka, *jaké faktory tě ovlivnily v rámci výzkumné simulace*, ukázala, že respondentky již mají nějaké zkušenosti se simulacemi, jelikož často porovnávaly pocit ve škole s pocitem při výzkumné simulaci. Negativním faktorem, o kterém všechny respondentky mluvily byl stres. Udaly také, že ale cítily mnohem menší stres než ve škole, což, dle jejich slov, způsobil milý a přátelský přístup autorky projektu. McAllister (2013) poukazuje ve své práci na to, že stres při simulaci se postupně snižuje, až do chvíle, kdy studenti začnou brát simulace jako součást pravidelné výuky. Cílem simulace, dle jejího popisu, je, aby studenti měli možnost vyzkoušet si všechny různé metody bez rizika poškození pacienta. Důležitý fakt, který zmínily všechny respondentky byl, že jim nebylo nijak zasahováno do simulace a autorka projektu figurovala pouze jako tichý pozorovatel. Přesto se tam objevil jev, kdy MUNIIM udala, že jenom díky psychické podpoře autorky projektu simulaci dokončila. Respondentka v jednu chvíli utichla a přestala komunikovat. Po asi třech minutách se podívala na autorku projektu, dle jejich slov, se uklidnila a pokračovala dále. Je třeba si uvědomit, že stres je velmi silným faktorem. Kožinová (2022) ve své knize o stresu uvádí, že ač nás stres provází celý život a je tím pádem naší součástí, je možno se s ním naučit pracovat. Metody snižování stresu nejsou ale vhodné pouze pro studenty, ale také pro kantory. I ti se totiž často na stresu podílí. Domnívám se, že právě milý přístup a pozitivní myšlení může studentům pomoci se snižováním stresu a také s tím, aby se mohli lépe soustředit na výuku nebo právě na simulační situaci. Pět respondentek mělo problém se znalostmi, vše ale vynahrádily tím, že se páru zeptaly, jak přesně otázku myslí a nechaly si vše dovysvětlit. Neznalost lze vysvětlit mnoha způsoby. Jedna z příčin může být i to, že respondentky z Masarykovy univerzity neměly samostatný předmět multikulturního ošetřovatelství. Přesto nebyly jediné, které měly obtíže se znalostmi. Další důvod může být i nezáživná výuka, anebo vynechání této minority v osnovách. Nebo obyčejné zapomenutí dané informace z výuky.

Respondentkám byla položena otázka, *když jsou teď v klidu, jak by situaci řešily?* Jejich odpovědi se shodovaly s myšlenkou, že by vše řešily více v poklidu a hledaly by společná řešení. Nezapomněly ani na názor manžela, kterého přijmuly jako součást celé simulace a snažily se s ním komunikovat. Samozřejmě zde vyvstal názor i na to, že ne vždy lze všechny žádosti ženy splnit. Tématika porodních plánů je dlouhodobý fenomén v porodnickém kruhu, který má své příznivce i odpůrce. Kameníková (2009) popisuje porodní plán jako možnost poznat přání a očekávání rodičky ohledně porodu a zároveň je to jeden ze způsobů komunikace mezi rodičkou a porodní asistentkou. Nemělo by se zapomínat ani názor partnera

a komunikovat vždy s citem a empatií. Naproti tomu Pařízek (2019) uvedl, že porodní plán je jakási romantická představa porodu. Dodává ale, že pokud je konzultován s porodní asistentkou a jsou ženě vysvětleny všechny možné dopady a změny v porodním plánu, je možno tyto porodní plány akceptovat. Na předchozí otázku navazuje otázka, *jestli by se respondentky díky této simulaci zachovaly jinak v praxi*. K tomuto se respondentky vyjádřila tak, **že by se snažily vyvarovat chybám, které dělaly ve výzkumné simulační situaci**. Což je účel simulačních metod a potvrzují tím myšlenku celého smyslu simulací. Sini (2019) ve svém výzkumu, kdy více jako 100 sester mělo možnost zúčastnit se pěti simulací s tematikou komunikace s pacientem, uvedl, že se u nich snížil stres z toho, že udělají chybu a zvýšilo sebevědomí. Obdobný efekt můžeme shledávat i u respondentek.

