



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Poskytování kulturně kompetentní péče v intenzivní
ošetrovatelské péči**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Aneta Paďourková

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

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Poskytování kulturně kompetentní péče v intenzivní ošetrovatelské péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2024

.....

Bc. Aneta Paďourková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce prof. PhDr. Valerii Tóthové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a zejména trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a pomoc, kterou mi poskytovali. Poděkování také patří sestřám, které poskytly odpovědi pro výzkum v diplomové práci.

Poskytování kulturně kompetentní péče v intenzivní ošetrovatelské péči

Abstrakt

Současný stav: S poskytováním kulturně shodné péče se setkáváme v každém klinickém prostředí, avšak v intenzivním ošetrovatelství je poněkud náročnější. Setkáváme se s pacienty z různých kultur, jejichž zdravotní stav je kritický. Z tohoto důvodu by sestry měly mít odpovídající znalosti a dovednosti, aby mohly poskytovat kvalitní kulturně citlivou péči.

Cíle práce: 1. Zmapovat úroveň kulturních kompetencí sester v intenzivní ošetrovatelské péči.

Metodika: Práce byla vypracována kvantitativním výzkumným šetřením. Technika sběru dat byl dotazník, který se skládal z nestandardizované a standardizované části.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor byl tvořen sestrami na ARO, JIP, IMP v nemocnicích Jihočeského kraje. Velikost výzkumného souboru činila 137 respondentů.

Výsledky práce: Výsledky výzkumu ukazují úroveň kulturních kompetencí v jednotlivých oblastech kulturního uvědomění, kulturních znalostí a dovedností. Bylo zjištěno, že sestry disponují spíše vyšší úrovní kulturních znalostí než kulturních dovedností. Sestry si uvědomují důležitost poskytování kulturně shodné péče v intenzivní péči a uvědomují si, že je nutné celoživotního procesu v získávání znalostí v oblasti kulturních kompetencí. Většina sester dokáže přizpůsobit svůj komunikační styl pacientovým potřebám tak, aby byla jejich vzájemná komunikace efektivnější.

Využití v praxi: Výsledky budou prezentovány v odborném článku, který mohou využít všechny sestry z praxe a studenti zdravotnických oborů. Výzkum pomůže ke zdůraznění důležitosti poskytování kulturně shodné péče. V neposlední řadě budou výsledky výzkumu prezentovány na odborných konferencích.

Klíčová slova

Intenzivní ošetrovatelská péče; kultura; kulturní kompetence; multikulturalismus; náboženství

Providing culturally competent care in the intensive nursing care

Abstract

Current state: The provision of culturally congruent care is a critical aspect of nursing practice in all nursing settings, with particular complexities evident within intensive care units. We encounter patients from different cultures whose health condition is critical. Consequently, nurses should have appropriate knowledge and skills to provide quality culturally sensitive care.

Objective of the work: 1. To map the level of cultural competencies among nurses in intensive nursing care.

Methodology: The study was conducted using a quantitative research survey. The data collection technique employed was a questionnaire. Data collection technique was a questionnaire consisting of both non-standardized and standardized sections.

Research sample: The research sample consisted of nurses from the ICU, CCU and IMCU departments in hospitals in the South Bohemian region. The size of the research sample was 137 respondents.

Results of the work: The research results show levels of cultural competencies in various areas of cultural awareness, cultural knowledge, and skills. Nurses demonstrate a higher level of cultural knowledge rather than cultural skills. Nurses recognize the importance of providing culturally congruent care in intensive care and acknowledge the necessity of a lifelong process of acquiring knowledge in the field of cultural competencies. The majority of nurses are able to adapt their communication style to meet the needs of the patients, thus making their communication more effective.

Implications for practice: This research emphasizes the importance of culturally congruent care and cultural competency in nursing practice. The results of this study will be disseminated in a professional journal article and conferences.

Keywords

Intensive nursing care; culture; cultural competence; multiculturalism; religion

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	10
1.1 Kulturní kompetence sester	10
1.1.1 Složky kulturních kompetencí	15
1.2 Multikulturní učení	20
1.3 Multikulturní učení studentů.....	23
1.4 Hodnocení kulturních kompetencí	26
1.5 Důvody pro znalosti sester.....	28
1.6 Pacienti.....	28
1.7 Multikulturní péče v intenzivní péči	29
1.8 Charakteristika intenzivního ošetřovatelství.....	30
1.9 Specifika práce sestry v intenzivním ošetřovatelství	31
1.10 Potřeby pacientů v intenzivním ošetřovatelství	32
1.10.1 Duchovní péče	32
1.11 Komunikace v intenzivním ošetřovatelství.....	34
2 Cíle práce a hypotézy	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Hypotézy.....	36
3 Operacionalizace pojmů	37
4 Metodika.....	39
4.1 Použitá výzkumná metoda.....	39
4.2 Nestandardizovaná část dotazníku.....	39
4.3 Standardizovaná část dotazníku.....	39
4.4 Charakteristika výzkumného souboru	40
4.5 Statistická analýza.....	40
5 Výsledky	41

5.1	Výsledky dotazníkového šetření	41
5.1.1	Výsledky nestandardizované části dotazníku	41
5.1.2	Výsledky standardizované části dotazníku	70
5.2	Testování hypotéz	96
5.2.1	Nejvyšší dosažené vzdělání a kulturní znalosti	96
5.2.2	Celková délka praxe a uvědomění si kulturních kompetencí	97
5.2.3	Využívání cizích jazyků v rámci praxe a úrovně kulturních dovedností....	98
5.2.4	Vzdělání sester a schopnost dorozumět se cizími jazyky	99
5.2.5	Celkové zhodnocení.....	100
6	Diskuze	101
7	Závěr	107
8	Seznam použité literatury	109
9	Seznam příloh	118
10	Seznam grafů	118
11	Seznam tabulek.....	122
12	Seznam použitých zkratk	123
13	Přílohy	124

Úvod

V diplomové práci se zabýváme poskytováním kulturně kompetentní péče v intenzivní ošetrovatelské péči a následně úrovněmi kulturních kompetencí jednotlivých sester v oblastech kulturního uvědomění, kulturních znalostí a dovedností. S poskytováním kulturně shodné péče se setkáváme v každém zdravotnickém prostředí, avšak v intenzivním ošetrovatelství je náročnější. Sestry se setkávají s pacienty z odlišných kultur a je od nich vyžadováno zajištění odpovídající ošetrovatelské péče. Z těchto důvodů by sestry měly disponovat kulturním uvědoměním, znalostmi a dovednostmi, aby poskytovaná péče byla kvalitní a efektivní.

Toto téma jsme vybraly z důvodu neustálého opomíjení důležitosti tématu kulturních kompetencí v oblasti ošetrovatelství, konkrétně v intenzivní ošetrovatelské péči. Dle mého názoru by měl být kladen větší důraz na informovanost sester o nutnosti poskytování holistické ošetrovatelské péče. Jaké mohou nastat překážky, co mohou samy sestry udělat pro efektivnější poskytování péče či znát informace o výhodách kulturně kompetentní péče pro pacienty. Sestry se mohou setkat s vlastními předsudky a měly by umět je nepromítnout do péče o pacienta. Management by měl být sestřám v tomto ohledu nápomocný. Prvním krokem ke změně je však uvědomění si, že poskytování kulturně kompetentní péče je nesmírně důležité nejen pro pacienty z různých kultur, ale také pro jejich rodinu a blízké přátele.

Naše diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Součástí teoretické části je téma kulturních kompetencí sester a jejich složky, multikulturní učení a hodnocení kulturních kompetencí. V poslední části teorie se zabýváme multikulturní péčí v intenzivní péči, specifiky práce sestry na odděleních intenzivní péče a komunikací. V praktické části práce se věnujeme potvrzením či vyvrácením stanovených hypotéz. Zda má vliv vyšší dosažené vzdělání na kulturní znalosti sester v intenzivní péči. Budeme zkoumat vliv delší celkové praxe na kulturní uvědomění sestry. V neposlední řadě budeme zjišťovat, zda sestry s vyšší úrovní kulturních dovedností využívají cizích jazyků v průběhu praxe častěji. Taktéž budeme stanovovat úroveň kulturního uvědomění, kulturních znalostí a dovedností u sester.

Výsledky výzkumu budou prezentovány na odborných konferencích. Bude vytvořen odborný článek, který bude sloužit sestřám z praxe nebo studentům nelékařských oborů. Výběrem tématu chceme poukázat na důležitost kulturních kompetencí u sester

v intenzivní péči, jeho aktuálnost. Věříme, že poskytování kulturně kompetentní péče, která respektuje kulturní rozdíly, může ovlivnit celkovou kvalitu poskytované péče. V době globalizace je nesmírně důležité, aby sestry disponovaly určitým uvědoměním, znalostmi a dovednostmi v oblasti kultur.

1 Současný stav

1.1 Kulturní kompetence sester

Původ kulturních kompetencí zasahuje do 70. let 20. století (Gradellini et al., 2021). Multikulturní péči prováděli nejdříve migranti a poté se tento způsob péče rozšířil na ostatní menšiny. V posledním desetiletí se kulturní kompetence rozvíjeli především na západě. V dnešní době jsou komplexní kulturní kompetence zařazeny do zdravotnictví pouze ve Spojených státech, Kanadě a v Austrálii. V Evropě se alespoň vyžaduje poskytování kulturně shodné péče z důvodu snižování nerovnosti ve zdraví (Schuster et al., 2018).

Konkrétně je pojem kulturní kompetence zmiňován v rámci Leiningerova modelu. Poskytování péče na základě tohoto modelu zaručuje, že bude poskytována smysluplná ošetrovatelská péče, která bude respektovat kulturní hodnoty (Gradellini et al., 2021). Vzorce hodnot a přesvědčení, které spojují lidi do jedné skupiny a zároveň se odlišují od jiných skupin řídí jednání a myšlení každého jednotlivce. Členy jedné skupiny mohou spojovat náboženské zvyky, povolání, pohlaví, sexuální orientace nebo věk (Jie et al., 2022). Každá skupina je odlišná od ostatních skupin, proto může být přítomna nerovnost v oblasti zdraví (Chauhan et al., 2020). Rovnost je základem intervencí zaměřených na komunitní skupiny. Jejím cílem je zlepšení života jednotlivců v komunitě. Naplnění rovnosti ve zdraví je velmi náročný proces, jehož součástí jsou náročné interakce mezi nabídkou a poptávkou zdravotní péče, její dostupnost a využívání. Tyto interakce závisí na sociálním prostředí, ve kterém se jedinci vyskytují. Jedná se o podmínky, kde jedinci žijí, pracují, hrají si, což následně ovlivňuje zdravotní rizika a výsledky, například vzdělání, zaměstnání, zdravotní odlišnosti v komunitě (Balachandran et al., 2022). K nerovnosti mezi etnickými menšinami přispívá několik faktorů, mimo jiné nedostatečná sociální podpora, nižší úroveň zdravotní gramotnosti, nižší socioekonomické postavení či pocity oslabení (Chauhan et al., 2020). S kulturními kompetencemi úzce souvisí etnocentrismus, který je charakterizován jako pohled člověka na věci okolo sebe, přičemž vlastní skupina je pro něj hlavní, a tedy středobod všeho. Jiné skupiny jsou posuzovány a hodnoceny s ohledem právě na vlastní skupinu. Míru etnocentrismu obecně ovlivňují dva základní faktory. Prvním z nich je pohlaví daného jednotlivce. Ženy dosahovaly nižší míry etnocentrismu než muži. Druhým faktorem je častost setkávání se s cizinci. Bylo zjištěno, že Američané, kteří s cizinci setkávali

ve větší míře, dosahovali taktéž nižší míry egocentrismu. Právě mezikulturní sociální interakce etnocentrismus zásadním způsobem ovlivňuje. Ideální je, pokud si je člověk vědom svého etnocentrismu, ale snaží se ho redukovat. Není možné však potlačit etnocentrismus úplně (Hubená, 2014). Pokud zdravotníci nezvládnou ocitnutí se v nové situaci a dochází ke konfliktu kultur, stává se etnocentrismus bariérou dostupnosti péče. Zabraňuje zdravotníkům v porozumění a chápání chování příslušníků menšin (Ptáček et al., 2014).

Kvalitní ošetrovatelská péče by měla být poskytována každému, bez ohledu na víru či rasovou příslušnost pacienta. Hlavním cílem poskytování multikulturní péče je pacientovo pohodlí, aby se cítil spokojený. Nejdůležitější je však zachování důstojnosti (Kuba et al., 2021). Dle Mezinárodní rady sester (ICN), má každý pacient právo na kulturně a celkovou péči takovým způsobem, aby bylo dosaženo nejlepších výsledků pacientů (Antón-Solanas et al., 2021). Z tohoto důvodu by měl mít ošetřující lékařský i nelékařský personál dostatečné znalosti a dovednosti při poskytování péče pacientům jiných kultur (Kuba et al., 2021). Od sester se očekává, že budou schopny poskytovat kvalitně vhodnou péči pro různorodé skupiny obyvatel a zajistí, že budou respektována lidská práva bez ohledu na jejich rasu, etnikum, socioekonomický status či vyznávané náboženství (Antón-Solanas et al., 2022). Náboženství a kultura je důležitým prvkem ve zdravotnictví. Každý má jiné hodnoty v přesvědčení, smrti, stravě, svatých zásadách, těhotenství, rituálech a obřadech či klinických problémech. V otázce smrti se lidé nejčastěji zabývají stavem mysli ovlivněným léky při umírání nebo speciálními modlitbami a rituály. Ve stravě je zásadní téma alkoholu, kávy, tabáku a masa. Ženy v těhotenství věnují pozornost umělému oplodnění, antikoncepci, umělému přerušení těhotenství či pojmenování dítěte. V oblasti přesvědčení se ukazují rozdíly v pohledu na posmrtný život, modlení, bolesti a utrpení či uctívání vyšší síly (Swihart et al., 2023). Každá kultura má jiný pohled na zdraví a nemoc. Co patří pod pojem zdraví, zdravé chování, příznaky nemoci, zda se v případě obtíží obrací na lékaře nebo léčitele. Zdraví může být chápáno jako možnost udržení či navrácení vlastní silou nebo záležitostí štěstí a přirozenou součástí života. Na druhé straně nemoc bývá chápána jako provinění a následný trest ve formě nemoci (Ptáček et al., 2014).

Hladík (2014) zmiňuje definici, že multikulturní kompetence je schopnost účelně a vhodně komunikovat v interkulturních podmínkách a je založena na interkulturních postojích, dovednostech a znalostech. Kulturní kompetence jsou pro sestry důležité

zejména pro poskytování holistické péče pacientům v multikulturním ošetrovatelství (Han a Jeong, 2023). Správně poskytovaná kulturně kompetentní péče má mnoho výhod. Jednou z nich je zlepšení postavení pacientů. Pacienti se cítí respektováni, více náleží s léčebnými plány, což následně zlepšuje prognózu (Tsui-Ting et al., 2022). Také je definována jako souhrn chování a postojů, pomocí nichž mohou zdravotníci pracovat v multikulturním prostředí (Balachandran et al., 2022). Pojem související s kulturními kompetencemi se nazývá organizační kulturní kompetence. Tyto kompetence umožňují organizaci a zároveň také jejím poskytovatelům chápat potřeby populace. Zahrnuje zdravotníky, vedoucí pracovníky a jiné zaměstnance (Mobula et al., 2015). Jowsey (2019) připodobňuje úroveň kulturních kompetencí k hloubce oceánu. S rostoucí hloubkou klesá pronikání světla do vody. V zaměření na kulturní kompetence je to vysvětleno podobně. Definoval tři zóny kulturních kompetencí, tedy plošnou kompetenční zónu (the surface competency zone), zónu zkrvení soumraku (the bias twilight zone) a konfrontační půlnoční zónu (the confronting midnight zone). Na povrchu oceánu můžeme vidět rozmanitost mořského života. V zaměření na kulturní kompetence se zaměřujeme na to, co lidé vidí, dělají a říkají. Týká se znalostí, co zdravotník zná o jednotlivých kulturách a následné jejich využití, například dotazem, zda pacient souhlasí s transfuzí krve. Dále v hloubce je mořská rozmanitost vidět již hůře. V zóně zkrvení soumraku se proto zaměřujeme na povzbuzení jednotlivce, aby se zabýval skrytými aspekty sebe sama. V poslední konfrontační půlnoční zóně se jednotlivci vybízí, aby se detailně zaměřil na jeho postavení ve společnosti a jak toto postavení formuje jeho jednání a světonázor. Cesta, ve které jednotlivec dojde do poslední fáze je náročná. Ptáček et al. (2014) zmiňují sedm dimenzí interkulturní kompetence, které již v roce 1976 zpracoval Ruben. Základem je projev respektu k druhému člověku. Vyjádření, že druhého uznávám, vážím si ho a mám k němu pozitivní vztah. Jedincova schopnost projevit se nehodnotícím způsobem a neodsuzovat. Další dimenzí je orientace v názorech druhých lidí. Schopnost uvědomění si, že vysvětlení okolního světa může být poněkud odlišné. Neméně důležitá empatie, která by měla člověku poskytnout vžití se do cizích pocitů. Důležitou dimenzí je chování v roli, kdy by si měl jedinec uvědomovat své role a schopnost flexibility a následně měnit vývoj diskuze či ji ukončit. Poslední neméně důležitou dimenzí je respekt k neurčitosti, kdy jedinec reaguje na pro něj nové situace s minimem pocitu nepohody.

V prostředí zdravotní péče jsou multikulturní kompetence uznávány jako důležitý faktor při poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče. I nadále bude jedním z důležitých rysů, zejména pro velmi rozmanitou společnost, ve které žijeme. Dle průzkumů do roku 2045 běloši nebudou tvořit většinu populace, ve srovnání s nebělošskou skupinou obyvatel, proto je potřeba pracovníků, kteří uspokojí potřeby různých ras a kultur. (McGregor et al., 2019). Multikulturní kompetence se dostávají do středu pozornosti v osmdesátých letech 20. století a v této době byli popsány tři základní složky, jimiž jsou znalosti, dovednosti a vědomí (Kutnohorská, 2013). Švestková (2019) do multikulturních kompetencí zahrnuje vědomosti, dovednosti, vlastnosti a souvisí s nimi mimo jiné také prožívání, chování a jednání. Rozvoj těchto kompetencí můžeme souhrnně nazývat multikulturní výchova. Tsui-Ting et al. (2022) zařadili kulturní kompetence do 4 kategorií. Tyto kategorie zahrnují kulturní uvědomění, kulturní znalosti, kulturní dovednosti a kulturní citlivost.

Kulturní kompetentnost pro zdravotníka znamená zejména respekt ke kulturním odlišnostem pacientů a následně tomu odpovídající chování (Kutnohorská, 2013). Rozdíly jsou viditelné zejména v oblasti očekávání, komunikaci, jazyku nebo světových názorech. Přesto pacienti jiných kultur mnohdy zažívají horší kvalitu ošetrovatelské péče než ostatní (Antón-Solanas et al., 2021). Nejdříve je nutné si uvědomit různost kultur, druhým krokem je uvědomění, že lidé mají různé kulturní kořeny. Posledním krokem je mít kulturní znalosti a dovednosti (Dobrowolska et al., 2020). Kompetence se rozlišují do několika oblastí. První z nich jsou kompetence osobnostní. Zabývá se zachováním respektu a úcty k člověku, schopnosti chápat odlišnosti, empatii a orientaci v informacích. Druhá oblast se vyznačuje jako sociální, která se týká dovednosti a schopnosti prosadit své vlastní právo, ale zároveň respektovat právo jiných. Třetí oblastí jsou kompetence občanské. Zahrnují dodržování svých práv a respektování práv druhých a ochrana k vlastnímu i jinému kulturnímu dědictví a národním tradicím. V neposlední řadě vyznačujeme kompetence interkulturní. Vyznačují se pochopením kulturních odlišností osob z jiných skupin, například etnických či náboženských (Švestková, 2019). S interkulturními kompetencemi souvisí interkulturní zdraví. Jde o postoj, který má za cíl minimalizovat rozdíly mezi zdravotními systémy, čehož se může dosáhnout pouze v případě, že se oba systémy budou navzájem tolerovat a zároveň se snažit rozumět poznatkům toho druhého. Základními předpoklady jsou vzájemná tolerance, poznávání znalostí a snaha o vzájemný kontakt. O interkulturní zdraví je pečováno v několika

rovinách, například lékař a zdravotnický tým, rodina a příbuzní, celé nemocniční zařízení, ale také konkrétní oddělení a zdravotnický systém, ve kterém se pacient nachází (Ptáček et al., 2014).

Nedostatek těchto kulturních kompetencí může způsobit mnoho problémů, které zahrnují morální distres, frustrace a problémy s komunikací (Dobrowolska et al., 2020). Právě potíže s komunikací představují potíže v kontaktu s pacientem (Antón-Solanas et al., 2021). Jazykové překážky je potřeba překonat, protože mají negativní vliv na léčbu, léčebné výsledky pacientů a na jejich bezpečnost. Právě lékařská slovní zásoba může ještě více prohloubit bariéry v transkulturní komunikaci (Larsen et al., 2021). V praxi se často setkáváme s vyhýbáním se pacientům, kteří jsou kulturně odlišní nebo je sestry dokonce ignorují. Tyto sestry se takto nechovají úmyslně, nýbrž jsou frustrovány z neschopnosti komunikace s pacientem (Riley, 2019). Také může způsobit nesprávné pochopení týkající se potřeb pacientů a následné chybné diagnózy a léčbě (Dobrowolska et al., 2020). Ohrožující může být v případě, kdy dojde k rozdílnému chápání a popisu bolesti. Například u prokázání infarktu myokardu je právě bolest na hrudi zásadním ukazatelem, ale může být zaměněna s jinou příčinou bolesti. Opožděně stanovené diagnózy nastávají zejména pokud pacient odloží příchod k lékaři kvůli strachu (Riley, 2019). Lékaři v České republice chápou a léčí bolest dle biomedicínského způsobu. Avšak bolest má svůj sociokulturní podtext, což znamená odlišné vnímání bolesti u jiných etnik. Je tomu tak u vyhledávání profesionální pomoci, chování v bolesti, očekávání výsledků léčení či řízení se dle léčebného postupu, který určí lékař. Rozdílná je míra zapojování rodiny do léčebného procesu bolesti. Kultura ovlivňuje pacientovo vnímání bolesti, zvládání bolesti a prožívání podstaty bolesti. Pacient zaujímá k bolesti jeden ze dvou odlišných postojů. Prvním z nich je pesimistický, kdy je pacient nešťastný, má strach, úzkosti, obává se budoucnosti. Druhý postoj je fatalistický, při kterém pacient vnímá nemoc jako součást života, osud či zkoušku (Ptáček et al., 2014). Obecně mají členové malých etnických skupin zhoršené zdraví ve srovnání se členy velkých etnických skupin. Toto tvrzení potvrzuje fakt, že diabetem mellitem 2. typu trpí dvakrát až čtyřikrát častěji populace z etnické menšiny. V následné péči diabetu mellitu se ukazuje nižší kvalita a výsledky péče. Objevuje se vyšší riziko a počet komplikací a následně vyšší náklady na péči. Tomuto je rovněž u astma, úzkostných poruch, demence či ischemických onemocnění srdce. I přesto, že pacienti z menší etnické populace navštěvují praktického lékaře častěji, paradoxně nejsou s kontaktem s lékařem spokojeni (Jager et al., 2021).

Následkem je jisté nestandardní ošetření a samotné ohrožení pacienta (Prosen a Bošković, 2020). Cizinci se chovají odlišně zejména kvůli jazykové bariéře či kulturnímu písmu. Z tohoto důvodu by se mělo vytvořit příjemné a vstřícné prostředí, cizincům budou podávány jasné a srozumitelné informace a pomoc ve formě tlumočnicků při poskytování zdravotní péče. Tímto tlumočnickem mohou být rodinní příslušníci, ve většině případů manželé či manželky pacientů. Překládání informací neprofesionálními tlumočnickými může být však nepřesné a informace podané lékařem, se mohou k pacientovi dostat nepřesné informace. Proto jedním z nejlepších řešení je mít vlastní tlumočnický v každém zdravotnickém zařízení (Kaun et al., 2020). Výsledky výzkumů ukazují, že neposkytnutí kvalifikovaných tlumočnicků osobám s nedostatečnou znalostí jazyka, přispívá ke zhoršeným výsledkům péče (Chauhan et al., 2020).

Multikulturní kompetence nejsou důležité pouze ve vztahu pacient a sestra, ale také v případě, že je v kolektivu sestra narozená v zahraničí, tedy z jiného kulturního prostředí. Liší se kultura, ale i pracovní prostředí, na kterou byla předtím zvyklá. Osvojené kulturní kompetence mezi sestrami mohou potlačit nebo alespoň zamezit diskriminaci, izolaci či problémům v komunikaci s dalšími sestrami a pacienty. V návaznosti se udává menší riziko úzkostí, stresu a problémů se spánkem. V případě, že zvládání interakce s kolegy a pacienty je efektivnější, je více času na samotnou práci sestry, což souvisí s méně vnímaným pocitem časové tísně (Wesolowska et al., 2018).

1.1.1 Složky kulturních kompetencí

V době, kdy dochází k rozšiřování uvědomění o multikulturní péči, se kulturní kompetence ve zdravotnictví rozděluje do třech rovin. Patří mezi ně organizační, systémové a klinicko-interpersonální. Organizační kulturní kompetence se zaměřují na bariéry v komunikaci, programy pro konkrétní cílové komunity nebo na potřebu školení poskytovatelů péče, kteří ji poskytují různým skupinám pacientů. Výzkumy, které se zaměřují na organizační složku, vytvářejí souvislosti mezi kvalitou a kulturními kompetencemi (Schuster et al., 2018). Rovina systémová se zabývá o dokumenty, například Národní standardy pro kulturně a jazykově vhodné služby ve zdravotnictví. V neposlední řadě klinicko-interpersonální kulturní kompetence je samotná schopnost zdravotníků interagovat s pacienty, což závisí zejména na jejich znalostech, dovednostech a chování (Saha et al., 2008).

Kulturní uvědomění je schopnost si uvědomit naše vlastní kulturní názory, které se mohou lišit od názorů jiných lidí. Zahrnuje zkoumání vlastní kulturní hodnoty, abychom byli více informováni o chápání a zaujatosti, týkající se cizích kultur. V případě, že pochopíme, jakým způsobem je ovlivňována naše interakce s pacienty kulturními hodnotami a přesvědčením, zlepšuje se naše kulturní citlivost. Kulturní citlivost představuje sympatizaci, důvěru a schopnost respektovat přesvědčení a přikládat váhu pacientovo kultuře, která ovlivňuje chování při nacházení zdraví (Tsui-Ting et al., 2022). Představuje schopnost uvědomění si různorodost kultur, jejich hodnot, zvyků a postojů. Zároveň si zdravotník uvědomuje svou vlastní kulturu a postoje (Brooks et al., 2022). Již v roce 1986 byl vytvořen model, jakým způsobem se vyvíjí interkulturní senzitivita. Model se dělí do šesti úrovní. Nejdříve dochází k popírání odlišné kultury, bránění své kultury a omezování jiné kultury. Poté člověk začíná akceptovat jinou kulturu a následně se adaptuje na odlišnou kulturu. Poslední úroveň je spojení více kultur, kdy je prožívána vlastní kultura v rámci jiných kultur (Ptáček et al., 2014). Kromě kulturní citlivosti mohou sestry vlastnit kulturní pokoru, což je poskytování péče pacientům z odlišných kultur bez stereotypizace či vynášení soudů. Je nutné disponovat sebereflexí, kritikou, snahou a ochotou se učit od ostatních. Tento celoživotní proces také vyžaduje schopnosti jednotlivce, aby přijali odpovědnost za interakci s ostatními jednotlivci. Zároveň umožňuje akceptovat odlišnosti a reagovat na potřeby pacientů (Montenery et al., 2013). Kulturní dovednosti zahrnují schopnosti zdroje

a nástroje k následnému rozvoji komunikačních dovedností, z důvodu potřeby naplnění pacientových potřeb a shromáždění informací o kulturním pozadí (Tsui-Ting et al., 2022). Jsou to dovednosti zdravotníků, které jim umožňují provádět zdravotní hodnocení. V případě lékařů jsou to lékařská hodnocení (Sahamkhadam et al., 2023). Dovednosti týkající se sběru základních a důležitých dat, prevence odsuzování a stereotypizování ostatních a snaze o pohled z jiného úhlu (Pokorná, 2015). Kulturní znalosti se týkají získávání informací, znalostí a schopností je vyhledávat. Předmětem mohou být různé kulturní skupiny, zahrnující jejich přesvědčení týkající se zdraví, chování, jejich vnímání nemoci a léčby, kterou považují za správnou a efektivní (Tsui-Ting et al., 2022). Jedná se zejména o znalosti o zdraví a pohodě odlišných skupin obyvatelstva (Sahamkhadam et al., 2023). Díky kulturním znalostem sestry otevírají svou vlastní mysl, aby viděly rozdílnost kultur, které se týkají nemoci a zdraví (Tosun et al., 2021). Důležitou součástí je také znalost vlastního kulturního prostředí. Je zásadní pro vytvoření

citlivého zázemí, pomocí něhož se respektují potřeby pacientů, snižuje míru zaujatosti a udržuje kompetentní ošetrovatelskou péči, zaměřenou holisticky (Larsen et al., 2021). Kulturní pokora, v níž je obsažena flexibilita, přijímání odlišností a učení se od ostatních (Ahmed et al., 2018). Získání kulturní pokory však není konečným cílem, je však součástí dlouhodobého procesu sebereflexe, která nám umožňuje oceňovat kulturní priority ostatních lidí. Pomáhá také ve zjištění nerovnováhy moci mezi zdravotníky a pacienty (Jie et al., 2022). Podporuje otevřený přístup, schopnost neodsouzení a zároveň je schopen určit, jak se jeho kultura promítá do klinického setkání (Shepherd, 2019). Kulturní pokoře je velmi blízko kulturní bezpečí, které zahrnuje uznání mnoha kulturních vlivů na jednotlivé pacienty, bez ohledu na etnickou příslušnost, věk, pohlaví, životní styl, sexuální orientaci a hodnoty (Ahmed et al., 2018). Kulturní bezpečnost je charakterizována jako stále probíhající reflexe dovedností, znalostí, chování a postojů zdravotníků, kteří poskytují péči, která je v základě dostupná a bezpečná, bez známek rasismu (Klenner et al., 2022). Zabývá se ochranou kultury jednotlivých skupin. Součástí této ochrany je stanovení předsudků a nerovnováhy v moci (Stepherd et al., 2019). V mnoha zemích je kulturní bezpečnost součástí standardů (Klenner et al., 2022). Chce-li člověk používat kulturní bezpečnost, musí aktivně využívat sebereflexi a neustále objevovat, aby se zmírnila mocenská nerovnováha, která může bránit v důvěře mezi zdravotníky s pacienty a jejich rodinami (Jie et al., 2022). Součástí kulturních kompetencí je kulturní inteligence. Zaměřuje se na jedince, kteří pomocí ní dokáží rozpoznat a následně fungovat v různorodých kulturních prostředích, která jsou pro ně cizí (Stepherd et al., 2019). Pomáhá zdravotníkům kvalitně fungovat a řídit prostředí jednotlivých kultur. Jeden z pohledů na kulturní inteligenci zahrnuje čtyři faktory. Patří mezi ně mentální dovednost smysluplně chápat znalosti z kultur a konkrétní znalosti o jednotlivých kulturách, schopnost udržení směru v mezikulturních situacích. Posledním faktorem je schopnost flexibility v chování v interakcích mezi kulturami (Leung et al., 2014). Montenery et al. (2013) v neposlední řadě zmiňují kulturní touhu, která je také součástí kulturních kompetencí. Její nedostatek může bránit v uspokojování potřeb druhých. Jie et al. (2022) doplňují, že touha znamená být namotivován k učení se a chovat se podle kulturního uvědomění. Pokorná (2015) uvádí také kulturní přání, což vysvětluje jako motivaci zdravotníka, přičemž on sám chce být kulturně uvědomělý. Zdravotníci by měli poskytovat kulturně kompetentní, ale také empatickou péči. Právě empatie je v poskytování péče velmi důležitá (Lorié et al., 2017). Prožívají ji zdravotníci,

ale také pacienti. Zcela poprvé byla popsána jako schopnost být ve vnitřním životě jiného člověka, tedy myslet a cítit se (Tan et al., 2021). V rámci empatie rozlišujeme kognitivní a afektivní složky, které člověku umožňují vnímat a následně také reagovat na verbální i neverbální podněty emocí druhých (Lorié et al., 2017). V případě konkretizování pojmu, může být použita klinická empatie, což znamená empatie v klinickém prostředí. Část kulturních prvků je propojena s dimenzemi empatie, například chování a kognice. Proto, pokud se studuje klinická empatie, je nutné pomyslet na kulturní rozdíly a brát je v úvahu (Tan et al., 2021).

Zásadní úlohu sehrává také komunikace. Povzbuzování zdravotnických pracovníků k interakci s pacienty z jiných kultur za pomoci neverbální či verbální komunikace se nazývá koncept kulturních setkání. Do tohoto konceptu se řadí i spolupráce s tlumočníky, kteří jsou řádně vyškoleni (Sahamkhadam et al., 2023). Pokorná (2015) definuje kulturní setkání schopností navazovat mezikulturní vztahy s pacienty z jiných kultur. Rozvoj komunikační kompetence ovlivňuje zejména schopnost komunikace cizího jazyka. Považujeme ji za zásadní dovednost v rámci multikulturních kompetencí. Zahrnují verbální i neverbální dovednosti při komunikaci s odlišnými kulturami (Hladík, 2014). Do neverbální komunikace patří respekt k pacientům, důvěra a empatie. Rozdíly jsou zejména v oblasti vyjadřování a opěťování (Lorié et al., 2017).

Každá kultura má své kulturní komunikační vzorce (Hladík, 2014). Riley (2019) udává pokyny pro zlepšení mezikulturní komunikace. Sestra by měla s porozuměním naslouchat pacientovi. Také vysvětlit vlastní vnímání problému. Měla by s pacientem diskutovat o rozdílech a podobnostech. Důležité je také vyjednávání dohody s pacientem. Kultura ovlivňuje komunikaci zejména z hlediska čtyř základních složek. Mezi tyto složky patří dorozumívající jazyk a dialekty, kulturní komunikační vzorce, formy jmen a dočasné vztahy. Paternotte et al. (2017) uvádí, že komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, která je zaměřena především na pacienta, definuje klíčové prvky, jež se může uvádět přizpůsobení vlastního komunikačního stylu jednotlivým pacientům. Proto se uvádí, že kvalitnější mezikulturní komunikace zlepšuje schopnost zapojení se pacientů. Jejich spokojenost a následně také zdravotní výsledky. Správné komunikace se dosahuje zpravidla tehdy, kdy účastníci pochopí, že jsou kulturně odlišní. Pokud neznají kulturu druhého, mohou zažívat dojem jinakosti, exotičnosti. Souhrnně lze říct, že jde o snahu vytvořit korektní a plodný dialog mezi odlišnými kulturami. Následně se posilují znalosti o oboustranné provázanosti a závislosti, do čehož patří i nutnost

empatie, lásky a spravedlnosti nejen v komunikaci, ale v životě obecně (Ptáček et al., 2014). Vlastnost, která je nedostatečně využívána je důvěra. Zlepšuje otevřenou komunikaci a zdravotní stav pacientů. Důvěru pacientů lze získat vlastní pracovní činností, dodržováním terapie pro pacienty nejdůležitější, jejich zdravotní výsledky. V podstatě se jedná o péči o lidi, kteří strádají, což je založeno na smlouvě s důvěrou. Hraje důležitou roli v případech, kdy je ohroženo veřejné zdraví, při dodržování lékařských intervencí či nařízeních, které ustanovila vláda. Výsledek je silně závislý na důvěře pacientů ve vztahu k poskytnutým informacím od odborníka (Prince et al., 2021).

Marja a Suvi (2021) zmiňují, že komunikační problémy mezi pacientem a zdravotníkem, které jsou způsobené jazykovými, kulturními či jinými rozdíly mohou snižovat účinky léčby, tudíž ohrozit pacientovu bezpečnost. Těžší komunikace se zhoršuje v případě, že je mezi komunikujícími jazykový nesoulad, ale také jiné kulturní projevy zdraví a nemoci (Kessler et al., 2017). Špatnou komunikaci zmiňují také Lai et al. (2023). Uvádí nedůvěru, sníženou spokojenost, až ztrátu pravomoci.

S lidmi z odlišné kultury se často zachází odlišně. Tyto zranitelné či chráněné skupiny pacientů jsou definovány z různých hledisek, například věk, rasa, náboženství, pohlaví a sexuální orientace. Pojem zranitelnost pacienta znamená, že mu může být vzhledem k jeho slabšímu postavení ublíženo nejen fyzicky, ale také psychicky a společensky. Zranitelnosti přispívá nízký či vysoký věk, nedostatek socioekonomické podpory a příslušnost k rasové či etnické menšině neboli minoritě (Marja a Suvi, 2021). I přes to, že Evropská unie (EU) a Světová zdravotnická organizace (WHO) uznala všeobecné právo na zdraví jako základní právo každého člověka. I přes tato fakta nerovnosti v péči o zdraví existují. Ve skutečnosti je přístup ke službám ve zdravotnictví pro kulturně a jazykově odlišné pacienty ztížený, protože musí čelit několika překážkám. Mezi překážky patří složité zdravotnické systémy, omezený přístup, jazykové překážky, nedostatečně informovaní poskytovatelé zdravotních služeb, kulturní překážky, či diskriminace a omezené kompetence. Tyto bariéry stojí v cestě důvěře k personálu, spokojenosti a lepším zdravotním výsledkům (Handtke et al., 2019). Obzvláště náročné je poskytování transkulturní péče v nemocničním prostředí. Péče je poskytována akutně a neodkladně. Je nezbytná v průběhu hospitalizace pacienta (Degrie et al., 2017). I přesto, že si lékař nemusí uvědomovat své jednání, za rozdíly v poskytování zdravotní péče mohou být odpovědní právě lékaři. Podávají informace

o péči jednotlivým skupinám odlišně, často na základě jejich zkušeností, předpokladů a dispozic. Z tohoto důvodu mohou být sami lékaři odpovědní za nedorozumění, která nastanou (Jie et al., 2022).

Obecně se tvrdí, že kulturních kompetencí se lze naučit. Učení je prokázáno, jako jeden z účinných faktorů při zvyšování úrovně všech nebo některých částí kulturních kompetencí. Mezi další faktory, které ovlivňují kulturní kompetence jsou sociodemografické faktory, například věk, vzdělání, země původu, etnikum či náboženská příslušnost. Nedílnou součástí jsou organizační faktory, mezi které patří audity či organizační připravenost a přístupy, které zvyšují kvalitu (Schenk et al., 2022).

1.2 Multikulturní učení

Ve světě roste uznání mít kulturně kompetentní zdravotnické pracovníky. Pro společnost to znamená školení a vzdělávání (McGregor et al., 2019). Panuje očekávání, že získávání informací ze světonázorů, norem a praktik menšinových skupin pomůže zdravotníkům v porozumění a péči o své pacienty. Zároveň se podílet na snižování nerovnosti v poskytování zdravotní péče. Filozofie kulturní uvědomění se stalo celosvětovým fenoménem, který ročně vydělává miliardy dolarů, z důvodu školení (Shepherd, 2019). Dle Hladíka (2014) se však české a zahraniční kulturní učení liší. V zahraničí se využívá v multikulturním prostředí zcela běžně. Ve spojených státech amerických (USA) byly vytvořeny standardy pro kulturně a jazykově vhodné služby, které vydal Úřad pro zdraví menšin Ministerstva zdravotnictví USA (Oikarainen et al., 2019). Americkou lékařskou asociací byly vytvořeny standardy pro lékaře a Americkou asociací sester byly publikovány standardy pro sestry (Engebretson et al., 2008). Tyto standardy poskytují zdravotnickým organizacím postupy k zavádění vhodných služeb s ohledem na kulturu a jazyk, pomocí níž mohou lidé z jakýkoliv kulturních prostředí dosahovat nejvyššího stupně zdraví. Standardy poukazují na potřebu neustálého vzdělávání se ve vhodných postupech (Oikarainen et al., 2019). I přesto, že jsou vytvořena doporučená ustanovení a standardy, aplikace do praxe je náročná. Vyžaduje to spojování kultury se zdravotními odlišnostmi, aby mohla být kulturní kompetence považována za vhodnou pro praxi v klinickém prostředí. Pro vhodnost je dále potřeba propojení kulturní slepoty, prekompetence, zdatnosti a kulturní ničivé vlastnosti s již zavedenými hodnotami ve zdravotnictví (Engebretson et al., 2008). Ukazuje se, že zdravotničtí pracovníci i přes různou úroveň transkulturních znalostí, uznávají kulturní uvědomění za důležité a mají

ochotu zlepšit se v multikulturní komunikaci (Stepherd et al., 2019). Rámec a zároveň síla, která rozvíjí kulturní kompetence je multikulturní učení. Takto kompetentní se nerodíme, nýbrž procházíme procesem učení. Sestry si zvětšují povědomí o kulturách, včetně kultury vlastní, jsou proto schopné interagovat přes kulturní kontexty. Od sester vyžaduje ochotu a úsilí neboli motivaci. Dále také trpělivost a dlouhodobější trénink. V procesu učení se sestra může setkat s vlastními stereotypy a předsudky (Hladík, 2014). Právě kulturní odlišnosti slouží k vytváření předsudků, které definujeme jako předpojaté názory (Kessler et al., 2017). Často vznikají nevědomě a na základě vlastních zkušeností a kultury, ze které člověk pochází, což je rozhodující pro následný vývoj těchto předpojatých názorů. Následně negativně zkreslují a zužují pohled na osoby a celé situace, ve kterých se nacházejí (Kutnohorská et al., 2012). Lidé upřednostňují ty osoby, které on sám vnímá jako člena stejné skupiny. Jsou to vnitroskupinové předsudky, které vznikají v multikulturních kontextech. Jedním z příkladů je fakt, že se kliničtí zdravotníci chovají méně afektivně, například budují vztahy a jsou více přátelští v kontaktu s pacienty z kulturních menšin v porovnání s pacienty bílé pleti (Lorié et al., 2017). Montenery et al. (2013) zmiňují jednu z metod rozvoje kulturních kompetencí, což je kulturní ponoření. Ponoření se do odlišného prostředí a situací. Takové kulturní zážitky jsou velmi často drahé a náročné, ale k prospěchu jsou i malé zkušenosti.

Sestry motivované a vyhledávající pomoc v učení se multikulturním dovednostem, a které rozvíjejí své kulturní kompetence, poskytují v důsledku těchto faktorů péči na vysoké úrovni. Na opačném pólu, sestry, které se tomuto tématu vyhýbají, negativně ovlivňuje rozvoj kulturních kompetencí (Han a Jeong, 2023). Strategie, pomocí nichž jsou sestry schopny zlepšit své kulturní kompetence zahrnují oporu rodiny, poskytování školení o kulturách, možnosti tlumočnicků, rozšiřování počtu menšinových zaměstnanců a zapojení kulturních hodnot do zdraví a jeho podpory (Swihart et al., 2023). V případě kulturních chyb by se sestra měla umět omluvit a popřípadě se zeptat pacienta a jeho rodiny, jak může pomoci k tomu, aby byla jejich zkušenost příjemnější. Zásadní je vyhnout se odsuzování, domněnkám a být trpělivý. Uvědomit si pacientovo hodnoty, přesvědčení a chování a zároveň si uvědomit zvláštnosti jeho náboženství a jedinečných potřeb (Swihart et al., 2023). Zvýšit kulturní kompetence mohou také workshopy, jejichž záměrem je tvoření kulturně citlivých postojů, trénování transkulturní komunikace, zvýšení znalostí a propojení s kulturně odlišnými pacienty. Hlavní je vytvoření menších skupin a zvýšení počtu praktických hodin (Červený et al., 2022). Obecně se zaměřovalo

na školení a vzdělávání zdravotníků ve znalostech a dovednostech. Školení kulturních kompetencí může zahrnovat mnoho způsobů, mezi které patří schopnost pochopení, že kultura je jednou z hlavních rolí v životě, respektování kulturních odlišností, využití kulturně specifických postupů a rozvoj kulturního povědomí. Školení bylo ve většině případů zaměřeno na získání znalostí, citlivosti a postojů zdravotníků. Je však zdůrazňováno, že je potřeba se zaměřit i na vyučování dovedností a k propojení teorie a praxe, tedy do konkrétního chování, které je následně uplatňováno v prostředí zdravotní péče. Byly přijaty nejrůznější přístupy ve školení kulturních kompetencí. Největší důraz se kladl na výuku jednotlivých kulturních či etnických minorit (Jongen et al., 2018). Školení si klade několik cílů v oblasti kulturních kompetencí. Prvním cílem je pomoci poskytovatelům péče v schopnosti rozpoznávat kulturní odlišnosti, roli kultury, chování a výsledky pacientů. Dále pomoci ve zlepšení porozumění rozdílů a osvojit si, jakým způsobem uplatňovat vhodnou, kulturně shodnou péči zaměřenou na konkrétního pacienta. Školení kulturních kompetencí může zlepšit znalosti, dovednosti a postoje, i přesto, že jsou rozdíly v trvání školení, jeho obsahu a konkrétních cílech (Dabney et al., 2015). Organizace poskytující školení by měly zdravotníkům poskytnout vzdělávací materiály a různorodé možnosti školení (McGregor et al., 2019). Další možností, jak zvyšovat úroveň kulturních kompetencí je využití některého z modelů. Jeden z nejčastěji používaných modelů se nazývá Campinha – Bacotesův model kulturní kompetence, který byl vytvořen v roce 2002 (Osmancevic et al., 2021). Další technikou je ACCESS model, který pomáhá při zvyšování kulturních kompetencí nejen v postgraduálním, ale také pregraduálním studiu. Tento model využívá několika strategií neboli aktivit. Patří mezi ně hodnocení, komunikace, kulturní kompromisy, vytváření vztahu úcty a respektu, citlivost a bezpečí. Hodnotí se možnosti vlastní a možnosti pracoviště a na druhé straně možnosti a potřeby pacienta a jeho rodiny. Komunikace znamená stanovení si jednoho společného komunikačního jazyka (nejčastěji angličtina), přizvání tlumočnicka. Kulturní kompromisy se týkají odstranění či potlačení náhledu na jednotlivé odlišnosti (žena v burce) a snaha o kompromis. S tímto souvisí akceptování rozdílů v potřebách. Pomocí citlivosti by měl být zdravotník schopen odhalit potřeby pacienta, i přesto, že je sám pacient neudává a na druhé straně neposkytovat pomoc v případě, kde se to od zdravotníka neočekává. V neposlední řadě zajištění bezpečí pomocí prostředí, které podporuje otevřenou komunikaci a pobyt ve zdravotnickém zařízení a jeho výhody (Pokorná, 2015).