V simulačních situacích mají studenti pracovat se svými teoretickými i praktickými znalostmi, z toho důvodu nechyběla ani otázka, *do jakých předmětů by zařadily své znalosti využité ve výzkumné simulaci*. Pouze u čtyřech respondentek se objevilo multikulturní ošetřovatelství, naproti tomu všechny uvedly psychologii a komunikaci. Což je velmi překvapující, ale zároveň je třeba si uvědomit, že multikulturní ošetřovatelství není přesně definováno v kvalifikačním standardu. Objevuje se tam pouze jako součást předmětu Teorie porodní asistence (MZČR, 2018). Zajímavou odpověď zde měla UPCE3L. Poukázala na to, že každý předmět, který měla ve škole ji svým způsobem pomohl v simulaci. Ukazuje tím komplexnost výuky celého oboru a to, že znalosti z určitého předmětu se prolínají.

Respondentky zmínily i problematiku jazykové bariéry. Je třeba zde dodat, že výuka cizího jazyka není součástí kvalifikačního standardu pro obor porodní asistentka. Jako primární cizí jazyk uvedly respondentky angličtinu, se kterou pracovaly dále i na vysoké škole v rámci odborné angličtiny. Zajímavé myšlenky byly u dodatkové otázky, jak by si respondentky poradily bez znalosti jazyka. Uvedly totiž, že s touto problematikou již setkaly a nejčastěji využívají online překladače v telefonu. Možnost, kterou respondentky neuvedly, jsou komunikační kartičky vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Seznam kartiček se nachází na oficiálních stránkách Ministerstva zdravotnictví a je zde pět přeložených odborností v devíti jazycích (MZČR, 2023).

Dle pozitivního ohlasu respondentek a pomocí pěti hlavních a tří dodatkových otázek **byl splněn i dílčí cíl č. 2 Zhodnocení výzkumné simulační situace**. Respondentky přímo naplnily myšlenku simulace a do budoucna se pokusí vyvarovat chybám, které dělaly v průběhu výzkumného šetření a také budou využívat získaných znalostí.

Dílčí cíl č. 3 Jakou mají zkušenost studentky se simulačními situacemi?

Dílčímu cíli č. 3 byly věnovány v polostrukturovaném rozhovoru hlavní otázky číslo 1, 2 a 3, společně s dodatkovými otázkami, kterých bylo osm. Tématu byly přiděleny kódy: Definice simulace, simulace ve výuce, způsob výuky za pomoci simulace, pocity ze simulace ve škole, stres ze simulace a hodnocení.

Na úvod celého rozhovoru dostaly respondentky otázky, *zda-li vůbec ví, co přesně je simulační situace*, které byl přidělen kód definice simulace. Všechny respondentky, zde zvládly odpovědět a potvrdily tím, že mají nějaké ponětí o tom, co simulační situace znamená. Rohlíková a Vejvodová (2012) popisují simulační situaci způsob výuky, kdy dochází k napodobení realistického příběhu s cílem naučit studenta pracovat za určité situace. Pieter Dieckmann (2021) zase popisuje simulaci jako způsob nácviku náročných situací s cílem snížit množství chyb a zlepšit postup při práci. Mason Barber (2018) poukazuje, že je to ideální způsob, jak zdravotníky připravit na budoucí role.

Každá z respondentek potvrdila, že si za dobu studia si alespoň jednou vyzkoušela simulaci, čímž pozitivně odpověděly na otázku, *zda-li měli možnost si vyzkoušet simulaci v průběhu studia*. Celý tento blok otázek získal kód s názvem Způsob výuky za pomoci simulací. Dle odpovědí lze vidět, že simulace jako taková je již součástí výuky. A budoucností je hlavně její zlepšování a utváření nových specifických metod, jak ji do výuky zařadit. Na tuto otázku navazovala podotázka, v jakém předmětu se simulací setkaly. Společnou odpovědí zde byla komunikace, porodní asistence a psychologie. Dle mého názoru, je opravdu skvělé, že se se simulacemi setkaly i v předmětu psychologie a komunikace, jelikož právě tyto předměty mohou pomoci s přípravou na komunikaci s klientkou, doprovodem klientky nebo třeba i rodičem novorozence o kterého porodní asistentka pečuje. Respondentky z Univerzity Pardubice zmínily i předmět ošetrovatelské postupy, kde nacvičovaly různé ošetrovatelské metody a zkoušely si přesné kroky péče. Tento způsob výuky samozřejmě znají i respondentky z jiných univerzit, ale nacvičovaly tyto postupy v rámci jiných předmětů. Zajímavá byla i zmínka respondentky z Univerzity Ostrava, která řekla předmět etika. Respondentka poukázala na různé simulace ohledně etických problémů, které jdou díky této metodě řešit prakticky a student má možnost si vyzkoušet komunikaci s pacientem na dané téma etického problému. Může to být zajímavá zkušenost, která by se dala aplikovat na spoustu témat. Téma, které se vybízí je třeba oznámení ženě, špatný vývoj plodu v období těhotenství anebo tematika zjištění vývojových vad v průběhu trimestrálních screeningů. Respondentky se vyjadřovaly i na tematiku spokojenosti se simulacemi, kdy mluvily o pozitivních zážitcích, ale přály by si, aby

simulací bylo více. Také se zmínily o problematice organizace, kdy ne vždy, dle jejich slov, byla simulace dobře zpracovaná. Potvrzují tím i myšlenku autorky projektu, že jsou simulace ve výuce podceňovány a bylo by určitě vhodné je více zapojit do výuky. Výuka za pomoci simulací může probíhat jak ve skupince, tak samostatně, kdy dle výsledků rozhovorů, kantoři dávají přednost simulacím ve skupinách. Samozřejmě, práce ve skupinách rozvíjí schopnost plánování a vedení skupiny a zároveň zvyšuje jistotu zúčastněných, kdy se mohou společně vždy poradit. Je třeba si ale uvědomit, že ve zdravotnictví se často pracuje samostatně a z toho důvodu je vhodné vést i některé simulace pouze jedince (Zormová a Vejvodová, 2014).

Nedílnou součástí simulací jsou i pocity studentů, a proto jim byla položena otázka, *jaké jsi měla je simulace pocity*. V tomto případě byl přidělen kód s názvem pocity ze simulací ve škole. Většina respondentek popsala pozitivní simulace, ale objevily se i dvě negativní. Respondentka UPCE1N popsala velký stres, sama se označila za stresového člověka. Nakonec ale udala, že stres zmizel, když při hodnocení zjistila, že všechno dělala správně. Což je pochopitelné a dle mého názoru časté, je to klasický stres, který zažívá spousta studentů. Respondentka OSU3A zase mluvila o tom, že ji bylo nepříjemné, když kantor předváděla rozrušenou pacientku, jelikož nevěděla, jak se správně zachovat. K tomu ale dodala, že je to tak i v reálném životě. Zde nejde nic jiného než souhlasit, jelikož často neznáme přesné odpovědi, jak se k některým pacientům chovat, i když se držíme etického kodexu a správného chování, ne vždy si v životě víme rady.

Tématika *ovlivnění při simulaci* byla zvolena v posledním okruhu hlavních otázek. Kdy vyšlo najevo, že zásadní věc, která je při simulaci ovlivňovala byl stres. O této problematice mluvily následně v otázkách spojené s výzkumnou simulací. Stres je dle respondentek velmi silný faktor a objevil se nejčastěji odpovědi na téma emoce a simulace. Byl mu přidělen samostatný kód stres při simulaci.