Snahou je zvýšení kulturních kompetencí, čehož se chtělo dosáhnout několika způsoby (Lai et al., 2023). Zvýšit je lze pomocí vzdělávání. Musíme proto chápat jejich vzdělávacím potřebám a charakteristikám sester (Han a Jeong, 2023). Mezi doporučeními je přidání kulturních kompetencí do přednášek a školení pro zdravotníky. Dále je snaha o získání klinických zkušeností v souvislosti s poskytováním péče kulturně odlišným pacientům. V neposlední řadě využití ponoření se, například studium v zahraničí, tedy možnost být v zemi s jinou kulturou (Lai et al., 2023). Kulturní kompetence mohou být posilovány z různých zdrojů. Měli by se řešit rozdíly v kvalitě poskytované péče. Jedním z dalších pilířů je zvyšování spolupráce a vztahů. Dále je důležité vzdělávání zdravotníků o různých populacích. Měl by se podporovat kulturně odlišný různorodě profesní tým provádějící péči. Školení by měla dosahovat zlepšení vztahů mezi poskytovateli péče a pacienty z menšin. Zvyšuje se dodržování léčebných postupů, čímž se následně zlepšují výsledky léčby. Při zavádění vzdělávání a školení kulturních kompetencí mohou nastat překážky. Patří mezi ně nedostatečné důkazy jejich dopadů na pacienty. Mnoho zdravotníků si myslí, že jsou dostatečně empatickými a pečujícími, tedy žádné školení nepotřebují (McGregor et al., 2019).

1.3 Multikulturní učení studentů

Studenti ošetrovatelství, jako budoucí sestry, které budou pracovat ve stále měnícím se prostředí, musí mít základní znalosti, postoje a dovednosti, které jim pomohou v poskytování kulturně spravedlivé péče (Antón – Solanas et al., 2021). Univerzitní kurzy ošetrovatelství zahrnující pregraduální a postgraduální vzdělávání, by měly vzdělávat budoucí zdravotníky a poskytovat jim tak příležitosti a výzvy způsobené kulturní rozdílností. Těmto studentům by měla být předána schopnost pochopit, že péče souvisí s tolerancí, respektem, sebereflexí, a že hodnoty, ať už kulturní či nikoliv, jsou zapojeny do léčebného procesu. Z těchto důvodů by měly vzdělávací ošetrovatelské kurzy přijmout osnovy, které podporují kulturní kompetence (Gradellini et al., 2021). Tyto osnovy by měly studenty informovat o integrovanosti péče v průběhu odstraňování překážek při provádění kulturně shodné péče, snižující rozdílnost ve zdraví (McGregor et al., 2019). Studenti by měli mít informace o kultuře, specifických dovednostech. Měla by se rozvinout jejich kulturní inteligence a zároveň vytvořit nový pohled na jejich vlastní psychické procesy, chování a umožnění učení pomocí jejich přesvědčení, hodnot a chování (Matthewsová a Wyk, 2018). Součástí učebních osnov by neměly být pouze informace o kulturách, ale také základní, obecné znalosti z ekonomiky, demografie

a sociální části. Jejich zaměřen by mělo být ve smyslu řešení lidských potřeb, tedy pacientů v mezinárodním smyslu (Prosen a Bošković, 2020). Zároveň uznávat nutnost výzkumů v oblasti vzdělávání kulturních kompetencí všem osobám, které se v těchto prostředích vyskytují (McGregor et al., 2019). Obsáhnutí takového množství témat není však jednoduché. Je třeba nových a inovativních přístupů ve vzdělávání. Důraz by měl být kladen na mezinárodnost a tím, by měli vstupovat na trh práce lidé, kteří budou schopni reagovat na pacienty z různých kulturních prostředí, jazykových skupin a jakýchkoliv světových názorů (Prosen a Bošković, 2020). Vzdělávací instituce mají zásadní roli v rozvoji zdravotnické pracovní síly, která disponuje kulturními kompetencemi. Paric et al. (2021) souhlasí, že by měly být vypracovány pokyny, jak dosadit standardy výuky dle kulturní rozmanitosti v dané zemi. Tímto by mělo docházet k zajištění, že sestry rozvíjí svou kulturní citlivost apod. Učitelé potřebují disponovat aktuálními informacemi z literatury a neustále měnit metody vzdělávání takovým způsobem, aby docházelo k rozvíjení kulturních kompetencí (Červený et al., 2022). Jednou užitečnou metodou učení je vystavení rozmanitosti. Vyučování v mezinárodním prostředí je pro studenty vhodnější, protože se setkají s různými kulturami, tedy kulturními rozdíly (Paric et al., 2021). Pokud se studenti účastní kulturních zážitků, jsou umístěni do nepříjemného prostředí podobného tomu, jako když se dostává zdravotní a ošetrovatelské péče pacientům kulturně odlišným. Z tohoto důvodu by měla být fakulta kreativní, poskytovat příležitosti a zkušenosti celostátně, ale také globálně (Montenery et al., 2013). Osobní zkušenosti s menšinami, například studium či stáže v zahraničí nebo vyučování studentů jiných kultur zlepšuje vnímání kulturní kompetence. V neposlední řadě zavedení kulturní kompetence do kurikula, pomocí výukových strategií (Paric et al., 2021). Ve vzdělávání studentů ošetrovatelství kulturním kompetencím je důležité stanovit, která témata by měla být pokryta (Tosun et al., 2021). V tomto případě však také záleží na osobnosti vyučujícího. Někteří nepřemýšlejí o důležitosti poskytování informací týkající se multikulturního prostředí a nechťejí toto téma rozebírat (Paric et al., 2021). Kulturní kompetence jsou součástí ošetrovatelských osnov a již od počátku je kladen důraz, aby sestry byly kulturně kompetentními osobami. Ošetrovatelské vzdělávání se zaměřuje zejména na péči o jedince z odlišných kultur. Pedagogové by měli předávat znalosti, podporovat kulturní touhu a hodnocení (Montenery et al., 2013). Mohou být použity různé metody vzdělávání, včetně přednášek, dokumentárních filmů, mezinárodních zkušeností, čtení zadané četby či diskuzí založených na případu. Do vzdělávacích metod zahrnujeme také simulační pedagogiku.

Simulace mohou být virtuální a založené na scénářích. Rozvíjí u studentů zvědavost a motivuje k učení. Značná výhoda pedagogické simulace tkví v postupném zjišťování souvislostí mezi teorií a praxí. Využitelnost se rozvíjí a je klíčovou při podpoře reflexe zkušeností (Marja a Suvi, 2021). Do simulace řadíme metodu využití figurín v životních velikostech, či herců, kteří jsou řádně proškoleni. Lidští aktéři dovolují studentovi zažít emoce a připravují ho na zvládnání klinických problémů v bezpečném prostředí. Studentovi se dostává značné množství zkušeností, které mu pomáhají ve zvyšování sebevědomí a porozumění kultury. Následný rozbor po každé situaci v simulovaném transkulturním prostředí pomáhá studentům pochopit učení, které využívá reflexi, zpětnou vazbu a diskuzi. Studenti jsou schopni následně v reálné situaci lépe řešit problémy a hodnotit situace. Negativem využití simulace mohou být vysoké náklady pro honoráře a školení herců (Walkowska et al., 2023).

Studenti ošetrovatelských oborů by si měli být vědomi svých hodnot, přesvědčení a chování. Měli by umět správně komunikovat s lidmi z jednotlivých kultur (Tosun et al., 2021). Například v Jižní Africe se potýkají s problémem, který se týká neshod v jazyce. Z tohoto důvodu došlo k zavedení školení základní komunikace v jazycích typických pro místní obyvatelstvo Afriky na téměř všech lékařských fakultách. Cílem bylo zvýšit porozumění mezi kulturami a podpořit respekt ke kulturám všech pacientů (Matthewsová a Wyk, 2018). Jazykové dovednosti jsou základním prvkem kulturních kompetencí z důvodu ovlivňování jazyka a komunikace kulturou. Nápomocný by mělo být začlenění povinného druhého jazyka ve výuce a důraz na dosahování minimální úrovně B2 (Walkowska et al., 2023). Důležitou součástí je klinická praxe, pomocí níž se aplikuje teorie do praxe. Kvalitní praxi zabezpečuje mentor. Studenti se učí ze zkušeností a od mentorů neboli jejich vzorů. Jedním z hlavních úkolů mentora je pomoci studentům v rozvoji kompetencí. Znalosti mentorů ovlivňují zejména vlastní zkušenost jednotlivých kultur. Sebehodnocení mentorských dovedností dosahuje lepších výsledků u mentorů, kteří mají zkušenosti s mentorováním studentů jiných kultur. Následný růst studentů může ovlivnit jejich mentor (Luukkonen et al., 2023).

Systém vzdělávání však nepovažuje kulturní kompetence za hlavní. To může být důvodem toho, proč se studenti ošetrovatelství mohou cítit nepřipraveně v oblasti poskytování kulturně kompetentní péče. Z některých studií vyplývá, že studenti mezi bariéry v poskytování kulturně kompetentní péče řadí nedostatečnou sebedůvěru a mluvení cizími jazyky (Tosun et al., 2021).

Výsledky výzkumů Červený et al. (2022) a Antón – Solanas et al. (2021) potvrzují, že vzdělávací školení mohou navýšit kompetence sester. McGregor et al. (2019) zmiňují výsledky výzkumu, že trénink může být nápomocný v navýšení znalostí, porozumění a dovedností zdravotníků při péči o pacienty s rozdílným sociálním, ekonomickým, kulturním či jazykovým prostředím.

1.4 Hodnocení kulturních kompetencí

V běžném životě se hodnotí lidské chování, mohou se tedy hodnotit také kulturní kompetence. Měli by se zodpovědět otázky co hodnotit, proč, u koho a jakým způsobem (Hladík, 2014). Aby se mohlo informovat o implementaci programů, které zlepšují kulturní kompetence, musí výzkum zhodnotit nejen intervenční strategie, ale hlavně výsledky intervence (Jongen et al., 2017). Někteří autoři si pokládají otázku, zda je vůbec možné je hodnotit. Je nutné předem znát, jaké jsou učební cíle. Hodnotí se tedy, zda se dosáhlo cíle. Jedním z důvodů měření těchto kompetencí může být například zjištění úrovně kompetencí u pracovníků. Získaná data pomohou vytvářet modely, které slouží v rámci multikulturní edukace a výcviku. Dále hodnotíme u toho, u koho nás zajímá, jaké má kulturní kompetence, například u studentů, sociálních pracovníků a dalších pracovníků (Hladík, 2014). Pro hodnocení kulturní péče je základní zhodnocení kvality zdravotní péče. Měří se pomocí indikátorů kvality, pomocí nichž se určuje, zda došlo ke zlepšení péče, či nikoliv. Kvalita péče je velmi těžko měřitelná, protože se odvíjí od hodnot společnosti a současnými cíli zdravotnického systému. Pro zjištění, zda je péče zaměřena na pacienta a je kulturně shodná, je nutné vytvořit indikátory kvality pro měření kulturních kompetencí (Ahmed et al., 2018). Nástroje, používané k měření a hodnocení dopadů intervencí jsou velmi odlišné. Může dojít ke zmatku, pokud se řeší různé strategie k řešení kulturních kompetencí na odlišných úrovních zdravotní péče. Je tedy uznáno, že neexistuje jednotný přístup vhodný pro všechny osoby (Jongen et al., 2017). Současné nástroje měření kulturních kompetencí se zabývají zejména osobními atributy osob, které poskytují zdravotní péči, aniž by při vykonávání této činnosti zohledňovali kulturní odlišnosti lidí nebo jejich léčebné výsledky. Nástroje, které hodnotí specifické kulturní informace, mohou hodnotit například schopnost pečovat o pacientovi potřeby. V rámci hodnocení je zásadní stanovit konkrétní hodnoty, postoje, přesvědčení a potřeby každého pacienta (Lin et al., 2019). I přesto, že je k dispozici velké množství nástrojů pro zhodnocení kulturních kompetencí, nejsou ve všech případech použitelné. Záleží zejména na kulturním prostředí jednotlivých zemí (Balachandran et al., 2022). Hojně se

také využívá kontrolní sebehodnocení, čímž se podporuje vzájemná diskuze a sebereflexe jednotlivců, jejich porozumění kulturním normám, zvykům, vnímání rozdílu mezi tradiční a netradiční medicínou (Matthewsová a Wyk, 2018). McGregor et al. (2019) zmiňují využití moderních technologií za pomoci zdravotních záznamů v elektronické podobě. Postupně se zaznamenávají a sledují zdravotní výsledky pacientů, jejichž poskytovatelé péče byli proškoleni v rámci kulturních kompetencí. Srovnávají se se zdravotními výsledky pacientů, jejichž poskytovatelé péče školení neabsolvovali. Dále se technologie využívá v případě mobilních aplikací.

Kulturní kompetence se také mohou hodnotit podle tzv. rámců, dle nichž se stanovuje dosažená úroveň kulturních kompetencí. Příkladem může být model PCCDHS neboli Proces kulturní kompetence v poskytování zdravotních služeb. V tomto modelu je obsaženo pět konstruktů. Patří mezi ně kulturní dovednosti, znalosti, uvědomění, touha a setkání. Zároveň je konstrukt popsán jako komplexní proces, pomocí něhož se kulturní kompetence získávají (Sahamkhadam et al., 2023). Postupem času se zvyšuje propracovanost modelů kulturních kompetencí. Taktéž se zvyšuje jejich počet, ale výzkum se stále víc zaměřuje na definování a vysvětlení vztahů mezi kompetencemi, které jsou založené zejména na vlastnostech, schopnostech a názorech (Leung et al., 2014).

Hodnocení kulturních kompetencí je obecně velmi náročné. Při analýzách jednotlivých nástrojů pro hodnocení se ukazuje, že většina používá sebehodnocení prostřednictvím self – reportových dotazníků. Platnost těchto dotazníků je však zpochybňována z důvodu úzké souvislosti mezi sebehodnocením a sociální potřebností. Rovněž byla prokázána slabá souvislost mezi kulturní kompetencí, kterou hodnotil pozorovatel, a kterou sami uvedli (Jager et al., 2021). V Kimově studii o vzdělávacích potřebách, nemocniční sestry dosahovaly vyšší úrovně v dovednostech, komunikaci a postojích, než ve znalostech teoretických informací a základních pojmů (Han a Jeong, 2023). I přesto, že pro měření úrovně kulturních kompetencí sester bylo vytvořeno mnoho nástrojů, neexistuje žádný jejich souhrn (Osmanovic et al., 2021).

Je na místě mít očekávání od poskytované zdravotní péče. Každý by však měl mít na paměti, že klinické hodnocení, tedy lidská interakce, je dlouhodobé hledání faktů a informací, které často zahrnují pokusy a omyly, ale rovněž hypotézy, rozhodování a pragmatismus (Shepherd, 2019).

1.5 Důvody pro znalosti sester

Existuje několik důvodů, proč by sestra měla mít informace o kulturách. Jedním z důvodů je demografický vývoj, přičemž se předpokládá, že se každý pátý člověk narodí v zahraničí. Bude růst počet lidí různého původu, a proto by zdravotníci měli chápat význam kultury (Riley, 2019). Sestry by měly být povzbuzovány, aby disponovaly velkým množstvím znalostí o kulturních potřebách. Důvodem není pouze fakt, že sestry tvoří více než 50 % všech zdravotnických pracovníků na celém světě. Mimo jiné rovněž proto, že s pacienty a péčí o ně tráví nejvíce času než jakýkoliv jiný personál. Dále vyšší úroveň kulturní kompetence může mít pozitivní vliv na vztahy mezi sestrami, zvyšuje pocit sebeúcty a osobní a profesní hodnoty (Osmanovic et al., 2021). Tyto sestry disponují jistotou, že zvládnou vykonávat transkulturní ošetrovatelství. Mají velkou motivaci a samy aktivně hledají pomoc při učení se transkulturním dovednostem, pomocí nichž následně poskytují velmi kvalitní péči. Sestry s nízkou úrovní kulturních kompetencí mohou mít tendence vzdát se a vyhybat se hodnocení (Han a Jeong, 2023). Sestry s vysokou úrovní kulturních kompetencí mají také tendenci zvyšovat profesionální spokojenost a chránit je před stresory a syndromem vyhoření (Schenk et al., 2022). Kvalitní ošetrovatelská péče by měla být poskytnuta všem stejně, bez rozdílů, jak v přednemocniční, tak nemocniční péči. Z tohoto důvodu je důležité, aby ošetřující personál, lékařský i nelékařský, měli dostatečné znalosti v oblasti specifik kultur a náboženství (Kuba et al. 2021). Následně poskytovaná kvalitní péče přispívá ke zvýšené spokojenosti pacientů (McGregor et al., 2019). Dalším neméně důležitým důvodem je podstata péče, která se stává tím nejcennějším v ošetrovatelství. Péče zahrnuje mnoho témat, které jsou ceněny mezi všemi kulturami. Mezi tato témata patří podpora zdraví, zachovávání lidskosti a další. Poskytovatelé zdravotní péče často neuznávali rozmanitost a proto zdůrazňovali, že ostatní se mají přizpůsobit jim. Časem však došlo ke zjištění, že heterogenní společnost by nebyla funkční (Riley, 2019).

1.6 Pacienti

Snahou je poskytovat kvalitní kulturně shodnou péči. Z tohoto důvodu se ptáme na otázku, jak ji správně poskytovat. Pro pochopení a nalezení odpovědi nám mohou sloužit zkušenosti s péčí samotných pacientů (Degrie et al., 2017). Pacienti etnických menšin uvádějí, že při provádění péče se necítí v bezpečí. Jejich zkušenosti se týkají zejména diskriminace, hodnotí tlumočnické služby jako nedostatečné a nemají dostatek

znalostí o prostředí, kde se poskytovaná péče odehrává (Chauhan et al., 2020). Komunikace lékaře a pacienta, a jeho vnímání kvality poskytované péče, je ovlivněno několika faktory, mezi které patří pacientův kulturní názor a jeho znalosti jazyka. Z těchto důvodů hodnotí pacienti odlišného původu poskytnutou péči více negativně než pacienti, kteří mají stejný původ, jako lékař. Příčinnou jsou komunikační bariéry. Dochází zde k nedostatečnému vzájemnému porozumění a následně menší spokojenosti (Paternotte et al., 2017). Pro zjištění názorů pacientů na kulturní způsobilost zdravotníků, se vytvořilo 5 otázek, na které pacienti odpověděli. Pacienti se měli zamyslet nad otázkou, jak často s nimi zacházeli zdravotníci s respektem, jak často jim byly poskytnuty informace srozumitelně a zda se zdravotníci dotazovali na pacientovi názory či přesvědčení. Do otázek bylo také zařazeno, jak je pro samotné pacienty důležité, aby zdravotníci rozuměli jejich kultuře (Blewett et al., 2019).

1.7 Multikulturní péče v intenzivní péči

Multikulturní péče, náboženství a kultura jsou stále aktuálnější ve všech oblastech lékařských specializací. Některé z nich se však mohou zabývat těmito etickými dilematy častěji. Oblast anestezie a intenzivní péče se jimi zabývají častěji zejména kvůli informovaným souhlasům s operacemi, transplantacím, transfuzím, léčbou a péčí na konci života nebo při rozhodnutích o dárcovství orgánů (Alim – Marsvasti et al., 2023). Každý pacient má základní lidské psychosociální potřeby, které je nutné uspokojit. Mezi nejčastější patří potřeba sociálního kontaktu, zmírnit či odstranit bolest a zároveň zvýšit pohodlí, vyjádřit a sdílet zoufalství a potřebu spolurozhodovat nad možnostmi na možném konci života. Riziko rozvoje duševních problémů souvisí s přístupem zdravotníků, kteří se zaměřují zejména na vyléčení pacienta a poskytují nedostatek psychosociální podpory. Dalším rizikovým faktorem je samotný pobyt na jednotce intenzivní péče (JIP). Třetí a neméně důležitý faktor je odlišná kultura či etnikum pacientů, týkající se náboženských či fenotypických rozdílů (Van Keer et al., 2017). Důležitou součástí je poskytování kulturně citlivé komunikace, která může ovlivnit pacienta, jeho rodinu a jejich zkušenosti s péčí na samotném konci života. Sestry na JIP poskytují péči převážně pacientům, kteří mají život ohrožující poranění či onemocnění. Z důvodu vážnosti stavu některých pacientů se může přejít z aktivní léčby na paliativní péči (Brooks et al., 2019). Přejít může být pro pacienta i jeho rodinu velmi náročný. Odlišné skupiny obyvatel mohou potřebovat specifickou podporu. Vystávají otázky týkající se smrti a umírání. Mnoho lidí se může slovu paliativní vyhybat, protože cítí

přímé spojení se smrtí a umíráním. Přetrvávající téma úmrtnosti a myšlenka, že při pomýšlení nebo mluvení o onemocnění urychlí smrt či myšlenka, že přesný čas smrti zná jen Bůh (Kirby et al., 2018). Pacienti z jiného kulturního prostředí mohou mít zvláštní požadavky a potřeby, zejména na konci života. I z tohoto důvodu je potřeba mít znalosti a dovednosti v komunikaci mezi kulturami. Péče umírajícím je špatně poskytována také z důvodu nedostatečné komunikace ze strany pacienta či jeho rodiny, kdy působí jazykové bariéry, a následně dochází k utrpení pacienta a jeho rodiny (Brooks et al., 2019). V případě, že si pacient nepřeje tlumočníka, ale pouze rodinného příslušníka, je potřeba brát v úvahu, že překlad může být zatížen napětím. Tento stav může vést ke zmatkům, frustracím a nedorozuměním (Kirby et al., 2018). Je obecně známo, že každá kultura či náboženství má svá specifika obklopující smrt (Brooks et al., 2022). Právě psychický stav pacientů z kulturních menšin je popisován jako extrémní osamělost. Často se vyskytují halucinace či strach a deprese. Z tohoto důvodu je potřeba, aby byly uspokojovány pacientovi základní potřeby. I přesto, že je naše společnost stále více multietnická, výzkumů duševního zdraví pacientů z etnických menšin v intenzivní péči není mnoho a jen velmi málo studií zkoumá a snaží se porozumět tomuto tématu z různých úhlů (Van Keer et al., 2017).

1.8 Charakteristika intenzivního ošetřovatelství

Pacienti v intenzivní ošetřovatelské péči jsou zejména v život ohrožujícím stavu, tedy selhává jeden nebo více orgánů, důležitých pro lidský život. Při léčbě těchto pacientů je nutný multidisciplinární přístup, tedy i z ošetřovatelského hlediska (Tomová a Křivková, 2016). Na péči o pacienty se podílí tým lékařů, sester, dietologů, psychologů a dalších důležitých profesionálů. Všichni členové multidisciplinárního týmu mezi sebou musí umět efektivně komunikovat. Tým musí fungovat i přes náročné emocionální prostředí, kdy se denně mohou setkávat se smrtí, průběhem umírání, truchlením či morálním utrpením. Z tohoto důvodu existuje vysoké riziko psychické úzkosti a syndromu vyhoření, což následně hraje velkou roli v zajištění co nejlepší možné péče pro pacienty (Ervin et al., 2018). Stanovení problémů se v intenzivním ošetřovatelství týká zachování základních životních funkcí a prevenci komplikací, s čímž se spojuje ovládání náročné zdravotnické techniky, kterou musí zdravotnický personál umět ovládat (Bartůněk et al., 2016). Technologický pokrok v intenzivní péči se podílí na zvýšení pravděpodobnosti přežití pacientů. Špičkové technologie umožňují podrobné sledování a rychlý zásah při akutních, ale také chronických onemocněních. Sestry, které poskytují

intenzivní péči, musí disponovat technickými znalostmi (Isik et al., 2022). I přesto, že novodobé technologie jednoznačně snížili úmrtnost pacientů, mohou velmi snadno vytlačit lidskost v péči o pacienty. Může se stát, že pacient se stává pouze tělem, orgány musí být zachovány a tělo pacienta se vytratí za přístroji (Secunda a Kruser, 2022). Pacienti, kterým je poskytována intenzivní péče, vyžadují podporu životní funkcí, mají riziko selhání orgánů a následné smrti (Ervin et al., 2018). V budoucnu by mohla přijít zásadní změna, která by ovlivnila intenzivní péči. Každým rokem se zvyšuje potřeba intenzivní péče nejen z důvodu rostoucího počtu pacientů, ale také s nárůstem nemocí, které se považují za léčitelné, v souvislosti s každoročním nárůstem obézních lidí a dalších morbidit (Kelly et al., 2014).

1.9 Specifika práce sestry v intenzivním ošetřovatelství

Poskytování ošetřovatelské péče je primárně v rukou sestry. Součástí péče je zejména nasycení potřeb a požadavků pacienta. Do jaké hloubky je sestra schopna provádět ošetřovatelskou péči závisí na jejích zkušenostech, znalostech a míry jejího citu při rozpoznávání potřeb pacienta. (Tomová a Křivková, 2016). Hlavní náplní práce je podrobné sledování změn zdravotního stavu pacienta. Na rozdíl od ostatních členů multidisciplinárního týmu, má sestra v péči pouze jednoho či skupinu pacientů. Zpravidla však dva pacienty. I přesto, jsou sestry jedněmi z hlavních členů týmu. Nesou odpovědnost za vyhodnocování základní životních funkcí, podávání a aplikaci léků a monitorování komplikací, které mohou nastat (Ervin et al., 2018). Ošetřovatelská péče zahrnuje širokou řadu úkonů. Patří mezi ně hygiena pacienta a s tím související péče o lůžko. Dále polohování pacienta, péče o invazivní vstupy, výživu, dýchání, ale také neméně důležitou psychiku pacienta a popřípadě rodiny (Bartůněk et al., 2016). V případě stabilizace stavu pacienta, to znamená zajištění základních životu důležitých potřeb, je možné přemýšlet nad uspokojením dalších potřeb pacienta (Suková a Knechtová, 2022). K pacientovi odlišné kultury je potřeba zachovávat etický přístup. Situace, do které se pacient dostane, má svou kulturní, morální, politickou a sociální stranu, což pro sestru znamená nejen etickou povinnost, ale také výzvu k podpoře zdraví v celé jeho šíři, tedy holistickém pojetí. Projevy kultury jako umění, duchovnost, historie, jazyk, či rodinné vztahy jsou nedílnou součástí celostního vnímání pacienta (Kutnohorská et al., 2012). Nedílnou součástí poskytování péče je zachovávání důstojnosti a respektu. Respektující péče si žádá pochopení a uznání základní lidských potřeb, tedy fyzických, psychických a sociálních. Respektující přístup k pacientovi musí být zachován nejen při

vstupu do pokoje, ale také při oslovování pacienta, při fyzikálních a jiných vyšetřeních, ochraně soukromí a zapojení rodiny. Vyžaduje uznání, že pacienti jsou jedinečné bytosti a pozornost, která by měla být věnována nejen kritickému zdravotnímu stavu pacientů, ale také rodinám. Zhruba 30 % pacientů a jejich rodin zažili ve zdravotnickém zařízení neúctu, což následně může vést k dlouhodobým následkům ve fyzické i psychické rovině (Secunda a Kruser, 2022). Sestra by měla pomáhat pacientům, ale i jejich rodinám a skupinám dosáhnout fyzického, psychického a sociálního zdraví. Pracují samostatně, ale zároveň v kolektivu. Zpracovávají ošetrovatelský plán a na základě jeho intervencí dále hodnotí. Přistupuje k pacientovi s respektem a ochotou pomoci. Měla by neustále zvyšovat svou odbornost nejen v klinické oblasti, ale také v komunikaci. S tímto souvisí zapojení se na různorodých seminářích, kongresech a sympoziích (Plevová et al., 2018).

1.10 Potřeby pacientů v intenzivním ošetrovatelství

V jakém rozsahu se poskytuje ošetrovatelská péče určuje pacientova diagnóza a zejména zdravotní stav, který se často mohl velmi rychle měnit. Je nutné, aby sestra rozpoznala pacientovi potřeby, podpořila ho a neuděloval jen zákazy či příkazy. Mezi potřeby pacientů v intenzivní péči patří výživa, vyprazdňování, dýchání a soběstačnost či psychická vyrovnanost. Soběstačnost je důležitou součástí, do čehož patří vykonávání hygieny, oblékání apod. Měla by být podporována jeho nezávislost. Důležité je podporovat motivaci pacienta (Kapounová, 2020). Sestra by si měla být vědoma bariér, které brání v uspokojení potřeb pacienta, které mohou být psychické, fyziologické, faktory prostředí a jazykové. Z hlediska multikulturního prostředí jsou jazykové bariéry zásadní. Pokud nedojde k uspokojení potřeb, dostavuje se neklid, zmatenost, pacient projevuje nespolupráci, není ochotný komunikovat, ale také může být agresivní (Suková a Knechtová, 2022).

1.10.1 Duchovní péče

Pro pacienty v intenzivní péči je hospitalizace velmi stresující zkušeností. Snaží se najít uzdravení nejen ve fyzické rovině, ale také v emocionální a duchovní. Samotná duchovnost je vyjádřena pomocí přesvědčení, tradic a hodnot. Náboženství či duchovnost jsou důležité zdroje, ke kterým se pacienti nejčastěji obracejí v případě zdravotních problémů. Následně ovlivňuje emoční pohodu a kvalitu života (Willemse et al., 2020). Neexistuje snad nikdo, kdo by si v průběhu náročné životní situace nepřehodnocoval vlastní duchovní já. I přesto může být krize příležitostí k růstu ve spirituální a osobní

rovině. Duchovnost je důležitá u mnoha lidí. Představuje významný zdroj při zvládnání zejména terminálních onemocnění (Sovářiová, 2022). Duchovní péče má pacientům ulevit v důsledku, že bude naplňovat jejich duchovní potřeby. Zlepšuje kvalitu života pacientů, zvyšuje spokojenost s péčí, může zmírňovat či dokonce předcházet psychickým následkům z důvodu hospitalizace. Duchovní péče nemá pozitivní vliv pouze na pacienta, ale také na zdravotnický personál. Zvyšuje motivaci, efektivnost práce a snižuje předpoklady pro syndrom vyhoření (Klimasińki, 2021). V opačném případě, kdy se duchovní péče neposkytuje, může se dostavit duchovní krize. Je to forma pocitu ztráty, při kterém pacient zpochybňuje smysl života (Willemse et al., 2020). Stres, který se dostaví s nemocí a vznikne u pacienta duchovní krize, může si nechat zavolat nemocničního kaplana (Klimasińki, 2021). Pokud nejsou potřeby pacienta saturované, může to negativně ovlivnit jejich průběh léčby, zvládnání samotného onemocnění, ovlivnění zdraví a následné zkrácení délky života (Sovářiová, 2022). Při následné cestě k duchovnímu uzdravení často stojí překážky. Může se objevit nedostatek soukromí pro pacienty, nedostatečný osobní prostor či pracovní prostředí. V některých případech není dostatek soucitu ze strany personálu (Murgia et al., 2022). Ze zdravotnických profesí, jsou sestry nejpočetnější skupinou a jsou prvními, koho pacienti osloví. Mohou velmi snadno zahrnout duchovnost do ošetrovatelské péče. Sestry poskytující holistickou péči, tedy se dívají na pacienta jako na biologického, psychologického a sociálního jedince s duchovním jádrem. Rozdílem je však snadná viditelnost biologických aspektů a skrytost duchovních aspektů (Sovářiová, 2022). Sestry by měly umět rozpoznat její znaky, například pláč, zoufalství, poruchy spánku, odmítání léčby, hněv vůči ostatním, tedy i k Bohu a svaté moci (Willemse et al., 2020). Základní poskytování duchovní péče se provádí každý den, jednoduše pomocí způsobu, kterým se sestra chová k pacientovi. Měla by vidět pacienta jako jedince, který zachovává svou důstojnost, osobnost, přesvědčení, naděje a strachy. Podporuje pacienta navázáním vztahu, tedy projevem soucitu, péče a zájem o něho samotného. (Klimasińki, 2021). Mezi překážky pro poskytování duchovní péče patří nedostatek teoretických i praktických dovedností, různorodé osobní náboženské přesvědčení, nedostatek času pro poskytování péče a nejasnost rolí (Murgia et al., 2022). Zásadním při poskytování duchovní péče je nalezení a řešení duchovních potřeb pacientů, například hledání naděje, smyslu svého života či vnitřního klidu, spojení s Bohem nebo větší silou. Z těchto důvodů by mělo být pacientům umožněno provádět modlitby, rituály, svátosti a další náboženské praktiky. V případě, že je pro pacienta jeho víra důležitá, mělo by se mu umožnit využívání náboženských

pomůcek za pomoci kaplana (Klimasiński, 2021). Kaplani, pastoři či kněží, jsou jedinými institucionálními osobami v nemocničních a dalších zdravotnických zařízeních, kteří poskytují duchovní péči pacientům. I přesto, že jsou tito profesionálové k dispozici, často ji poskytují sestry, psychologové, lékaři či rehabilitační zdravotníci (Murgia et al., 2022).

Ve zranitelných situacích je potřeba soucitu ještě ve větší míře. V době pandemie covidu 19 bylo zavedeno omezení návštěv. Pro pacienty to znamenalo trávení velkého času o samotě, bez svých blízkých a přátel. Za normálních okolností zastává roli duchovní podpory právě rodina či blízcí pomocí své přítomnosti, mluvením či dotýkáním. I přesto, že pacient nebyl schopný komunikace, členové rodiny mu šeptali slova útěchy a povzbuzení. V průběhu pandemie je však musel zastat personál (Klimasiński, 2021).

1.11 Komunikace v intenzivním ošetřovatelství

Zásadní je tvrzení, že pacienti, kteří jsou hospitalizováni na oddělení, na kterém se provádí intenzivní ošetřovatelská péče, mohou pociťovat úzkost, strach, frustraci, paniku, ale také strach z nemožnosti se domluvit s ošetřujícím personálem. Z tohoto důvodu je nutné, aby se sestra domluvila s pacientem na vhodné komunikační metodě a následně tak mohla identifikovat pacientovi potřeby (Tomová a Křivková, 2016). Mezi základní předpoklady k tomu, aby mohla začít probíhat verbální komunikace, patří umění komunikovat, mít možnost komunikovat a chtění komunikovat. Pro úspěšnou verbální komunikaci je nutné volit jednoduchost, stručnost, volit vhodné načasování, komunikovat upřímně a schopnost přizpůsobit se komunikační úrovni pacienta (Kapounová, 2020). Pacienti v kritickém stavu nemusí být schopni komunikace, což profesionálům, kteří se podílejí na péči, může způsobit problémy ve stanovování hodnot, cílů a priorit. Poté musí rozhodovat za pacienta ve všech směrech, včetně postupu léčby (Secunda a Kruser, 2022).

Pacient, kterému je poskytována intenzivní ošetřovatelská péče, může být připojen na umělé plicní ventilaci. Následkem je poté neschopnost verbálního projevu a pacientův komunikační styl může být pouze neverbálně či písemně (Tomová a Křivková, 2016). V tomto případě se značně projevuje neverbální komunikace, tedy mimika, oční kontakt, dotykový kontakt, vzdálenost od pacienta v průběhu komunikace a také pohyby těla při komunikaci (Kapounová, 2020). Stupeň komunikace, která probíhá mezi sestrou a pacientem je ovlivňována několika faktory. Jedním z nich jsou kognitivní schopnosti

pacienta, které mohou být změněny na základě základního onemocnění nebo užívanými léky. Výrazný vliv má fyzická strana pacienta, kdy se soustředíme na jeho únavu či jeho farmakologickou sedaci. Nedílnou součástí ovlivnění komunikace je psychická strana pacienta. Zejména stav týkající se stresu či sociálního odloučení. S fyzickou a psychickou stranou souvisí vůle a motivace, která by měla být podporována nejen ze strany ošetrovatelského personálu, ale také ze strany rodiny. Sestra by měla být velmi tolerantní, trpělivá, empatická, měla by mít dostatek času a chuť pacientovi porozumět (Tomová a Křivková, 2016). Bariérou v komunikaci sestry-pacient a jeho rodina se může objevit nedorozumění ohledně potřeb. Zejména při rozdílu v přesvědčení o zdraví mezi sestrou a pacientem a jeho rodinou, nátlaku, nesprávné komunikaci nebo osobním vnímání nespravedlivého zacházení. Dále v problémech v zaměstnání sestry (nedodržování profesní etiky) či problémech s pacienty (osobní). Na druhé straně stojí faktory, které podporují komunikaci mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou. Patří mezi ně duchovní péče, emocionální podpora (vzájemné porozumění, důvěra, empatie), účast na rozhodování, rozlišení informační potřeby rodiny či konzultace pro výběr nejlepšího druhu péče (Loghmani et al., 2014).

Mohou se využívat grafické symboly, tedy písmena, piktogramy, znaková řeč, počítače, klávesy s již namluvenou řečí nebo odezírání (Bartůněk et al., 2016). Jednou z forem komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči je bazální stimulace, která při správném provádění pomáhá pacientovi ve vnímání okolí a sám sebe pomocí několika stimulů, například vůní, doteků, chutí. Právě doteky jsou základní schopností, pomocí níž se k pacientovi dostává podnětů z okolí. Ruce sestry jsou důležité z hlediska získávání informací. Jejich doteky by měly být jasné, zřetelné a neměly by u pacienta vzbuzovat strach či nejistotu (Tomová a Křivková, 2016). V případě, že pacient prožívá příjemné pocity, může být projevem otevírání očí a úst, úsměv, hluboké dechy či mžikání očima (Kapounová, 2020).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat úroveň kulturních kompetencí sester v intenzivní ošetrovatelské péči.

2.2 Hypotézy

1. Sestry v intenzivní péči s vyšším dosaženým vzděláním mají větší kulturní znalosti než sestry v intenzivní péči s nižším dosaženým vzděláním.
2. Sestry s delší celkovou praxí mají větší kulturní uvědomění než sestry s kratší celkovou praxí.
3. Sestry s vyšší úrovní kulturních dovedností využívají cizích jazyků v rámci praxe častěji než sestry s nižší úrovní kulturních dovedností.
4. Jazyková bariéra je větším problémem u sester bez vysokoškolského vzdělání.

3 Operacionalizace pojmů

Kulturní kompetence

Kulturní kompetencí se rozumí uvědomění, vědomosti a dovednosti v péči o pacienty z odlišné kultury, rasy či etnického původu. Pomocí kulturních kompetencí jsou sestry schopny interkulturní komunikace. Dokážou poskytovat kulturně shodnou péči, tedy saturovat spirituální potřeby pacienta. Tvoří nedílnou součást holistické péče o pacienta.

Multikulturalismus

Směr, který má za cíl sjednotit veškeré kultury, rasy apod., nacházející se na jednom území. Hlavní myšlenka je přesvědčení o společném žití několika odlišných kultur, mezi kterými panuje porozumění a vzájemná tolerance. Bojuje proti rasismu a diskriminaci.

Kultura

Osoby v jedné kultuře spojují společné zvyky a tradice, víra, vědění či morálka a etika. Nejčastěji se pojem kultura spojuje s rasou či etnickým původem. Kulturu však mohou tvořit lidé se stejným zájmem či osudem, například kultura tělesně postižených osob.

Náboženství

Seskupení lidí, které spojuje jednání a víra v jednoho či více Bohů. Dodržují zvyky, tradice a morálku ve jménu vyšší moci. Součástí každého náboženství jsou rituály či bohoslužby. Na světě existuje několik náboženství, z nichž nejrozšířenějším je křesťanství.

Intenzivní ošetrovatelská péče

Sestry, pracující v intenzivním ošetrovatelství (jednotka intenzivní péče, stanice intermediální péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení) pečují o pacienty, kteří potřebují intenzivní péči z důvodu potencionálního či přímého ohrožení na životě. Mohou zde být hospitalizovaní pacienti s interním, chirurgickým onemocněním či onemocněním/zraněním z kteréhokoliv jiného lékařského oboru.

Sebehodnocení

Jiným slovem ho můžeme nazývat sebereflexe. Sebehodnocení je důležité pro sestru zejména z důvodu zpětné vazby sama sobě. Sestra je schopna si uvědomit své slabé a silné stránky. Následně má možnost identifikovat vlastní chyby a poučit se z nich. V procesu sebehodnocení je zásadní upřímnost a trpělivost.

4 Metodika

4.1 Použitá výzkumná metoda

V diplomové práci byl využit kvantitativní výzkum. Ve výzkumné části práce byl použit nestandardizovaný a standardizovaný dotazník v tištěné formě. Dotazník byl vytvořen v rámci spolupráce u výzkumného grantového projektu č. 046/2021/S, s názvem Kulturní kompetence sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Finální dotazník obsahuje 78 otázek. Dotazník je rozdělen na nestandardizovanou a standardizovanou část a následně do několika specifických oblastí. Všem respondentům byly předány informace o podstatě výzkumu, anonymitě a dobrovolnosti. Byli jim vysvětleny cíle, metody a postupy, které budou při projektu využívány, taktéž výhody a rizika, která vyplývají z účasti na výzkumném šetření. Respondenti měli možnost dotazů ohledně všeho potřebného a podstatného a následně dostali jasnou a srozumitelnou odpověď. Na vyplnění dotazníku bylo potřeba 30 minut. Po vybrání od jednotlivých respondentů byli dotazníky převedeny do elektronické formy, aby se mohli statisticky zpracovat.

Sběr dat byl zahájen v květnu 2022 a byl ukončen v listopadu téhož roku. Do výzkumného souboru byly zařazeny sestry pracující na odděleních intenzivní péče, tedy JIP či anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Bylo získáno 137 validních dotazníků z celkem 160 rozdaných. Návratnost dotazníků činila 85,6 %.

4.2 Nestandardizovaná část dotazníku

Nestandardizovaná část dotazníku čítala 23 otázek, přičemž otázky byly převážně uzavřené. Zjišťovány byly základní informace o respondentovi a jeho názory, týkající se kulturního uvědomění.

4.3 Standardizovaná část dotazníku

Druhá část dotazníku, standardizovaná část, je rozdělena do dvou bloků, přičemž jedna sada otázek je označena 24.1. – 24.20 a druhá sada otázek 25.1 – 25.35., která byla převzata z dotazníku Multicultural Society of Greater Vancouver Island's checklist. Byl vytvořen za podpory kanadské vlády a provincie Britské Kolumbie. Druhá sada otázek je rozdělena do 3 samostatných oddílů s celkem 35 otázkami. Mezi oddíly patří uvědomění, znalosti a dovednosti. Tato část dotazníku je zaměřena na sebehodnocení kulturních

kompetencí. Jeho účelem je zhodnocení individuálních kulturních kompetencí. Pomáhá rozpoznat, co má jednatlivec udělat pro to, aby byl v práci i v životě efektivnější. Součástí dotazníku je hodnotící škála, která má pomoci definovat silné a slabé stránky jedince v konkrétních oblastech tak, aby dosáhl kulturní kompetence.

4.4 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl rozdělán sestřám, pracujících na jednotkách intenzivní péče a jednotkách ARO ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Celkově bylo sesbíráno 137 použitelných dotazníků. Výzkumný soubor tvořili muži a ženy různých věkových kategorií. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru bylo zaměstnání na odděleních intenzivní péče. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné a sloužilo pouze pro vědecké účely.

4.5 Statistická analýza

Data, která byla získána z výzkumného šetření byla analyzována pomocí statistického programu Statistická analýza sociálních dat (SASD) 1.4.10. Pro analýzu dat byl použit první a druhý stupeň třídění. V rámci prvního stupně třídění byly jednotlivě vytvořeny frekvenční tabulky a následně vypočítány četnosti absolutní i relativní, modus, medián, průměr, směrodatná odchylka, rozptyl, rozpětí a odhad rozptylu, směrodatné odchylky a odhad intervalu rozptylu a střední hodnoty na úrovni 0,05. Druhý stupeň třídění zahrnuje kontingenční tabulky s relativními i absolutními četnostmi, konkrétně sloupcovými, očekávanými, řádkovými i očekávanými. Dále bylo konstruováno znaménkové schéma. Dle charakteru a počtu pozorování, byl v rámci analýzy souvislosti použit Chí kvadrát test dobré shody – X^2 (Person Chi-Square) a Test nezávislosti. Také ještě byly provedeny další testy - Pearsonův koeficient kontingence, Normovaného Personova koeficientu kontingence, Cramerova koeficientu, Walisova koeficientu, Čuprova koeficientu, Spearmanova koeficientu a Korelačního koeficientu. Byly stanoveny tři úrovně hladiny významnosti, pomocí kterých byla měřena síla vztahu - $\alpha = 0,05, 0,01$ a $0,001$.

Standardně jsou uváděny výsledky testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti. Pro jednotlivá políčka kontingenční tabulky byla stanovena úroveň možné odchylky, zejména z důvodu možného stanovení směru statisticky významného vztahu mezi dvěma znaky.

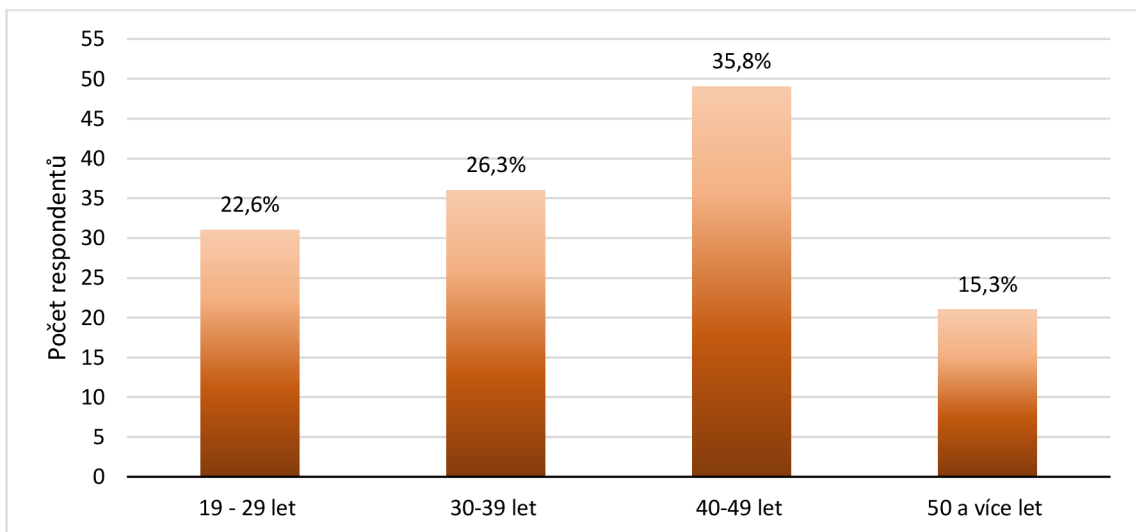
5 Výsledky

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

5.1.1 Výsledky nestandardizované části dotazníku

Respondenti měli odpovědět převážně na otázky ohledně základních informací a dále vyjádřit názor týkající se kulturního uvědomění.