Naplnění očekávání ze simulace, byla další dodatkovou otázkou. Jediná respondentka UPCE3L popsala svou odlišnou představu. Zbývající odpovědi udaly, že jejich představa byla v tu chvíli naplněna. UPCE3L mluvila o tom, že si představovala simulaci jako akci na speciálním místě podobné ambulanci, což by mohla naplnit třeba simulační nemocnice nebo vhodné specializované učebny. OSU1K popsala svou vděčnost a také, že je ráda, že si zkusila některé věci dříve na simulátoru než na živém pacientovi.

Hodnocení je nedílnou součástí práce a studia. Způsob hodnocení je pro každého jedince velmi důležitý a kantor by měl vědět, jak přesně při hodnocení postupovat. Proto byla otázka, zdali proběhlo po simulaci hodnocení, nedílnou součástí rozhovoru. Dle respondentek to tak opravdu bylo, ale vždy proběhlo veřejně bez možnosti soukromé diskuse. Objevoval si fenomén, že

hodnocení bylo také často negativní a respondentky nebyly pochváleny za to, jak simulaci zvládly. Tady je dobré dodat, že i pochvala je způsob hodnocení a patří k celému procesu učení. Přestože jsou studenti dospělí lidé, neznamená to, že nepotřebují v procesu učení pochvalu. Ideální hodnocení by mělo být započato pozitivně, následně by měli být vytknuty negativa a celé hodnocení by mělo být opět zakončeno pozitivním myšlenkou. Velká problematika lze vidět i ohledně veřejného hodnocení, kdy respondentky právě na to poukázaly. Soukromé hodnocení a diskuse jsou nedílnou součástí simulací a veřejné hodnocení by nemělo probíhat bez svolení všech zúčastněných (Pugnerová, 2019).

Zkušenosti respondentek se simulačními situacemi jsou různorodé. Je vidět velké možnosti pozitivní ohlasů a také prostor pro zlepšení. Dle rozhovorů lze vidět, že je třeba ještě na výuce za pomoci simulací pracovat, ale začátky jsou vždy náročné a díky jejich zpětné vazbě lze zlepšovat tuto metodu ve výuce. Za pomoci otázek v polostrukturovaném rozhovoru **byl splněn dílčí cíl č. 3 Jakou mají zkušenost studentky se simulačními situacemi.**

Dílčí cíl č. 4 Jak studentky vnímají výuku multikulturní péče na vysokých školách?

Poslední dílčí cíl byl spojen se čtyřmi hlavními otázkami a sedmi dodatkovými otázkami v polostrukturovaném rozhovoru. Přesněji jsou to otázky 9, 10, 11, 12 a 13. K těmto tématům byly přiřazeny kódy s názvem multikulturní ošetřovatelství, názor na multikulturní ošetřovatelství, příprava na praxi a návrh na výuku multikulturního ošetřovatelství.

První otázka se zabývala, *zda-li měli respondentky v průběhu studia předmět multikulturní ošetřovatelství*. Bylo překvapující, že studentky z Masarykovy univerzity nemají samostatný předmět multikulturní péče, ale samozřejmě jisté informace byly součástí jiného předmětu. Jak už bylo zmíněno v teoretické části práce, předmět multikulturní péče nebo transkulturní péče není přesně definován v Kvalifikačním standardu pro porodní asistentky. Jsou zde uvedeny pouze všeobecné znalosti multikulturní péče jakožto součást předmětu Teorie porodní asistence. Není nutné, aby tyto informace byly součástí samostatného předmětu, ale mělo by být studentům dopřáno kvalitní množství informací s tematikou multikulturní péče.