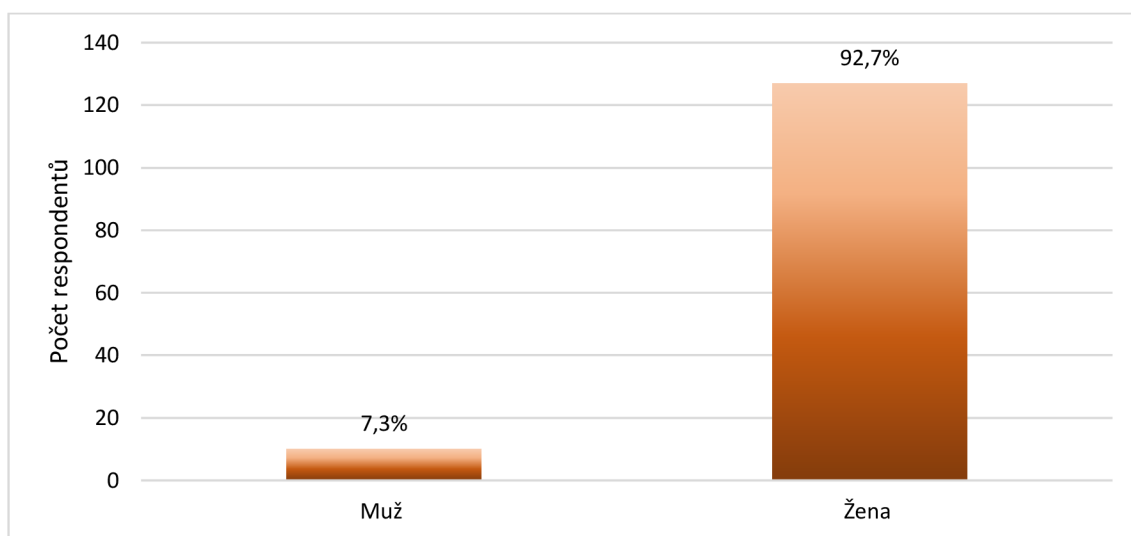
Graf 1 Charakteristika výzkumného souboru podle věku



(Zdroj: Vlastní výzkum)

První graf zobrazuje, v jakém věkovém rozmezí se respondenti nacházejí. Z celkového počtu 137 (100 %) jich 31 (22,6 %) spadalo do kategorie 19–29 let, 36 (26,3 %) do kategorie 30–39 let. Největší část tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 40–49 let, do kterého patřilo 49 (35,8 %) respondentů. Avšak nejmenší podíl tvořila kategorie 50 a více let s 21 (15,3 %) respondenty. Věkový průměr byl stanoven na 46,5 letech.

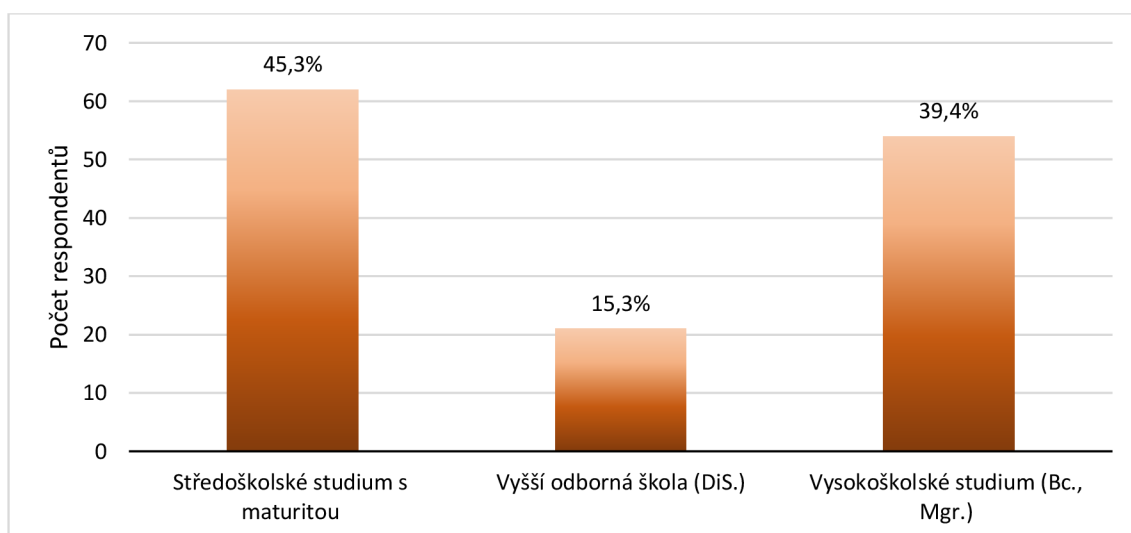
Graf 2 Charakteristika výzkumného souboru podle pohlaví



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Druhý graf popisuje podíl mužů a žen z celkového počtu 137 (100 %) respondentů. Mužů je podstatně menší zastoupení v počtu 10 (7,3 %) než žen v počtu 127 (92,7 %).

Graf 3 Charakteristika výzkumného souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání

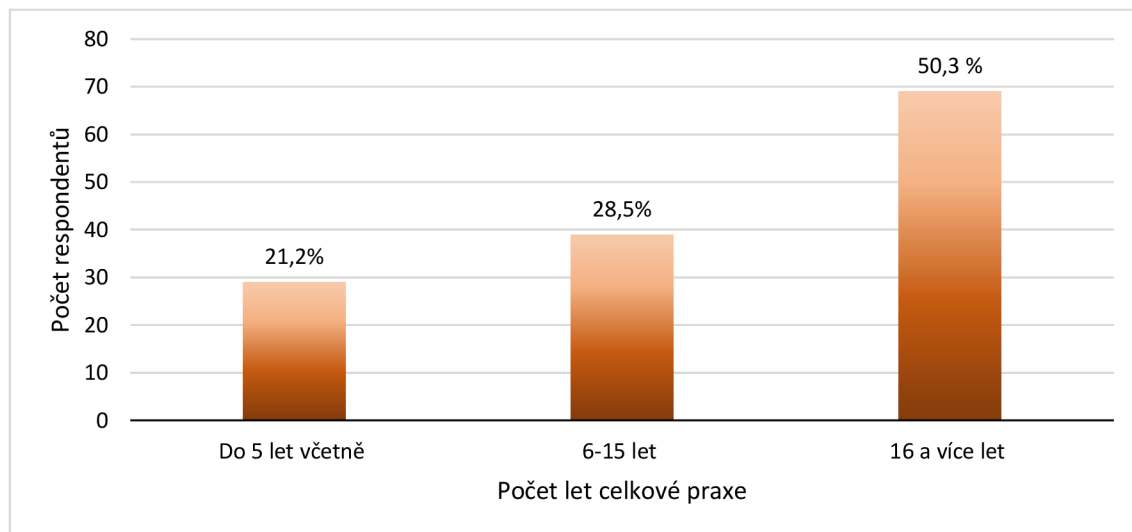


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondenti měli na výběr ze tří možností výběru nejvyššího dosaženého vzdělání. 62 (45,3 %) respondentů zvolilo možnost středoškolského studia s maturitou. Dalším stupněm je absolvování vyšší odborné školy, což je nejvyšším dosaženým vzděláním u 21 (15,3 %) respondentů. Vysokoškolské studium úspěšně ukončilo 54 (39,4 %) respondentů.

respondentů. Z těchto výsledků je stanoveno absolvování středoškolského studia s maturitou nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním.

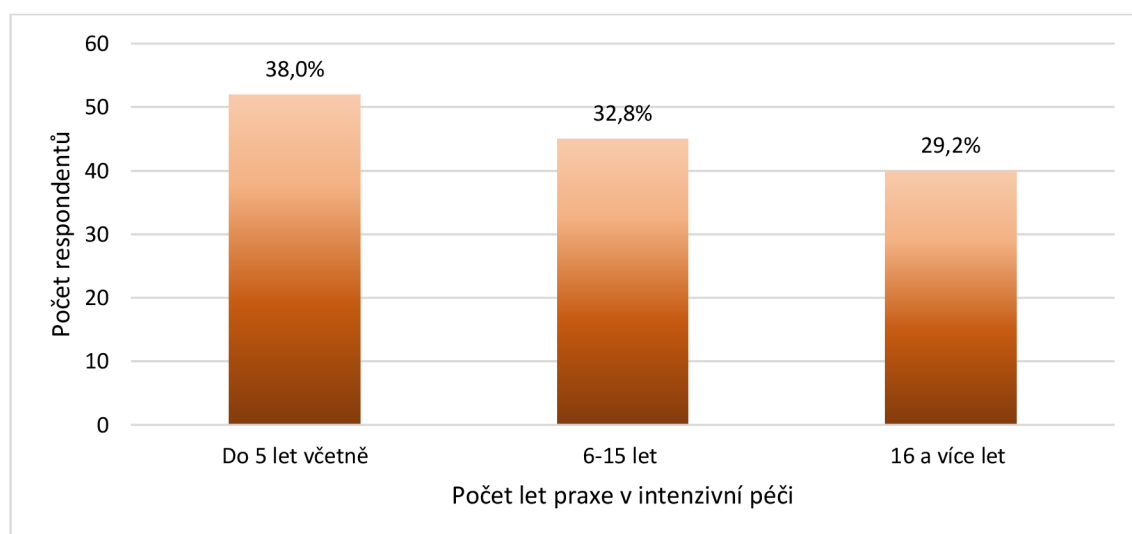
Graf 4 Charakteristika výzkumného souboru podle celkové délky praxe



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 4 pojednává o celkové délce praxe. Dle odpovědí byly stanoveny 3 kategorie dle počtu let. První kategorií je celková délka praxe do 5 let včetně, do které spadá 29 (21,2 %) respondentů. Do druhé kategorie 6-15 let, patří 39 (28,5 %) respondentů. Poslední a zároveň největší kategorií je délka celkové praxe 16 a více let s 69 (50,3 %) respondenty.

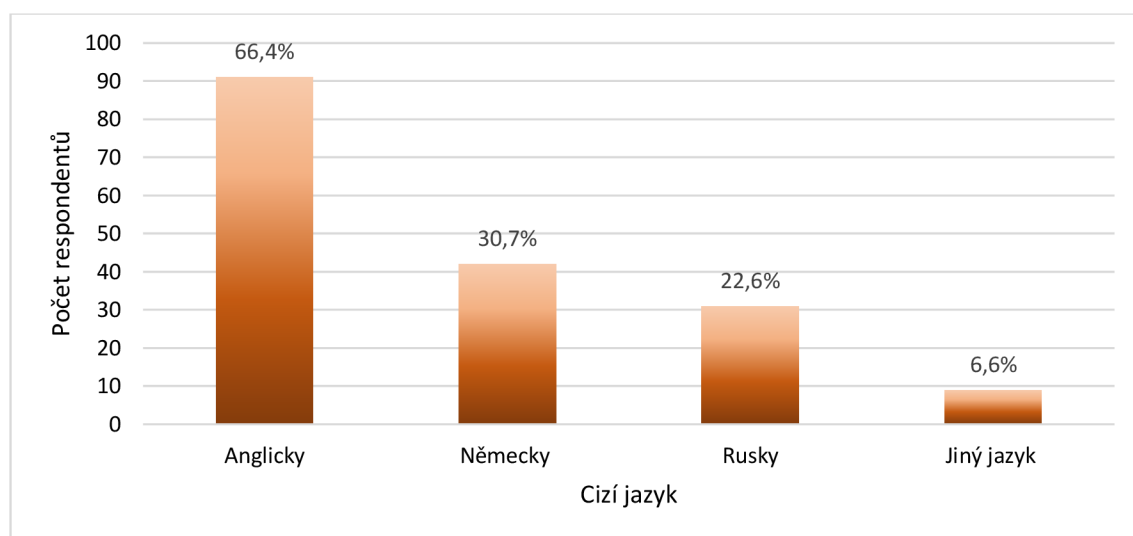
Graf 5 Charakteristika výzkumného souboru podle délky praxe v intenzivní péči



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tento graf 5 pojednává o počtu let praxe v intenzivní péči. Rozdělení do kategorií bylo stanoveno stejně jako u grafu 3. Do 5 let včetně se zařazuje 52 (38,0 %) respondentů, což je zároveň největší kategorií. Do rozmezí 6 a 15 let spadá 45 (32,8 %) respondentů. Nejmenší kategorií je délka praxe v intenzivní péči více než 16 let s 40 (29,2 %) respondenty.

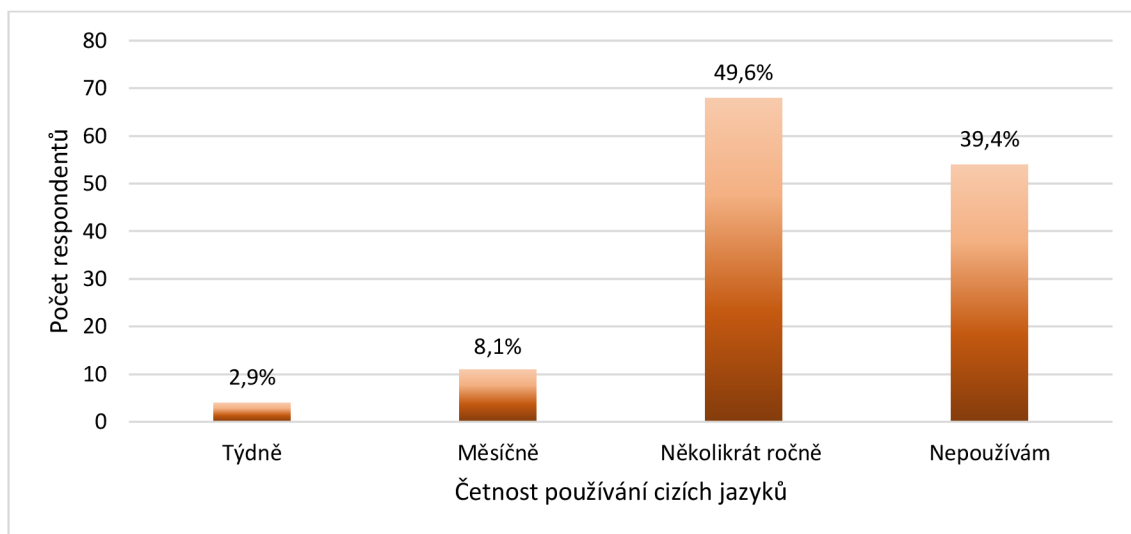
Graf 6 Charakteristika výzkumného souboru podle jazyka, kterým se dokáže respondent domluvit



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V rámci otázky, jakými jazyky se respondenti dokážou dorozumět, měli na výběr mezi 4 variantami, s možností označení více variant. Prvním a nejčastěji zastoupeným jazykem byla angličtina, kterou zvolilo 91 (66,4 %) respondentů. Druhým, mnohem méně ovládaným jazykem byl německý jazyk, kterým se dorozumí 42 (30,7 %) respondentů. V těsné blízkosti si 31 (22,6 %) respondentů zvolilo ruský jazyk. Nejméně respondentů doplnilo jiný jazyk. Bylo tomu tak u 9 (6,6 %) respondentů, kteří doplnili například slovenský jazyk.

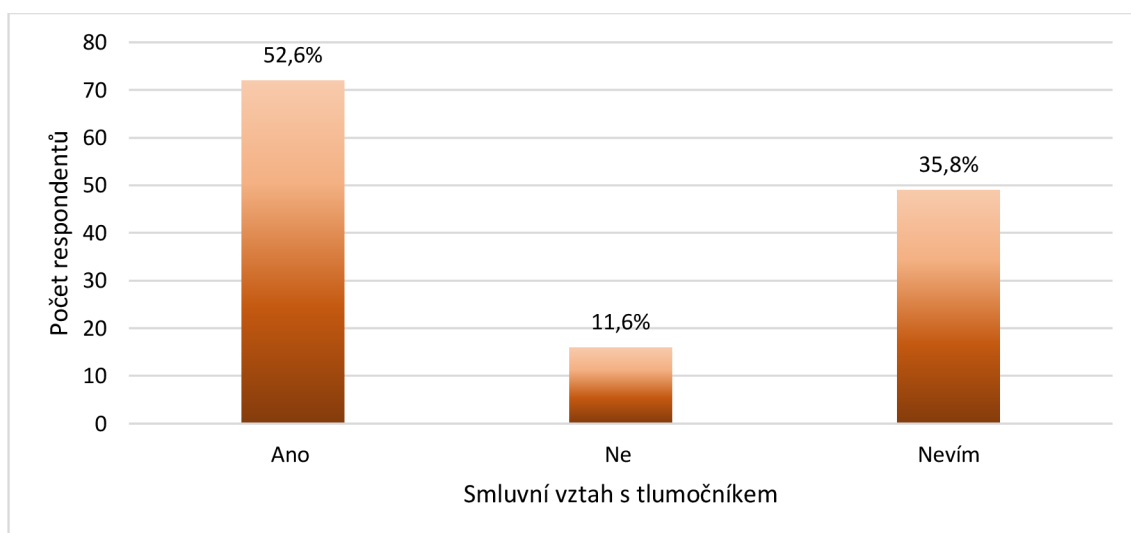
Graf 7 Charakteristika výzkumného souboru dle četnosti používání cizích jazyků v praxi



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 7 se zabývá otázkou, v jaké míře respondenti používají cizí jazyky. 68 (49,6 %) respondentů využívá cizí jazyky několikrát ročně, na rozdíl od 54 (39,4 %), kteří odpověděli, že cizí jazyky prakticky nepoužívají. Měsíčně je používá 11 (8,1 %) respondentů a 4 (2,9 %) týdně.

Graf 8 Charakteristika výzkumného souboru dle toho, zda pracoviště disponuje smluvním vztahem s tlumočníkem

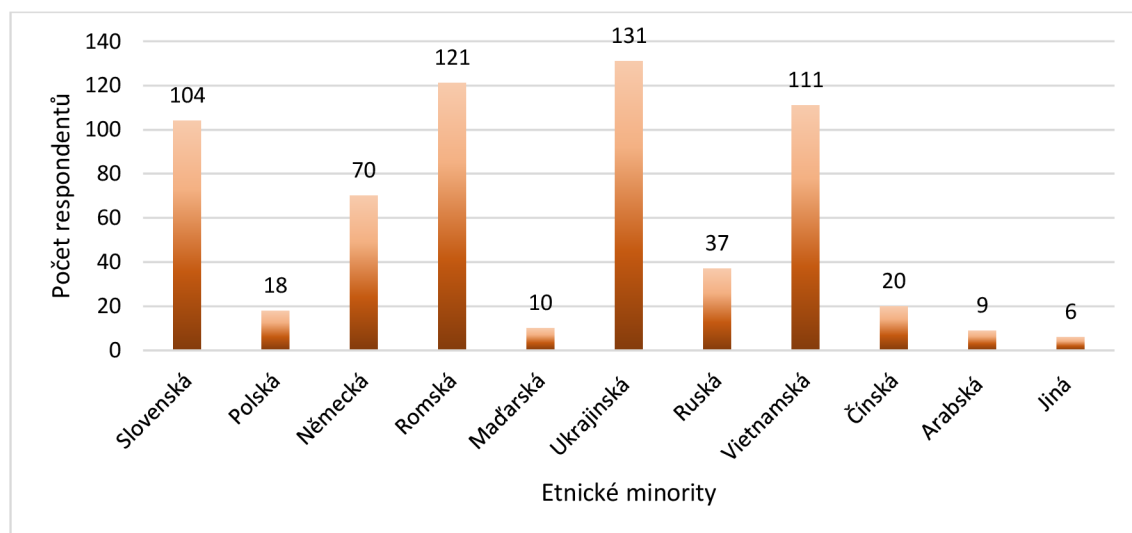


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázkou, zda pracoviště, v němž respondent pracuje, má smluvní vztah s tlumočníkem, se zabývá graf 8. Nejvíce respondentů zvolilo odpověď „ano“, konkrétně jich bylo

72 (52,6 %). 49 (35,8 %) „nevědělo“, zda tímto tlumočnickem jejich pracoviště disponuje a 16 (11,6 %) odpovědělo, že „ne“.

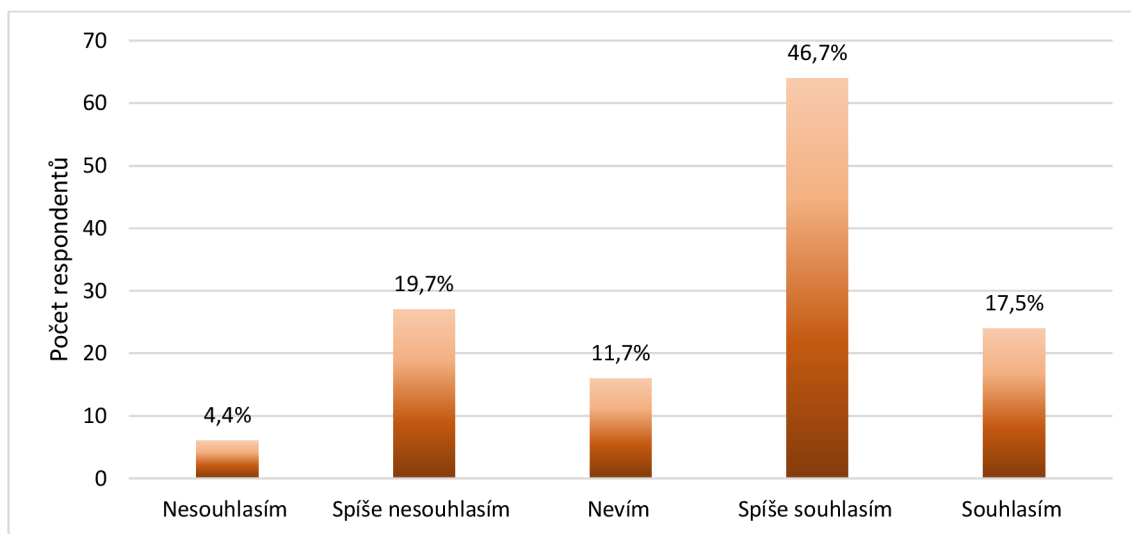
Graf 9 Charakteristika výzkumného souboru dle setkávání se s etnickými minoritami



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Rozsáhlejší graf 9 zobrazuje, v jaké četnosti se respondenti setkávají s etnickými minoritami. Značně převažovala ukrajinská (131), romská (121), vietnamská (111) a slovenská (104). Německá minorita byla zvolena 70 respondenty a následně ruská 37 respondenty. Nejmenší míru setkávání mají respondenti s čínskou (20), polskou (18), maďarskou (10) a arabskou (9) minoritou. 6 respondentů si také zvolilo odpověď jiná, kam následně doplnili etnické minority, se kterými se dále setkávají.

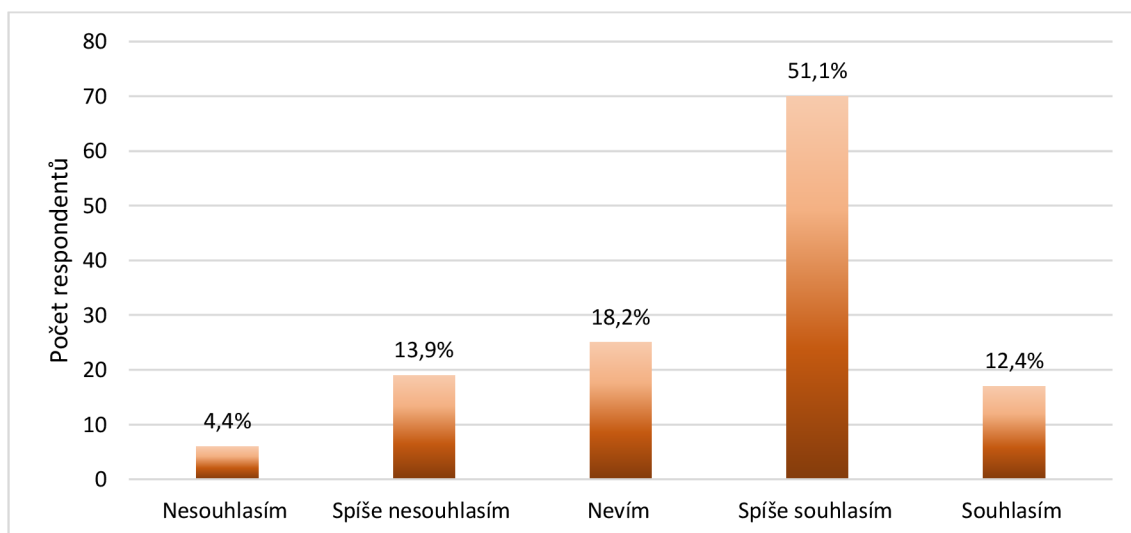
Graf 10 Dodržování kulturně specifických požadavků přes časovou tíseň



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tématem grafu 10 je schopnost respondentů co možná nejvíce dodržovat kulturně specifické požadavky pacienta. Nejčastěji byla volena odpověď „spíše souhlasím“ celkem 64 (46,7 %) respondenty. Dále respondenti „spíše nesouhlasili“ (27;19,7 %), ale 24 (17,5 %) respondentů naopak zvolili možnost „souhlasím“. 16 (11,7 %) respondentů „neví“, zda by se měli co možná nejvíce dodržovat kulturně specifické požadavky i přes časovou tíseň. Pouze 6 (4,4 %) zvolilo možnost „nesouhlasím“.

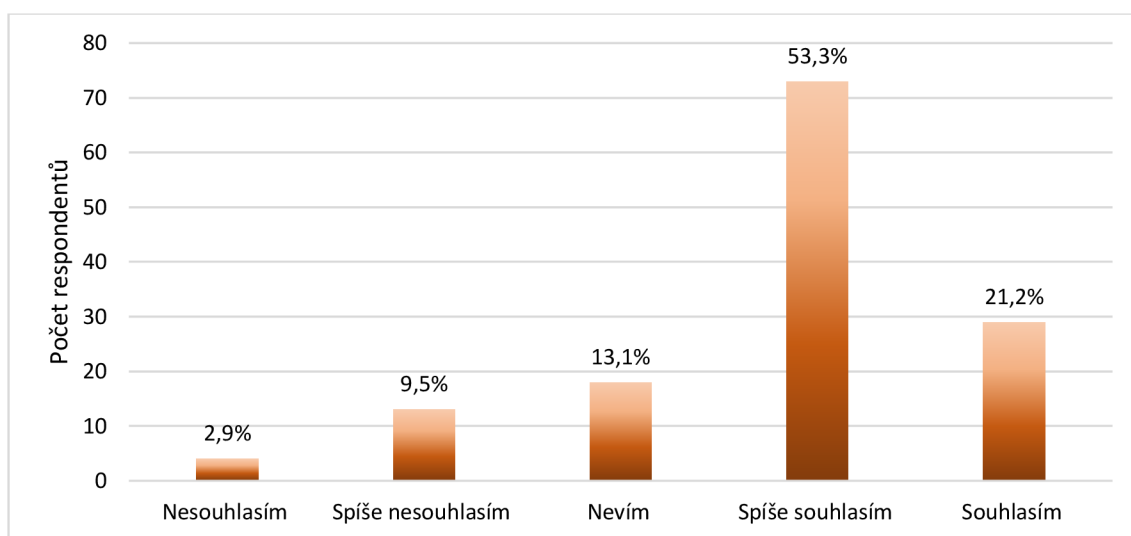
Graf 11 Snížené vědomí pacienta a dodržování kulturně specifických požadavků



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Ve grafu 11 jsou znázorněny odpovědi respondentů na téma sníženého vědomí pacienta, a zda by se i přesto mělo dodržovat jeho kulturně specifických požadavků. Dominující odpověď „spíše souhlasím“ volilo 70 (51,1 %) respondentů. Druhou nejčastější odpověď „nevím“ označilo 25 (18,2 %) respondentů. 19 (13,9 %) „spíše nesouhlasí“ a 17 (12,4 %) je rozhodnuto, že „souhlasí“. Naopak 6 (4,4 %) respondentů „nesouhlasí“ s dodržováním kulturně specifických požadavků u pacienta se sníženým vědomím.

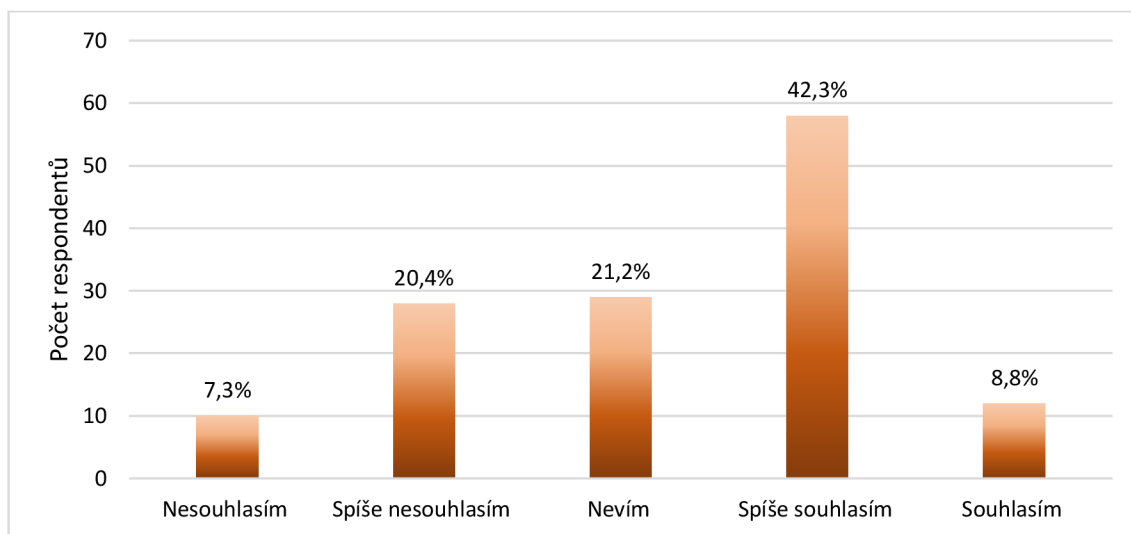
Graf 12 Vhodné řešení či kompromis pro vyhovění



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 12 zobrazuje pohled respondentů na to, zda by se měli snažit najít vhodné řešení či kompromis pro vyhovění kulturně specifickým požadavkům pacienta v podmínkách intenzivní péče. Nejčastěji respondenti „spíše souhlasí“, konkrétně 73 (53,3 %) respondentů. Odpověď „souhlasím“ byla zvolena 29 (21,2 %) respondenty a odpověď „nevím“ vybralo 18 (13,1 %) respondentů. 13 (9,5 %) jich „spíše nesouhlasí“ s tím, že bychom si měli najít vhodné řešení či kompromis. Pouze 4 (2,9 %) respondentů „nesouhlasí“.

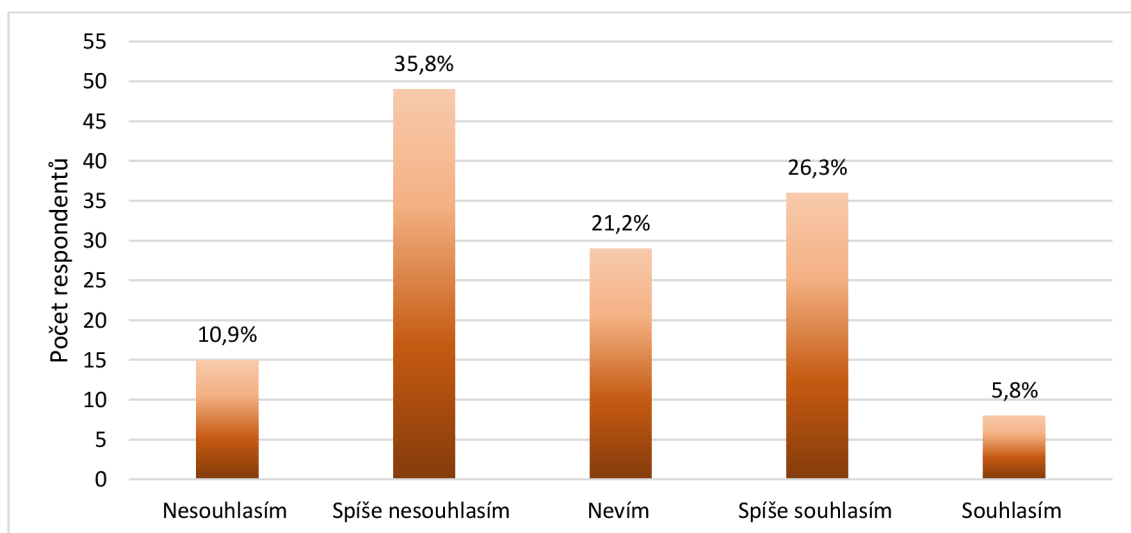
Graf 13 Zjištění kulturních potřeb od rodiny pacienta



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 13 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na situaci, při níž je pacient v bezvědomí. Zda by se měly zajišťovat kulturní potřeby od rodiny pro pacienta pro to, aby se mu zajistil co možná největší komfort. S tímto „spíše souhlasí“ 58 (42,3 %) respondentů. Dalších 29 (21,2 %) „neví“ a 28 (20,4 %) „spíše nesouhlasí“. 12 (8,8 %) respondentů vybralo možnost „souhlasím“ a nejméně respondentů 10 (7,3 %) „nesouhlasí“.

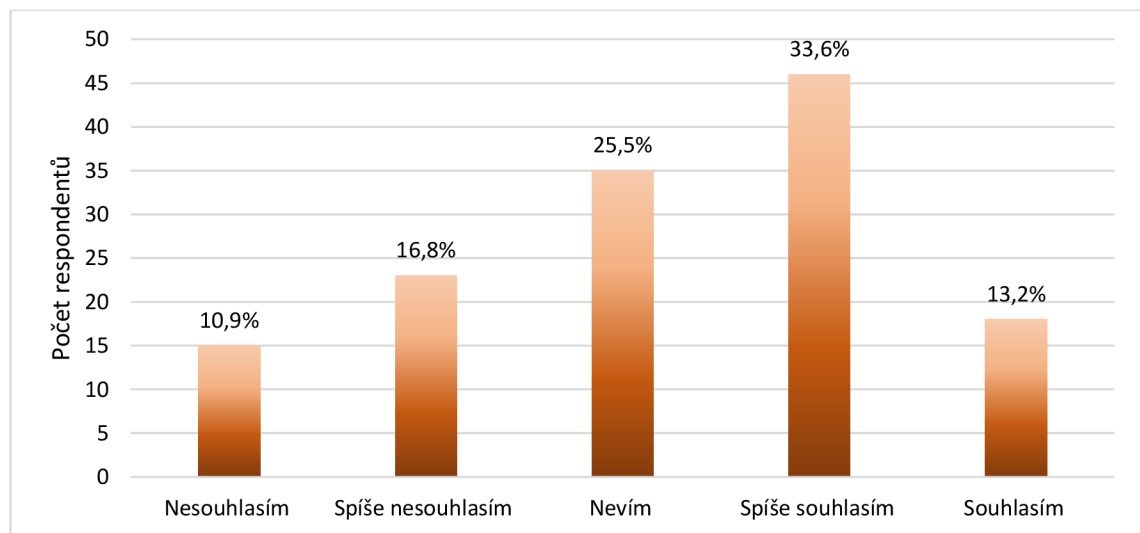
Graf 14 Zjištění kulturních potřeb pacienta v bezvědomí studiem materiálů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tématem grafu 14 je situace, kdy je pacient v bezvědomí a otázkou je, zda bychom měli zjišťovat kulturní potřeby studiem materiálů pro to, abychom mu zajistili co možná největší komfort. Nejvíce volenou odpovědí bylo „spíše nesouhlasím“, konkrétně 49 (35,8 %) respondenty. 36 (26,3 %) respondentů „spíše souhlasí“ s tím, že bychom si měli zjišťovat kulturní potřeby studiem materiálů. Odpověď „nevím“ zvolilo 29 (21,2 %) respondentů. Naopak „nesouhlasí“ 15 (10,9 %) respondentů. 8 (5,8 %) „souhlasí“ se studiem materiálů.

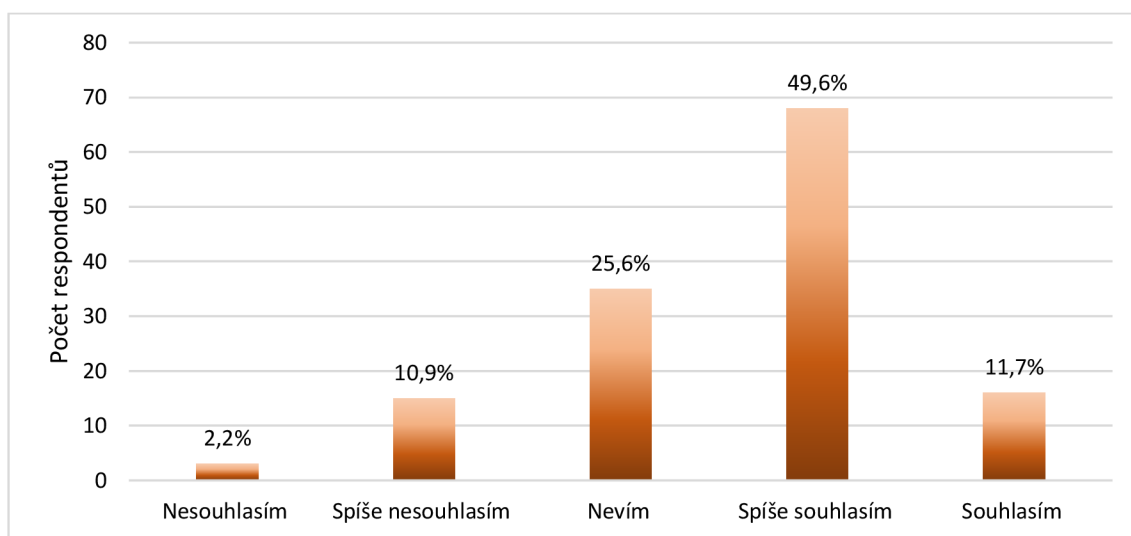
Graf 15 Zvýšení kulturních potřeb v akutních a kritických situacích



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 15 jsou znázorněny odpovědi respondentů na to, zda jsou si vědomi, že v akutních a kritických situacích se kulturní potřeby pacienta zvyšují. Pro odpověď „spíše souhlasím“ se rozhodlo 46 (33,6 %) respondentů. Dále 25 (25,5 %) respondentů odpovědělo „nevím“. 23 (16,8 %) uvedlo „spíše nesouhlasím“, tedy si spíše nejsou vědomi, že v akutních a kritických situacích se kulturní potřeby zvyšují. Pouze 18 (13,2 %) respondentů si toho jsou vědomi, proto zvolili odpověď „souhlasím“. Právý opak si však myslí 15 (10,9 %) respondentů, kteří zvolili odpověď „nesouhlasím“.

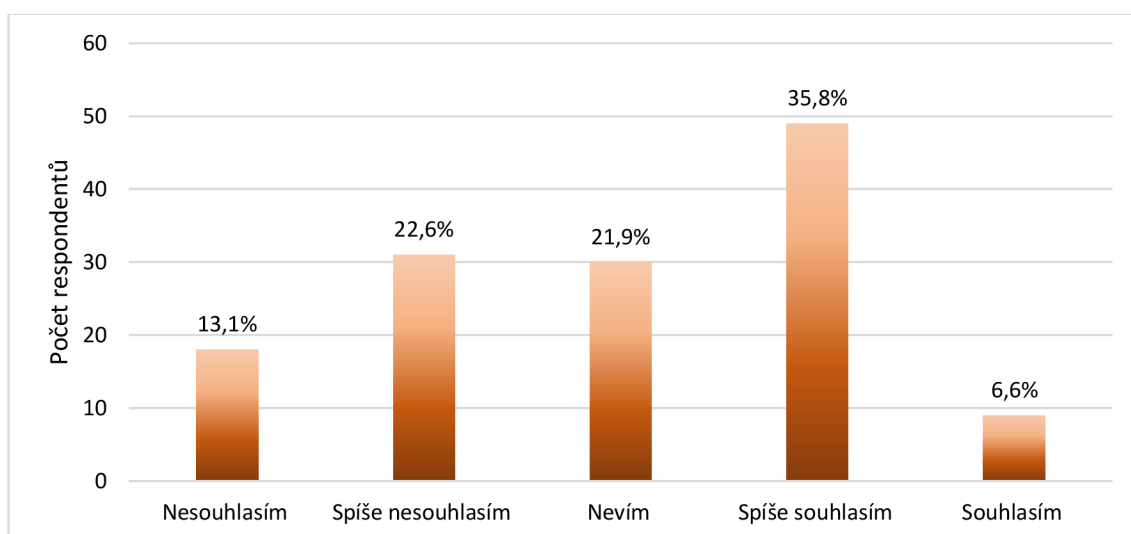
Graf 16 Posouzení aspektů kulturní rozmanitosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 16 jsou nastíněné odpovědi respondentů, zda si myslí, že posouzení aspektů kulturní rozmanitosti u pacienta z odlišné kultury je důležité. Nejvíce respondentů, tedy 68 (49,6 %) uvedlo, že „spíše souhlasí“ s tvrzením, že posouzení aspektů kulturní rozmanitosti u pacienta z odlišné kultury je důležité. Odpověď „nevím“ zvolilo 35 (25,6 %) respondentů. Že posouzení aspektů kulturní rozmanitosti je důležité si myslí 16 (11,7 %) respondentů, proto odpovědělo „souhlasím“. „Spíše nesouhlasí“ 15 (10,9 %) respondentů a „nesouhlasí“ 3 (2,2 %) respondenti.

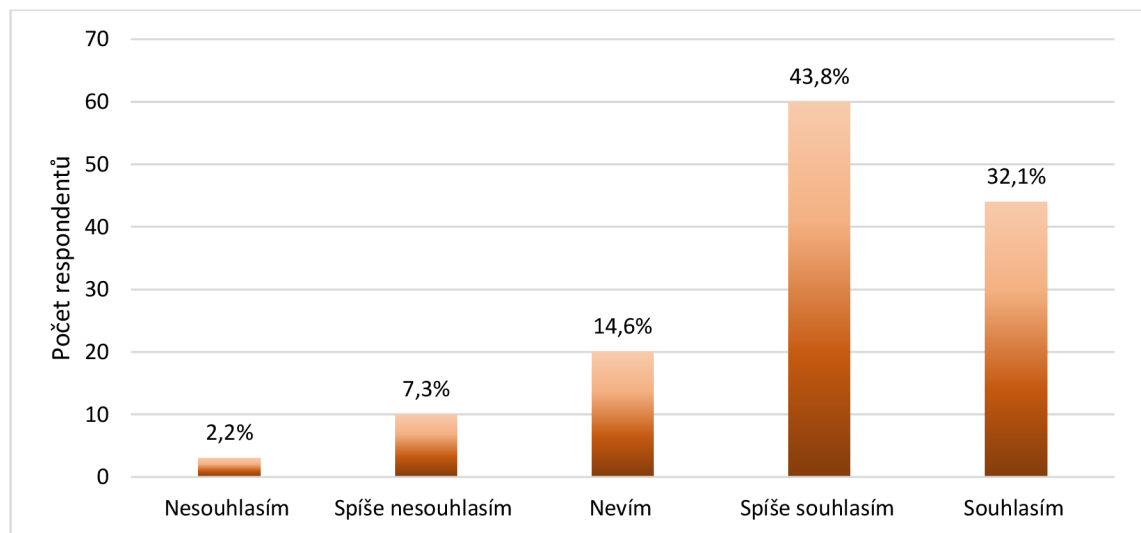
Graf 17 Dodržení spirituálních potřeb pacienta v akutních či kritických situacích



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 17 zachycuje odpovědi respondentů, zda se spirituální potřeby pacienta musí dodržet při akutních či kritických situacích. Nejvíce respondentů, konkrétně 49 (35,8 %), zvolilo možnost „spíše souhlasím“. Opačného názoru, tedy „spíše nesouhlasí“ 31 (22,6 %) respondentů. Svou odpovědí si nejsou jisti, tedy „nevím“ 30 (21,9 %) respondentů. S tím, že by se měly dodržet spirituální potřeby pacienta při akutních či kritických situacích „nesouhlasí“ 18 (13,1 %) respondentů. 9 (6,6 %) respondentů si myslí pravý opak, tedy „souhlasí“.

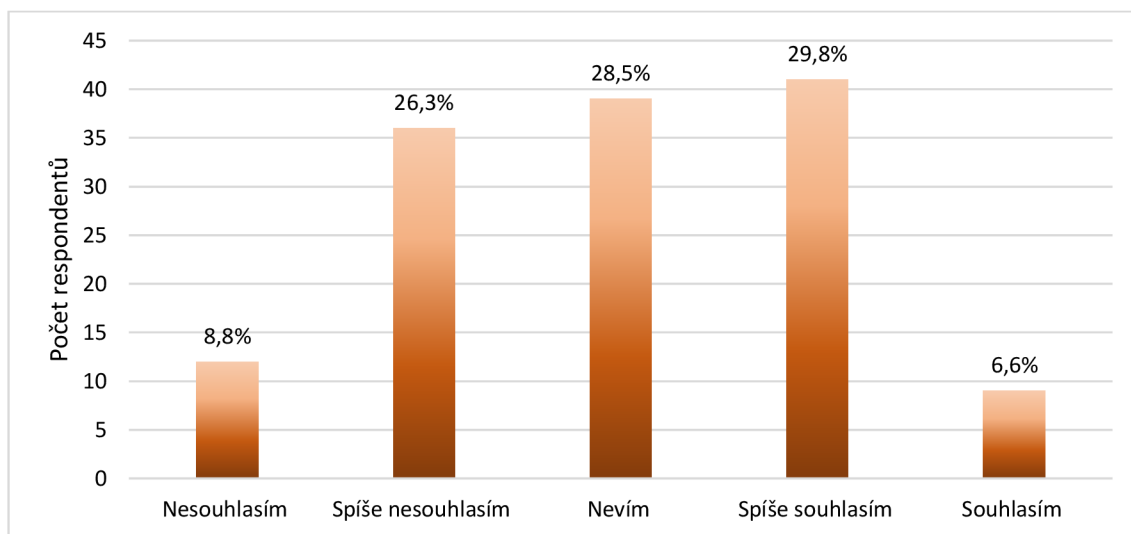
Graf 18 Vnímání principů zdravotní péče pacienty z odlišné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 18 znázorňuje, zda jsou respondenti názoru, že pacienti z odlišné kultury vnímají principy zdravotní péče rozdílně. Dominující odpověď „spíše souhlasím“ zvolilo 60 (43,8 %) respondentů. Pro odpověď „souhlasím“ se rozhodlo 44 (32,1 %) respondentů. 20 (14,6 %) respondentů „nevím“, zda pacienti z odlišné kultury vnímají principy zdravotní péče rozdílně. Možnost „spíše nesouhlasím“ vybralo 10 (7,3 %) respondentů a pouze 3 (2,2 %) respondenti s tímto „nesouhlasí“.