Ukázalo se, že *názor na multikulturní ošetřovatelství* je u respondentek pozitivní. Pouze jedna z respondentek projevila neutrální názor, ale zdůraznila, že by multikulturní ošetřovatelství mělo být součástí výuky. Respondentky by také rády získávaly nové informace o minoritách a různých kulturách a také to považují za důležitou součást výuky. OSU3A upozornila na to, že i ona jakožto pacient by si přála, co nejlepší péči a z toho důvodu by ji měla dávat i pacientovi s odlišnou kulturou. Odkazuje to k myšlence kodexu porodních asistentek, kde se samozřejmě mluví o péči o ženu vzhledem jejím kulturním zvyklostem. Tuto myšlenku by měla zachovat

každá porodní asistentka a měla by se v tomto duchu i vzdělávat. O důležitosti předmětu multikulturní péče není pochyb, respondentek se shodly na tom, že by měl být na tento předmět kladen větší důraz. Dále si uvědomují potřebu učit se odlišných kulturách pro zlepšení péče. Bylo poukázáno i na problém s výukou multikulturního ošetrovatelství jako takového, kdy respondentky upozorňují na zkomplikovaný systém přednášek za pomoci powerpointových prezentací. Prezentace na počítači mohou vhodným pomocníkem při přednášce, ale je třeba si uvědomit, že není jediný způsob předávání kvalitních informací. Bylo poukázáno i na postgraduální vzdělávání, kdy by přednášky o multikulturní péči měli doplnit chybějící vzdělání starších porodních asistentek nebo sester. V České republice není žádný systém, který by sledoval postgraduální vzdělávání nelékařského personálu. Původní kreditový systém, který vedl k postgraduálnímu vzdělávání porodních asistentek byl zrušen novelou zákona 96/2004 Sb. v roce 2017.

Mezi nejčastější ošetrované minority respondentkami byly ženy ukrajinské, vietnamské a romské národnosti. V rámci náboženství zmínily pouze muslimské ženy. Dle Českého statistického úřadu v České republice žije (2022) 1 116 154 cizinců včetně azylantů. Jenom před jedním rokem to bylo o půl milionu méně. Mezi nejčastější minoritu v České republice patří Slováci, Ukrajinci a Vietnamci. Působí to trochu tak, že se respondentky neseťkaly v rámci praxe se ženou ze Slovenska, anebo nepovažují Slováky za cizince.

Když byla položena otázka, *jestli se respondentky cítí připraveny na praxi v rámci výuky multikulturní péče*, bohužel se ozvalo mnoho negativních odpovědí. Ano, některé respondentky se cítí připraveny, ale jsou i respondentky, které mají obavu v rámci péče o cizince. Jedna z respondentek podotkla, že ze školy si nepamatuje nic, ale mnoho informací získala díky výzkumné simulační situaci. Dle pyramidy zapamatování si člověk z přednášky pamatuje 5 % informací, kdežto z praxe je to 75 % informací (Průcha, 2020). Poukazuje to na nutnost se zamyslet nad tím, jestli jsou opravdu přednášky tím nejlepším způsobem, jak se studentům předávají informace. Respondentky začaly samy navrhnout různé způsoby, *jak změnit výuku multikulturního ošetrovatelství*. Zajímavá byla myšlenka přivést do hodiny zástupce dané minority a ptát se na to, jak by měla dle něj péče vypadat. Domnívám se, že to není nijak náročná věc k realizaci a věřím, že se najde i někdo ochotný, kdo by takovou besedu absolvoval. Respondentky také navrhovaly aplikaci simulačních situací do výuky multikulturního ošetrovatelství, kdy popsaly třeba zajímavou simulaci se Svědkyní Jehovovou a tématikou bezkrevní medicíny. Tato skupina se charakterizuje tím, že odmítá, jakoukoliv krevní náhradu, což může být problematické při komplikovaném porodu (Tóthová, 2012). Simulace by se měla týkat komunikace a zároveň schopnosti danou problematiku vyřešit. Lze vytvořit simulační

situaci na jakýkoliv problém, ale bylo vhodné začít třeba něčím obyčejným, jak podotkla respondentka UPCE2Z, třeba jenom tím, že bude simulace s ženou, která vůbec nerozumí žádnému jazyku, který porodní asistentka ovládá.

Respondentky považují předmět multikulturní ošetrovatelství za velmi důležitý a dodávají, že výuka by měla být více interaktivní. Vnímají důležitost výuky a uvědomují si, že neznalost může být komplikací pro jejich budoucí povolání. Za pomoci otázek v polostrukturovaném rozhovoru byl **dílčí cíl č. 4 Jak studentky vnímají výuku multikulturní péče na vysokých školách, také splněn.**

Závěr

Každé zlepšení ve výuce vede k zvyšování předávání informací studentům. Simulační metody jsou ve zdravotnictví často vyslovované téma. Zdravotníci si nacvičují resuscitace, masivní krvácení nebo komplikace při operaci. Ale všechno ve zdravotnictví se netýká krve nebo farmakologie. Součástí zdravotnictví a ošetrovatelství je i komunikace, která se dá také nacvičit za pomoci simulačních metod. Zároveň, díky zvyšující se migraci, se v České republice tematika multikulturního ošetrovatelství stává prioritní, i když se tomu některé starší generace brání. Všechny tyto faktory poukazují na to, že cíl práce, zjistit přínos simulačních metod ve výuce multikulturní péče je aktuální a pracuje se stavem současné společnosti.

Pro potřebu teoretické části byla provedena literární rešerše, které se věnuje multikulturalismu a také modelům ošetrovatelské péče spojené s multikulturním ošetrovatelstvím. Jsou zde popsány i fáze kulturního šoku. Nedílnou součástí je i etický kodex porodních asistentek a zmínka o etice a komunikaci v multikulturním ošetrovatelství. Důležitým bodem je i popsání předmětu multikulturní péče jakožto součást výuky porodní asistentky. V druhé polovině teoretické části jsou popsány simulační situace, jejich výhody při výuce a způsob jakým se vytváří konkrétní simulace pro výuku. Stejný způsob utváření simulace byl zvolen při tvorbě výzkumné simulace.

Praktická část měla za cíl zjistit, **jak jsou pro studenty přínosné simulační metody ve výuce multikulturní péče**. Byla vytvořena výzkumná simulační situace s tematikou: Registrace těhotné muslimské ženy v porodnici společně s doprovodem manžela. Účelově bylo zvoleno fyziologické těhotenství, aby primárně žena řešila svůj porodní plán s porodní asistentkou. Výzkumným vzorkem bylo 9 studentek, 3. ročníku oboru porodní asistentka, ze 3 univerzit. Konkrétně z Masarykovy univerzity v Brně, Univerzity Pardubice a Ostravské univerzity. Všech 9 respondentek si vyzkoušelo výzkumnou simulaci a následně s nimi byl veden polostrukturovaný rozhovor, zabývající se jak výzkumnou simulací, názorem na multikulturní ošetrovatelství a zkušenostmi se simulacemi ve výuce. Z obsahové analýzy vyplynulo, že simulační metody mohou být přínosné, ale je třeba je pečlivě naplánovat a kvalitně s nimi pracovat. Pozitivní bylo, že respondentky mají již zkušenost se simulačními metodami a umí si představit, že by se využívaly ve výuce multikulturní péče. Dalším důležitým bodem, který byl zmíněn, je komplexnost výuky, která by na sebe měla navazovat a doplňovat se. S čímž souvisí třeba právě výuka cizích jazyků nebo komunikace a psychologie. Porodní asistentka je asistentka ženy a jejím primárním cílem není pouze to, aby se žena připravila a zvládla porod,