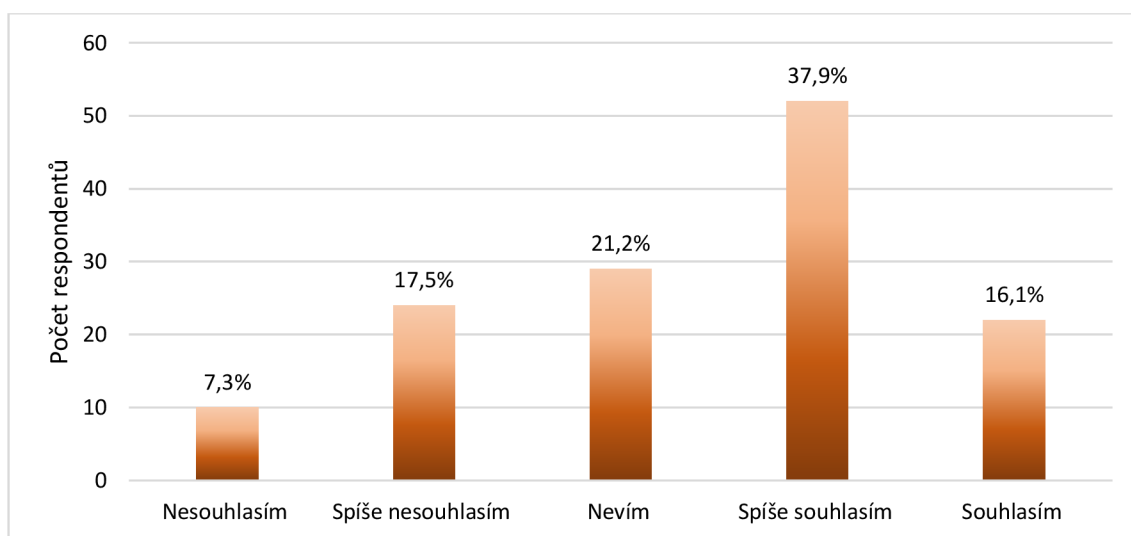
Graf 19 Aplikace modelu zaměřeného na kulturně kompetentní péči



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 19 popisuje, zda bychom měli aplikovat do intenzivní ošetrovatelské péče model, který je zaměřený na kulturně kompetentní péči. 41 (29,8 %) respondentů „spíše souhlasí“, o něco méně, 39 (28,5 %) si nejsou jisti, tedy „neví“. Odpověď „spíše nesouhlasím“ zvolilo 36 (26,3 %) respondentů. 12 (8,8 %) respondentů „nesouhlasí“ s tím, že by se měl aplikovat do intenzivní ošetrovatelské péče model, zaměřený na kulturně kompetentní péči. „Souhlasí“ s tím nejméně, a to 9 (6,6 %) respondentů.

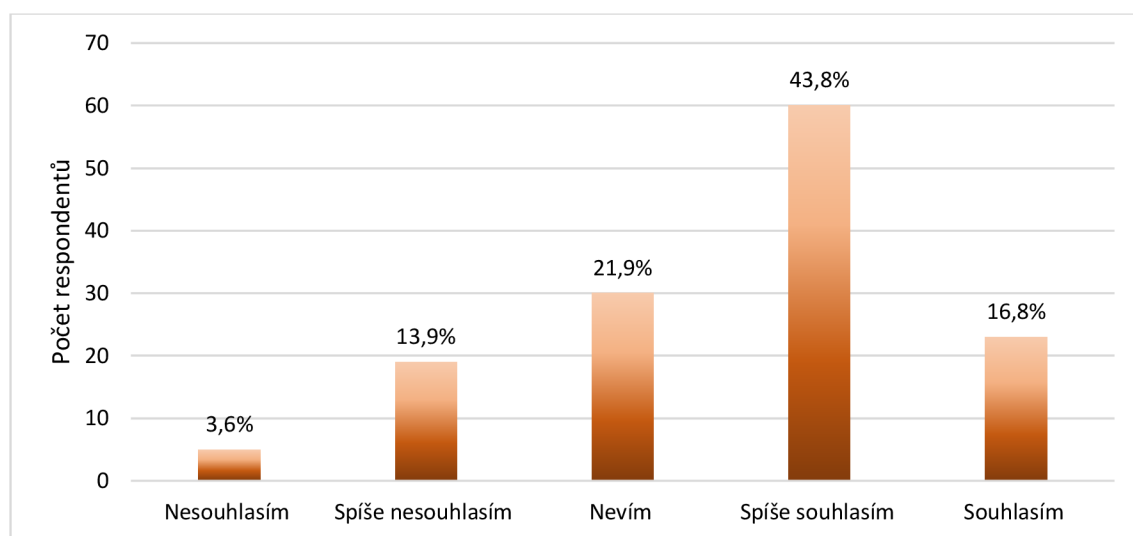
Graf 20 Stereotypizace poškozující přístup k pacientovi



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Ve grafu 20 je nastíněno, zda si jednotliví respondenti myslí, že stereotypizace poškozuje jejich vztah k pacientovi. Nejvíce opakující se odpověď „spíše souhlasím“ zvolilo 52 (37,9 %) respondentů. „Neví“ 29 (21,2 %) respondentů a „spíše nesouhlasí“ 24 (17,5 %). S tím, že stereotypizace poškozuje jejich přístup k pacientovi, „souhlasí“ 22 (16,1 %). Nejméně častou odpovědí bylo „nesouhlasím“, kterou zvolilo 10 (7,3 %) respondentů.

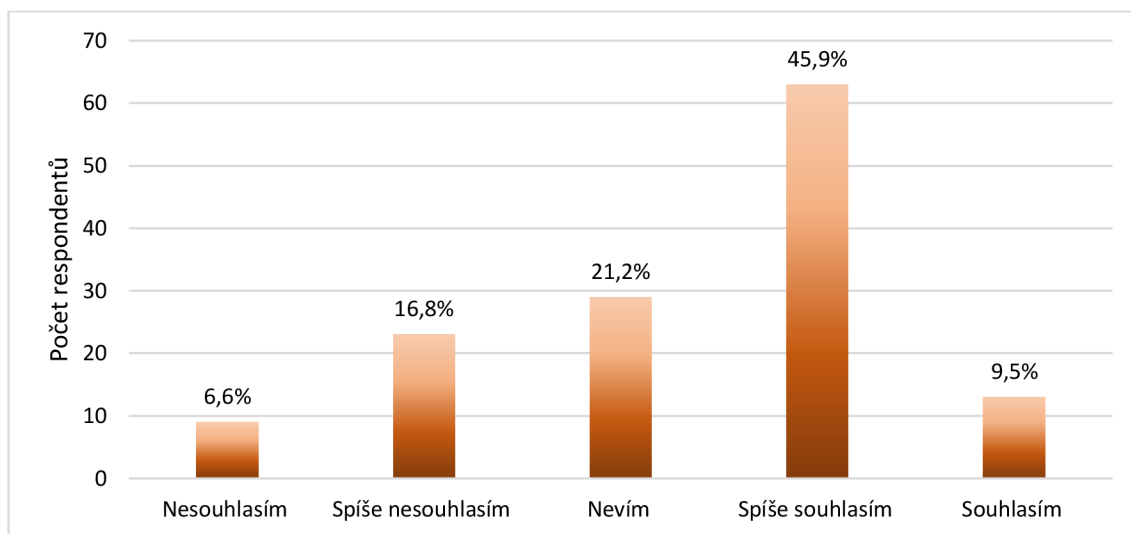
Graf 21 Vzdělávání o kulturních rozmanitostech a rozvoj osobnosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 21 je nastíněno, zda systematické vzdělávání o kulturních rozmanitostech rozvíjí respondentů osobnost. S tímto výrokem „spíše souhlasí“ 60 (43,8 %) z nich. 30 (21,9 %) respondentů „neví“, zda se tímto jejich osobnost rozvíjí. „Souhlasí“ s tím však 23 (16,8 %) respondentů. Odpověď „spíše nesouhlasím“ zvolilo 19 (13,9 %) respondentů a „nesouhlasím“ 5 (3,6 %) respondentů.

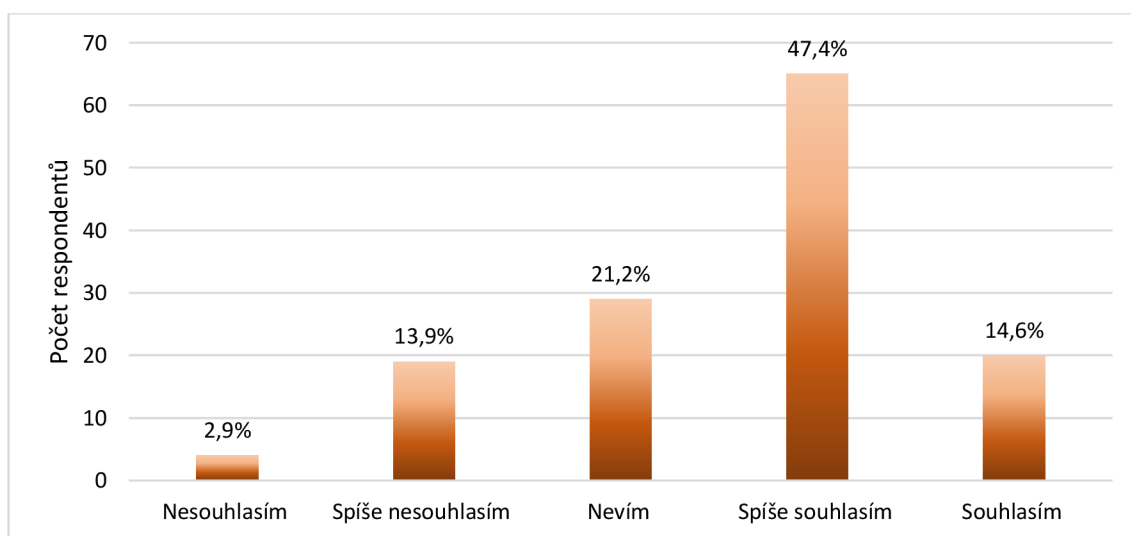
Graf 22 Důležitost kulturně kompetentní ošetrovatelská péče v intenzivní péči



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 22 zobrazuje odpovědi respondentů na téma důležitosti poskytování kulturně kompetentní péče u pacienta z odlišné kultury v intenzivní péči. Nejčastěji volenou odpovědí byla „spíše souhlasím“, konkrétně 63 (45,9 %) respondenty. Druhou nejčastější odpověď „nevím“ byla vybrána 29 (21,2 %) respondenty. 23 (16,8 %) respondentů „spíše nesouhlasí“ s tím, že poskytování kulturně kompetentní péče v intenzivní péči je důležité. V opačném případě, 13 (9,5 %) respondentů s tím „souhlasí“. Nejméně volenou odpovědí od 9 (6,6 %) respondentů byla „nesouhlasím“.

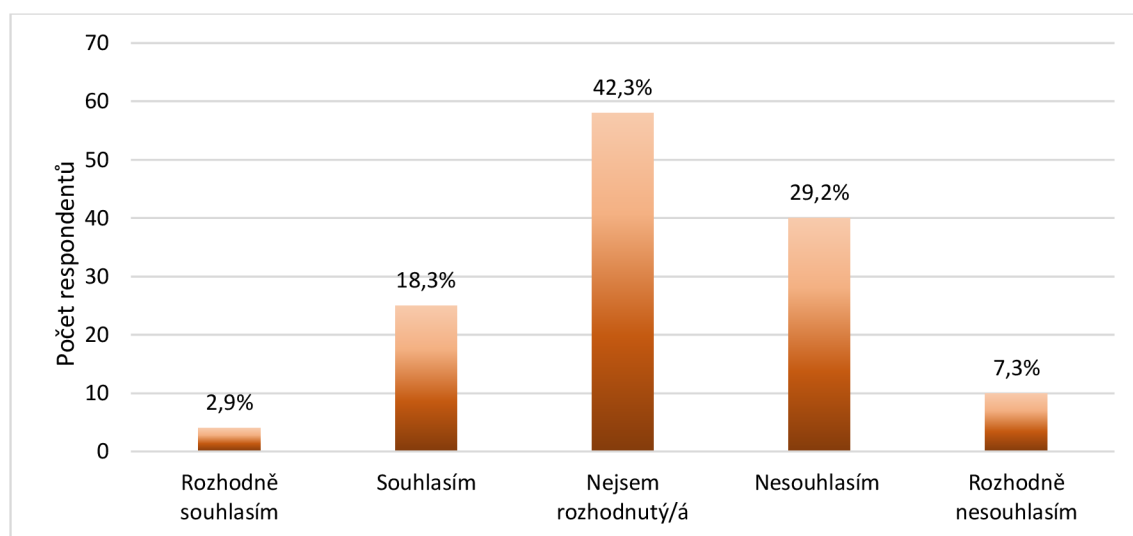
Graf 23 Zohlednění specifických typů onemocnění u pacientů jiné kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Téma zohlednění specifických typů onemocnění u pacientů z odlišné kultury zobrazuje graf 23. Dominující odpověď „spíše souhlasím“ vybralo 65 (47,4 %) respondentů. 29 (21,2 %) respondentů zvolilo možnost „nevím“. 20 (14,6 %) respondentů si myslí, že plánování ošetrovatelské péče má zohlednit specifické typy onemocnění u pacientů z odlišné kultury, a proto jimi byla vybrána možnost „souhlasím“. Pouze o jednoho méně, tedy 19 (13,9 %) zvolilo odpověď „spíše nesouhlasím“ a 4 (2,9 %) s tím „nesouhlasí“.

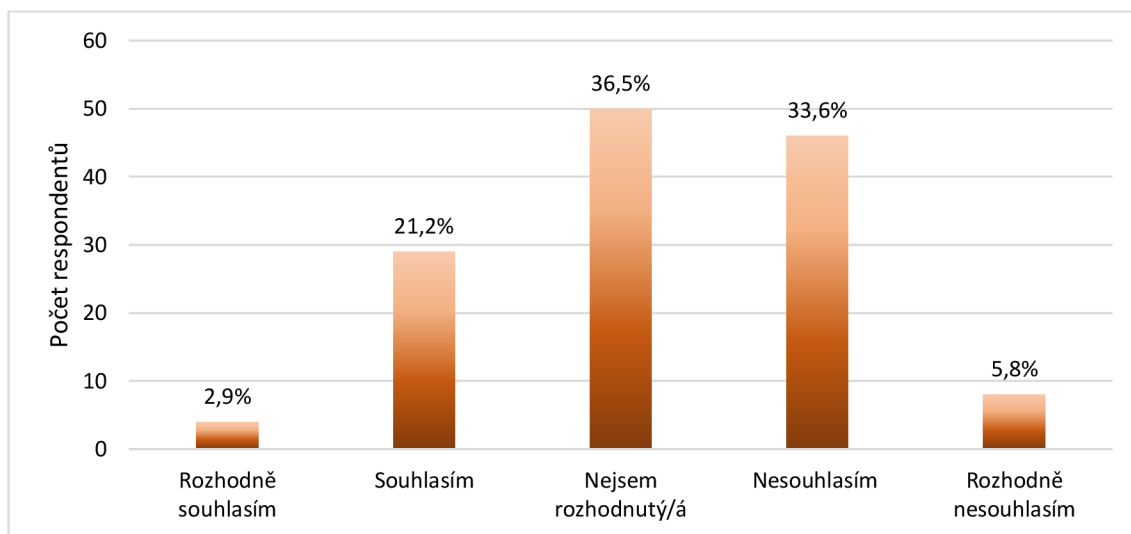
Graf 24 Učení a vedení kolegů ke vnímání rozdílů a podobností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 24 je zaměřen na schopnost učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami. 58 (42,3 %) respondentů „není rozhodnuto“, zda jsou schopni učit a vést kolegy. 40 (29,2 %) respondentů „nesouhlasí“ a 25 (18,3 %) si myslí pravý opak, tedy „souhlasí“. 10 (7,3 %) respondentů „rozhodně nesouhlasí“ s tím, že jsou schopni učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami. 4 (2,9 %) respondentů zvolilo odpověď „rozhodně souhlasím“.

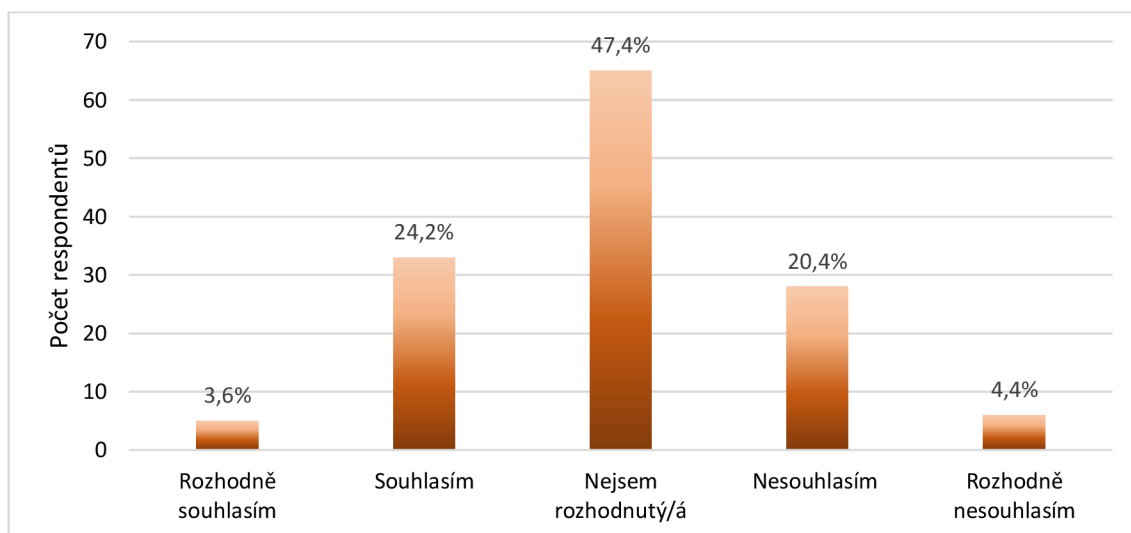
Graf 25 Učení a vedení kolegů k plánování ošetrovatelských intervencí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 25 jsou zahrnuté odpovědi na otázku, zda jsou respondenti schopni učit a vést kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur. Nejčastější odpověď „nejsem rozhodnutý/á“ vybralo 50 (36,5 %) respondentů. 46 (33,6 %) respondentů „nesouhlasilo“ s tím, že by toho byli schopni. Naopak 29 (21,2 %) respondentů vybralo odpověď „souhlasím“. Možnost „rozhodně nesouhlasím“ zvolilo 8 (5,8 %) respondentů a „rozhodně souhlasím“ zvolili 4 (2,9 %) respondentů.

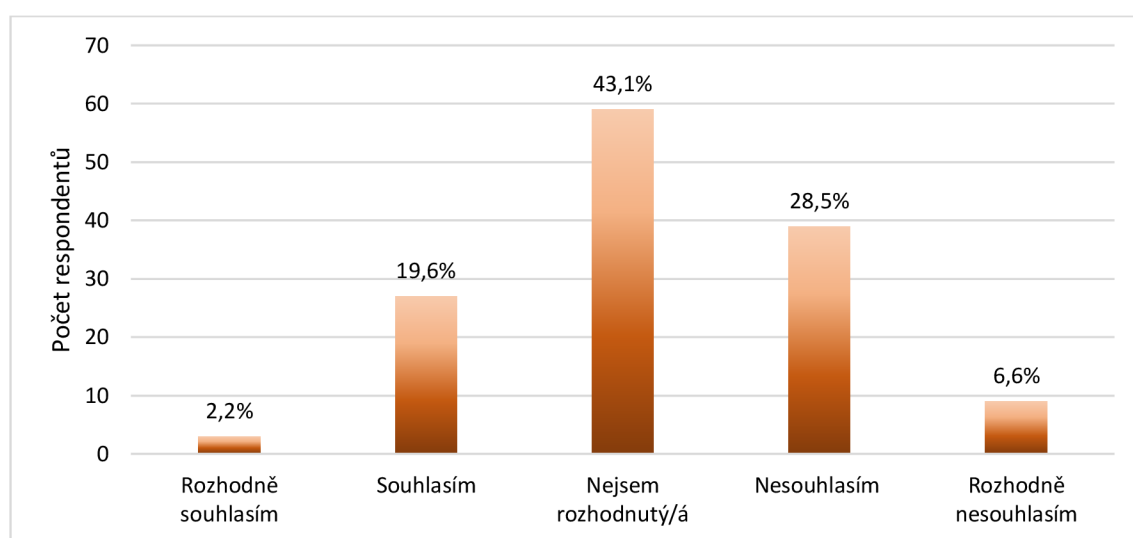
Graf 26 Ilustrování komunikačních dovedností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 26 je nastíněno, zda jsou respondenti schopni na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty/klienty z různých kultur. Téměř polovina, konkrétně 65 (47,4 %) respondentů zvolilo odpověď „nejsem rozhodnutý/á“. Možnost „souhlasím“ vybralo 33 (24,2 %) respondentů a možnost „nesouhlasím“ vybralo 28 (20,4 %) respondentů. 6 (4,4 %) respondentů si myslí, že nedokáží na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty/klienty z různých kultur, proto volili odpověď „rozhodně nesouhlasím“. Na druhé straně je však 5 (3,6 %) respondentů, kteří si myslí, že to dokáží, proto jejich odpověď byla „rozhodně souhlasím“.

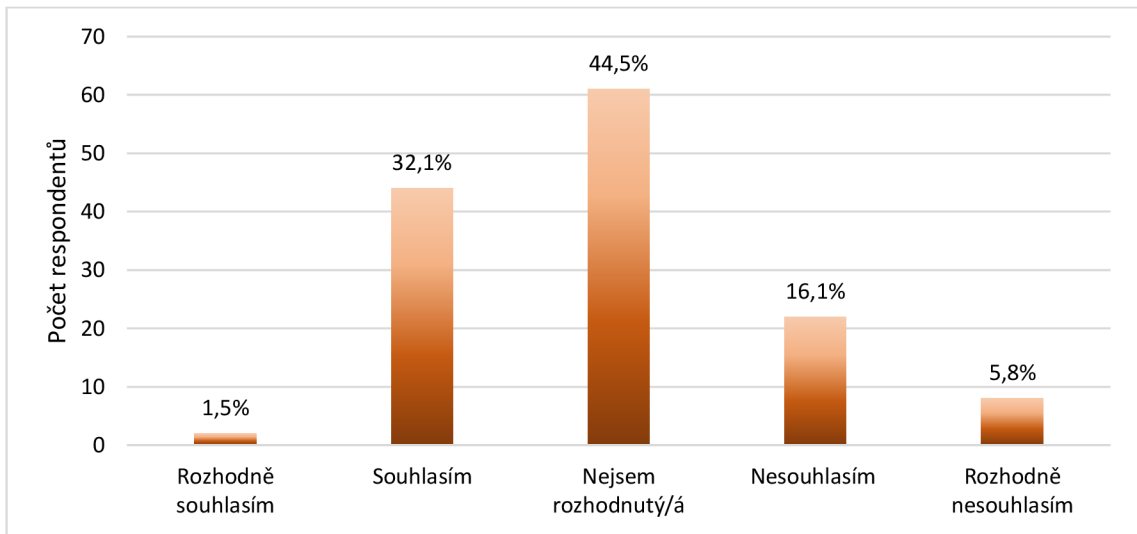
Graf 27 Schopnost učít a vést kolegy ke komunikačním dovednostem



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 27 zachycuje odpovědi respondentů na schopnost učít a vést kolegy ke komunikačním dovednostem pro pacienty/klienty z různých kultur. Odpověď „nejsem rozhodnutý/á“ byla vybrána 59 (43,1 %) respondenty. Možnost „nesouhlasím“ vybralo 39 (28,5 %) respondentů a „souhlasím“ 27 (19,6 %) respondentů. 9 (6,6 %) respondentů si myslí, že nedokáží učít a vést kolegy ke komunikačním dovednostem pro pacienty/klienty z různých kultur, protože vybrali odpověď „rozhodně nesouhlasím“. Nejméně volená možnost „rozhodně souhlasím“, byla vybrána 3 (2,2 %) respondenty.

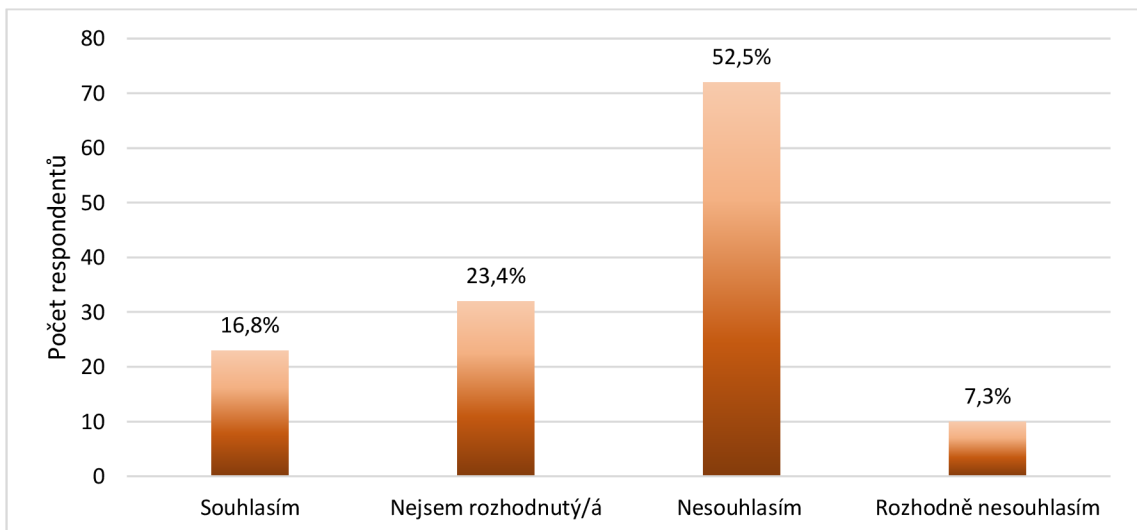
Graf 28 Schopnost vysvětlit vliv kulturních faktorů na postoj ke zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 28 prezentuje schopnosti respondentů, dokázat pacientům/klientům z různých etnických skupin vysvětlit vliv kulturních faktorů na postoj/přístup ke zdraví/nemoci. „Není rozhodnuto“ 61 (44,5 %) respondentů. Naopak s tím „souhlasí“ 44 (32,1 %) respondentů a 22 (16,1 %) jich s tím „nesouhlasí“. 8 (5,8 %) respondentů vybralo možnost „rozhodně nesouhlasím“. Nejméně volená možnost „rozhodně souhlasím“, byla vybrána pouze 2 (1,5 %) respondenty.

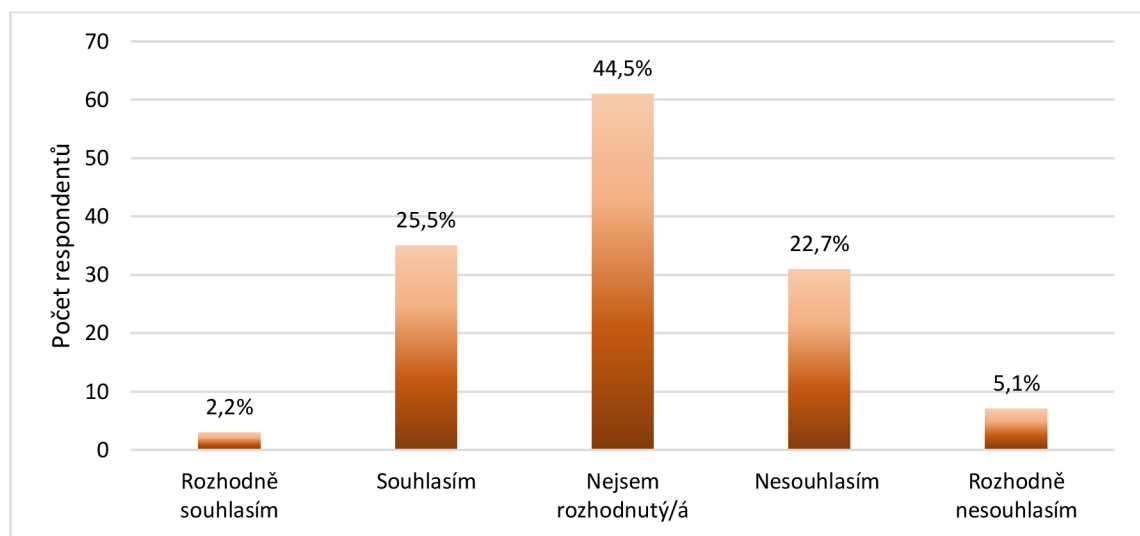
Graf 29 Shromažďování informací o postoji/přístupu ke zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 29 zobrazuje výsledky na otázku, zda je dle názoru respondentů, shromažďování informací o postoji/přístupu pacienta/klienta ke zdraví/nemoci velmi snadné. Dominující odpověď „nesouhlasím“ byla interpretována od 72 (52,5 %) respondentů. Již méně častá možnost „nejsem rozhodnutý/á“ byla vybrána 32 (23,4 %) respondenty a odpověď „souhlasím“ pouze 23 (16,8 %). S tvrzením, že shromažďování informací o postoji/přístupu pacienta/klienta ke zdraví/nemoci je velmi snadné, „rozhodně nesouhlasí“ 10 (7,3 %) respondentů. Možnost „rozhodně souhlasím“ nebyla zvolena žádným respondentem.

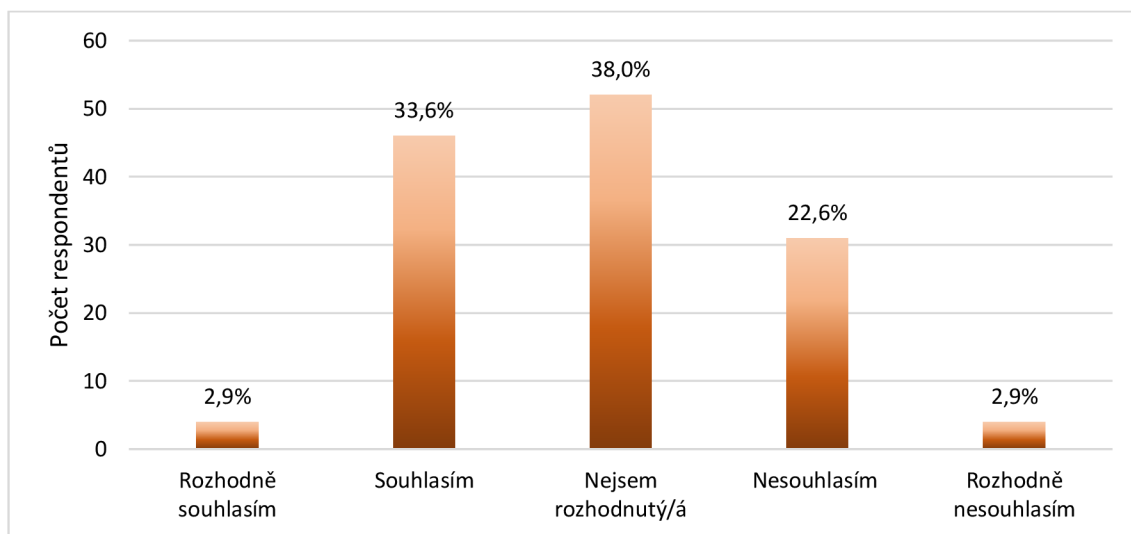
Graf 30 Schopnost učit a vést kolegy ke kulturnímu vnímání



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 30 se zabývá otázkou, zda jsou respondenti schopni učit a vést kolegy ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci. 61 (44,5 %) respondentů „není rozhodnuto“, zda by toho byli schopni. 35 (25,5 %) jich však „souhlasí“, že by dokázali tímto způsobem učit a vést kolegy a 31 (22,7 %) jich „nesouhlasí“. Dokázat učit a vést kolegy ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci 7 (5,1 %) respondentů „rozhodně nesouhlasí“. Nejméně častou odpověď byla „rozhodně souhlasím, zvolená 3 (2,2 %) respondenty.

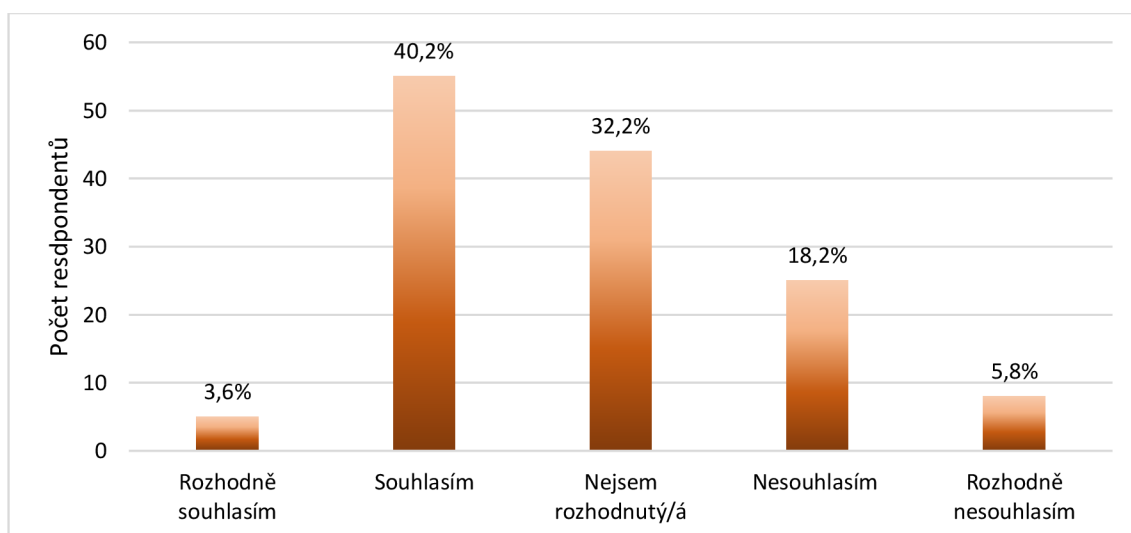
Graf 31 Schopnost učit a vést kolegy ke vhodnému chování



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 31 popisuje, zda si respondenti myslí, že dokážou učit a vést kolegy ke vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům z různých kultur. Nejvíce z nich, konkrétně 52 (38,0 %) „není rozhodnuto“. Dále 46 (33,6 %) respondentů „souhlasí“ a 31 (22,6 %) jich „nesouhlasí“. Pouze 4 (2,9 %) z respondentů „rozhodně nesouhlasí“ a stejný počet jich naopak „rozhodně souhlasí“.

Graf 32 Obeznamení s kulturními znalostmi týkající se zdraví/nemoci

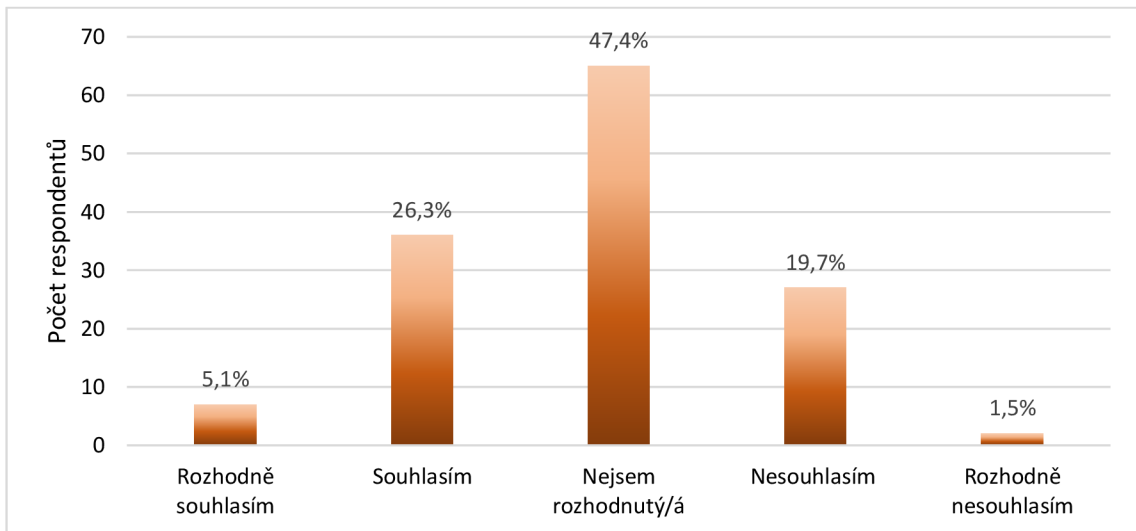


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 32 popisuje obeznámení respondentů s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví a/nebo nemoci. Největší počet o 55 (40,2 %) respondentech se rozhodlo

pro odpověď „souhlasím“. Druhá nejčastější odpověď „nejsem rozhodnutý/á“ vybralo 44 (32,2 %) respondentů. 25 (18,2 %) respondentů „nesouhlasí“ s tvrzením, že jsou obeznámeni s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví a/nebo nemoci. „Rozhodně nesouhlasí“ 8 (5,8 %) respondentů. „Rozhodně souhlasím“ byla však nejméně volenou možností, konkrétně od 5 (3,6 %) respondentů.

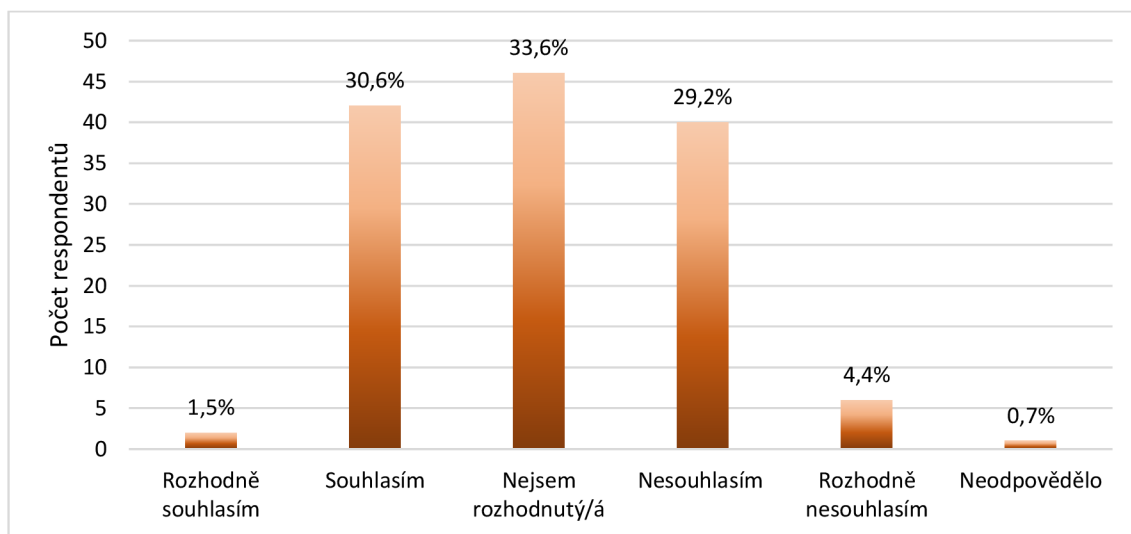
Graf 33 Umění vysvětlit vliv kultury na pacienty/názory v oblasti zdraví/nemoci



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 33 jsou znázorněny odpovědi respondentů na téma umění vysvětlení vlivu kultury na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci. „Nejsem rozhodnutý/á“ byla odpověď od 65 (47,4 %) respondentů a „souhlasím“ od 36 (26,3 %). „Nesouhlasí“ s tím však 27 (19,7 %) respondentů. 7 (5,1 %) respondentů „souhlasí“ s tím, že uměli vysvětlit vliv kultury na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci. Pouze 2 (1,5 %) z nich s tím „rozhodně nesouhlasí“.

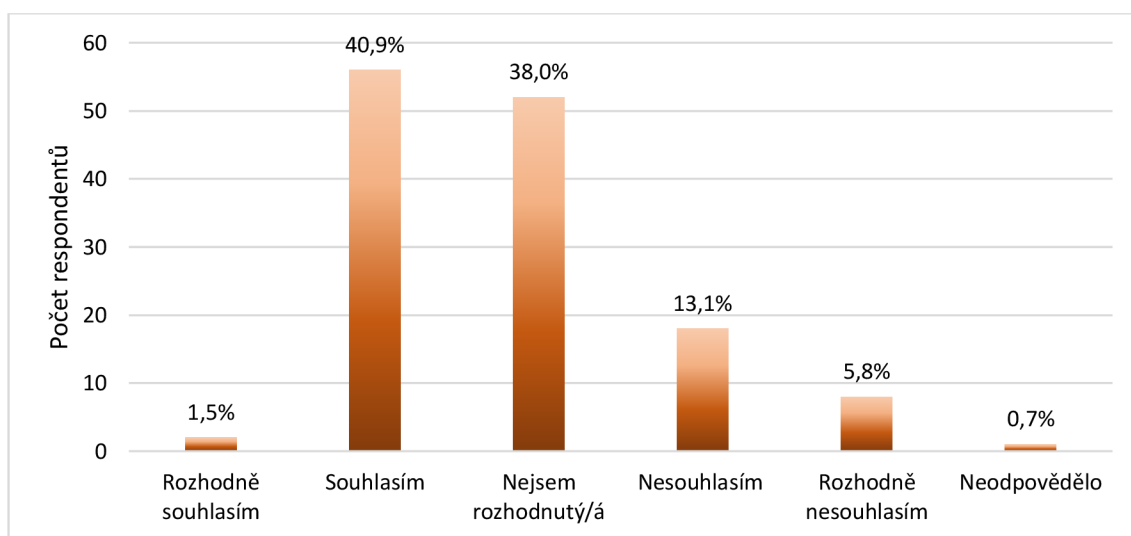
Graf 34 Umění vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 34 je znázorněno umění respondentů vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech. Nejvíce volenou odpovědí byla „nejsem rozhodnutý/á“, konkrétně 46 (33,6 %) respondenty. Ihned za ní následovala odpověď „souhlasím“, kterou vybralo 42 (30,6 %) respondentů. 40 (29,2 %) respondentů „nesouhlasí“ s tím, že by byli schopni vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech. „Rozhodně nesouhlasí“ 6 (4,4 %) z nich a 2 (1,5 %) naopak „rozhodně souhlasí“. Těto otázky se nezúčastnil 1 (0,7 %) respondent.

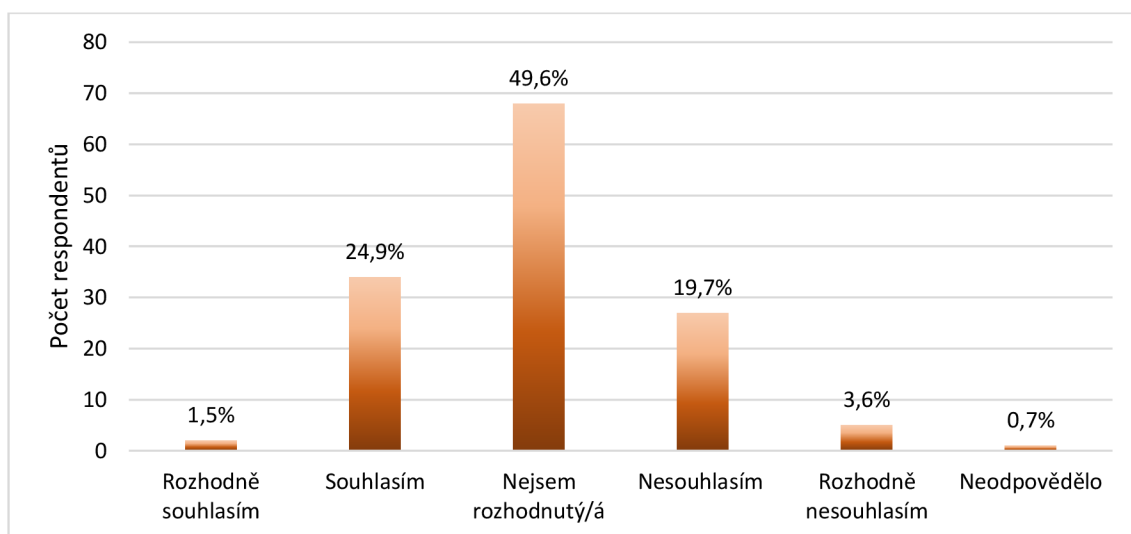
Graf 35 Schopnost porovnat názory na zdraví/nemoc



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Schopnost dokázat porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur je znázorněna v grafu 35. „Souhlasím“ byla odpověď od 56 (40,9 %) respondentů. Druhou nejčastěji volenou možností bylo od 52 (38,0 %) „nejsem rozhodnutý/á“. S tím, že mají respondenti schopnost dokázat porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur „nesouhlasí“ 18 (13,1 %) respondentů a „rozhodně nesouhlasí“ 8 (5,8 %). Nejméně častá odpověď „rozhodně souhlasím“ byla vybrána pouze 2 (1,5 %) respondenty. 1 (0,7 %) z nich neodpověděl.

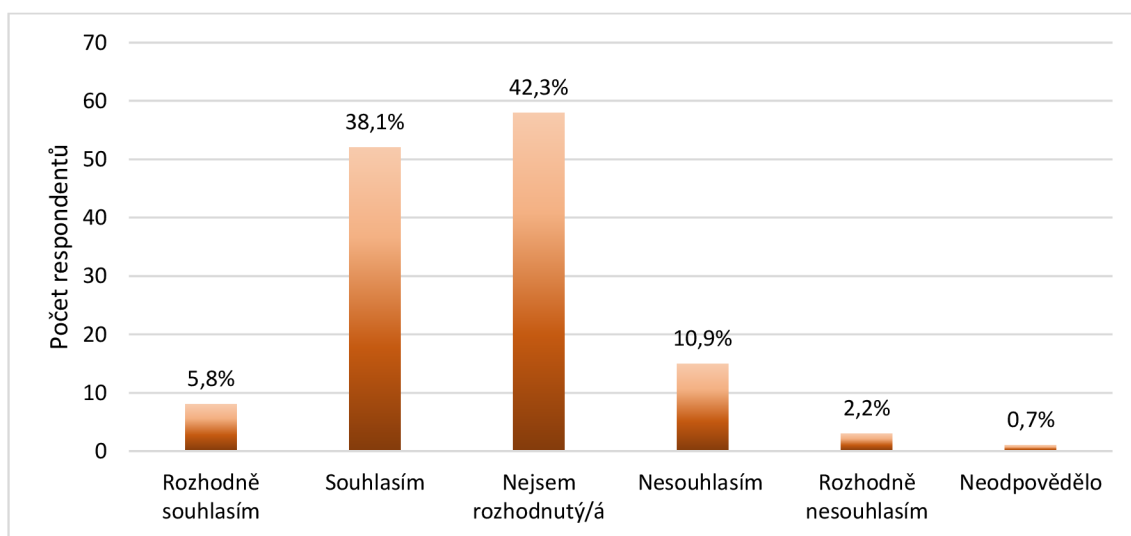
Graf 36 Schopnost snadno identifikovat potřeby pacienta



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 36 je znázorněno, jak jsou respondenti, dle jejich slov, snadno identifikovat potřeby péče o pacienta/klienta z různých kultur. Téměř polovina, konkrétně 68 (49,6 %), zvolila odpověď „nejsem rozhodnutý/á“. Dále 34 (24,9 %) respondentů „souhlasí“ s tím, že by byli schopni snadno identifikovat potřeby péče o pacienta/klienta z různých kultur. Odpověď „nesouhlasím“ vybralo 27 (19,7 %) respondentů a 5 (3,6 %) jich vybralo „rozhodně nesouhlasím“. Nejmenší zastoupení měla možnost „rozhodně souhlasím“, kterou vybrali pouze 2 (1,5 %) respondenti. 1 (0,7 %) z respondentů se otázky nezúčastnil.

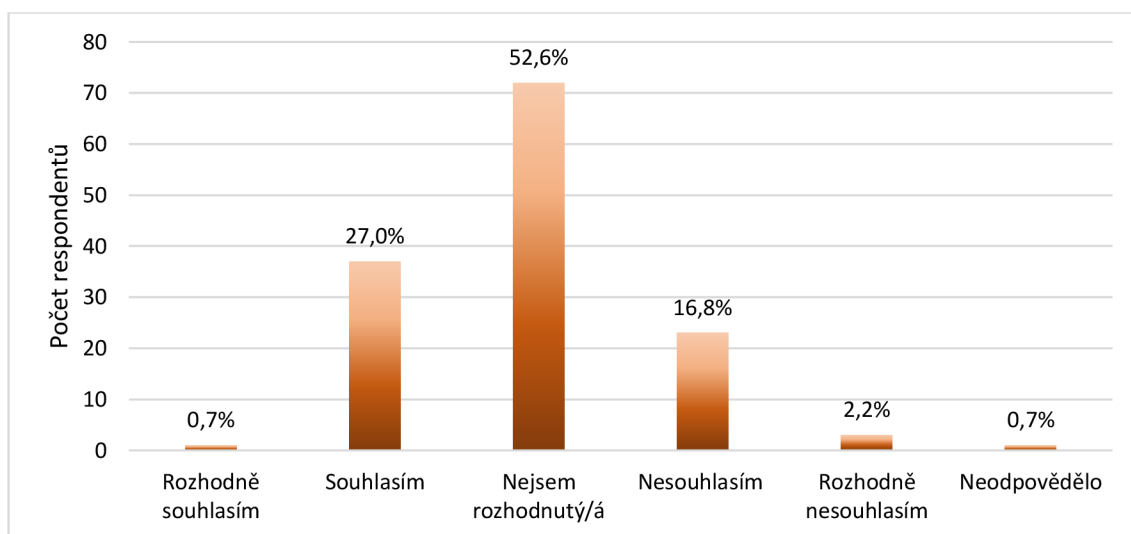
Graf 37 Schopnost naplňovat potřeby pacienta



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 37 je nastíněno provádění ošetrovatelských činností respondenty, a zároveň naplnění potřeb pacienta/klienta z různých kultur. Většina z respondentů, 58 (42,3 %), se shodla na tom, že „nejsou rozhodnutí“. Druhou nejčastější odpověď „souhlasím“ vybralo 52 (38,1 %) respondentů. 15 (10,9 %) respondentů „nesouhlasí“ s tím, že by byli schopni při provádění ošetrovatelských činností naplňovat potřeby pacienta/klienta z různých kultur. Opačného názoru je 8 (5,8 %) respondentů, kteří odpověděli „rozhodně souhlasím“. 3 (2,2 %) respondenti „rozhodně nesouhlasí“, což je zároveň nejméně zastoupenou odpovědí. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

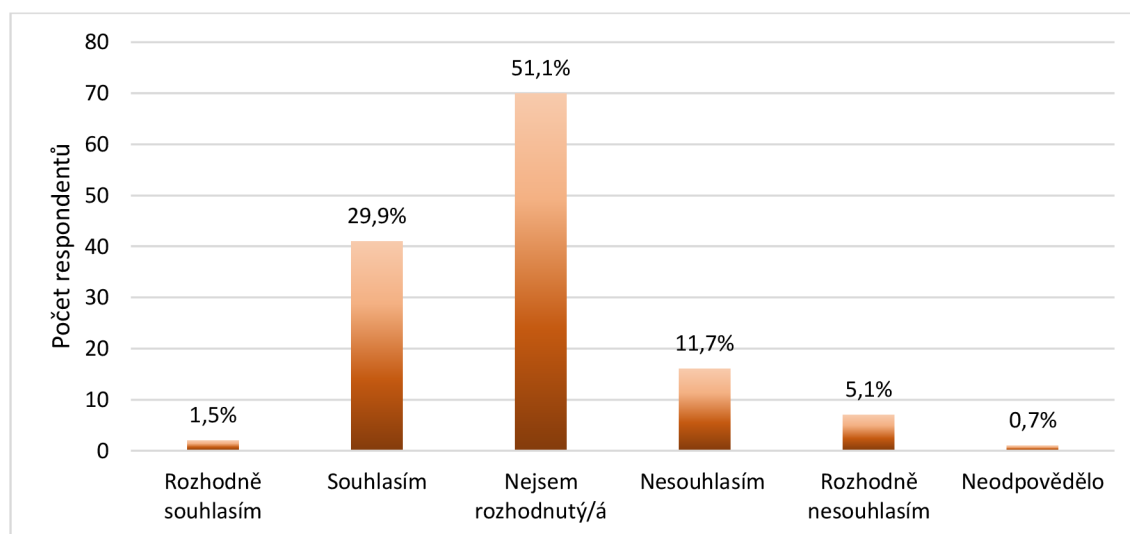
Graf 38 Umění vysvětlit vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 38 se zabývá otázkou umění vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou u pacientů/klientů. Nadpoloviční část o 72 (52,6 %) respondentech získala odpověď „nejsem rozhodnutý/á“. Dále si 37 (27,0 %) respondentů myslí, že umí vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou u pacientů/klientů, proto vybrali možnost „souhlasím“. Naopak s tím „nesouhlasí“ 23 (16,8 %) respondentů a „rozhodně nesouhlasí“ 3 (2,2 %). Pouze 1 (0,7 %) respondent s tím „rozhodně souhlasí“. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

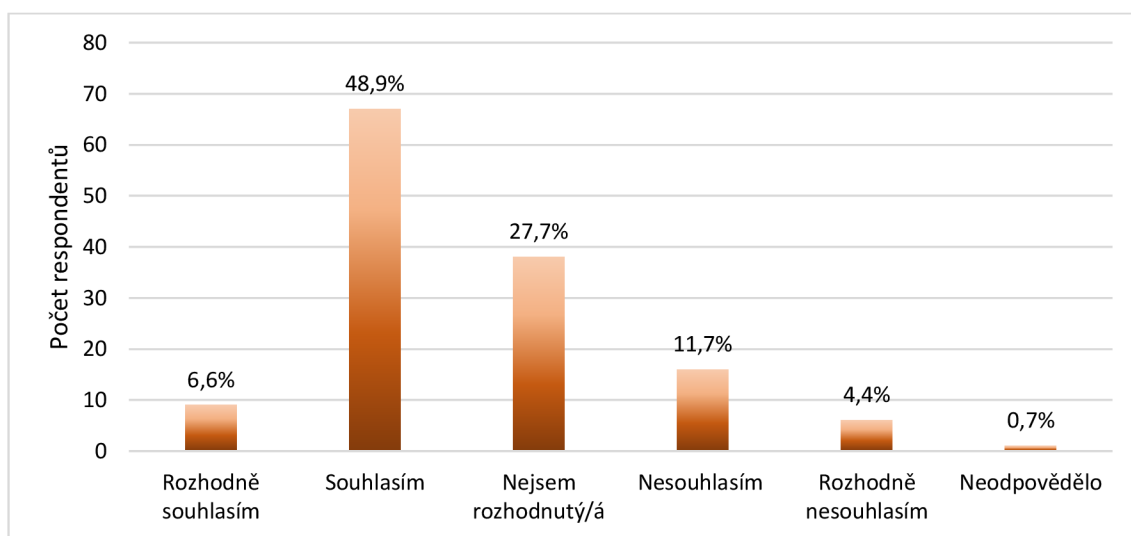
Graf 39 Schopnost stanovit ošetrovatelské cíle dle kulturního prostředí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 39 se zabývá schopností respondentů stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta. Nejčastější odpověď „nejsem rozhodnutý/á“ byla vybrána 70 (51,1 %) respondenty. Druhá nejčastější odpověď „souhlasím“ byla zvolena 41 (29,9 %) respondenty. 16 (11,7 %) jich „nesouhlasí“ s tím, že by dokázali stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta. Dále s tím „rozhodně nesouhlasí“ 7 (5,1 %) respondentů. Opačného názoru jsou 2 (1,5 %) respondenti, kteří s tím „rozhodně souhlasí“. 1 (0,7 %) z respondentů neodpověděl.

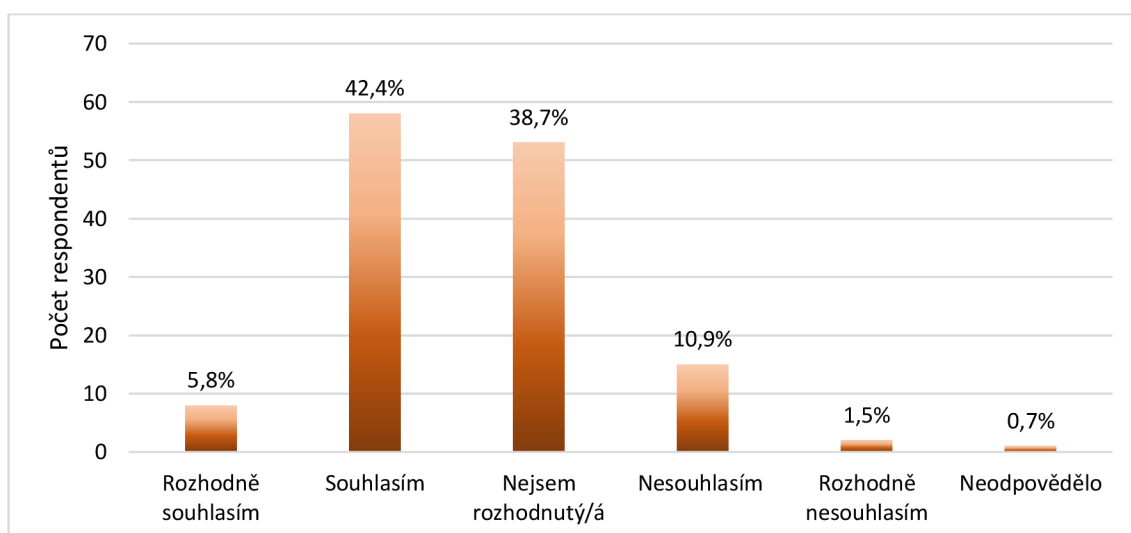
Graf 40 Snaha o porozumění víře



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tématem grafu 40 je komparace odpovědí respondentů na otázku, zda se obvykle snaží porozumět víře různých kulturních skupin. 67 (48,9 %) s tímto „souhlasí“, avšak 38 (27,7 %) jich „není rozhodnuto“. 16 (11,7 %) respondentů „nesouhlasí“ s tím, že by se aktivně snažili porozumět víře různých kulturních skupin. 9 (6,6 %) respondentů vybralo odpověď „rozhodně souhlasím“ a 6 (4,4 %) zvolilo odpověď „rozhodně nesouhlasím“. 1 (0,7 %) respondent nevybral žádnou z odpovědí“.

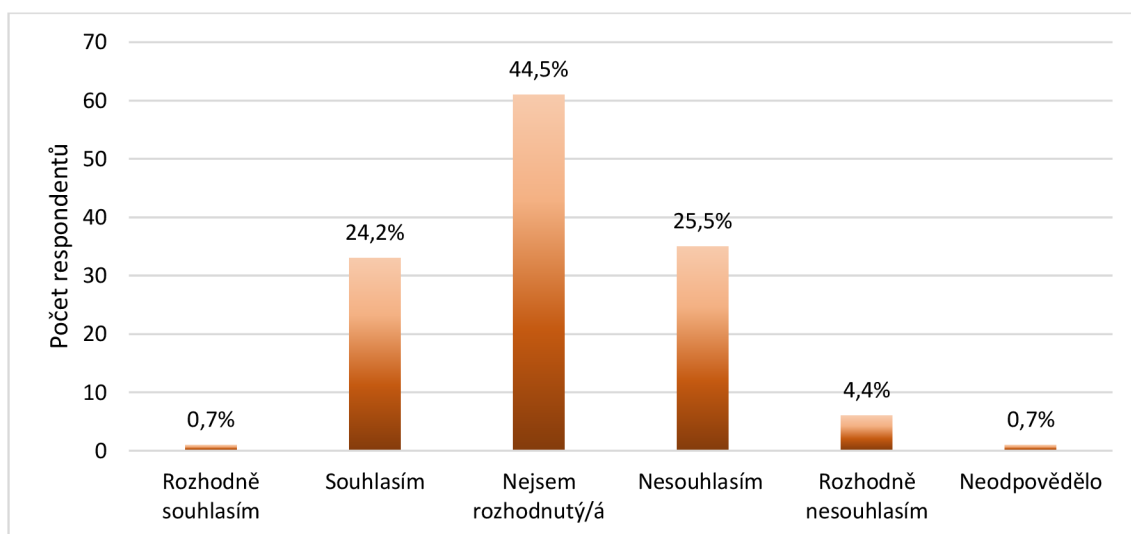
Graf 41 Neodlišnost v chování k pacientům různých kultur



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 41 vyobrazuje názory respondentů na téma péče o pacienty/klienty z různých kultur, kdy se jejich chování obvykle příliš neliší od jejich kulturních norem. 58 (42,4 %) respondentů s tímto „souhlasí“ a 53 (38,7 %) „není rozhodnuto“. Odpověď „nesouhlasím“ vybralo 15 (10,9 %) respondentů. Opačného názoru je 8 (5,8 %) respondentů, kteří vybrali možnost „rozhodně souhlasím“. Pouze 2 (1,5 %) „rozhodně nesouhlasí“, že by se jejich chování při péči o pacienty/klienty z různých kultur lišilo od jejich kulturních norem. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

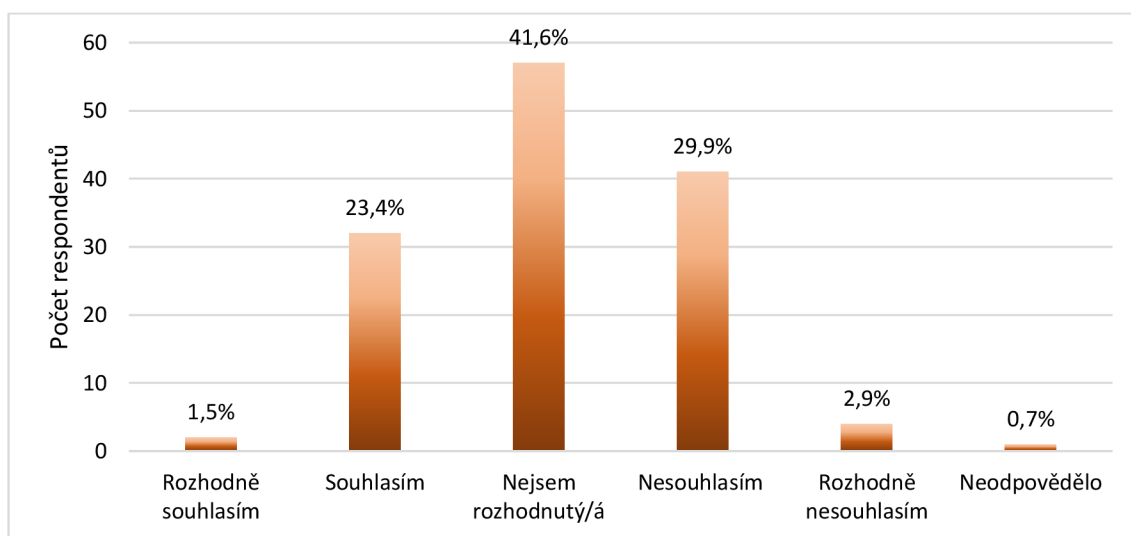
Graf 42 Schopnost učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 42 se zaměřuje na schopnost respondentů učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami, přičemž u této otázky „není rozhodnuto“ 61 (44,5 %) respondentů. Dále jich 35 (25,5 %) „nesouhlasí“ a 33 (24,2 %) „souhlasí“. 6 (4,4 %) „rozhodně nesouhlasí“ s tím, že disponují touto schopností. Pouze 1 (0,7 %) z respondentů „rozhodně souhlasí“, tedy si myslí, že je schopen učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami. 1 (0,7 %) respondent opět neodpověděl.

Graf 43 Schopnost učit a vést kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí



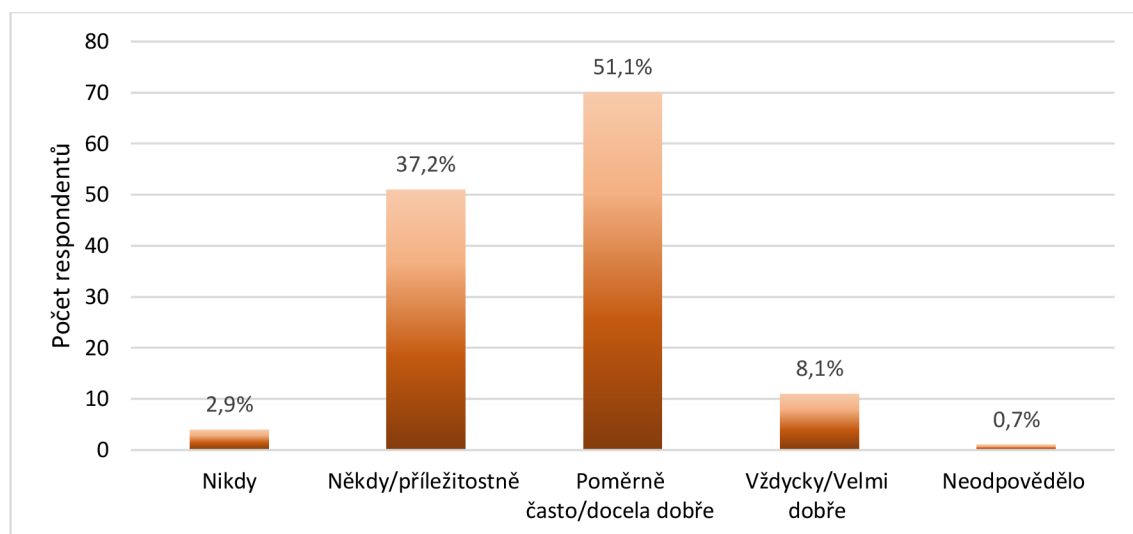
(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zaměřenost grafu 43 se ubírá ke schopnostem učit a vést kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur. Nejpočetnější skupina o 57 (41,6 %) respondentech se rozhodla pro odpověď „nejsem rozhodnutý/á“. 41 (29,9 %) „nesouhlasí“ a 32 (23,4 %) „souhlasí“. 4 (2,9 %) respondentů zvolili odpověď „rozhodně nesouhlasím“, tudíž si myslí, že nedokážou učit a vést kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur. Opačné s odpovědí „rozhodně souhlasím“ tvrdí 2 (1,5 %) respondenti. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

5.1.2 Výsledky standardizované části dotazníku

Respondenti měli v první sadě otázek vybrat jednu z pěti odpovědí na jednotlivé otázky. Jejich odpovědi mohli být „rozhodně souhlasím“, „souhlasím“, „nejsem rozhodnutý/á“, „nesouhlasím“, „rozhodně nesouhlasím“. V druhé sadě otázek měli možnost vybrat ze čtyř možností. Mezi možností výběru patřila odpověď „nikdy“, „někdy/příležitostně“, „poměrně často/docela dobře“, „vždycky/velmi dobře“.

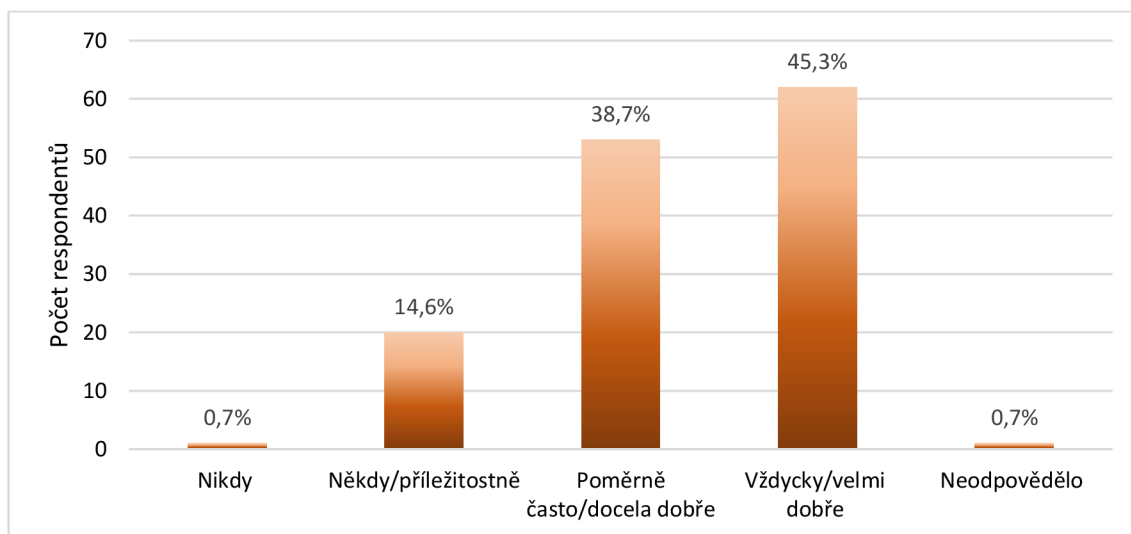
Graf 44 Má hodnotová diverzita



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 44 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, že lidskou odlišnost považují za pozitivní a za důvod k radosti. 70 (51,1 %) respondentů zvolilo odpověď „poměrně často/docela dobře“, což bylo zároveň nejčastější odpovědí. 51 (37,2 %) respondentů si myslí, že „někdy/příležitostně“ považují lidskou odlišnost za pozitivní a za důvod k radosti. Možnost „vždycky/velmi dobře“ zvolilo 11 (8,1 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měla odpověď „nikdy“, kterou označili 4 (2,9 %) respondenti. 1 (0,7 %) z celkového počtu 137 (100 %) respondentů, neodpověděl na tuto otázku.

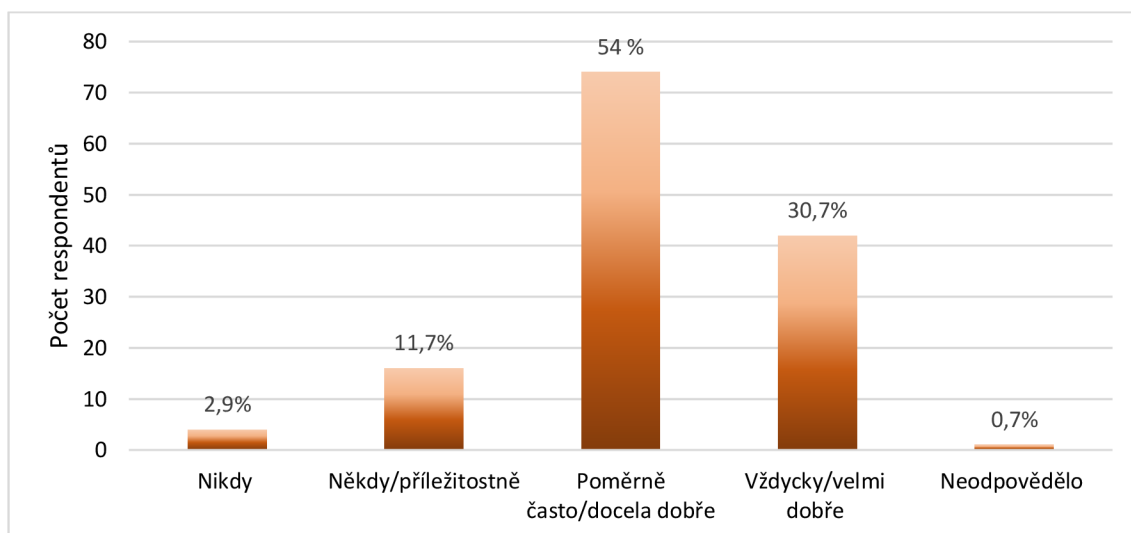
Graf 45 Mé poznání sebe sama



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 45 nastiňuje, zda respondenti vnímají svou vlastní etnickou, kulturní a rasovou identitu. Nejčastější odpověď „vždycky/velmi dobře“ zvolilo 62 (45,3 %) respondentů. Následovalo tvrzení „poměrně často/docela dobře“ od 53 (38,7 %) respondentů. 20 (14,6 %) respondentů tvrdí, že „někdypřležitostně“ vnímají svou vlastní etnickou, kulturní a rasovou identitu. 1 (0,7 %) odpověděl, že ji nevnímá „nikdy“ a 1 (0,7 %) neodpověděl.

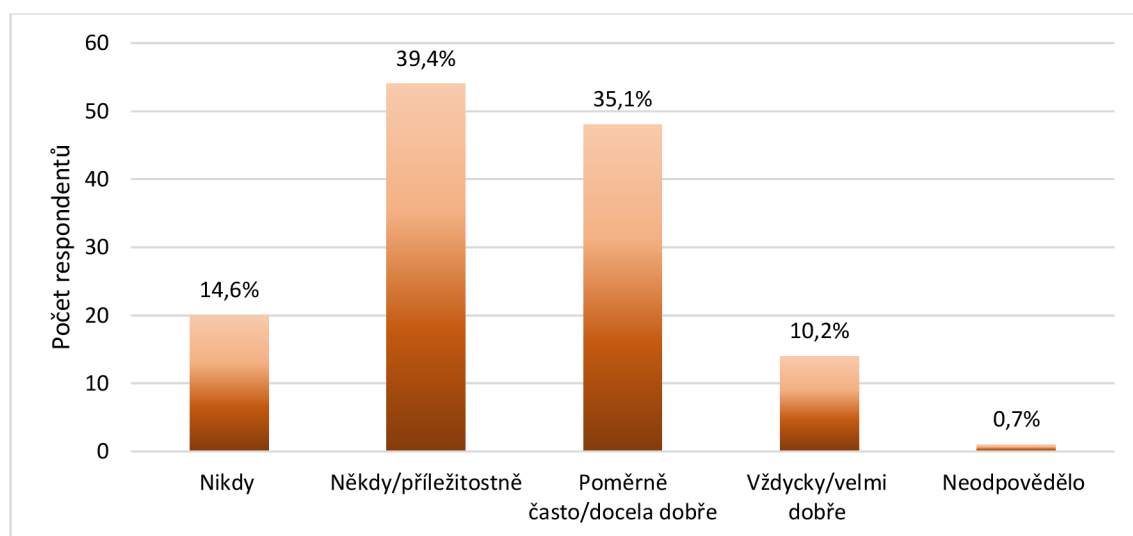
Graf 46 Sdílení mé kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 46 představuje schopnost uvědomění si, že se chce daný respondent dozvědět více o ostatních, že musí porozumět své vlastní kultuře a být připraven se o ni podělit. 74 (54 %) respondentů si „poměrně často/docela dobře“ uvědomuje aspekty týkající se sdílení vlastní kultury. Odpověď „vždycky/velmi dobře“ zvolilo 42 (30,7 %). Pouze 16 (11,7 %) respondentů odpovědělo „někdy/příležitostně“. 4 (2,9 %) respondentů si „nikdy“ neuvědomuje aspekty týkající se sdílení vlastní kultury. 1 (0,7 %) neodpověděl.

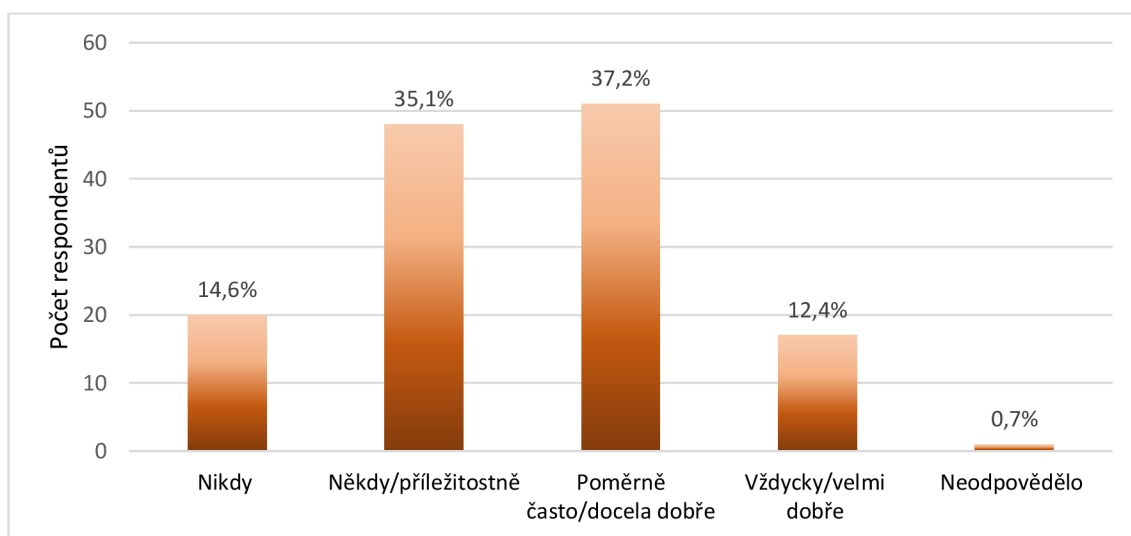
Graf 47 Uvědomění si diskomfortních zón



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 47 se zabývá uvědoměním si diskomfortních zón. Zda si je respondent vědom svého diskomfortu, když se setkává s odlišnostmi rasy, barvy pleti, náboženství, sexuální orientace, jazyka a etnického původu. Nejčastěji volenou odpovědí bylo „někdy/příležitostně“ v 54 (39,4 %) případech. Druhou nejčastější odpovědí bylo „poměrně často/docela dobře“, kterou volilo 48 (35,1 %) respondentů. Při setkání s odlišnostmi lidí si pocit diskomfortu „nikdy“ neuvědomuje 20 (14,6 %) respondentů. Nejméně zastoupenou odpověď „vždycky/velmi dobře“ uvedlo 14 (10,2 %) respondentů. Na otázku neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

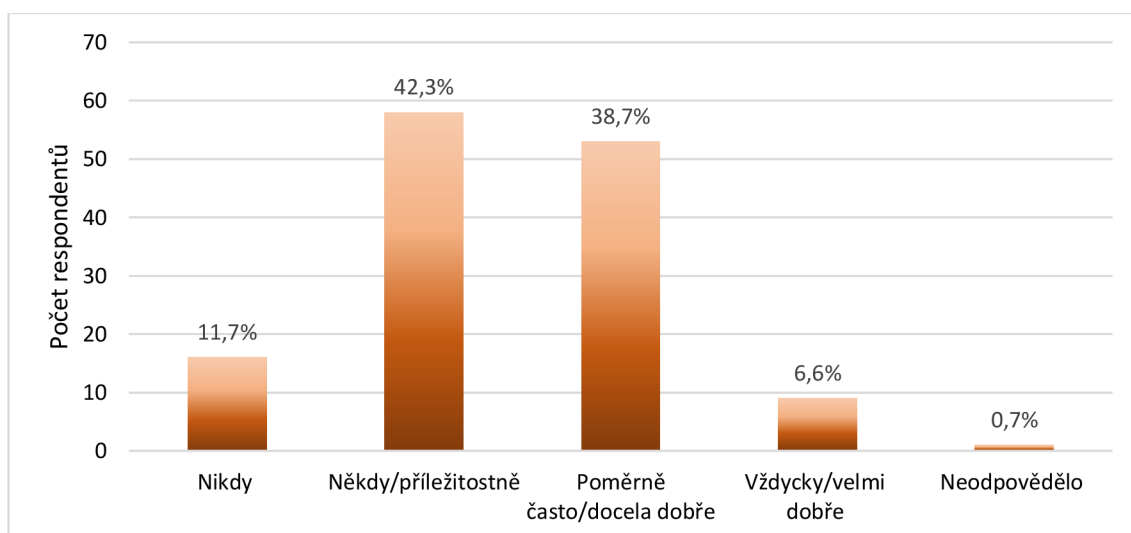
Graf 48 Kontrola svých předpokladů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 48 znázorňuje, zda si respondenti uvědomují své předsudky o lidech z jiných kultur, než je ta jejich. 51 (37,2 %) respondentů si „poměrně často/docela dobře“ si uvědomují své předsudky. 48 (35,1 %) si je uvědomují „někdy/příležitostně“. Odpověď „nikdy“ zvolilo 20 (14,6 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měla odpověď „vždycky/velmi dobře“ týkající se 17 (12,4 %) respondentů. 1 (0,7 %) z respondentů neodpověděl.

Graf 49 Zpochybnění stereotypů

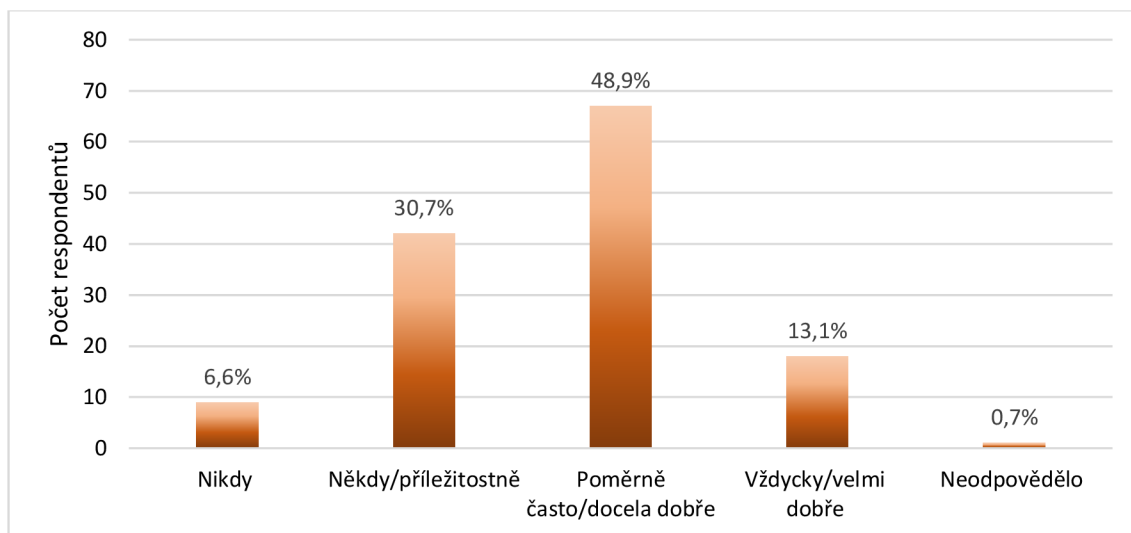


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 49 znázorňuje, zda si respondenti uvědomují své stereotypy, které se u nich objevují, a zda si vyvinuli osobní strategie pro snížení škod, které způsobují. Zde se dostalo

poměrně jasných odpovědí, kdy si to 58 (42,3 %) uvědomuje „někdy/příležitostně“ a 53 (38,7 %) „poměrně často/docela dobře“. „Nikdy“ si to neuvědomuje 16 (11,7 %) respondentů. Nejméně zastoupenou odpovědí bylo „vždycky/velmi dobře“ při 9 (6,6 %) respondentech. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

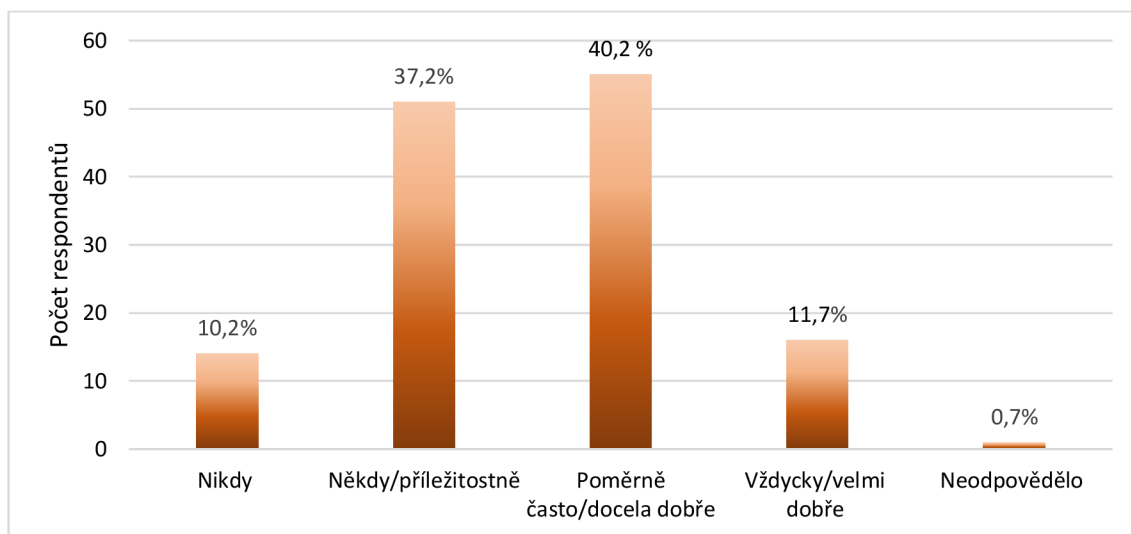
Graf 50 Reflexe vlivu vlastní kultury na úsudek



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 50 znázorňuje výsledky odpovědí na otázku, zda si respondent uvědomuje, jak jeho vlastní kultura ovlivňuje jeho úsudek o tom, co je vhodné, normální nebo lepší chování, hodnoty a styly komunikace. 67 (48,9 %) respondentů si to uvědomuje „poměrně často/docela dobře“. „Někdy/příležitostně“ odpovědělo 42 (30,7 %) respondentů. Odpověď „vždycky/velmi dobře“ zvolilo 18 (13,1 %) respondentů. Vlivu vlastní kultury na úsudek si neuvědomuje 9 (6,6 %) respondentů, tedy zvolili odpověď „nikdy“. 1 (0,7 %) neodpověděl.

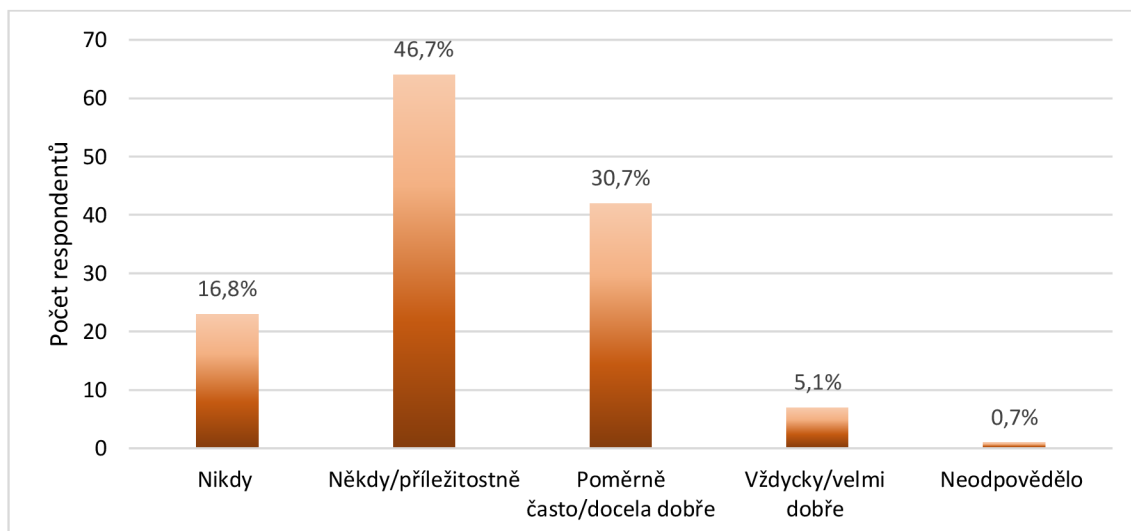
Graf 51 Přijetí nejednoznačností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 51 se zabývá tématem přijetí nejednoznačností. Respondenti měli odpovědět, zda souhlasí s tím, že může existovat nejistota napříč kulturními situacemi a to, že nejistota ho může znervózňovat. Může to pro ně také znamenat, že nereagují rychle a nevěnují čas k získání dalších informací, které potřebují. 55 (40,2 %) respondentů nejčastěji odpovídalo, že s tímto tvrzením souhlasí „poměrně často/docela dobře“. Jen o pár méně, konkrétně 51 (37,2 %) respondentů odpověděli „někdy/příležitostně“. Ve velkém odstupu byla odpověď „vždycky/velmi dobře“, kterou zvolilo 16 (11,7 %) respondentů. Nejméně častou odpovědí bylo „nikdy“ při 14 (10,2 %) respondentech. Neodpověděl 1 (0,7 %).

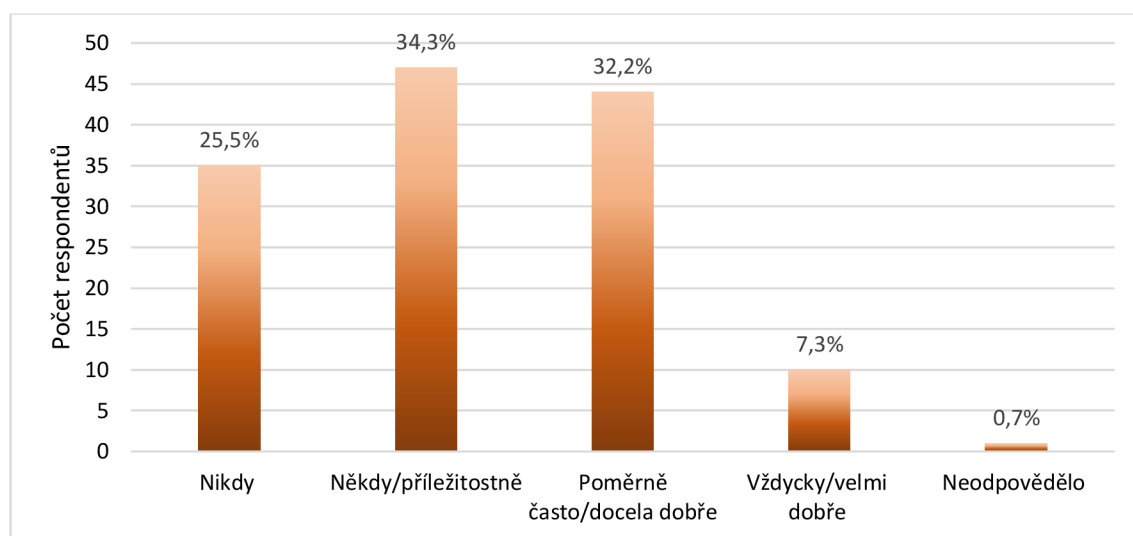
Graf 52 Zvědavost



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 52 představuje, jak často respondenti využívají každé příležitosti, aby se dostali na místa, kde se mohou učit o odlišnostech a vytvářet vztahy. Odpověď „někdy/příležitostně“ zvolilo 64 (46,7 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo „poměrně často/docela dobře“, kterou označilo 42 (30,7 %) respondentů. Příležitosti „nikdy“ nevyužívá 23 (16,8 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měla odpověď „vždycky/velmi dobře“ při 7 (5,1 %) respondentech. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

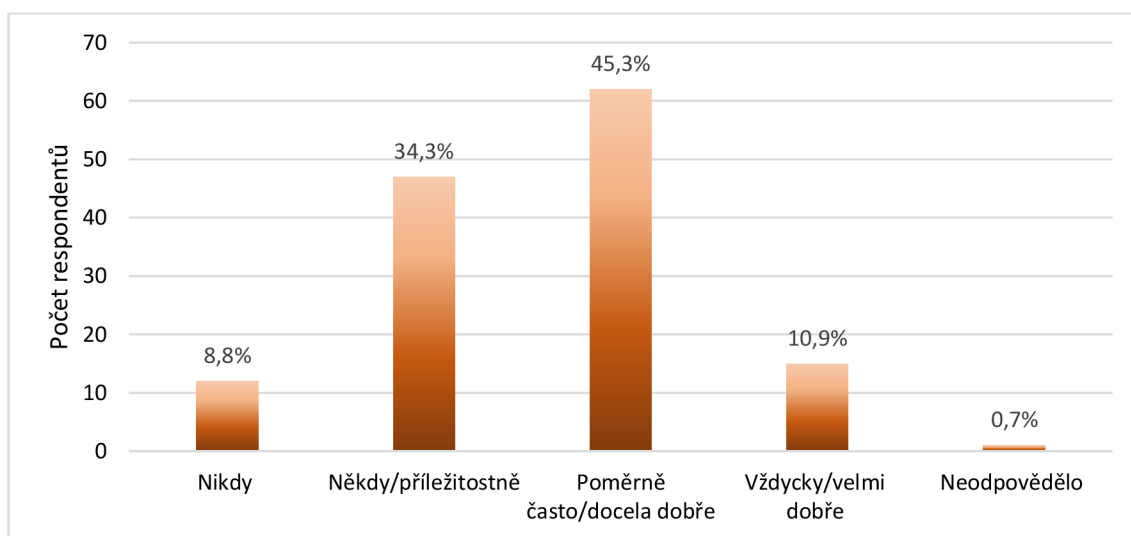
Graf 53 Jsem-li Čech/Češka, uvědomuji si své privilegium



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 53 popisuje, jak si respondenti uvědomují své privilegium, v případě, že jsou Češi/Češky a pracují s osobou z jiného kulturního prostředí či osobou s jinou barvou pleti, jsou srozuměni s tím, že budou bráni jako osoby s mocí a že možná nebudou vnímáni jako nezaujatí nebo jako přítel/kyně. Z grafu vyplývá, že si toto privilegium uvědomuje „někdy/příležitostně“ 47 (34,3 %) respondentů. „Poměrně často/docela dobře“ si to uvědomuje 44 (32,2 %) respondentů. V opačném případě si to „nikdy“ neuvědomuje 35 (25,5 %) respondentů. Zbýlých 10 (7,3 %) respondentů zvolilo odpověď „vždycky/velmi dobře“. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

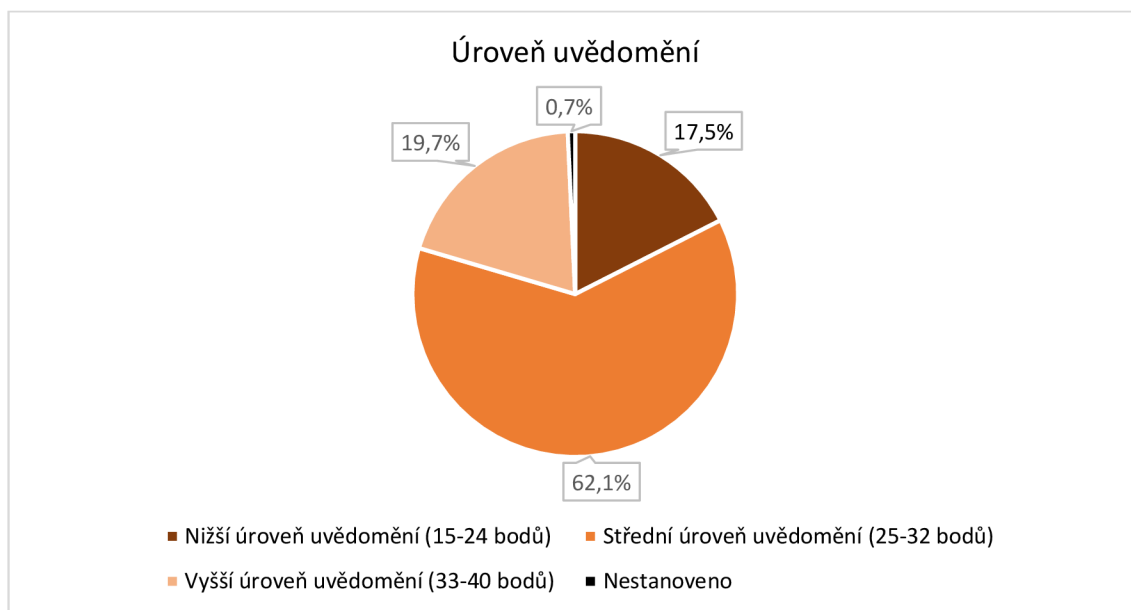
Graf 54 Povědomí o otázkách sociální spravedlnosti



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Uvedený graf 54 se zabývá otázkou, zda si je respondent vědom vlivu sociálního kontextu na životy kulturně odlišných obyvatel a toho, jak moc privilegia a sociálního útlaku ovlivňují jejich životy. „Poměrně často/docela dobře“ byla odpověď u 62 (45,3 %) respondentů. Odpověď „někdypříležitostně“ označilo 47 (34,3 %) respondentů. Vlivu sociálního kontextu si je „vždycky/velmi dobře“ vědomo 15 (10,9 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měla odpověď „nikdy“, což zvolilo 12 (8,8 %) respondentů. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

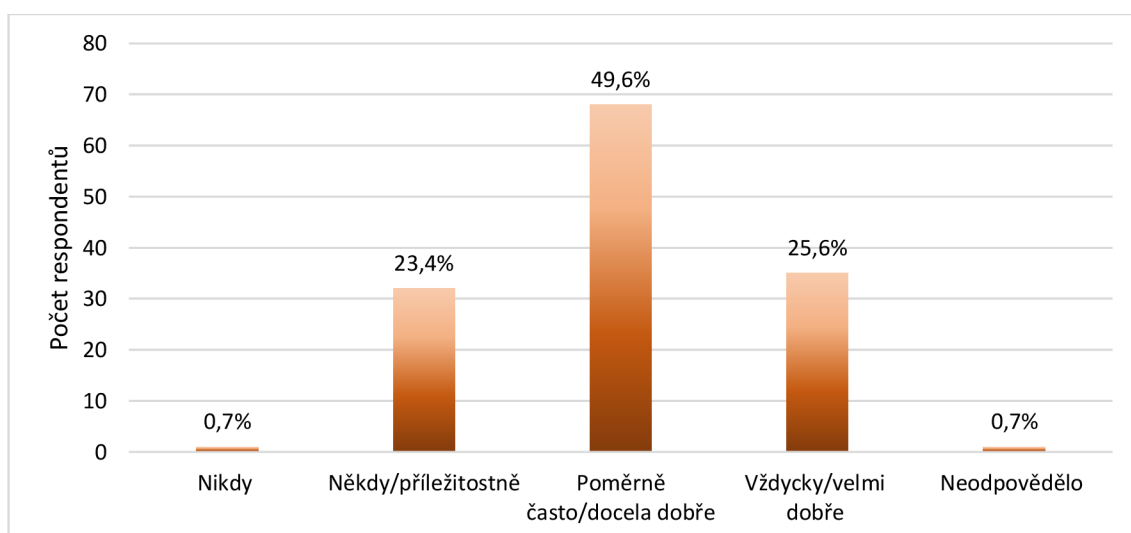
Vyhodnocení uvědomění – graf 55



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z otázek 25.1–25.11 se zjistila dle počtu bodů úroveň uvědomění. Získání 15-24 bodů odpovídá nižší úrovni uvědomění, což se projevilo u 24 (17,5 %) respondentů. Střední úroveň uvědomění byla stanovena při získání 25-32 bodů, což byla nejčastější úroveň respondentů – 85 (62,1 %). Vyšší úroveň uvědomění disponovali 27 (19,7 %) respondentů s celkovým počtem 33-40 bodů. U 1 (0,7 %) respondenta se dosažená úroveň nemohla určit, z důvodu neodpovědění na žádnou z otázek.