ale aby zvládla těhotenství a také šestinedělí s ohledem na její kulturní zvyklosti. Všechny tyto důvody nám ukazují, jak moc se musí porodní asistentka pravidelně vzdělávat a pomáhat se zlepšování vzdělávání budoucích generací.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARJIS, J. *Healthcare Simulation and its Potential Areas and Future Trends* [online]. 2011, 4 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <http://www.scs.org/wp-content/uploads/2016/12/2011-01-Issue05-4.pdf>
2. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. 2. Praha: Grada Publishing, 2020. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BLAŽKOVÁ J, SELLNER M, ŠTOURAC P. The simulation centre of European significance will be built in Brno. *MEFANET Journal* 2017; 5(2): 72-75. Available at WWW: <http://mj.mefanet.cz/mj-20170627>.
4. BÖHMOVÁ, Olga. *Profesor Pařízek varuje: Z porodu doma se stalo novinářské klišé ve stylu „derby Sparta – Slavie“, jde přitom o život dítěte* [online]. [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/04/profesor-parizek-varuje-porodu-doma-se-stalo-novinarske-klise-ve-stylu-derby-sparta-slavie-jde-pritom-zivot-ditete/>
5. BRUSAMENTO, S. et al., 2019. Digital Health Professions Education in the Field of Pediatrics: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of Medical Internet Research* [online]. 21(9), [cit. 2022-02-02]. ISSN 14388871. Dostupné z: DOI:10.2196/14231
6. CAMPINHA-BACOTE. J. *A biblically based model of cultural competence in the delivery of healthcare services: Seeing “Imago Dei”* (2nd ed.). 2012, Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
7. CUNHA OLIVEIRA, Mônica, Marta SILVA MENEZES, Yasmin CUNHA DE OLIVEIRA a Lígia MARQUES VILAS BÔAS. *Novice medical students’ perception about bad news training with simulation and spikes strategy* [online]. 2022, 6 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772628222000917#s0030>
8. *Český statistický úřad: Cizinci na území České republiky* [online]. 2022 [cit. 2023-06-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>
9. DAYER-BERENSON, Linda. *Cultural Competencies for Nurses: Impact on Health and Illness*. 2. 2013. ISBN 978-1449688073.

10. DIECKMANN, Peter. *Simulation is more than technology*[online]. 2021, 4 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://laerdalcdn.blob.core.windows.net/downloads/f1199/AEVMXBWM/Simulation-is-spreading-around-the-world---FINAL-WEB-Version-LA-Brazil.pdf>
11. ERIKSEN, Thomas Hylland. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3674-656.
12. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. *The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 185-188, 2002 doi: 10.1177/10459602013003004.
13. GUTYSZ-WOJNICKA, Aleksandra et al. Educational Needs of European Intensive Care Nurses with Respect to Multicultural Care: A Mix-Method Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, vol. 19, no. 2, s. 724. ISSN 1661-7827.
14. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
16. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. *International Code of Ethics for Midwives* [online]. 2014 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
17. JANÍK, Tomáš. *Vše pro výchovu: lekce z pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2021. Munice. ISBN 978-80-210-9768-1.
18. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Porodní plán. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 2009, roč. 13, č. 4, 240-241 s. ISSN: 1211-6645.
19. KOŽINOVÁ, Dagmar. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3413-7.
20. KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství: Pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
21. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

22. LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R., *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. ISBN 0-07-135397-6.
23. LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R., *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. ISBN 0-07-135397-6.
24. LENKA, Špirudová, Ivanova KATEŘINA, Renata HALMO, Danuška TOMANOVA a Jindra BURSOVÁ. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur* [online]. Olomouc, 2004 [cit. 2022-02-18]. Dostupné z: https://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf
25. LUKŠOVÁ, Hana. *Kulturní šok Českých zdravotníků v islámských zemích*. 2011, 10.
26. MAGINNIS, Cathy a Judith ANDERSON. A discussion of nursing students' experiences of culture shock during an international clinical placement and the clinical facilitators' role. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* [online]. 2017, vol. 53, no. 3, s. 348-354. ISSN 10376178.
27. MAIER-LORENTZ, Madeline. TRANSCULTURAL NURSING: ITS IMPORTANCE IN NURSING PRACTICE. *Journal of Cultural Diversity* [online]. 2008, vol. 15, no. 1, s. 37-43. ISSN 10715568.
28. MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Výukové metody: pro studium a praxi*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2003. Pedagogika (Grada). ISBN 80-731-5039-5.
29. MASON BARBER, L.,A. and SCHUESSLER, J.B., 2018. Standardized Patient Simulation for a Graduate Nursing Program. *The Journal for Nurse Practitioners*, Jan 01, vol. 14, no. 1, pp. e5-e11 ProQuest Central. ISSN 15554155. DOI <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.09.017>.
30. MASTILIAKOVÁ, Dagmar a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN 978-80-7248-005-0.