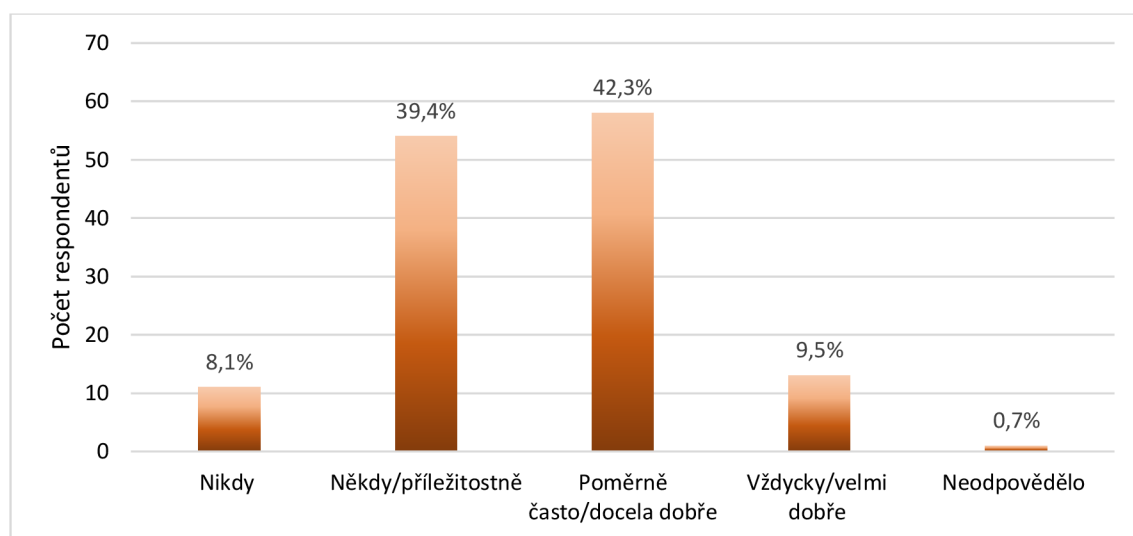
Graf 56 Učení se z vlastních chyb



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 56 se zabývá otázkou učení se z vlastních chyb, kdy respondenti odpovídali, zda v případě chyb, se z nich poučí. „Poměrně často/docela dobře“ byla odpověď, která převažovala nad ostatními. Zvolilo ji 68 (49,6 %) respondentů. „Vždycky/velmi dobře“ se poučí z vlastních chyb 35 (25,6 %) respondentů. „Někdy/příležitostně“ odpovědělo 32 (23,4 %) respondentů. Ojediněle odpověděl 1 (0,7 %) respondent, který se „nikdy“ nepoučí z vlastních chyb. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

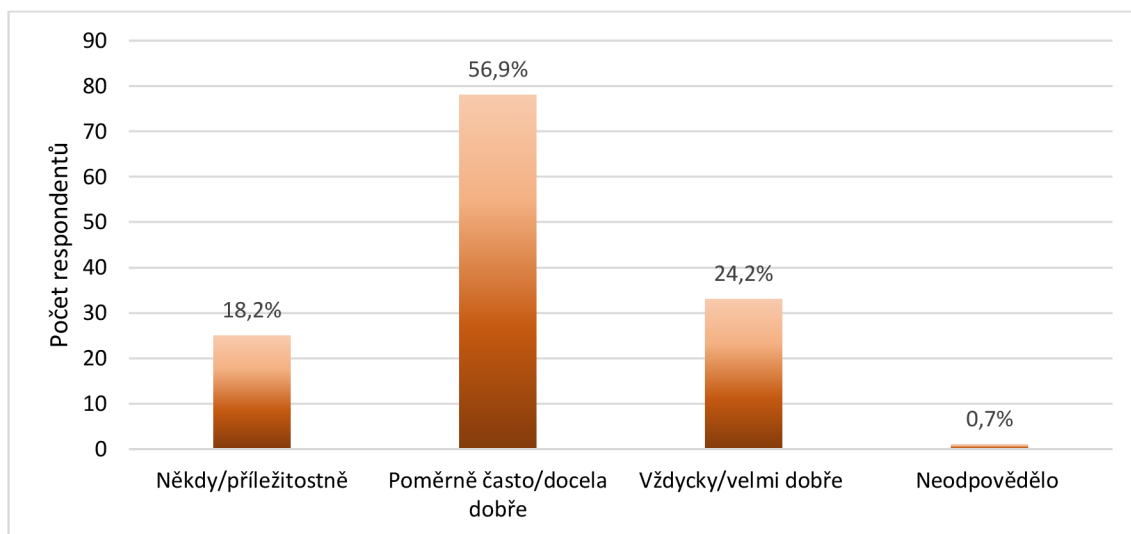
Graf 57 Posouzení limitů svých znalostí



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázkou posouzení znalostí svých limitů se zabývá graf 57. Respondenti odpovídali, zda si uvědomují, že jejich znalosti o některých kulturních skupinách jsou omezené, a zavazují se vytvářet příležitosti k tomu, aby se dozvěděli více. Dominujícími odpověďmi bylo „někdy/příležitostně“ od 54 (39,4 %) respondentů a „poměrně často/docela dobře“, kterou odpovědělo 58 (42,3 %). Tento popis si „nikdy“ neuvědomuje 11 (8,1 %) respondentů. „Vždycky/velmi dobře“ si to uvědomuje 13 (9,5 %) respondentů. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

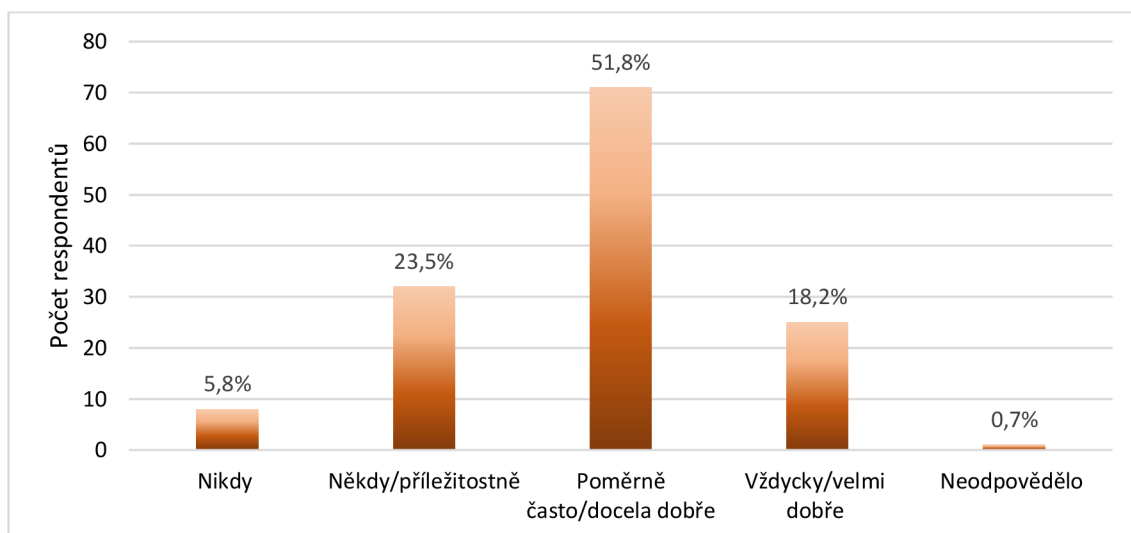
Graf 58 Kladení otázek



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 58 pojednává o tématu kladení otázek. Zda si respondenti pozorně vyslechnou odpovědi, než položí další otázku. Převážně si respondenti vyslechnou odpovědi „poměrně často/docela dobře“, v 78 (56,9 %) případech. Druhou nejčastější odpovědí bylo „vždycky/velmi dobře“. Odpovědělo jí 33 (24,2 %) respondentů. Nejmenší podíl tvořila skupina 25 (18,2 %) respondentů, kteří odpověděli „někdy/příležitostně“. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl. Žádný respondent neodpověděl „nikdy“.

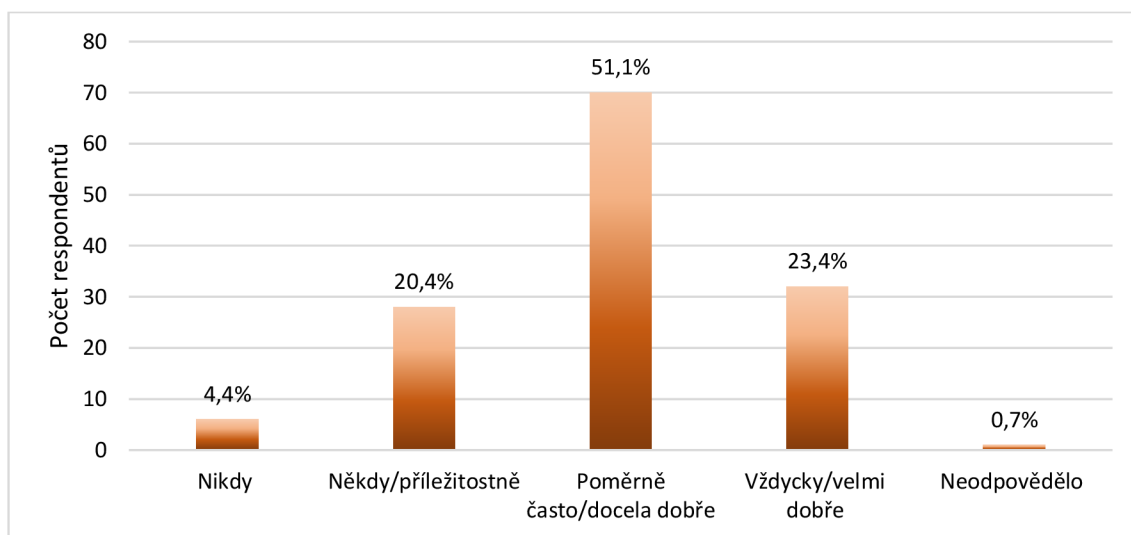
Graf 59 Rozpoznání odlišností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 59 prezentuje odpovědi na dotaz týkající se rozpoznání odlišností. Zda respondenti ví, že rozdíly v kultuře, etnické příslušnosti atd. jsou důležitou součástí identity jednotlivce, kterých si váží a nebudou se schovávat za tvrzení o kulturní slepotě. Nadpoloviční většinou 71 (51,8 %) respondentů bylo zvolena odpověď „poměrně často/docela dobře“. 32 (23,5 %) respondentů si „někdy/příležitostně“ uvědomuje rozdílů v kultuře a důležitosti v identitě jednotlivce. 25 (18,2 %) respondentů jejich uvědomění vyjádřili pojmem „vždycky/velmi dobře“. Termínem „nikdy“ identifikovalo jejich rozpoznání odlišností 8 (5,8 %) respondentů. 1 (0,7 %) respondent nezaznamenal odpověď.

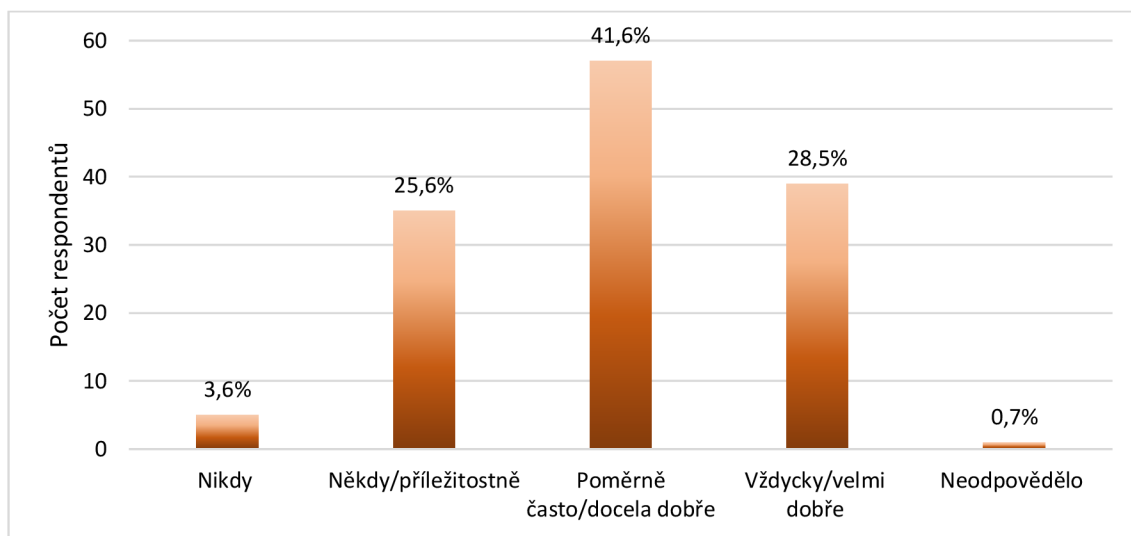
Graf 60 Pochopení možného vlivu kultury



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 60 pojednává o otázce, zda si respondenti uvědomují, že kultury se v průběhu času mění a mohou se u jednotlivých osob lišit, stejně jako vazba na kulturu. Tuto problematiku nejvíce respondentů, konkrétně 70 (51,1 %), identifikovalo pojmem „poměrně často/docela dobře“. „Vždycky/velmi dobře“ chápe možný vliv kultury 32 (23,4 %) respondentů. V menším zastoupení byla zvolena odpověď „někdy/příležitostně“ s 28 (20,4 %) respondenty a možnost „nikdy“ s 6 (4,4 %) respondenty. Otázky se nezúčastnil 1 (0,7 %) respondent.

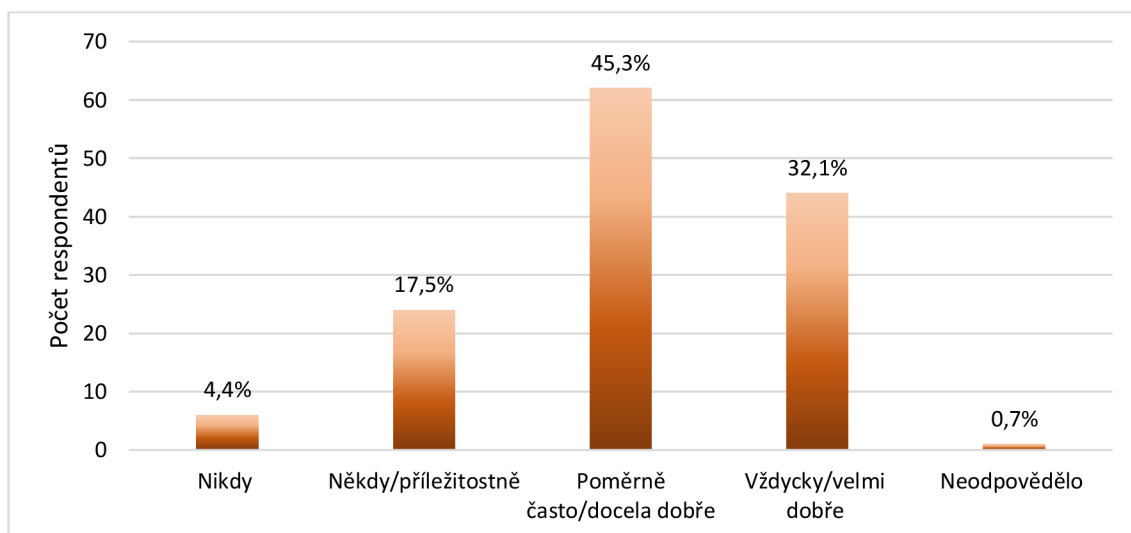
Graf 61 Závazek k celoživotnímu učení



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 61 prezentuje odpovědi zabývající se otázkou uvědomění, že dosažení kulturní kompetence vyžaduje celoživotní učení. Nejvíce respondentů se přiklonilo k odpovědi poměrně často/docela dobře. Konkrétně to bylo 57 (41,6 %). „Vždycky/velmi dobře“ si vyžadování celoživotního učení, uvědomuje 39 (28,5 %) odpovídajících. Třetí nejčastější odpověď „někdy/příležitostně“ volilo 35 (25,6 %) respondentů. Nejnižší zastoupení měla odpověď „nikdy“ v počtu 5 (3,6 %). Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

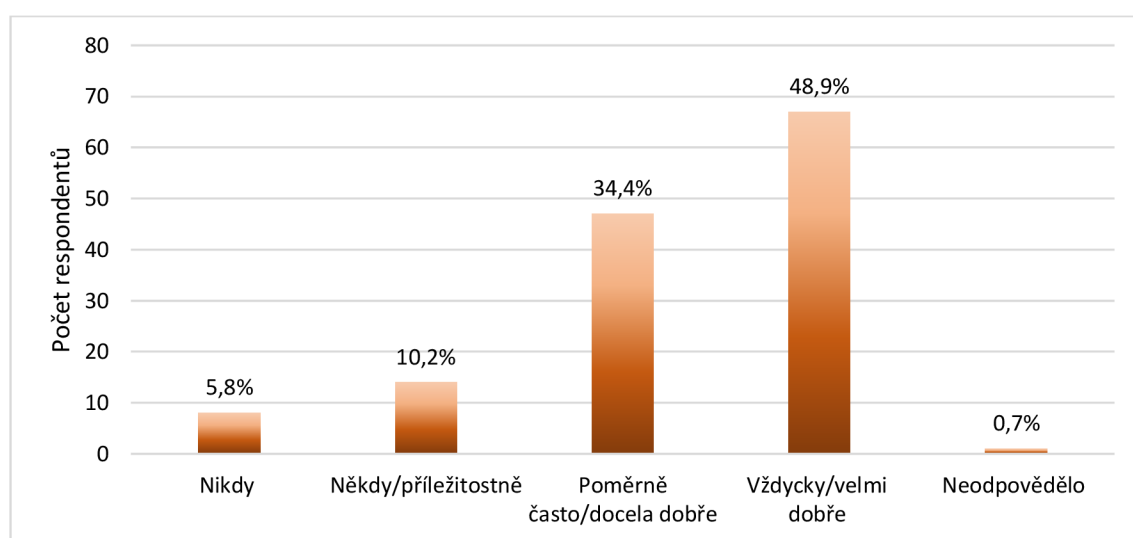
Graf 62 Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 62 prezentuje dotaz, týkající se uvědomění, že stereotypní postoje a diskriminační jednání mohou vést k dehumanizaci nebo dokonce podporovat násilí vůči jednotlivcům kvůli jejich příslušnosti ke skupinám, které se od nich liší. Nejčastěji byla označena odpověď „poměrně často/docela dobře“, konkrétně 62 (45,3 %) respondenty. K odpovědi „vždycky/velmi dobře“ se přiklonilo 44 (32,1 %) respondentů. 24 (17,5 %) vybralo, že si „někdy/příležitostně“ uvědomují, že stereotypní postoje a diskriminační jednání může vést k negativním druhům chování. Neuvědomění si, vyjádřené formou odpovědi „nikdy“ zvolilo 6 (4,4 %) respondentů. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

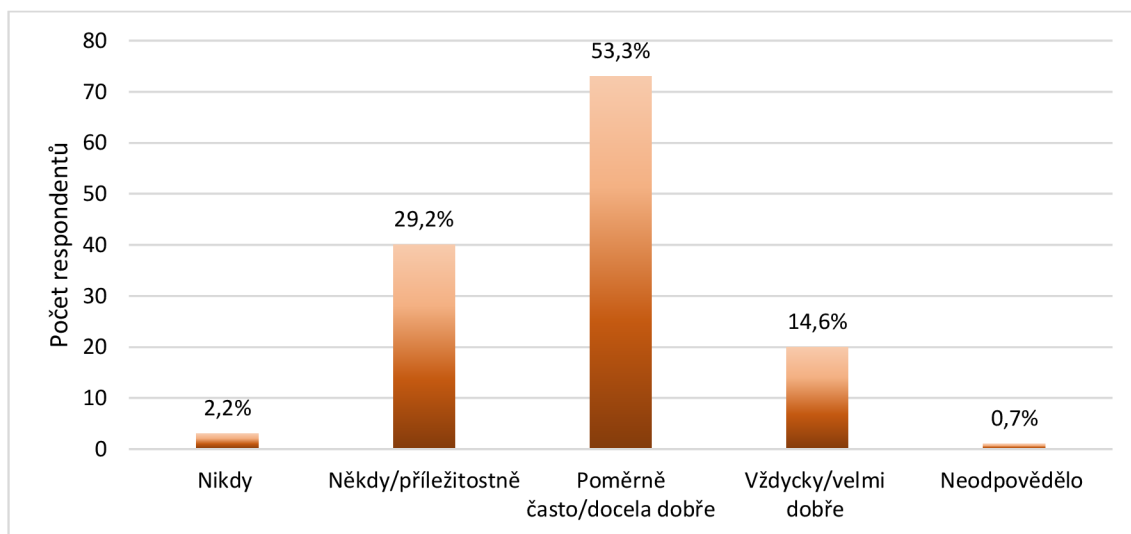
Graf 63 Znalost vlastní rodinné historie



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 63 znázorňuje názor respondentů na dotaz, zda znají příběh své rodiny. Téměř polovina se shodla, že svou vlastní rodinnou historii znají „vždycky/velmi dobře“, konkrétně 67 (48,9 %). Dále se 47 (34,4 %) respondentů přiklání k názoru, že svou rodinu znají „poměrně často/docela dobře“. Další skupina o 14 (10,2 %) respondentech si myslí, že svou rodinu znají „někdy/příležitostně“. Pouze 8 (5,8 %) respondentů uvažuje, že svou rodinnou historii neznají, a proto zvolili odpověď „nikdy“. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

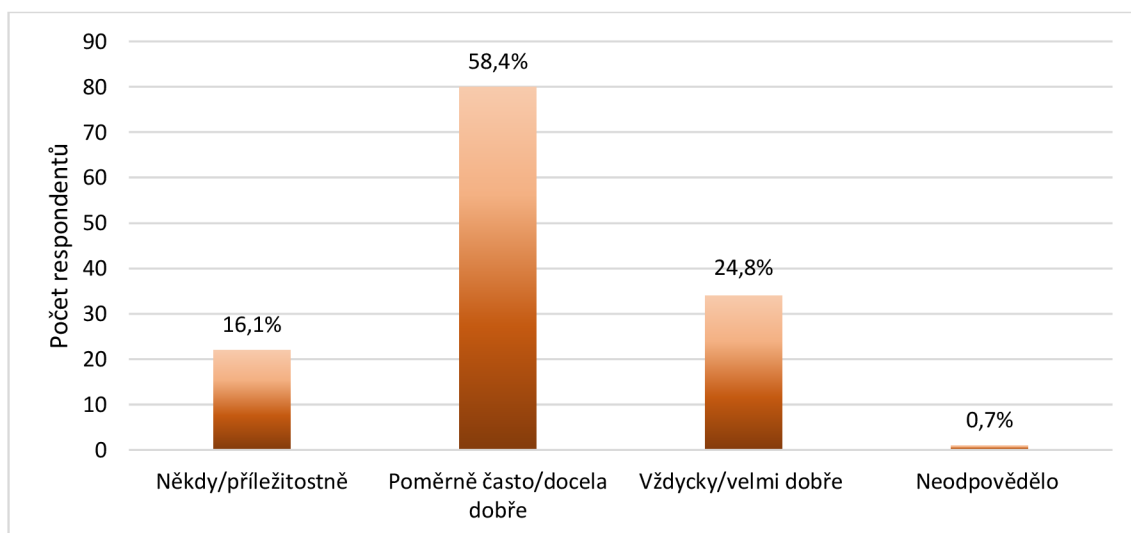
Graf 64 Znalost svých limitů



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 64 je nastíněno, jak moc respondenti rozvíjí svou schopnost vyhodnocovat oblasti, ve kterých mají mezery ve znalostech. Dle 73 (53,3 %) respondentů rozvíjí svou schopnost rozhodovat „poměrně často/docela dobře“. Další část o 40 (29,2 %) respondentech si myslí, že ji rozvíjí pouze „někdypřležitostně“. 20 (14,6 %) si jich je jisto, že to zvládají „vždycky/velmi dobře“. Nejméně početná skupina o 3 (2,2 %) respondentech volilo odpověď „nikdy“.

Graf 65 Uvědomění si více sociálních identit

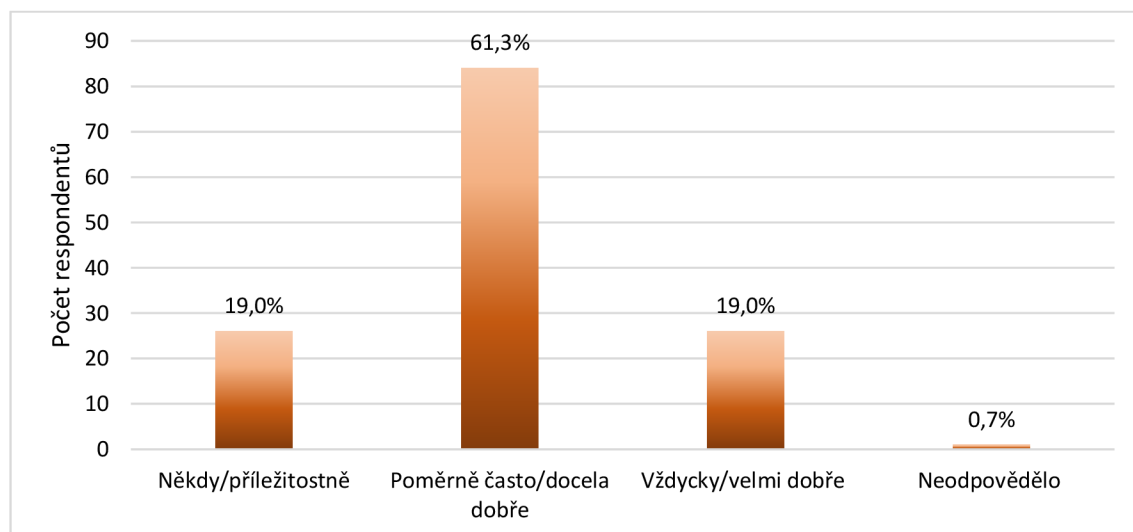


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 65 se zabýval otázkou, zda respondent uznává, že lidé mají vícečetné identity, které se odvíjejí od rasy, pohlaví, náboženství, etnické příslušnosti atd., a význam každé

z těchto identit se i jednotlivých osob liší. Nejvíce respondentů, konkrétně 80 (58,4 %) odpovídalo, že k jejich uznání dochází „poměrně často/docela dobře“. Druhou nejčastější odpověď „vždycky/velmi dobře“ zvolilo 34 (24,8 %). „Někdy/příležitostně“ uznává vícečetné identity 22 (16,1 %). Možnost „nikdy“ nebyla nikým zvolena. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

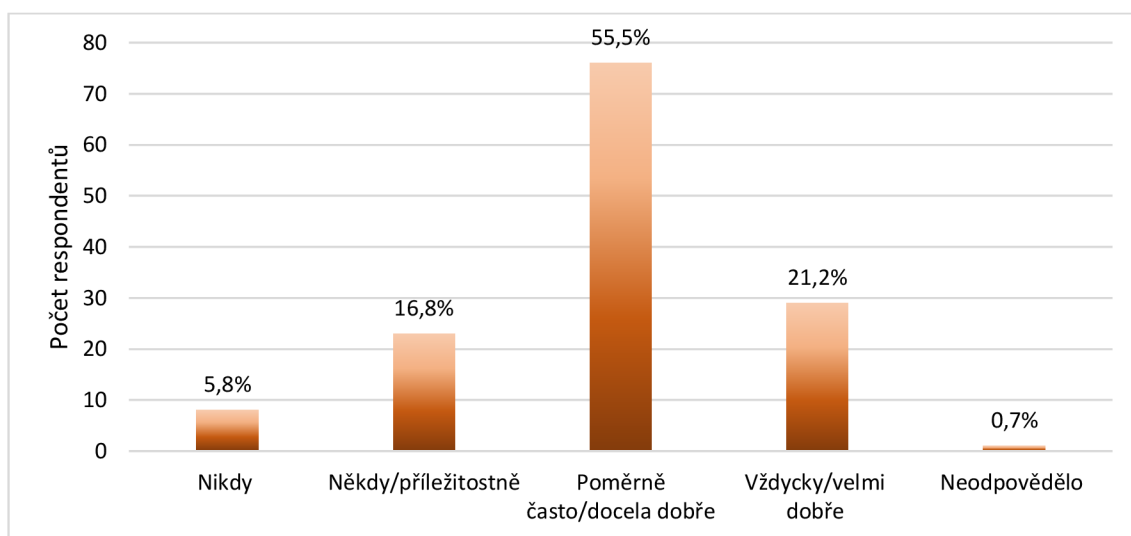
Graf 66 Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 66 demonstruje mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly a jejich uznávání respondenty. Naprosto převažující byla odpověď „poměrně často/docela dobře“, kterou vybralo 84 (61,3 %) respondentů. Na stejné pozici se objevily odpovědi „někdy/příležitostně“ a „vždycky/velmi dobře“, která každá byla vybrána 26 (19,0 %) respondenty. Odpověď „nikdy“, tedy neuznání mezikulturních a vnitrokulturních rozdílů nebyla vybrána. 1 (0,7 %) z respondentů na otázku neodpověděl.

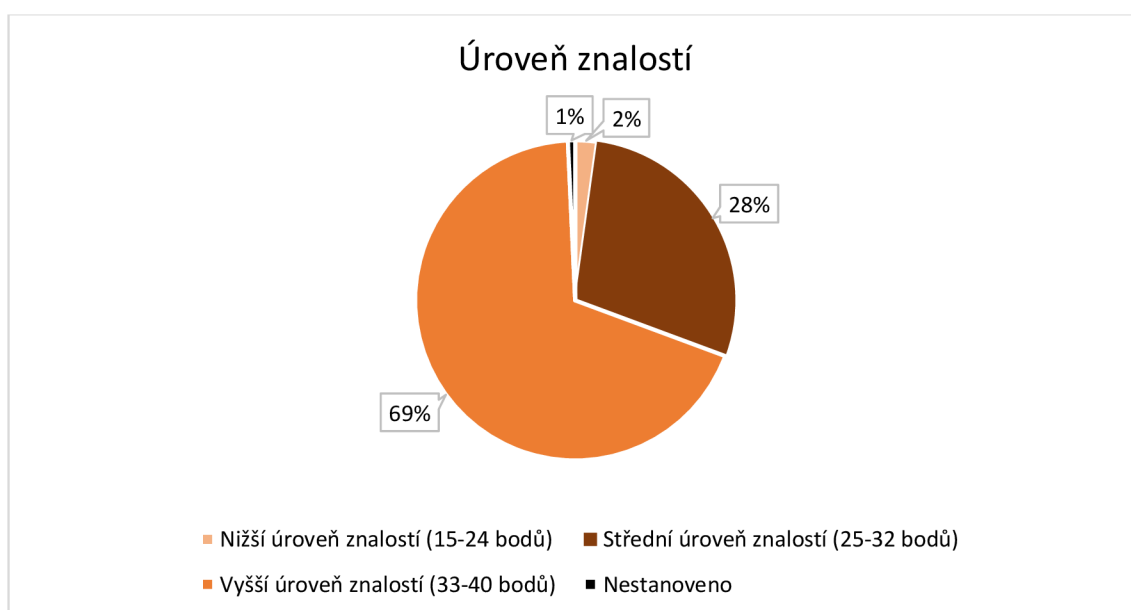
Graf 67 Referenční bod pro posouzení vhodného chování



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 67 zachycuje, zda jsou si respondenti vědomi toho, že každý má svou kulturu a jejich vlastní kultura by neměla být považována za referenční bod pro posouzení, které chování je vhodné a které nevhodné. 76 (55,5 %) respondentů zhodnotilo, že jsou si toho vědomi „poměrně často/docela dobře“. Podstatně menší skupina 29 (21,2 %) respondentů si myslí, že jsou si toho vědomi „vždycky/velmi dobře“. Možnost odpovědi „někdy/příležitostně“ vybralo 23 (16,8 %) respondentů. „Nikdy“ si není vědomo 8 (5,8 %) respondentů. 1 (0,7 %) neodpověděl.

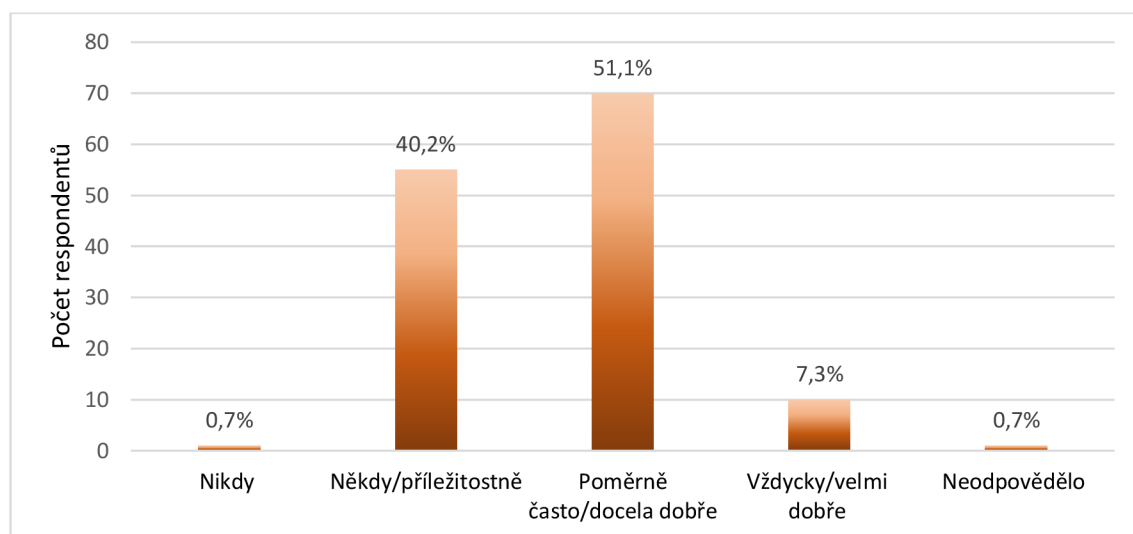
Vyhodnocení znalostí – graf 68



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Ve grafu 68 jsme vyhodnotily úroveň znalostí respondentů. Byly rozděleny kategorie na nižší úroveň, střední úroveň a vyšší úroveň znalostí, dle počtu získaných bodů. Nejnižší úroveň dosáhli pouze 3 (2,2 %) respondenti. Střední cesty, tedy střední úroveň znalostí dosáhlo 39 (28,5 %) respondentů. Vyšší úroveň znalostí disponuje největší skupina o 94 (68,6 %) respondentech. Vzhledem k tomu, že 1 (0,7 %) respondent neodpověděl na otázky týkající se úroveň znalostí, nemohla být u něj úroveň znalostí stanovena.

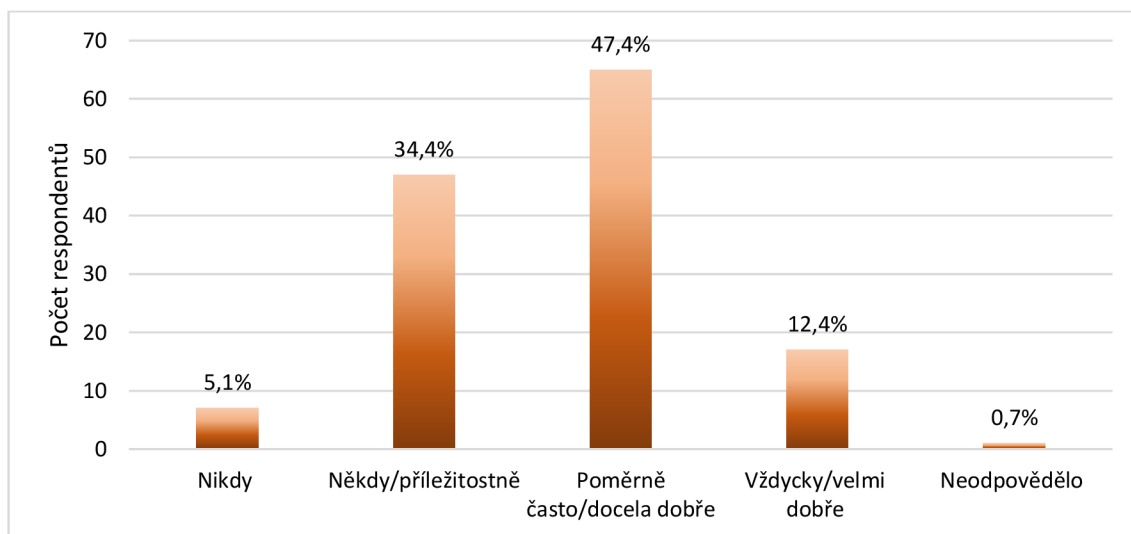
Graf 69 Přizpůsobení se různým situacím



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 69 se zabýval otázkou, zda je respondent schopný se přizpůsobit různým situacím. Zda jsou schopni efektivně a s respektem jednat s jedinci i skupinami. „Poměrně často/docela dobře“ je schopno se přizpůsobit různým situacím 70 (51,1 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se dokáží přizpůsobit „někdypřležitostně“, konkrétně tak bylo odpovězeno v 55 (40,2 %) případech. „Vždycky/velmi dobře“ si je jisto ve svém rozvíjení cest, jak jednat s jedinci i skupinami 10 (7,3 %) respondentů. Nejméně častá odpověď „nikdy“, byla zvolena pouze 1 (0,7 %). Na otázku neodpověděl 1 (0,7 %) respondent.

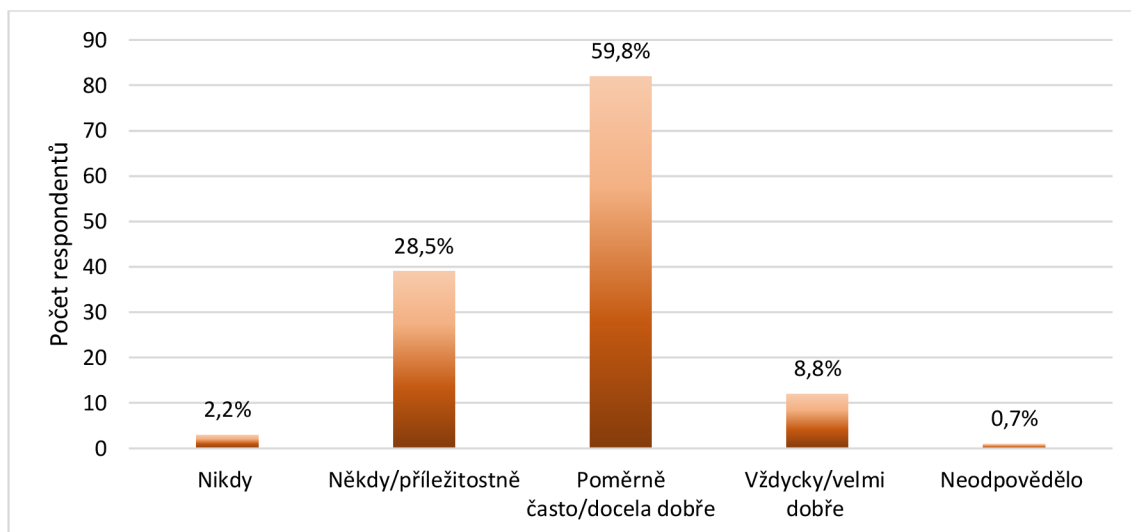
Graf 70 Postavit se diskriminačnímu a/nebo rasistickému chování



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 70 je znázorněno, zda jsou odpovídající schopni se postavit diskriminačnímu a/nebo rasistickému chování a efektivně zasáhnout, když vidí, že se ostatní chovají rasistickým a/nebo diskriminačním způsobem. Dle 65 (47,4 %) respondentů je schopno se těmto druhům chování postavit poměrně „často/docela dobře“. Odpověď „někdy/příležitostně“ vybralo 47 (34,4 %) respondentů. 17 (12,4 %) respondentů uvedlo, že se rasistickému a/nebo diskriminačnímu chování postaví „vždycky/velmi dobře“. Nejméně častou odpovědí, kdy 7 (5,1 %) respondentů tvrdí, že „nikdy“ efektivně nezasáhnout. 1 (0,7 %) z respondentů opět ne zvolil žádnou z odpovědí.

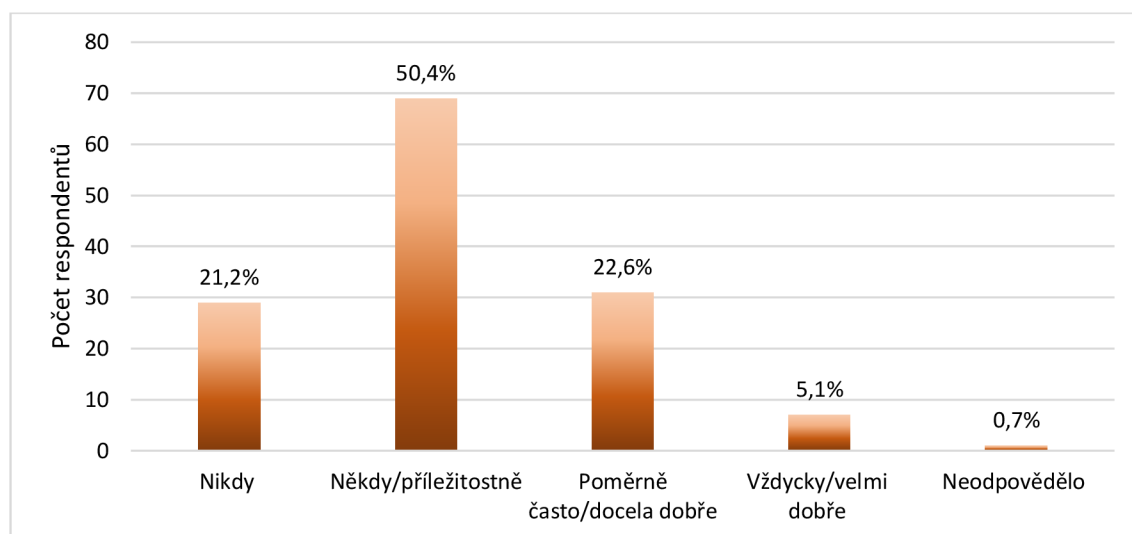
Graf 71 Komunikace mezi různými kulturami



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 71 se zabývá komunikací mezi kulturami, konkrétně schopností přizpůsobit vlastní komunikační styl tak, aby komunikace byla efektivní s lidmi, jejichž komunikační styl je odlišný od toho vlastního. Nejčastěji volenou odpovědí od 82 (59,8 %) respondentů bylo „poměrně často/docela dobře“. Odpověď „někdy/příležitostně“ vybralo 39 (28,5 %) respondentů. Svou schopností přizpůsobit vlastní komunikační styl je si jisto 12 (8,8 %) respondentů, protože zvolili možnost „vždycky/velmi dobře“. Nejméně respondentů, konkrétně 3 (2,2 %) se shodlo na odpovědi „nikdy“. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

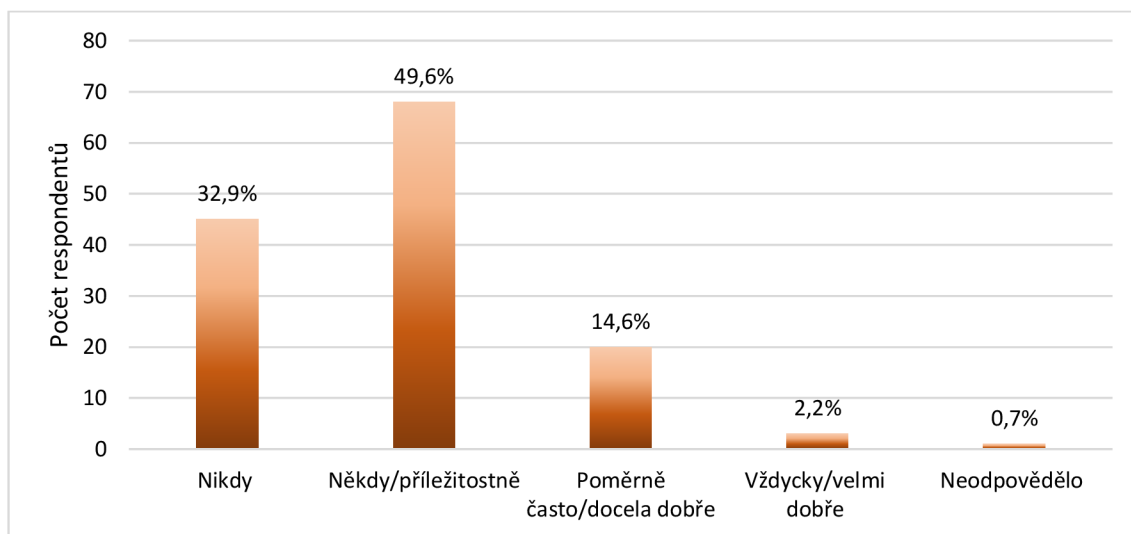
Graf 72 Vyhledávání situací k rozšíření mých dovedností



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 72 pojednává o tom, jak často respondenti vyhledávají situace k rozšíření jejich dovedností, tedy vyhledávají lidi, kteří jsou pro ně výzvou, aby udrželi a rozvinuli jejich interkulturní dovednosti. Nejvíce zastoupenou odpovědí je „někdy/příležitostně“, což vybralo 69 (50,4 %) respondentů. „Poměrně často/docela dobře“ tyto situace vyhledává 31 (22,6 %) respondentů. Jen o něco méně respondentů, konkrétně 29 (21,2 %) si myslí, že je „nikdy“ nevyhledávají. Nejméně volenou možností odpovědi bylo „vždycky/velmi dobře“, kterou uvedlo 7 (5,1 %) respondentů. Otázky se neúčastnil 1 (0,7 %) respondent.

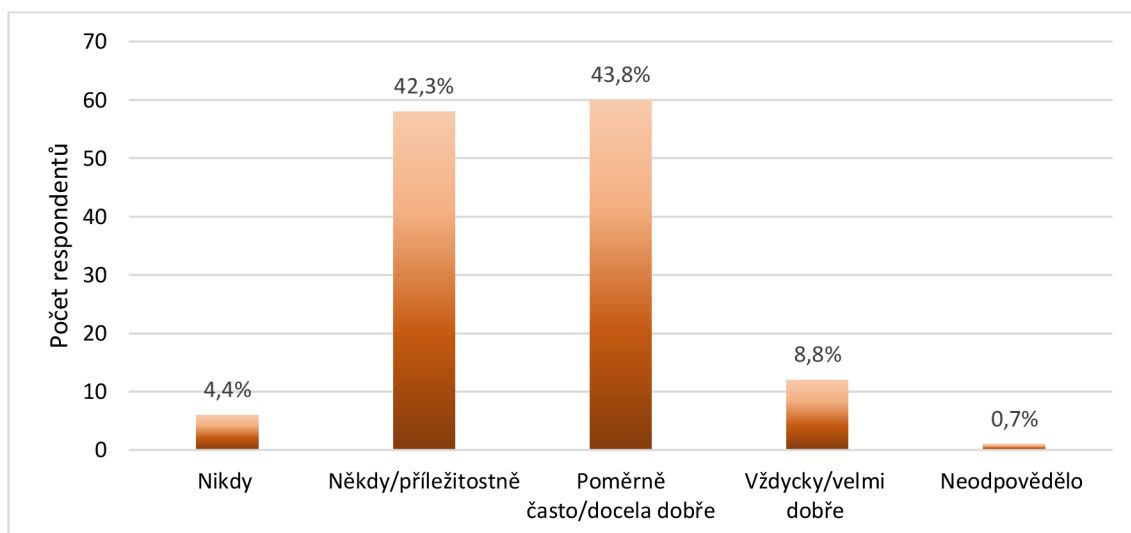
Graf 73 Moje zapojení v malých i velkých událostech



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 73 poukazuje na přehled na téma aktivního zapojení v malých i velkých událostech, které podporují porozumění mezi členy různorodých skupin. Z přehledu vyplývá, že největší zastoupení v počtu 68 (49,6 %) má odpověď „někdy/příležitostně“. Následuje možnost „nikdy“, kterou vybralo 45 (32,9 %). 20 (14,6 %) respondentů si myslí, že „poměrně často/docela dobře“ aktivně zapojuje v malých i velkých událostech, podporující různorodé skupiny. 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

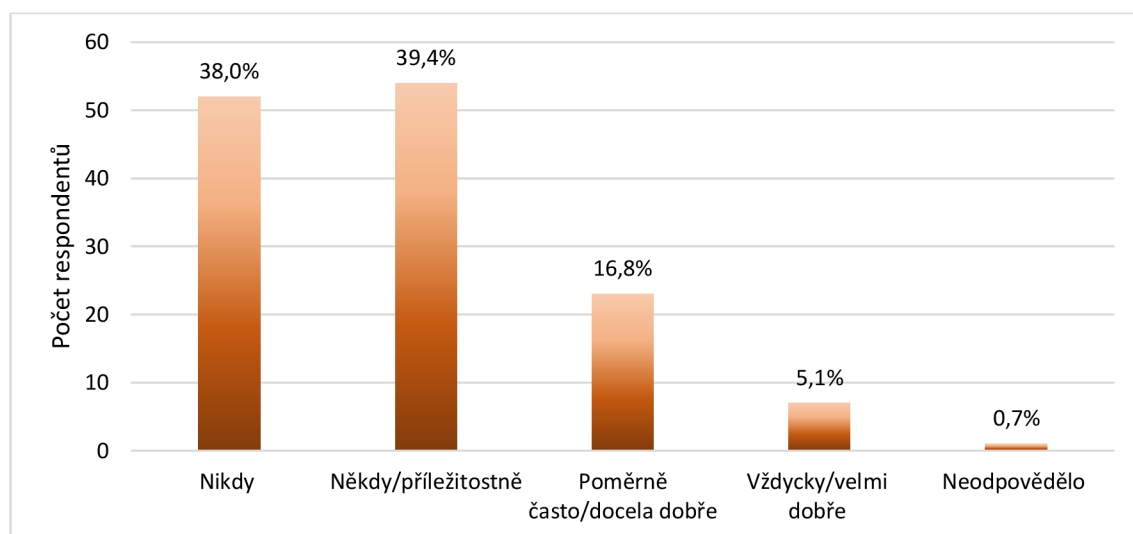
Graf 74 Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 74 prezentuje, zda jsou respondenti schopni jednat s respektem v rámci mezikulturních situací, tedy dokážou jednat způsoby vyjadřující respekt ke kultuře i přesvědčením ostatních. „Poměrně často/docela dobře“ označilo 60 (43,8 %) respondentů. Neméně respondentů v počtu 58 (42,3 %) zvolilo možnost „někdy/příležitostně“. 12 (8,8 %) respondentů si myslí, že jednají s respektem „vždycky/velmi dobře“, naopak 6 (4,4 %) si myslí, že s respektem „nikdy“ nejednají. Neodpověděl 1 (0,7 %) respondent neodpověděl.

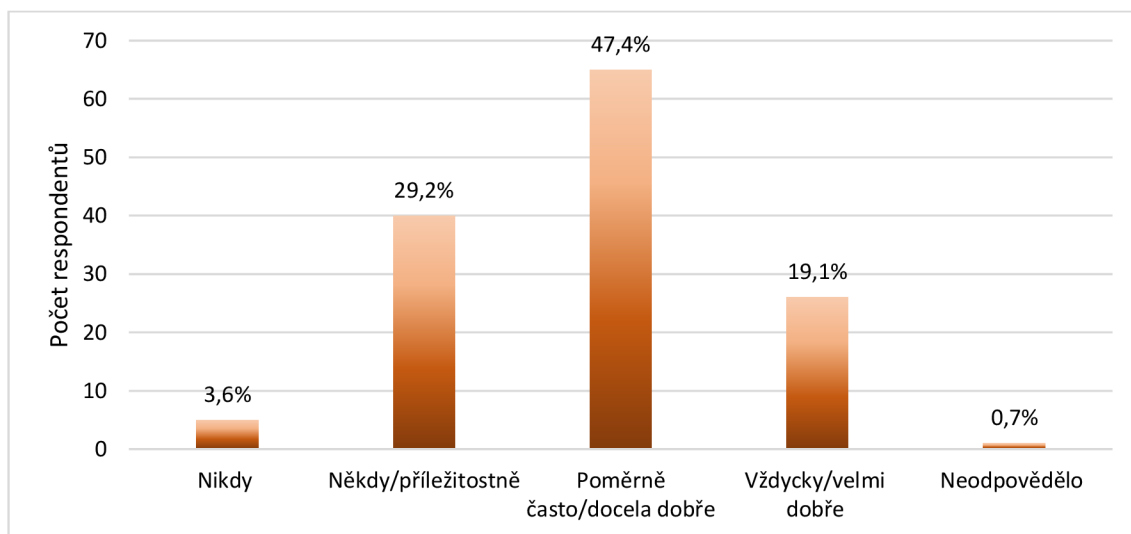
Graf 75 Aplikace kulturních norem



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Pro zjištění informace, zda respondenti studují specifické kulturní protokoly a postupy, které jsou zásadní pro jejich práci a aplikují je do praxe, se stanovil graf 75. Možnost „někdy/příležitostně“ zvolilo 54 (39,4 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď „nikdy“ byla vybrána 52 (38,0 %) respondenty. „Poměrně často/docela dobře“ odpovědělo 23 (16,8 %) respondentů. 7 (5,1 %) respondentů se domnívá, že nastudované kulturní protokoly a postupy aplikují do praxe „vždycky/velmi dobře“. 1 (0,7 %) respondent se otázky nezúčastnil.

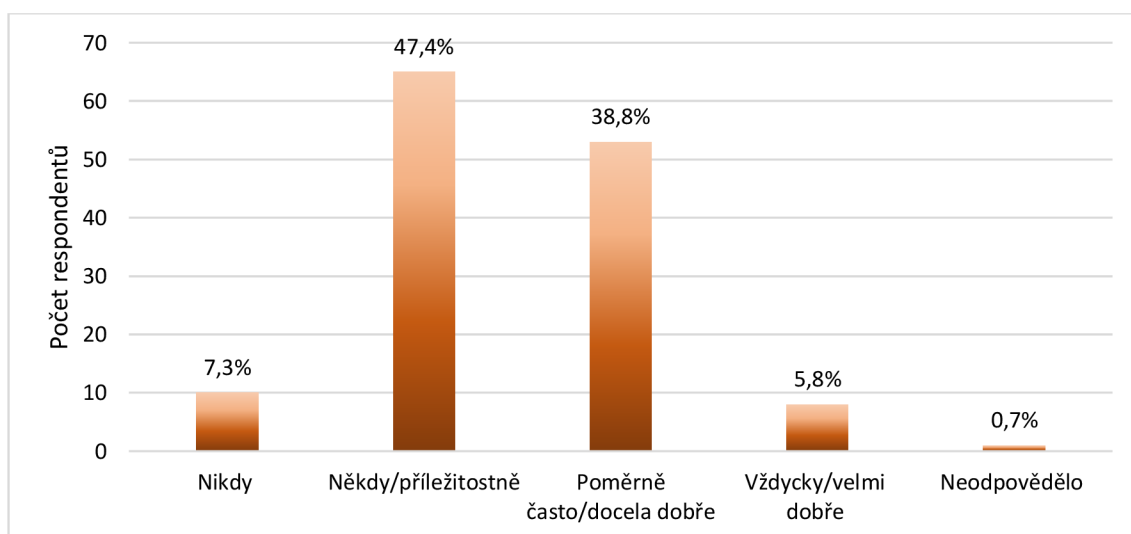
Graf 76 Jednat jako přátelská osoba



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 76 pojednává o tématu přátel a kolegů. Zda si respondenti myslí, že jejich kolegové, kteří jsou z jiného kulturního prostředí, je považují za přátelskou osobu a jsou si vědomi toho, že je budou podporovat kulturně odpovídajícím způsobem. 65 (47,4 %) respondentů se přiklonilo k volbě „poměrně často/docela dobře“. Možnost „někdy/příležitostně“ zvolilo 40 (29,2 %) respondentů. 26 (19,1 %) respondentů si myslí, že jsou kolegy z jiných kulturních prostředí považováni za přátelské, na rozdíl od 5 (3,6 %), kteří uvádí pravý opak, tedy „nikdy“. 1 (0,7 %) z respondentů neodpověděl.

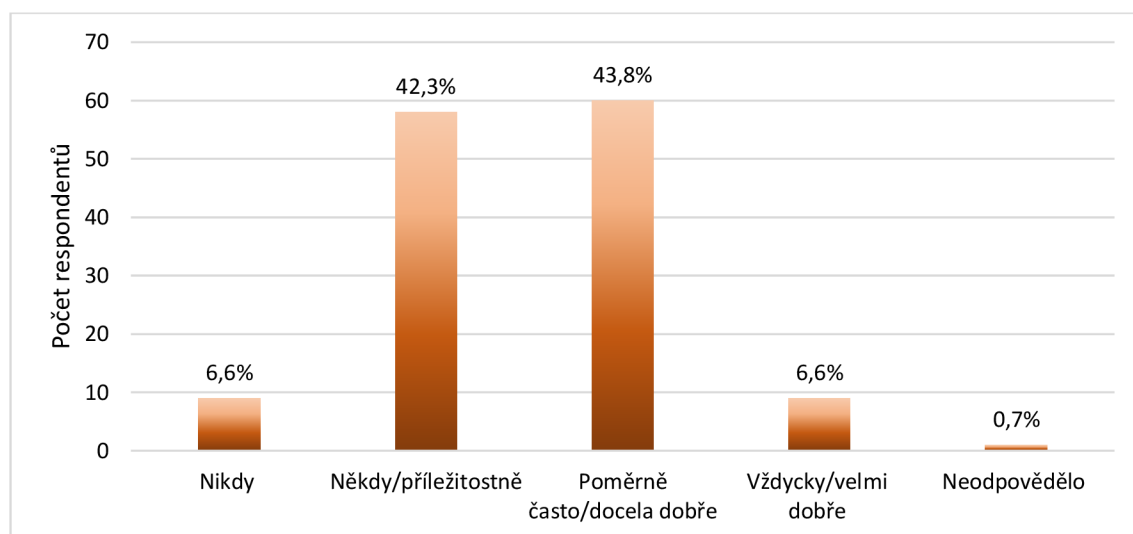
Graf 77 Být flexibilní



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 77 reprezentuje poctivou snahu respondentů, pochopit perspektivy ostatních a schopnost radit se s jejich kolegy z různých kultur o vhodných postupech. 65 (47,4 %) respondentů se domnívá, že se snaží a chápou „někdy a příležitostně“. Neméně respondentů, konkrétně 53 (38,8 %), označilo odpověď „poměrně často/docela dobře“. 10 (7,3 %) si však myslí, že tuto snahu, pochopení a schopnost radit se nemají „nikdy“. 8 (5,8 %) respondentů jí má dle jejich slov „vždycky/velmi dobře“. Neúčastnil se 1 (0,7 %) respondent.

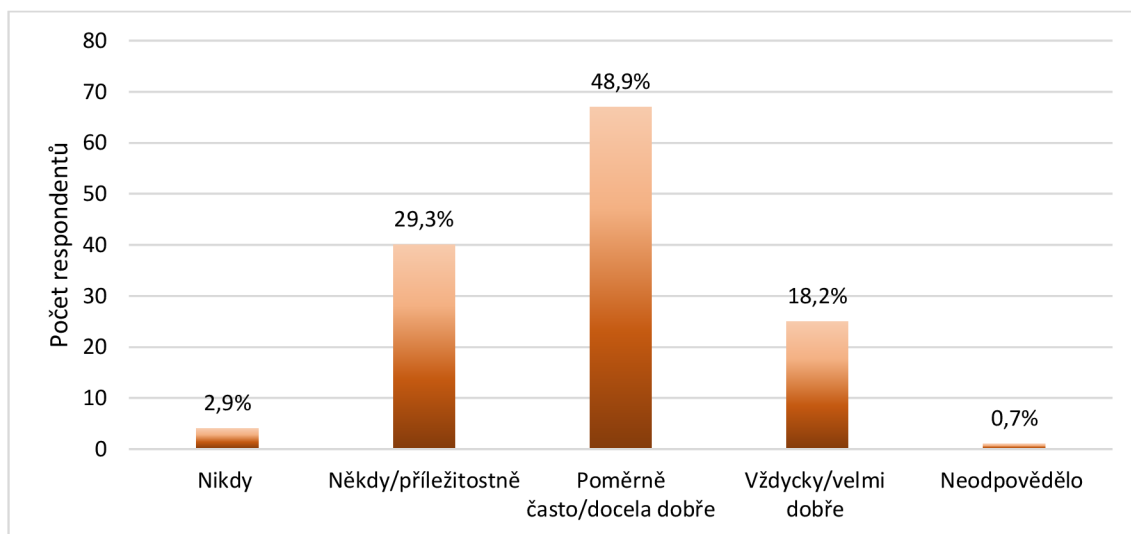
Graf 78 Být přizpůsobivý



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Data uvedená v grafu 78 představují odpovědi respondentů, na vědomosti a používání různých dovedností k budování vztahů, aby se sblížili s lidmi, kteří jsou od nich odlišní. Nejvíce volená odpověď 60 (43,8 %) respondenty byla „poměrně často/docela dobře“. V těsné blízkosti s 58 (42,3 %) respondenty, byla možnost „někdy/příležitostně“. Jednotlivé odpovědi „nikdy“ a „vždycky/velmi dobře“ zvolil stejný počet respondentů, tedy 9 (6,6 %). 1 (0,7 %) z respondentů neodpověděl.

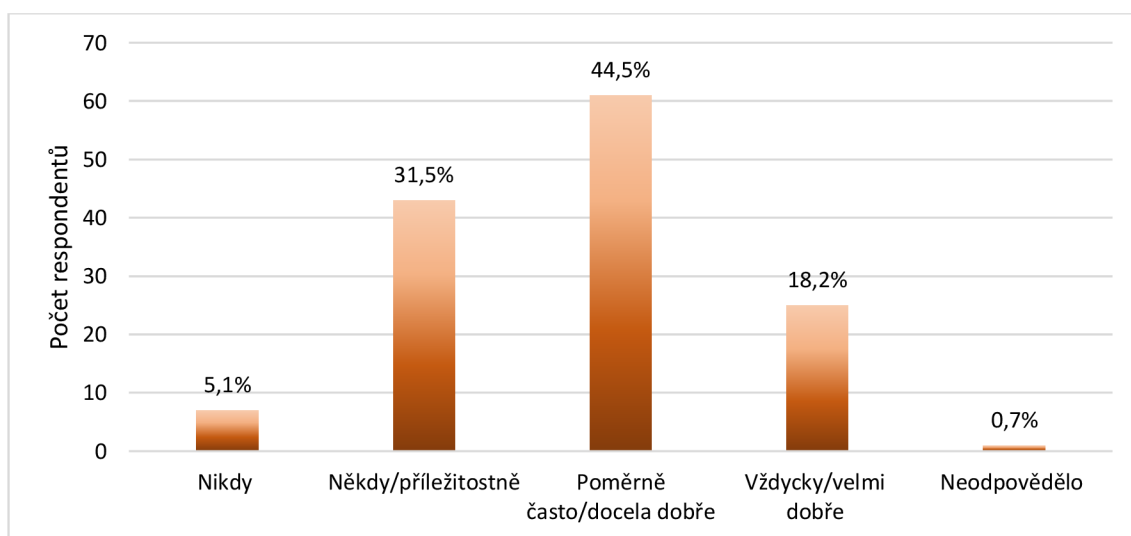
Graf 79 Uznání svých kulturních předsudků



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 79 pojednává o schopnosti uznat své kulturní předsudky v konkrétní situaci a vědomí toho, že se nemá jednat na základě těchto předsudků. Téměř polovina ze všech respondentů, konkrétně 67 (48,9 %), se shodla na odpovědi „poměrně často/docela dobře“. Méně volená odpověď od 40 (29,3 %) respondentů byla „někdy/příležitostně“. „Vždycky/velmi dobře“ je dle jejich slov schopno uznat své kulturní předsudky 25 (18,2 %) respondentů. Na opačné straně jsou pouze 4 (2,9 %) respondenti, kteří odpověděli „nikdy“. 1 (0,7 %) respondent ne zvolil ani jednu odpověď.

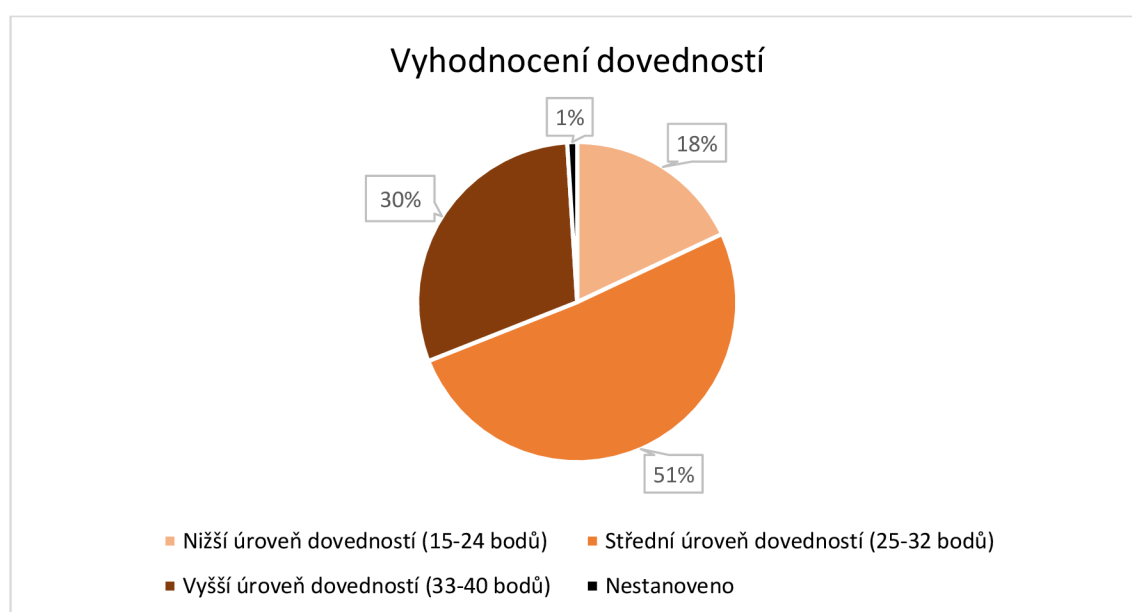
Graf 80 Znalost odlišnosti uvnitř skupiny



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka týkající se znalosti odlišnosti uvnitř skupiny byla znázorněna v grafu 80. Respondenti volili odpověď na základě domněnky, zda jsou si vědomi odlišností uvnitř skupiny a na základě generalizace by nepřisuzovali specifické chování jednotlivce celé kulturní komunitě. „Poměrně často/docela dobře“ byla nejčastější odpověď, kterou vybralo 61 (44,5 %) respondentů. „Někdy/příležitostně“ si tyto odlišnosti uvnitř skupiny uvědomuje 43 (31,5 %) respondentů. 25 (18,2 %) si myslí, že si těchto faktů jsou vědomi „vždycky/velmi dobře“. Nejmenší skupina o 7 (5,1 %) respondentech zvolila možnost „nikdy“. 1 (0,7 %) respondent se otázky nezúčastnil.

Vyhodnocení dovedností – graf 81



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V grafu 81 je kompletní přehled o úrovních dovedností, které vyplývají z otázek 25.24–25.35. Tyto úrovně byly rozděleny na nižší (15-24 bodů), střední (25-32 bodů) a vyšší úroveň (33-40 bodů). Nejvyšší zastoupení měla střední úroveň dovedností, které dosáhlo 70 (51,1 %) respondentů. Vyšší úrovně dovedností si vysloužilo 41 (29,9 %) respondentů. Nejnižší úrovně dosáhlo také nejméně respondentů v počtu 25 (18,2 %). Pouze 1 (0,7 %) respondent nemohl mít stanovenou úroveň dovedností z důvodu neodpovědění na položené otázky.

5.2 Testování hypotéz

Testování hypotéz bylo provedeno pomocí statistické analýzy vztahů jednotlivých hypotéz a následně vztahů, jejichž výsledky jsme chtěly zjistit dodatečně.

5.2.1 Nejvyšší dosažené vzdělání a kulturní znalosti

Hypotéza č. 1 – Sestry v intenzivní péči s vyšším dosaženým vzděláním mají větší kulturní znalosti než sestry v intenzivní péči s nižším dosaženým vzděláním

Vzhledem k počtu pozorování, byly sloučeny stupně vzdělání VŠ Bc. a VŠ Mgr. do jednoho stupně, tedy vysokoškolské vzdělání. Respondenti byli rozmístěni do stanovených rozmezí, dle dosaženého počtu bodů.

Tabulka 1 Souvislost vzdělání sester a jejich znalostí kulturních kompetencí

OT. 3 – VZDĚLÁNÍ SESTER A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
OT. 25.12 – UČENÍ SE Z VLASTNÍCH CHYB	4,444	6	0,617	n.s.
OT. 25.13 – POSOUZENÍ LIMITŮ SVÝCH ZNALOSTÍ	10,233	6	0,115	n.s.
OT. 25.14 – KLADENÍ OTÁZEK	7,643	4	0,106	n.s.
OT. 25.15 – ROZPOZNÁNÍ ODLIŠNOSTÍ	3,013	6	0,807	n.s.
OT. 25.16 – POCHOPENÍ MOŽNÉHO VLIVU KULTURY	3,977	6	0,680	n.s.
OT. 25.17 – ZÁVAZEK K CELOŽIVOTNÍMU UČENÍ	8,718	6	0,190	n.s.
OT. 25.18 – POCHOPENÍ DOPADU RASISMU, SEXISMU ...	9,376	6	0,154	n.s.
OT. 25.19 – ZNALOST VLASTNÍ RODINNÉ HISTORIE	4,219	6	0,647	n.s.
OT. 25.20 – ZNALOST SVÝCH LIMITŮ	3,199	6	0,783	n.s.
OT. 25.21 – UVĚDOMĚNÍ SI VÍCE SOCIÁLNÍCH IDENTIT	7,248	4	0,123	n.s.
OT. 25.22 – MEZIKULTURNÍ A VNITROKULTURNÍ ROZDÍLY	8,114	4	0,087	n.s.
OT. 25.23 – REFERENČNÍ BOD PRO POSOUZENÍ ...	5,523	6	0,479	n.s.
OT. 25.12 AŽ 25.23 – CELKOVÉ SKÓRE	0,290	2	0,865	n.s.

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Statisticky významná událost mezi vzděláním sester a znalostmi kulturních kompetencí nebyla identifikována jak z hlediska jednotlivých znalostí, tak z hlediska jejich souhrnu.

Výsledkem je, že vzdělání sester pracujících v intenzivní péči, nemá vliv na úroveň znalostí kulturních kompetencí. Hypotéza 1 nebyla potvrzena.

5.2.2 Celková délka praxe a uvědomění si kulturních kompetencí

Hypotéza č. 2 – Sestry s delší celkovou praxí mají větší kulturní uvědomění než sestry s kratší celkovou praxí

Délka praxe byla vyjádřena třemi stupni. Délka praxe do 5 let včetně, 6-15 let a 16 a více let. Pro potřeby analýzy byly vypočítány počty respondentů, kteří byli následně umístěni do stanoveného rozmezí. Pokud respondent dosáhl počtu bodů v rozmezí 15-29 bodů, znamená to nižší úroveň uvědomění si kulturních kompetencí. V případě, že dosáhl počtu bodů v rozmezí 30 a více bodů, disponuje tak vyšší úrovní uvědomění si kulturních kompetencí.

Tabulka 2 Souvislost celkové délky praxe sester a jejich uvědomění si kulturních kompetencí

OT. 4 – CELKOVÁ DÉLKA PRAXE SESTER A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
OT. 25.1 – MÁ HODNOTOVÁ DIVERZITA	4,085	6	0,665	n.s.
OT. 25.2 – MÉ POZNÁNÍ SEBE SAMA	4,037	6	0,672	n.s.
OT. 25.3 – SDÍLENÍ MÉ KLUTURY	18,400	6	<0,01	**
OT. 25.4 – UVĚDOMĚNÍ SI DISKOMFORTNÍCH ZÓN	1,836	6	0,934	n.s.
OT. 25.5 – KONTROLA SVÝCH PŘEDPOKLADŮ	1,284	6	0,973	n.s.
OT. 25.6 – ZPOCHYBNĚNÍ STEREOTYPŮ	7,750	6	0,257	n.s.
OT. 25.7 – REFLEXE VLIVU VLASTNÍ KULTURY NA ÚSUDEK	8,680	6	0,192	n.s.
OT. 25.8 – PŘIJETÍ NEJEDNOZNAČNOSTÍ	10,892	6	0,092	n.s.
OT. 25.9 – ZVĚDAVOST	7,997	6	0,238	n.s.
OT. 25.10 – UVĚDOMĚNÍ SI PRIVILEGIA ČECHA/ČEŠKY	0,725	6	0,994	n.s.
OT. 25.11 – POVĚDOMÍ O SOCIÁLNÍ SPRAVEDLNOSTI	3,139	6	0,791	n.s.
OT. 25.1 AŽ 25.11 – CELKOVÉ SKÓRE	4,256	2	0,119	n.s.

(Zdroj: Vlastní výzkum)

V rámci zjišťování souvislosti mezi celkovou délkou praxe sester v intenzivní péči a jejich uvědomění si kulturních kompetencí byla identifikována jedna statisticky významná událost. Platí, že sestry s nejkratší praxí, tedy do 5 let včetně, výrazně více sdílejí svou kulturu. To znamená, že si ve větší míře uvědomují, že chtějí-li se dozvědět více informací o ostatních, musí nejdříve porozumět vlastní kultuře a následně být připraveni se o ni také podělit. Další statisticky významné souvislosti nebyly identifikovány. Nelze tvrdit, že délka praxe sestry v intenzivní péči významným způsobem ovlivňuje její celkové uvědomění si kulturních kompetencí.

5.2.3 Využívání cizích jazyků v rámci praxe a úroveň kulturních dovedností

Hypotéza č. 3 – Sestry s vyšší úrovní kulturních dovedností využívají cizích jazyků v rámci praxe častěji, než sestry s nižší úrovní kulturních dovedností

Využívání cizích jazyků v rámci praxe bylo vyjádřeno třemi možnostmi škály. První možností je častěji (denně, týdně, měsíčně). Dále možnost méně často (několikrát ročně) nebo možnost nepoužívání cizích jazyků v rámci praxe. Respondenti byli umístěni do rozmezí, dle získání počtu bodů. Pokud respondent dosáhl počtu v rozmezí 15-30 bodů, znamená to, že disponuje nižší úrovní dovedností v kulturních kompetencích. V případě, že dosáhl 31-46 bodů, znamená to jeho vyšší úroveň dovedností v kulturních kompetencích.

Tabulka 3 Souvislost využívání cizích jazyků v rámci praxe sester a jejich dovednost v kulturních kompetencích

OT. 7 – VYUŽÍVÁNÍ CIZÍCH JAZYKŮ V RÁMCI PRAXE A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
OT. 25.24 – PŘIZPŮSOBENÍ SE RŮZNÝM SITUACÍM	3,383	6	0,759	n.s.
OT. 25.25 – POSTAVIT SE DISKRIMINAČNÍMU ... CHOVÁNÍ	2,782	6	0,836	n.s.
OT. 25.26 – KOMUNIKACE MEZI RŮZNÝMI KULTURAMI	4,476	6	0,613	n.s.
OT. 25.27 – ... ROZŠÍŘENÍ MÝCH DOVEDNOSTÍ	3,119	6	0,794	n.s.
OT. 25.28 – MOJE ZAPOJENÍ	2,328	6	0,887	n.s.
OT. 25.29 – JEDNÁNÍ S RESPEKTEM V RÁMCI ... AKCÍ	6,299	6	0,391	n.s.
OT. 25.30 – APLIKACE KULTURNÍCH NOREM	8,283	6	0,218	n.s.
OT. 25.31 – JEDNAT JAKO PŘÁTELSKÁ OSOBA	7,565	6	0,272	n.s.
OT. 25.32 – BÝT FLEXIBILNÍ	5,226	6	0,515	n.s.
OT. 25.33 – BÝT PŘIZPŮSOBIVÝ	7,097	6	0,312	n.s.
OT. 25.34 – UZNÁNÍ SVÝCH KULTURNÍCH PŘEDSUDKŮ	10,464	6	0,106	n.s.
OT. 25.35 – ZNALOST ODLIŠNOSTÍ UVNITŘ SKUPINY	6,725	6	0,347	n.s.
OT. 25.24 AŽ 25.35 – CELKOVÉ SKÓRE	4,014	2	0,134	n.s.

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Statisticky významná souvislost mezi využíváním cizích jazyků v rámci praxe sester pracujících v intenzivní péči a dovednostmi v kulturních kompetencích nebyla identifikována z hlediska jednotlivých dovedností, tak ani z hlediska jejich souhrnu. Výsledkem je, že u sester pracujících v intenzivní péči, nemá využívání cizích jazyků v praxi na úroveň dovedností v kulturních kompetencích statisticky významný vliv. Hypotéza 3 nebyla potvrzena.

5.2.4 Vzdělání sester a schopnost dorozumět se cizími jazyky

Jazyková bariéra je větším problémem u sester bez vysokoškolského vzdělání. U sester byla zjišťována souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním sester a schopností dorozumět se cizími jazyky, tedy zda úroveň vzdělání ovlivňuje míru dorozumění s pacienty. Nebyla nalezena statisticky významná souvislost mezi nejvyšším dosaženým

vzděláním sester a jejich schopností dorozumět se cizími jazyky. Nelze tvrdit, že u sester, pracujících v intenzivní péči bez vysokoškolského vzdělání je jazyková bariéra větším problémem než u sester, které dosáhly vysokoškolského vzdělání. Hypotéza v tomto případě nebyla potvrzena.

5.2.5 Celkové zhodnocení

Nepřítomnost statisticky významných souvislostí v případě vlivu konkrétních sociodemografických znaků na kulturní znalosti, kulturní uvědomění si a kulturních dovedností v rámci kulturních kompetencí, může být dána druhem práce sester, které pracují v intenzivní péči. Do charakteru práce může být zahrnuta časová, psychická, ale také fyzická náročnost, nadmíra stresu, nutnost rychlého rozhodování nebo častý krátký pobyt pacientů v intenzivní péči. Tyto faktory neumožňují sestřám v plném rozsahu aplikovat své znalosti a dovednosti v kulturních kompetencích včetně kulturního uvědomění. Z těchto důvodů je možné, že rozdíly v kulturních kompetencích v intenzivní péči se mohou stírat.

6 Diskuze

Poskytování kulturně kompetentní péče je zejména v dnešní době důležitým prvkem ve všech zdravotnických zařízeních. Zásadou jejího poskytování je respekt, porozumění a tolerance z hlediska zdravotnického personálu, včetně sestry. Pomocí ní se zlepšuje komunikace s pacientem a vytváří se vzájemná důvěra. Následně dochází k lepším výsledkům léčby, větší spolupráci pacienta a celkově jeho vyšší spokojenosti. Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje zejména na postoj sester ke kulturním kompetencím a jejich úroveň kulturního uvědomění, znalostí a dovedností. Ze získaných informací od respondentů můžeme odvodit faktory, které ovlivňují kulturní kompetence sester. V souvislosti s tím, zjišťujeme, zda se úroveň kulturních kompetencí u sester zvyšuje, či nikoliv.

Nejprve je však nutné zjistit, jakým způsobem respondenti vnímají práci s pacienty odlišných kultur. Anton – Solanas et al. (2022) zmiňují, že většina sester mluví o práci s pacienty z jiných kulturních prostředí jako pozitivní a obohacující. S tímto se shoduje 59 % našich respondentů, kteří zmínili, že poměrně často nebo vždy považují lidskou odlišnost za pozitivní a za důvod k radosti. Naše výsledky se shodují s výsledky Cai et al. (2017), jelikož jejich respondenti uvedli, že mají rádi komunikaci s pacienty z jiných kultur.

Překvapily nás odpovědi některých respondentů, kteří odpovídali na otázku důležitosti poskytování kulturně kompetentní péče pacientům z odlišné kultury v intenzivní péči. Z odpovědí je zřejmé, že i když s důležitostí kulturně kompetentní péče souhlasí nebo spíše souhlasí téměř 56 % respondentů, musíme brát v úvahu 23 % respondentů, kteří naopak nesouhlasí či spíše nesouhlasí. Výsledky výzkumu Listerfelt et al. (2019) ukazují, že jejich respondenti se shodli pouze na jedné možnosti, a to, že pro všechny by měla být zajištěna stejná péče, bez ohledu na různorodost pacienta. I přesto, že se mohou objevit jazykové či kulturní překážky.

V rámci oblasti kulturního uvědomění, se respondenti zabývali uvědoměním si vlastního diskomfortu při setkání s odlišnostmi svých pacientů. V tomto případě si téměř 40 % uvědomuje tento diskomfort někdy či příležitostně a 35 % docela dobře nebo poměrně často. Výsledky našeho výzkumu se shodují s výsledky Anton – Solanas et al. (2022) a říkají, že v rámci jejich výzkumu respondenti zmiňovali snahu řešit náboženské rozdílnosti či péči o spirituální potřeby a v těchto chvílích se cítili mimo svou hloubku.

Spiritualita je nesmírně důležitou součástí každého člověka, tedy i pacienta. Ne však ve všech případech se bere v potaz právě náboženské přesvědčení. Sestry by měly umět stanovit duchovní a náboženské potřeby svých pacientů a zároveň se jim přizpůsobit. Klimasiński (2021) zmiňuje náročnost zapojení duchovnosti do práce na JIP z důvodu velkého tlaku na sestry a rychle měnícími se pacienty. Zapojení tohoto duchovna může způsobit snížení rizika vzniku syndromu vyhoření. Poskytování duchovní podpory umožňuje sestřám projevit svou stránku a propojit se tak s pacientem. V souvislosti s duchovní podporou a spiritualitou jsme se zabývaly otázkou dodržení spirituálních potřeb pacienta v akutní či kritických situacích. Z našich výsledků vyplývá, že 42 % respondentů s tímto souhlasí nebo spíše souhlasí. V opačném případě 36 % respondentů si myslí, že v akutní nebo kritické situaci není potřeba dodržovat spirituální potřeby pacienta. Dále Klimasiński popisuje, že pacienti v intenzivní péči zažívají úzkosti, osamělost, bezmoc či strach ze smrti. Některým pacientům může duchovno dát smysl náročným situacím, které souvisejí s nemocí. Mimo jiné Piderman et al. (2010) ve výzkumu zmiňují, že po otázce položené pacientům na JIP, zda by upřednostnili návštěvu kaplana, uvedlo 77 % pacientů, že by si přálo, aby je navštívil. Následně se ukázalo, že 81 % respondentů se po uskutečněné návštěvě kaplana cítili mnohem lépe a panovalo v nich více vnitřního klidu.

Dobrowolska et al., (2020) tvrdí, že sestry v intenzivní péči mají tendenci k vyšší úrovni kulturního uvědomění, což potvrzují také výsledky jejich výzkumu. Respondenti dosahovali nejlepších výsledků právě v oblasti kulturního uvědomění. Dokonce také z výsledků výzkumu De Beer a Chipps (2014) vyplývají podobné informace. Dle našeho výzkumu jsme zjistili, že vyšší úroveň uvědomění disponovalo pouze necelých 20 % respondentů. Nejvyšší počet, konkrétně 62 % respondentů dosáhli střední úrovně uvědomění a pouze 17 % mají nižší úroveň uvědomění. Také Zarzycka et al. (2020) tvrdí, že nejvyšší úroveň kulturní kompetence byla u sester v oblasti uvědomění, ale také v kulturní citlivosti, než ve znalostech a dovednostech. Konkrétně v porovnání s našim výzkumem, kdy sestry v oblasti vyhodnocení znalostí disponují nejčastěji vyšší úrovní znalostí (67 %) a v oblasti vyhodnocení dovedností dosahovali nejčastěji střední úrovně dovedností (51 %). Při srovnání s našimi výsledky však můžeme spatřit rozdíly. Naši respondenti mají tendenci spíše k vyšší úrovni znalostí než vyšší úrovni uvědomění. Avšak naše výsledky se shodují s Cicolini et al. (2015), kdy jejich respondenti vykazovali středně vysokou úroveň uvědomění kultur. Dále tvrdí, že i přesto, že úroveň kulturních

kompetencí byla přijatelná, vzhledem ke zvyšujícímu se trendu rozmanitosti společnosti, tedy i pacientů, je nutné, aby byly sestry lépe připraveny na měnící se požadavky ze stran pacientů. S tímto musíme souhlasit. Globalizace je každým rokem silnější a v nemocničních zařízeních je hospitalizováno stále více pacientů odlišné kultury. Také jsme posuzovaly otázku vlivu delší celkové praxe na kulturní uvědomí sestry. Dle Zarzycka et al. (2020) bylo zjištěno, že právě úroveň kulturního uvědomí se zvyšuje s věkem a pracovní senioritou. S tímto však nesouhlasí naše výsledky, kdy platí, že sestry s nejkratší praxí (do 5 let včetně) více sdílejí svou kulturu. Z tohoto vyplývá, že si ve větší míře uvědomují, že pokud chtějí poznat odlišné kultury, musí nejdříve rozumět kultuře vlastní. Nelze však tvrdit, že by celková délka praxe měla výrazný vliv na celkové uvědomění. My však souhlasíme s výsledky Marzilli a Mastel – Smith (2017). Nepotvrzují, že by platil vztah delší celkové praxe a vyššího kulturního uvědomění.

V rámci oblasti kulturních znalostí jsme se zabývaly posouzením vlastních znalostí o kulturních skupinách. Téměř 40 % si myslí, že někdy jsou jejich znalosti omezené a poměrně často nebo velmi dobře si to uvědomuje 52 % respondentů. Naše výsledky výzkumu se shodují s výsledky Anton – Solanas et al. (2022). Většina respondentů se nemyslí, že je kulturně kompetentní. Téměř každý se domnívá, že mají velké mezery ve znalostech. Někteří z respondentů dokonce až zdůrazňovali, že mají nedostatek informací o jednotlivých menšinách. V tomto případě však bylo zajímavé, že nedostatek těchto znalostí lze dle některých překonat prostřednictvím empatie či respektu.

Dále nás zajímalo, zda by si respondenti rádi rozšířili znalosti o jiných kulturách. Gutysz – Wojnicka et al. (2022) říkají, že v jejich výzkumu by 50 % respondentů rádo rozšířilo znalosti o jiných kulturách. Respondenti jsou si vědomi, že by rádi věděli více informací o jednotlivých etnických a náboženských skupinách, avšak 27 % zmínilo různé etnické či náboženské menšiny, které by chtěli blíže poznat. Taktéž se projevilo, že respondenti, kteří už mají zkušenosti s poskytováním péče kulturně odlišnému pacientovi, vnímají potřebu většího množství znalostí. Z tohoto hlediska jsme se v našem výzkumu zabývaly tématem vzdělávání o kulturních rozmanitostech a následnému rozvoji osobnosti. Respondenti v 60 % souhlasili nebo spíše souhlasili a pouze 18 % projevilo nezájem. Shepherd et al. (2018) ve výzkumu zmiňují, že kulturní znalost je dle jejich respondentů důležitou součástí osobnosti. Gutysz – Wojnicka et al. (2022) zmiňují, že respondenti ze zemí severní a jižní Evropy mají větší tendenci ke vzdělávání ohledně péče o pacienty odlišných kultur, na rozdíl od sester z České republiky, Polska

či Slovinska. Tento poznatek může naznačovat vyšší úroveň kulturního uvědomění ve prospěch sester ze severní či jižní části Evropy.

Musíme si uvědomit, že každá sestra má závazek k celoživotnímu učení. Necelých 30 % respondentů si vyžadování celoživotního učení uvědomuje velmi dobře, avšak pouze necelá 4 % si to nikdy neuvědomuje. Důležitou součástí již zmiňovaného celoživotního učení je školení sester. Témata školení by mohla zahrnovat sociální determinanty zdraví menšin, způsoby, jakými se mohou lépe rozpoznat bariéry bránící spolupráci pacienta a dodržování léčby. Je doporučováno, aby se péče zaměřila na potřeby pacienta, nikoliv na tradiční poskytování péče (Stepherd et al., 2018). Souhlasíme s tvrzením Zarzycka et al. (2020), že dle respondentů jejich výzkumu je důležité se vzdělávat z důvodu zlepšování porozumění kulturním rozdílům pacienta. Myslím si, že právě důraz na celoživotní vzdělávání v této oblasti je nutný, avšak musí se sestřím v této oblasti vzdělávání pomoci.