31. MCALLISTER, Margaret et al. Snapshots of simulation: Creative strategies used by Australian educators to enhance simulation learning experiences for nursing students. *Nurse Education in Practice* [online]. 2013, vol. 13, no. 6, s. 567-72. ISSN 14715953.
32. Mills, B. W., Carter, O. B., Rudd, C. J., Claxton, L. A., Ross, N. P., & Strobel, N. A. (2016). Effects of Low- Versus High-Fidelity Simulations on the Cognitive Burden and Performance of Entry-Level Paramedicine Students: A Mixed-Methods Comparison Trial Using Eye-Tracking, Continuous Heart Rate, Difficulty Rating Scales, Video Observation and Interviews. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 11(1), 10–18. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000119>
33. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
34. MIOVSKÝ, Michal. *Příručka k provádění výběru metody sněžové koule*. 2. Praha, 2003. ISBN 80-867-3408-0.
35. MZČR. *Komunikační kartičky* [online]. [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky/>
36. NOVOTNÁ, Eliška. *Sociologie sociálních skupin*. Praha: Grada, 2010. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2957-2.
37. OBERG, Kalervo. *Culture Shock* [online]. 1954, 16 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.5459&rep=rep1&type=pdf>
38. OLÍŠAROVÁ, V, TÓTHOVÁ, V a TOUMOVÁ, K. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978-80-7394-674-6.
39. PRŮCHA, Jan. *Psychologie učení: teoretické a výzkumné poznatky pro edukační praxi*. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2853-2.
40. PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.
41. ROHLÍKOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole: praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4152-9.

42. SINI, John et al. SC29 Simulation in nursing communication (SINC). *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning* [online]. 2019, vol. 5.
43. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5
44. ŠPIRUDOVÁ, L et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 248 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 80-247-1213-X.
45. TÓTHOVÁ, Valérie. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.
46. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2020* [online]. 7 [cit. 2022-02-14]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008363/ai-2021-01-cizinci-2020.pdf>
47. VALIŠOVÁ, Alena a Miroslava KOVAŘÍKOVÁ. *Obecná didaktika a její širší pedagogické souvislosti v úkolech a cvičeních: pro studium a praxi*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2021. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-3249-2.
48. *Věstník* [online]. 2018. Praha, 2018 [cit. 2022-11-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16563/36141/Věstn%C3%ADk%20MZ%20ČR%2011-2018.pdf>
49. WILLIS, Sam. *Fundamentals of Paramedic Practice: A Systems Approach*. 2. USA: John Wiley and Sons, 2019. ISBN 978-1-119-46296-5.
50. Zákon č. 96/2004 Sb., *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*.
51. ZORMANOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4590-9.
52. ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Model vycházejícího slunce (Špirudová, 2006) | 8 |
| Obrázek 2 Model kulturně ohleduplné péče (Knapová, 2019) | 11 |
| Obrázek 3 Primární hesla | 24 |
| Obrázek 4 Postup literární rešerše..... | 25 |

Seznam tabulek

| | |
|---------------------------------------|----|
| Tabulka 1 Označení respondentek | 28 |
|---------------------------------------|----|