Sestry v intenzivní péči s vyšším dosaženým vzděláním mají větší kulturní znalosti než sestry v intenzivní péči s nižším dosaženým vzděláním. Naše výsledky ukazují, že není žádná statisticky významná událost ve spojitosti vyššího kulturního vzdělání a větších kulturních znalostí. Ve výzkumu Arruzza et Chau (2021) zmiňují, že vzdělávání v kulturních kompetencích by mohlo vést k lepším výsledkům v oblasti znalostí, ale také dovedností či sebevědomí. Taktéž doufají, že studenti, kteří prošli vysokoškolským vzděláváním kulturních kompetencí, je budou aktivně využívat ve své praxi. Dále tvrdí, že odbornost kulturní kompetence není možné po dokončení bakalářského studia. Zásadní je celoživotní proces učení. Sanner et al. (2010) však zjistili pravý opak než my. Dle jejich výsledků, mají postgraduální studenti vyšší dispozice v oblasti znalostí. Totéž zjistili také Watts et al. (2008).

V případě oblasti kulturních dovedností jsme se ptaly na znalost odlišností uvnitř skupiny. Konkrétně, zda jsou si respondenti vědomi odlišností uvnitř skupiny a na základě generalizace by nepřisuzovali specifické chování jednotlivce celé kulturní komunitě. Z odpovědí našich respondentů vyplývá, že poměrně často nebo vždycky zvolilo 63 % z nich. Nejméně respondentů, konkrétně 5 % uvedlo, že si to nikdy neuvědomuje. Naši pozornost měla také část o poctivosti a snaze pochopit perspektivy ostatních a schopnosti poradit se se svými kolegy z různých kultur o vhodných postupech. Z odpovědí jsme pochopily, že necelých 50 % se někdy snaží radit s kolegy z ostatních

kultur a téměř 40 % příležitostně. Dle Cai et al. (2017) někteří z respondentů tvrdili, že někdy mají potřebu říct si o pomoc kolegům.

Komunikace je důležitým aspektem kvalitní, kulturně kompetentní péče pacientovi z odlišné kultury. Také Cuevas et al. (2017) naznačuje, že shoda v komunikaci, konkrétně v použitém jazyce pacienta, nebo v jazyce, který pacient ovládá, je zásadní pro důvěru, pochopení medikace a celkově ke kvalitní péči. Právě z našich výsledků vyplývá, že téměř 50 % respondentů využívá cizí jazyky několikrát ročně, avšak na druhé straně téměř 40 % respondentů tvrdí, že cizí jazyky prakticky nikdy nepoužívají. I přesto, že se 66 % respondentů zvládne dorozumět anglicky a 31 % německy. Anton – Solanas et al. (2022) vnímají, že jazyk je zmiňován jako nejvýznamnější překážkou v poskytování péče. Můj názor je, že sestry se ať už z jakéhokoliv důvodu, bojí mluvit cizími jazyky, i přesto, že je ovládají. V otázce, zabývající se schopností přizpůsobení vlastního komunikačního stylu takovým způsobem, aby komunikace s pacienty byla efektivní se 69 % respondentů shodlo, že jsou schopni se přizpůsobit. My s nimi s tímto souhlasíme. Jejich doplnění, že z důvodu, aby se sestry s pacientem odpovídajícím způsobem domluvili, používají pomůcky, které jim jazykovou bariéru pomohou překonat. Jsou jimi například piktogramy, tlumočníci, či domluva za pomoci příbuzných jako tlumočnicků, což se ukázalo jako obvyklý způsob domluvy. Cai et al. (2017) zmiňují výsledky výzkumu, kdy respondenti tvrdí, že je pro ně nutné mít určité jazykové schopnosti, aby mohli efektivně získávat a následně shromažďovat informace o pacientech. Taktéž bylo zmiňováno využívání tlumočnicků, gestikulace či obrázků. Pro usnadnění komunikace s pacientem z jiné kultury by bylo vhodné poskytnout lepší pomůcky, například kartičky se základními pojmy, letáčky v různých jazycích, taktéž informované souhlasy v cizích jazycích. Mělo by se více využívat tlumočnicků. V případě že nejsou k dispozici, měl by je zařídit management nemocničního zařízení. Sestry by měli být podporovány v tom, aby zlepšily své kulturní dovednosti (Listerfelt et al., 2019). V souvislosti s tlumočnický jsme se našich respondentů ptaly, zda má jejich pracoviště smluvní vztah s tlumočnickem, tedy je kdykoliv k dispozici. Přes 52 % odpovědělo, že jejich pracoviště má smluvní vztah s tlumočnickem, necelých 12 % řeklo, že nemá a téměř 36 % neví. Lin et al. (2018) mají podobné zkušenosti. Respondenti v jejich výzkumu tvrdí, že mají možnost využít tlumočnicka během denní služby, ale v případě noční služby, by to byla problematická situace. Obecně lze říct, že ve většině nemocnic nejsou tlumočníci k dispozici. Z mého pohledu je respondentů, kteří neví, zda mají

v nemocničním zařízení tlumočnicka příliš. Očekávaly bychom, že budou respondenti informováni.

Odlíšný jazyk však není jedinou bariérou pro efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem. Anton – Solanas et al. (2022) v jejich výzkumu zmiňují, že v některých případech byl zdrojem potíží uváděn také přístup sester při poskytování péče pacientům z odlišných prostředí. Konkrétně dominovala stereotypizace pacientů z jednotlivých menšin. S tímto se výsledky našeho výzkumu ztotožňují. 86 % respondentů si různě často uvědomuje své předsudky o lidech z jiných kultur. Pouze zbylých 14 % si předsudky nikdy neuvědomují. Souhlasíme s Anton – Solanas et al. (2022), že hlavními problémy jsou komunikační potíže, nedostatečné informovanost sester, předsudky sester či dokonce nekvalitní podpora ze strany zdravotnictví. Tato oblast zkoumání je však součástí kulturního uvědomění.

Dále jsme sledovaly, zda respondenti s dosaženou vyšší úrovní kulturních dovedností využívají cizích jazyků častěji než respondenti s nižší úrovní kulturních dovedností. Z našich výsledku vyplývá, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi využíváním cizích jazyků v praxi na úroveň kulturních dovedností. Taylan a Weber (2023) však říkají, že k vyřešení potíží v mezikulturní komunikaci je zásadní získání komunikačních dovedností. Patří mezi ně například naslouchání, zřetelná mluva či správná řeč těla. Pokud sestra chápe, jakým způsobem je kulturou ovlivňována komunikace, jde správným směrem. Kulturou se myslí stereotypy, vlastní předsudky či zvyky. Taktéž je zmiňováno, že pro úspěšnou komunikaci je důležitá trpělivost a empatie. Z těchto důvodů je dle Taylan a Weber (2023) právě učení, které vede ke správné mezikulturní komunikaci. Paternotte et al. (2015) říkají, že úroveň komunikace lze zlepšit školeními, tedy zvyšováním dovedností. Právě základní dovednosti, které by se měly využívat při jakékoliv komunikaci s pacienty a specifické dovednosti, které se uplatňují v komunikaci s mezikulturními pacienty, usnadňují komunikaci. Aksoy a Akkoc (2020) však zjistili, že sestry, které využívaly cizích jazyků, zejména angličtiny, disponovaly vyšším sebevědomím. Čím lépe se sestra dokázala dorozumět cizím jazykem, tím větší měla kulturní citlivost. O kulturních dovednostech není zmiňováno.

7 Závěr

V této diplomové práci s názvem „Kulturní kompetence u sester pracujících v intenzivní ošetrovatelské péči“ bylo cílem zmapovat úroveň kulturních kompetencí sester v intenzivní ošetrovatelské péči. Jednotlivě byly stanoveny úrovně sester v oblasti kulturního uvědomění, kulturních znalostí a kulturních dovedností a následně byly srovnány ve vztahu s konkrétními sociodemografickými údaji. Pro dosažení cíle jsme stanovily tři hypotézy. První hypotéza byla zaměřena na vztah dosaženého vzdělání a úroveň kulturních znalostí. Druhá hypotéza zjišťovala, zda má vliv delší celková praxe na kulturní povědomí sestry. Poslední hypotéza se zabývala vztahem častosti využívání cizích jazyků v rámci praxe a úrovní kulturních dovedností. Mimo jiné nás zajímal vztah mezi kontaktem sester intenzivní péče a etnickými minoritami a dále souvislost mezi vzděláním sester a jakými jazyky se dokážou dorozumět. Cíl byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření jsme rozdělily na tři části. První z nich je vyhodnocení kulturního uvědomění. V této oblasti jsme zjistily, že si větší část respondentů uvědomuje diskomfort při setkání s odlišnostmi svých pacientů. S překvapivými odpověďmi jsme se setkaly v otázce, zda si respondenti myslí, že je důležité poskytovat kulturně kompetentní péči v intenzivní péči. Přes polovinu respondentů souhlasilo s důležitostí, avšak téměř čtvrtina respondentů spíše nesouhlasila či nesouhlasila. Po následném rozdělení respondentů do jednotlivých úrovní uvědomění jsme zjistily, že nejvíce jich spadalo do střední úrovně uvědomění, poměrně méně respondentů do vyšší úrovně uvědomění a nejméně respondentů dosahovalo nižší úrovně uvědomění.

Další oblastí zkoumání byly kulturní znalosti. Zaměřily jsme se zejména na celoživotní proces vzdělávání a získávání informací týkající se kulturních kompetencí. Velmi dobře si celoživotní proces uvědomuje 30 % respondentů, avšak 4 % si to naopak neuvědomuje vůbec. V případě zjišťování, jaký má vliv dosažené vzdělání na znalosti sestry v intenzivní péči jsme došly k závěru, že neexistuje statisticky významná událost v tomto vztahu.

V neposlední řadě jsme se zabývaly kulturními dovednostmi, do kterých patří důležitá schopnost komunikace s pacientem z odlišné kultury. Do jaké míry jsou respondenti schopni svůj komunikační styl přizpůsobit, nám ukázaly jejich odpovědi. Dostalo se nám pozitivních odpovědí, kdy se necelých 70 % respondentů shodlo, že jsou schopni se

přizpůsobit. V případě zjišťování vztahu mezi využíváním jazyků a úrovní kulturních dovedností jsme neodhalily statisticky významnou událost.

Po srovnání dosažených úrovní v jednotlivých oblastech jsme zjistily, že nejlépe si respondenti vedli v kategorii znalostí. Dále následovala kategorie dovedností a na posledním místě byla oblast kulturního uvědomění. Z tohoto vyplývá, že respondenti mají tendenci spíše k vyšší úrovni znalostí než k vyšší úrovni uvědomění.

Výsledky budou prezentovány v odborném článku, který mohou využít všechny sestry z praxe, ale také studenti nelékařských oborů. Výsledky výzkumu budou prezentovány na odborných konferencích. Výzkum pomůže ke zdůraznění důležitosti poskytování kulturně shodné péče na odděleních intenzivní péče.

8 Seznam použité literatury

1. AHMED, S. et al., 2018. How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: a scoping review. *BMJ Open*. 8(7): e021525, doi: 10.1136/bmjopen-2018-021525.
2. AKSOY, N., AKKOC, M. G., 2020. Intercultural Sensitivity Levels and Cultural Difference Perceptions of Physicians and Nurses. *Florence Nightingale J Nurs*, 28(1), 23-32, doi: 10.26650/FNJN18002.
3. ALIM-MARSVASTI, A. et al., 2023. Workforce diversity in specialist physicians: Implications of findings for religious affiliation in Anaesthesia and Intensive Care. *PLoS One*. 18(8): e0288516, doi: 10.1371/journal.pone.0288516.
4. ANTÓN-SOLANAS, I. et al., 2021. Nursing students' experience of learning cultural competence. *PLoS One*. 16(12), e0259802, doi: 10.1371/journal.pone.0259802.
5. ANTÓN-SOLANAS, I. et al., 2022. Qualified Nurses' Perceptions of Cultural Competence and Experiences of Caring for Culturally Diverse Patients: A Qualitative Study in Four European Countries. *Nurs Rep*. 12(2), 348-364, doi: 10.3390/nursrep12020034.
6. ARRUZZA, E., CHAU, M., 2021. The effectiveness of cultural competence education in enhancing knowledge acquisition, performance, attitudes, and student satisfaction among undergraduate health science students: a scoping review. *J Educ Eval Health prof*. 18:3, doi:10.3352/jeehp.2021.18.3.
7. BALACHANDRAN, P. et al., 2022. Development and validation of cultural competence assessment tool for healthcare professionals, India. *Front Public Health*. 10:919386, doi:10.3389/fpubh.2022.919386.
8. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
9. BLEWETT, L. A. et al., 2019. Patient Perspectives on the Cultural Competence of US Health Care Professionals. *JAMA Netw Open*. 2(11): e1916105, doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.16105.
10. BROOKS, L. A. et al., 2019. Culturally sensitive communication at the end-of-life in intensive care unit: A systematic review. *Aust Crit Care*. 32(6), 516-523, doi: 10.1016/j.aucc.2018.07.003.

11. BROOKS, L. A. et al., 2022. How do intensive care clinicians ensure culturally sensitive care for family members at the end of life? A retrospective descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs.* 73:103303, doi: 10.1016/j.iccn.2022.103303.
12. CAI, D. et al., 2017. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* 19(2), 157-162, doi: 10.1111/nhs.12308.
13. CICOLINI, G. et al., 2015. Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *J Nurs Scholarsh.* 47(6), 536-543, doi:10.1111/jnu.12165.
14. CUEVAS, A. G. et al., 2017. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring? *Psychol Health.* 32(4), 493-507, doi: 10.1080/08870446.2017.1284221.
15. ČERVENÝ, M. et al., 2022. Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practise: A scoping review of literature 2011-2021. *Front Psychol.* 24; 13:936181, doi: 10.3389/fpsyg.2022.936181.
16. DABNEY, K. et al., 2015. Competence in Pediatrics: Health Care Provider Knowledge, Awareness, and Skills. *Int J Environ Res Public Health.* 13(1): ijerph13010014, doi:10.3390/ijerph13010014.
17. DE BEER, J., CHIPPS, J., 2014. A survey of cultural competences of critical care nurses in KwaZulu-Natal. *South Afr. J. Crit. Care.* 30(2), 50-54, doi: 10.7196/SAJCC.188.
18. DEGRIE, L. et al., 2017. How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research". *BMC Med Ethics.* 18(1):2, doi:10.1186/s12910-016-0163-8.
19. DOBROWOLSKA, B. et al., 2020. European intensive care nurses' cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing.* 60., doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102892>.
20. ENGBRETSON, J. et al., 2008. Cultural competence in the era of evidence-based practice. *J Prof Nurs.* 24(13), 172-178, doi: 10.1016/j.profnurs.2007.10.012.
21. ERVIN, J. N. et al., 2018. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol.* 73(4), 468-477, doi: 10.1037/amp0000247.
22. GRADELLINI, C. et al., 2021. Cultural Competence and Cultural Cenzitivity Education in University Nursing Courses. A Scoping Review. *Front Psychol.* 12:682920, doi: 10.3389/fpsyg.2021.682920.

23. GUTYSZ-WOJNICKA, A. et al., 2022. Educational Needs of European Intensive Care Nurses with Respect to Multicultural Care: A Mix-Method Study. *Int J Environ Res Public Health*. 19(2):724, doi: 10.3390/ijerph19020724.
24. HAN, Y.R., JEONG, Y.W., 2023. The moderating effect of cultural competence educational needs on the relationship between transcultural self-efficacy and cultural competence in Korean public health nurses. *BMC Nurs*. 22(1), 103, doi: 10.1186/s12912-023-01253-5.
25. HANDTKE, O. et al., 2019. Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS One*. 14(7), e0219971, doi: 10.1371/journal.pone.0219971.
26. HLADÍK, J., 2014. *Multikulturní kompetence pomáhajících profesí*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 112 s. ISBN 978-80-7454-426-2.
27. HUBENÁ, B., 2014. Interkulturní kompetence: proč ji potřebujeme a jak ji zvyšovat. *Psychologon*. [online]. Brno: Psychologický ústav FFMU [cit. 2023-09-04]. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <https://psychologon.cz/data/pdf/296-interkulturni-kompetence-proc-ji-potrebujeme-a-jak-ji-zvysovat.pdf>.
28. CHAUHAN, A. et al., 2020. The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. *Int J Equity Health*. 8:19(1):118, doi: 10.1186/s12939-020-01223-2.
29. ISIK, MT. et al., 2022. Ethical Attitudes of Intensive Care Nurses during Clinical Practice and Affecting Factors. *Indian J Crit Care Med*. 26(3), 288-293, doi: 10.5005/jp-journals-10071-24143.
30. JAGER, M. et al., 2021. Observing cultural competence of healthcare professionals: A systematic review of observational assessment instruments. *Patient Educ Couns*. 104(4), 750-759, doi: 10.1016/j.pec.2020.10.010.
31. JIE, C. L. K. et al., 2022. Mechanismus Driving Postgraduate Health and Social Science Students' Cultural Competence: An Integrated Systematic Review. *Acad Med*. 97(11), 1707-1721, doi: 10.1097/ACM.00000000000004714.
32. JONGEN, C. et al., 2017. Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. *Front Public Health*, 5:24, doi:10.3389/fpubh.2017.00024.

33. JONGEN, C. et al., 2018. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res.* 18(1):232, doi: 10.1186/s12913-018-3001-5.
34. JOWSEY, T., 2019. Three zones of cultural competency: surface competency, bias twilight, and the confronting midnight zone. *BMC Med Educ.* 19(1):306, doi: 10.1186/s12909-019-1746-0.
35. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
36. KAUN, A. S. et al., 2020. Barriers to health care services in migrants and potential strategies to improve accessibility: A qualitative analysis. *Journal of the Chinese Medical Association.* 83(1), 95-101, doi: 10.1097/JCMA.0000000000000224.
37. KELLY, F. et al., 2014. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clin Med (Lond)*, 14(4), 376-379, doi: 10.7861/clinmedicine.14-4-376.
38. KESSLER, R. et al., 2017. Twelve Years Since Importance of Cross-Cultural Competency Recognized: Where Are We Now? *West J Emerg Med*, 18(2), 223-228, doi: 10.5811/westjem.2016.10.31780.
39. KIRBY, E. et al., 2018. "It doesn't exist...": negotiating palliative care from a culturally and linguistically diverse patient and caregiver perspective. *BMC Palliat Care.* 17(1):90, doi: 10.1186/s12904-018-0343-z.
40. KLENNER, M. et al., 2022. Cultural Competence in the nursing, dentistry, and medicine professional curricula: a qualitative review. *BMC Med Educ*, 22(1):686, doi:10.1186/s12909-022-03743-7.
41. KLIMASIŃKI, M. W., 2021. Spiritual care in intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 53(4), 350-357, doi: 10.5114/ait.2021.109920.
42. KUBA, M. et al., 2021. Multikulturní ošetrovatelství se zaměřením na muslimy v nedokladné péči. *Urgentní medicína.* 24(3), 18-26. ISSN 1212-1924.
43. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-0247-3843-7.
44. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
45. LAI, D. W. L. et al., 2023. Perspectives towards cultural competence and receptivity to cultural competence training: a qualitative study on healthcare

- professionals. *Prim Health Care Res Dev*, 24: e40, doi:10.1017/S1463423623000245.
46. LARSEN, R. et al., 2021. Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *J Transcult Nurs*. 32(4), 310-317, doi: 10.1177/1043659620920693.
 47. LEUNG, K. et al., 2014. *Intercultural Competence*. [online]. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 1, 489-519 [cit. 2023-09-07], doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091229>. Dostupné z: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091229>.
 48. LIN, M. H. et al., 2018. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 45:6-11, doi: 10.1016/j.apnr.2018.11.001.
 49. LIN, M. H. et al., 2019. Developing and validating the Nursing Cultural Competence Scale in Taiwan. *PLoS One*. 14(8), e0220944, doi: 10.1371/journal.pone.0220944.
 50. LISTERFELT, S. et al., 2019. Facing the unfamiliar: Nurses' transcultural care in intensive care – A focus group study. *Intensive Crit Care Nurs*. 55:102752, doi: 10.1016/j.iccn.2019.08.002.
 51. LOGHMANI, L. et al., 2014. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *J Caring Sci*. 3(1), 67-82, doi: 10.5681/jcs.2014.008.
 52. LORIÉ, Á., et al., 2017. Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 411-424, doi: h10.1016/j.pec.2016.09.018.
 53. LUUKKONEN, A. L. et al., 2023. Mentors' cultural competence at mentoring culturally and linguistically diverse nursing students in clinical practice: An international cross-sectional study. *Nurse Educ Pract*. 70:103658, doi: 10.1016/j.nepr.2023.103658.
 54. MARJA, S. L., SUVI, A., 2021. Cultural competence learning of the health care students using simulation pedagogy: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 52:103044, doi: 10.1016/j.nepr.2021.103044.

55. MARZILLI, C., MASTEL-SMITH, B., 2017. Cultural competence of pre-licensure nursing faculty. *J Nurs Educ Pract.* 7(9), 90-97, doi: 10.5430/jnep.v7n9p90.
56. MATTHEWS, M., WYK, V. J., 2018. Towards a culturally competent health professional: a South African case study. *BMC Med Educ.* 18(1):112, doi:10.1186/s12909-018-1187-1.
57. MCGREGOR, B. et al., 2019. Improving Behavioral Health Equity through Cultural Competence Training of Health Care Providers. *Ethn Dis.* 29 (2), 359-364, doi:10.18865/ed.29.S2.359.
58. MOBULA, L. M. et al., 2015. Cultural competence and perceptions of community health workers' effectiveness for reducing health care disparities. *J Prim Care Community Health.* 6(10), 10-15, doi:10.1177/2150131914540917.
59. MONTENERY, S. M. et al., 2013. Cultural Competence in Nursing Faculty: A Journal, Not a Destination. *Journal of Professional Nursing.* 29(6), e51-e57, doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.09.003>.
60. MURGIA, C. et al., 2022. Spirituality and Religious Diversity in Nursing: A Scoping Review. *Healthcare (Basel).* 10(9):1661, doi: 10.3390/healthcare10091661.
61. OIKARAINEN, A. et al., 2019. Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 98:75-86, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.06.005.
62. OSMANCEVIC, S. et al., 2021. Psychometric properties of instruments used to measure the cultural competence of nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 113:103789, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103789.
63. PARIC, M. et al., 2021. Nurse teacher's perceptions on teaching cultural competence to students in Finland: a descriptive qualitative study. 99, doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104787>.
64. PATERNOTTE, E. et al., 2015. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns.* 98, 420-445, doi: 10.1016/j.pec.2014.11.018.
65. PATERNOTTE, E. et al., 2017. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. *Int J Med Educ.* 8:170-175, doi:10.5116/ijme.591 b.19f9.

66. PIDERMAN, K. M. et al., 2010. Predicting patients' expectations of hospital chaplains: a multisite survey. *Mayo Clin Proc.* 85(11), 1002-1010, doi:10.4065/mcp.2010.0168.
67. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství 1, 2*. přepracované a doplnění vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
68. POKORNÁ, A. 2015. Podpora interkulturní sociální interakce v ošetrovatelském vzdělávání a klinické praxi. *Onkologie*. [online]. 9(1), 47-50 [cit. 2023-09-04]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: file:///C:/Users/anetk/Downloads/Solen_xon-201501-0012.pdf
69. PRINCE, A. D. P. et al., 2021. The Clarion Call of the COVID-19 Pandemic: How Medical Education Can Mitigate Racial and Ethnic Disparities. *Acad Med.* 96(11), 1518-1523, doi: 10.1097/ACM.0000000000004139.
70. PROSEN, M., BOŠKOVIĆ, S., 2020. The need for cultural competence education in nursing degree programmes: comparative perspectives. *Kontakt*. [online]. 22 (3), 139-145, České Budějovice: University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences [cit. 2023-09-04]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://media.proquest.com/media/hms/PFT/1/ien3S?_s=OR%2B5nomyOEZERvIOL40YJImHU0%3D.
71. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
72. RILEY, B. J., 2019. *Communication in Nursing. Ninth Edition*. United States: Elsevier. 350 s. ISBN 978-0-323-62548-7.
73. SAHA, S. et al., 2008. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc.* 100(11): 1275-1285, doi:10.1016/s0027-9684(15)31505-4.
74. SAHAMKHADAM, N. et al., 2023. Testing the Assumptions in the Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services Using Empirical Data, Focusing on Cultural Awareness. *J Transcult Nurs.* 34(3), 187-194, doi:10.1177/10436596231152212.
75. SANNER, S. et al., 2010. The impact of cultural diversity forum on students' openness to diversity. *J Cult Divers*, 17(2), 56-61, PMID: 20586367.

76. SECUNDA, K. E., KRUSER, J. M., 2022. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med*, 43(3), 539-550, doi: 10.1016/j.ccm.2022.05.008.
77. SHEPHERD, S. M., 2019. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med Educ*. 19(1):14, doi:10.1186/s12909-018-1450-5.
78. SCHENK, L. et al., 2022. Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting: a cross-sectional online survey of nursing and medical staff. *BMC Health Serv Res*. 22(1):644, doi:10.1186/s12913-022-07947-x.
79. SCHUSTER, M. et al., 2018. How culturally competent are hospitals in Israel? *Isr J Health Policy Res*. 7(1):61, doi:10.1186/s13584-018-0255-7.
80. STEPHERD S. M. et al., 2018. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *Int J Equity Health*. 16:17(1):33, doi: 10.1186/s12939-018-0744-x.
81. STEPHERD, S. M. et al., 2019. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Serv Res*. 19(1):135, doi:10.1186/s12913-019-3959-7.
82. SUKOVÁ, O., KNECHTOVÁ, Z., 2022. *Vybrané kapitoly z intenzivní ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 107 s. ISBN 978-80-280-0051-0.
83. SWIHART D. L. et al., 2023. Cultural Religious Competence in Clinical Practice. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 29630268.
84. ŠVESTKOVÁ, R., 2019. *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky pro sociální pracovníky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 56 s. ISBN 978-80-7394-739-2.
85. TAN, L. et al., 2021. Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open*, 14;11(9): e045224, doi: 10.1136/bmjopen-2020-045224.
86. TAYLAN, C., WEBER, L. T., 2023. „Don't let me be misunderstood“: communication with patients from a different cultural background. *Pediatr Nephrol*, 38(3), 643-649, doi: 10.1007/s00467-022-05573-7.
87. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

88. TOSUN, B. et al., 2021. Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review. *Nurse Educ Pract.* 55:103171, doi: 10.1016/j.nepr.2021.10317.
89. TSUI-TING, L. et al., 2022. A Preliminary Study on the Cultural Competence of Nurse Practitioners and Its Affecting Factors. *Healthcare (Basel)*, 10(4), 678, doi: 10.3390/healthcare10040678.
90. VAN KEER, R. L. et al., 2017. Mental well-being of patients from ethnic minority groups during critical care: a qualitative ethnographic study. *BMJ Open.* 7(9): e014075, doi: 10.1136/bmjopen-2016-014075.
91. WALKOWSKA, A. et al., 2023. Cultural Competence of Medical and Healthcare Students with the Use of Simulated Patients-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 20(3):2505, doi:10.3390/ijerph20032505.
92. WATTS, R. J. et al., 2008. Developing a blueprint for cultural competence education at Penn. *J Prof Nurs*, 24(3), 136-142, doi: 10.1016/j.profnurs.2008.01.002.
93. WESOLOWSKA, K. et al., 2018. The association between cross-cultural competence and well-being among registered native and foreign-born nurses in Finland. *PLoS One.* 13(12): e0208761, doi: 10.1371/journal.pone.0208761.
94. WILLEMSE, S. et al., 2020. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *J Crit Care.* 57:55-78, doi: 10.1016/j.jcrc.2020.01.026.
95. ZARZYCKA, D. et al., 2020. Nurse Cultural Competence-cultural adaptation and validation of the Polish version of the Nurse Cultural Competence Scale and preliminary research results. *PloS One.* 16;15(10): e0240884, doi: 10.1371/journal.pone.0240884.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Použitý dotazník

10 Seznam grafů

Graf 1 Charakteristika výzkumného souboru podle věku

Graf 2 Charakteristika výzkumného souboru podle pohlaví

Graf 3 Charakteristika výzkumného souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Graf 4 Charakteristika výzkumného souboru podle celkové délky praxe

Graf 5 Charakteristika výzkumného souboru podle délky praxe v intenzivní péči

Graf 6 Charakteristika výzkumného souboru podle jazyka, kterým se dokáže respondent domluvit

Graf 7 Charakteristika výzkumného souboru dle četnosti používání cizích jazyků v praxi

Graf 8 Charakteristika výzkumného souboru dle toho, zda pracoviště disponuje smluvním vztahem s tlumočnickem

Graf 9 Charakteristika výzkumného souboru dle setkávání s etnickými minoritami

Graf 10 Dodržování kulturně specifických požadavků přes časovou tíseň

Graf 11 Snížené vědomí pacienta a dodržování kulturně specifických požadavků

Graf 12 Vhodné řešení či kompromis pro vyhovění

Graf 13 Zjištění kulturních potřeb od rodiny pacienta

Graf 14 Zjištění kulturních potřeb pacienta v bezvědomí studiem materiálů

Graf 15 Zvýšení kulturních potřeb v akutních a kritických situacích

Graf 16 Posouzení aspektů kulturní rozmanitosti

Graf 17 Dodržení spirituálních potřeb pacienta v akutních či kritických situacích

Graf 18 Vnímání principů zdravotní péče pacienty z odlišné kultury

Graf 19 Aplikace modelu zaměřeného na kulturně kompetentní péči

- Graf 20 Stereotypizace poškozující přístup k pacientovi
- Graf 21 Vzdělávání o kulturních rozmanitostech a rozvoj osobnosti
- Graf 22 Důležitost kulturně kompetentní ošetrovatelské péče v intenzivní péči
- Graf 23 Zohlednění specifických typů onemocnění u pacientů jiné kultury
- Graf 24 Učení a vedení kolegů ke vnímání rozdílů a podobností
- Graf 25 Učení a vedení kolegů k plánování ošetrovatelských intervencí
- Graf 26 Ilustrování komunikačních dovedností
- Graf 27 Schopnost učit a vést kolegy ke komunikačním dovednostem
- Graf 28 Schopnost vysvětlit vliv kulturních faktorů na postoj ke zdraví/nemoci
- Graf 29 Shromažďování informací o postoji pacienta ke zdraví/nemoci
- Graf 30 Schopnost učit a vést kolegy ke kulturnímu vnímání
- Graf 31 Schopnost učit a vést kolegy ke vhodnému chování
- Graf 32 Obeznamení s kulturními znalostmi týkající se zdraví/nemoci
- Graf 33 Umění vysvětlit vliv kultury na pacienty/názory v oblasti zdraví/nemoci
- Graf 34 Umění vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací
- Graf 35 Schopnost porovnat názory na zdraví/nemoc
- Graf 36 Schopnost snadno identifikovat potřeby pacienta
- Graf 37 Schopnost naplňovat potřeby pacienta
- Graf 38 Umění vysvětlit vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc a kulturou
- Graf 39 Schopnost stanovit ošetrovatelské cíle dle aktuálního prostředí
- Graf 40 Snaha o porozumění víře
- Graf 41 Neodlišnost v chování k pacientům různých kultur
- Graf 42 Schopnost učit a vést kolegy ke vnímání rozdílů a podobností
- Graf 43 Schopnost učit a vést kolegy k plánování ošetrovatelských intervencí

- Graf 44 Má hodnotová diverzita
- Graf 45 Mé poznání sebe sama
- Graf 46 Sdílení mé kultury
- Graf 47 Uvědomění si diskomfortních zón
- Graf 48 Kontrola svých předpokladů
- Graf 49 Zpochybnění stereotypů
- Graf 50 Reflexe vlivu vlastní kultury na úsudek
- Graf 51 Přijetí nejednoznačností
- Graf 52 Zvědavost
- Graf 53 Jsem-li Čech/Češka, uvědomuji si své privilegium
- Graf 54 Povědomí o otázkách sociální spravedlnosti
- Graf 55 Vyhodnocení uvědomění
- Graf 56 Učení se z vlastních chyb
- Graf 57 Posouzení limitů svých znalostí
- Graf 58 Kladení otázek
- Graf 59 Rozpoznání odlišností
- Graf 60 Pochopení možného vlivu kultury
- Graf 61 Závazek k celoživotnímu učení
- Graf 62 Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie
- Graf 63 Znalost vlastní rodinné historie
- Graf 64 Znalost svých limitů
- Graf 65 Uvědomění si více sociálních identit
- Graf 66 Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly
- Graf 67 Referenční bod pro posouzení vhodného chování

- Graf 68 Vyhodnocení znalostí
- Graf 69 Přizpůsobení se různým situacím
- Graf 70 Postavit se diskriminačnímu a/nebo rasistickému chování
- Graf 71 Komunikace mezi různými kulturami
- Graf 72 Vyhledávání situací k rozšíření svých dovedností
- Graf 73 Moje zapojení v malých i velkých událostech
- Graf 74 Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací
- Graf 75 Aplikace kulturních norem
- Graf 76 Jednat jako přátelská osoba
- Graf 77 Být flexibilní
- Graf 78 Být přizpůsobivý
- Graf 79 Uznání svých kulturních předsudků
- Graf 80 Znalost odlišnosti uvnitř skupiny
- Graf 81 Vyhodnocení dovedností
- Graf 82 Kontakt sester intenzivní péče s etnickými minoritami

11 Seznam tabulek

Tabulka 1 Souvislost vzdělání sester a jejich jazykových znalostí

Tabulka 2 Souvislost vzdělání sester a jejich znalostí kulturních kompetencí

Tabulka 3 Souvislost celkové délky praxe sester a jejich uvědomění si kulturních kompetencí

Tabulka 4 Souvislost využívání cizích jazyků v rámci praxe sester a jejich dovednost v kulturních kompetencích

12 Seznam použitých zkratk

STAG – Studijní agenda

JIP – Jednotka intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

IMP – Intermediální péče

ICN – Mezinárodní rada sester

EU – Evropská Unie

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

USA – Spojené státy americké

ACCESS – Model, který pomáhá při zvyšování kulturních kompetencí v postgraduálním a pregraduálním studiu

PCCDHS – Proces kulturní kompetence v poskytování zdravotních služeb

SASD – Statistická analýza sociálních dat

13 Přílohy

Příloha č. 1 Použitý dotazník



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

DOTAZNÍK

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

Období realizace: rok 2021-2023

Vážená paní, vážený pane,

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

Prohlášení

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

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

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

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.,

Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.,

PhDr. Martin Červený,

Mgr. Michaela Abrmanová,

Mgr. Inka Kratochvílová,

Bc. Lucie Balounová,

Bc. Anna Švancárová,

Bc. Marie Rásochová

Nestandardizovaný dotazník

- 1) Kolik Vám je let?
Počet let (uveďte)
- 2) Jaké je Vaše pohlaví?
 1. Muž
 2. Žena
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 1. Středoškolské studium s maturitou
 2. Vyšší odborná škola (Dis.)
 3. Bakalářské studium (Bc.)
 4. Magisterské studium (Mgr.)
- 4) Jaká je celková délka Vaší praxe?
Počet let (uveďte)
- 5) Jak dlouho pracujete v intenzivní péči?
Počet let (uveďte)
- 6) Jakými jazyky se dokážete dorozumět? (Uveďte všechny jazyky, kterými se dokážete dorozumět – můžete označit více možností).
 1. Anglicky
 2. Německy
 3. Rusky
 4. Jiné: _____
- 7) Jak často při práci průměrně využíváte cizí jazyky v rámci praxe?
 1. Denně
 2. Týdně
 3. Měsíčně
 4. Několikrát ročně
 5. Nepoužívám
- 8) Má Vaše pracoviště smluvní vztah s tlumočnickem?
 1. Ano
 2. Ne
 3. Nevím
- 9) S jakými etnickými minoritami se v rámci své práce setkáváte? (Můžete uvést více možností).
 1. Slovenskou
 2. Polskou
 3. Německou
 4. Romskou

5. Maďarskou
6. Ukrajinskou
7. Ruskou
8. Vietnamskou
9. Čínskou
10. Arabskou
11. Jiné: _____

U každého z následujících tvrzení označte kroužkem to hodnocení, které nejlépe vystihuje Váš názor.

Tvrzení	1 Nesouhlasím	2 Spíše nesouhlasím	3 Nevím	4 Spíše souhlasím	5 Souhlasím
10) I přes časovou tíseň bychom měli co možná nejvíce dodržovat kulturně specifické požadavky pacienta.	1	2	3	4	5
11) I přes snížené vědomí pacienta bychom měli dodržovat jeho kulturně specifické požadavky.	1	2	3	4	5
12) Měli bychom se snažit najít vhodné řešení či kompromis pro vyhovění kulturně specifickým požadavkům pacienta v podmínkách intenzivní péče.	1	2	3	4	5
13) V případě, že je pacient v bezvědomí, měli bychom zjišťovat kulturní potřeby od rodiny pacienta proto, abychom mu zajistili co možná největší komfort.	1	2	3	4	5
14) V případě, že je pacient v bezvědomí, měli bychom zjišťovat kulturní potřeby studiem materiálů proto, abychom mu zajistili co možná největší komfort.	1	2	3	4	5
15) Jsem si vědom/a, že v akutních a kritických situacích se kulturní potřeby pacienta zvyšují.	1	2	3	4	5

16) Posouzení aspektů kulturní rozmanitosti u pacienta z odlišné kultury je důležité.	1	2	3	4	5
17) Spirituální potřeby pacienta musí být dodrženy při akutních a kritických situacích.	1	2	3	4	5
18) Pacienti z odlišné kultury vnímají principy zdravotní péče rozdílně.	1	2	3	4	5
19) Měli bychom aplikovat do intenzivní ošetrovatelské péče model, který je zaměřený na kulturně kompetentní péči.	1	2	3	4	5
20) Stereotypizace poškozuje můj přístup k pacientovi.	1	2	3	4	5
21) Systematické vzdělávání o kulturních rozmanitostech rozvíjí moji osobnost.	1	2	3	4	5
22) Poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče u pacientů z odlišné kultury v intenzivní péči je důležité.	1	2	3	4	5
23) Plánování ošetrovatelské péče má zohlednit specifické typy onemocnění u pacientů z odlišné kultury.	1	2	3	4	5

STANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

24. Standardizovaný dotazník PHCP-CCS

ČESKÝ FORMULÁŘ PHCP-CCS						
STUPNICE KULTURNÍCH KOMPETENCÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V INTENZIVNÍ PÉČI						
HODNOCENÍ		Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nejsem rozhodnutý/á	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Přečtěte si prosím každou položku a označte ji křížkem nebo symbolem ✓ v jedné z možností odpovědi "rozhodně souhlasím", "souhlasím", "nejsem rozhodnut", "nesouhlasím", "rozhodně nesouhlasím".						
CSk	24.1) Dokážu učit kolegy a vést je k vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.	1	2	3	4	5
CSk	24.2) Dokážu učit kolegy a vést je k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	24.3) Dokážu na příkladech ilustrovat komunikační dovednosti s pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	24.4) Dokážu učit kolegy a vést je ke komunikačním dovednostem pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5
CSk	24.5) Dokážu pacientům/klientům z různých etnických skupin vysvětlit vliv kulturních faktorů na postoj/přístup ke zdraví/nemoci.	1	2	3	4	5
CSk	24.6) Podle mého názoru je shromažďování informací o postoji/přístupu pacienta/klienta ke zdraví /nemoci velmi snadné.	1	2	3	4	5
CSk	24.7) Dokážu učit kolegy a vést je ke kulturnímu vnímání zdraví a nemoci.	1	2	3	4	5
CSk	24.8) Dokážu učit kolegy a vést je k vhodnému chování při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	24.9) Jsem obeznámen/a s kulturními znalostmi a/nebo teorií týkající se zdraví a/nebo nemoci.	1	2	3	4	5
CK	24.10) Umím vysvětlit vliv kultury na pacienty/klienty, společenské názory/chování v oblasti zdraví/nemoci.	1	2	3	4	5
CK	24.11) Umím vyjmenovat metody nebo způsoby sběru informací o zdraví, nemocech a kulturních zvyklostech.	1	2	3	4	5
CK	24.12) Dokážu porovnat názory na zdraví/nemoc pacientů/klientů z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	24.13) Dokážu snadno identifikovat potřeby péče u pacienta/klienta z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	24.14) Při provádění ošetrovatelských činností dokážu naplňovat potřeby pacienta/klienta z různých kultur.	1	2	3	4	5
CK	24.15) Umím vysvětlit možné vztahy mezi názorem na zdraví/nemoc, a kulturou u pacientů/klientů.	1	2	3	4	5
CK	24.16) Dokážu stanovit ošetrovatelské cíle podle kulturního prostředí každého pacienta/klienta.	1	2	3	4	5
CSens	24.17) Obvykle se aktivně snažím porozumět více různým kulturním skupin.	1	2	3	4	5
CSens	24.18) Při péči o pacienty/klienty z různých kultur se mé chování obvykle příliš neliší od jejich kulturních norem.	1	2	3	4	5
CSens	24.19) Dokážu učit kolegy a vést je ke vnímání rozdílů a podobností mezi různými kulturami.	1	2	3	4	5
CSens	24.20) Dokážu učit kolegy a vést je k plánování ošetrovatelských intervencí pro pacienty/klienty z různých kultur.	1	2	3	4	5

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

25. Stupnice pro sebehodnocení kulturních kompetencí

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

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

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

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



Funded by:

Financé par :



Citizenship and
Immigration Canada

Citoyenneté et
Immigration Canada

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

25.11) Povědomí o otázkách sociální spravedlnosti	Jsem si vědom/a vlivu sociálního kontextu na životy kulturně odlišných obyvatel a toho, jak moc privilegia a sociální útlak ovlivňují jejich životy.	1	2	3	4
25.1 – 25.11 Vyhodnocení		1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x
Znalosti		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/velmi dobře 4
25.12) Učení se z vlastních chyb	Budu dělat chyby a poučím se z nich.	1	2	3	4
25.13) Posouzení limitů svých znalostí	Uvědomuji si, že mé znalosti o některých kulturních skupinách jsou omezené, a zavazuji se vytvářet příležitosti k tomu, abych se dozvěděl/a více.	1	2	3	4
25.14) Kladení otázek	Než položím další otázku, pozorně si vyslechnu odpovědi.	1	2	3	4
25.15) Rozpoznání odlišnosti	Vím, že rozdíly v kultuře, etnické příslušnosti atd. jsou důležitou součástí identity jednotlivce, které si vážím. Nebudu se schovávat za tvrzení o kulturní slepotě.	1	2	3	4
25.16) Pochopení možného vlivu kultury	Uvědomuji si, že kultury se v průběhu času mění a mohou se u jednotlivých osob lišit, stejně jako vazba na kulturu.	1	2	3	4
25.17) Závazek k celoživotnímu učení	Uvědomuji si, že dosažení kulturní kompetence vyžaduje celoživotní učení.	1	2	3	4
25.18) Pochopení dopadu rasismu, sexismu, homofobie ...	Uvědomuji si, že stereotypní postoje a diskriminační jednání mohou vest k dehumanizaci nebo dokonce podporovat násilí vůči jednotlivcům kvůli jejich příslušnosti ke skupinám, které se ode mě liší.	1	2	3	4
25.19) Znalost vlastní rodinné historie	Znám příběh své rodiny.	1	2	3	4
25.20) Znalost svých limitů	Nadále rozvíjím svou schopnost vyhodnocovat oblasti, ve kterých mám mezery ve znalostech.	1	2	3	4
25.21) Uvědomění si více sociálních identit	Uznávám, že lidé mají vícečetné identity, které se odvíjejí od rasy, pohlaví, náboženství, etnické příslušnosti atd., a význam každé z těchto identit se u jednotlivých osob liší.	1	2	3	4

Znalosti		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/velmi dobře 4
25.22) Mezikulturní a vnitrokulturní rozdíly	Uznávám mezikulturní i vnitrokulturní rozdíly.	1	2	3	4
25.23) Referenční bod pro posouzení vhodného chování	Jsem si vědom/a toho, že každý má svou „kulturu“ a moje vlastní „kultura“ by neměla být považována za referenční bod pro posouzení, které chování je vhodné a které nevhodné.	1	2	3	4
25.22 – 25.23 Vyhodnocení		1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x
Dovednosti		Nikdy 1	Někdy/ příležitostně 2	Poměrně často/docela dobře 3	Vždycky/velmi dobře 4
25.24) Přizpůsobení se různým situacím	Rozvijím cesty, jak efektivně a s respektem jednat s jedinci i skupinami.	1	2	3	4
25.25) Postavit se diskriminačnímu a/nebo rasistickému chování	Dokážu efektivně zasáhnout, když vidím, že se ostatní chovají rasistickým a/nebo diskriminačním způsobem.	1	2	3	4
25.26) Komunikace mezi různými kulturami	Jsem schopen/a přizpůsobit svůj komunikační styl tak, abych komunikoval/a efektivně s lidmi, jejichž komunikační styl je odlišný od toho mého.	1	2	3	4
25.27) Vyhledávání situací k rozšíření svých dovedností	Vyhledávám lidi, kteří jsou pro mě výzvou, abych udržel/a a rozvinul/a své interkulturní dovednosti.	1	2	3	4
25.28) Moje zapojení	Jsem aktivně zapojen/a v malých i velkých událostech, které podporují porozumění mezi členy různorodých skupin.	1	2	3	4
25.29) Jednání s respektem v rámci mezikulturních situací	Dokážu jednat způsoby vyjadřujícími respekt ke kultuře i přesvědčením ostatních.	1	2	3	4
25.30) Aplikace kulturních norem	Studuji specifické kulturní protokoly a postupy, které jsou zásadní pro moji práci a aplikuji je do praxe.	1	2	3	4

25.31) Jednat jako přátelská osoba	Moji kolegové, kteří jsou z jiného kulturního prostředí, mě považují za přátelskou osobu a jsou si vědomi toho, že je budu podporovat kulturně odpovídajícím způsobem.	1	2	3	4
25.32) Být flexibilní	Pochtivě se snažím pochopit perspektivy ostatních a radím se se svými kolegy z různých kultur o vhodných postupech.	1	2	3	4
25.33) Být přizpůsobivý	Znám a používám různé dovednosti k budování vztahů, abych se sblížil/a s lidmi, kteří jsou ode mě odlišní.	1	2	3	4
25.34) Uznání svých kulturních předsudků	Dokážu uznat své kulturní předsudky v konkrétní situaci a jsem si vědom/a, že nemám jednat na základě těchto předsudků.	1	2	3	4
25.35) Znalost odlišností uvnitř skupiny	Jsem si vědom/a odlišností uvnitř skupiny a na základě generalizace bych nepřisuzoval/a specifické chování jednotlivce celé kulturní komunitě.	1	2	3	4
25.24 – 25.35 Vyhodnocení		1 bod x	2 body x	3 body x	4 body x

Děkujeme za Váš čas.