

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Kateřina Hrázská

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Model Leiningerové a Gigerové - Davidhizarové
a jejich využívání v praxi**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Kateřina Hrázská
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 15. 8. 2013

Abstrakt

V současné době může stále častěji docházet k setkání zdravotnických pracovníků, tedy i sester s pacienty cizinci. Není pochyb o tom, že tito klienti mají své specifické biopsychosociální potřeby, které by sestry měly respektovat. Aby se tak opravdu v praxi dělo, je nezbytné získat od pacienta jiného etnika potřebné informace týkající se odlišností plynoucích z jeho kultury, k čemuž je zapotřebí vhodná ošetřovatelská anamnéza. Jen na základě dobře odebrané anamnézy lze naplánovat a následně poskytnout kvalitní kulturně citlivou péči. Pomoci mohou také ošetřovatelské modely transkulturní péče, kterých je k dispozici několik a záleží jen na uvážení sestry, jaký si pro sběr údajů vybere.

Teoretická část práce popisuje problematiku transkulturního ošetřovatelství, jeho definici, význam a historický vývoj. Dále rozpracovává některé z modelů multikulturní péče, a sice model Leiningerové, Gigerové-Davidhizarové, Campinhy-Bacote a Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním. Na obecné rovině se také věnuje tématu koncepčních modelů ošetřovatelství, uvádí jejich definici, vznik a význam.

V této diplomové práci byly stanoveny následující cíle. Cíl 1: Zmapovat problematiku týkající se modelů Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové a jejich využívání v praxi ve vybraných nemocnicích České republiky. Cíl 2: Zjistit, zda sestry používají prvky multikulturního ošetřovatelství v rámci ošetřovatelské péče u pacientů cizinců. Cíl 3: Zjistit, jaký přínos má pro sestry používání modelů transkulturní péče v rámci ošetřovatelského procesu u pacientů cizinců. Cíl 4: Vytvořit ošetřovatelskou dokumentaci vhodnou pro aplikaci ošetřovatelského procesu u pacientů cizinců.

Na základě výše uvedených cílů bylo definováno několik výzkumných otázek.

1. S jakými ošetřovatelskými modely pracují vybrané nemocnice České republiky?
2. Jakým způsobem ošetřovatelská dokumentace vybraných nemocnic České republiky zohledňuje specifika ošetřovatelského procesu u pacientů cizinců?
3. Do jaké míry znají sestry podstatu modelu Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové?
4. Jak sestry využívají při poskytování ošetřovatelské péče pacientům cizincům modely transkulturní péče?
5. Jak sestry ze svého pohledu uspokojují pacientům cizincům biopsychosociální

potřeby s ohledem na jejich kulturní odlišnosti? 6. Jakým způsobem se sestry vzdělávají v oblasti multikulturní péče?

V praktické části práce probíhal sběr ošetřovatelských dokumentací, respektive anamnéz z vybraných nemocnic České republiky a jejich následná obsahová analýza se zaměřením na vyhledávání multikulturních prvků. Získané výsledky byly pro přehlednost zpracovány do schémat. V druhé fázi šetření byl veden polostrukturovaný rozhovor s deseti sestrami pracujícími na standardních odděleních ve vybraných zdravotnických zařízeních, která poskytla ošetřovatelskou anamnézu, přičemž každá ze sester pracovala v jiném zařízení. Rozhovor zahrnoval otázky týkající se multikulturní problematiky, především pak multikulturních modelů péče a jejich využívání v praxi, komunikace s pacientem cizincem a vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetřovatelství. Rozhovory byly parafrázovány a nejdůležitější informace byly shrnuty do schémat. Nepřímé přepisy rozhovorů jsou přílohou práce na CD.

Z výsledků šetření vyplývá, že většina vybraných nemocnic České republiky pracuje s ošetřovatelským modelem Gordonové, pouze jedno zdravotnické zařízení využívá model Leiningerové. Právě dokumentace tohoto zařízení je vhodná pro sběr údajů od pacienta cizince. Zbylé dokumentace příliš nebo dokonce vůbec nezohledňují specifika ošetřovatelského procesu u těchto pacientů. Podstata modelů transkulturní péče není většině starších sester či sestrám se středoškolským vzděláním známá. Vysokoškolsky vzdělané sestry o modelech sice během svého studia slyšely, ale ani jejich znalosti nesahají příliš do hloubky.

Výstupem práce je návrh ošetřovatelské anamnézy dle modelu Leiningerové vhodný pro sběr údajů od pacienta pocházejícího z jiné kultury.

Klíčová slova: sestra – koncepční model – transkulturní ošetřovatelství – ošetřovatelská dokumentace – Leiningerová – Gigerová – Davidhizarová

Abstract

Medical staff and therefore also nurses may currently more and more often meet patients from foreign countries. It is beyond question that these clients have their own specific biological, psychological and social needs which the nurses should respect. If we want to bring this attitude to practice, it is important to gain from patients belonging to other ethnic groups the key information on differences resulting from their culture. In such cases suitable nursing anamnesis is a must. Quality cultural-sensitive care may only be planned and provided upon a well recorded anamnesis. Nursing models of trans-cultural care may also help. Several such models are available and it is at the nurse's discretion which model she/he chooses to collect the data.

Theoretical part of this assignment describes the issue of trans-cultural nursing, defines it and explains its importance and historical development. It also deals with some of the multi-cultural care models, i.e. the models by Leininger, Giger-Davidhizar, Campinhy-Bacote and Bloch's Ethnic Nursing Care. In general it also mentions conceptual nursing models, their definitions, origin and importance.

The following goals were set for this dissertation: Goal 1: Map the issues related to the Leininger's and Giger-Davidhizar's models and their practical use in selected hospitals in the Czech Republic. Goal 2: Find out if nurses use aspects of multi-cultural nursing within their nursing care for foreign patients. Goal 3: Find out how the nurses benefit from using the trans-cultural nursing models for foreign patients within their nursing process. Goal 4: Formulate nursing documents suitable for application of nursing care for foreign patients.

Based on the above goals, several research questions were defined: 1. What nursing models are used in selected hospitals in the Czech Republic? 2. How do nursing documents in selected hospitals in the Czech Republic respect nursing process specifics when foreign patients are concerned? 3. Are nurses aware (and in what scope) of the principles of the Leininger's and Giger-Davidhizar's models? 4. How do nurses use trans-cultural nursing models when caring for foreign patients? 5. How do nurses, in their opinion, satisfy foreign patients' biological, psychological and social needs with

respect to their cultural differences? 6. How do nurses educate themselves in multi-cultural care?

In practical part of the work, nursing documents or anamneses from selected hospitals in the Czech Republic were collected and their content was analysed with focus on multi-cultural aspects identification. Gathered results were then plot in charts. In the next phase of the investigation, semi-structured interviews were held with ten nurses working in standard wards of selected health-care facilities which provided nursing anamneses. Each of the nurses worked in different hospital. The interviews included questions related to multi-cultural issues especially to multi-cultural nursing models and their utilisation in practice, communication with foreign patients and nurses' education in trans-cultural nursing. The interviews were paraphrased and the most important information was gathered in charts. Indirect transcriptions of the interviews are attached to the dissertation on a CD.

Results of the investigation show that majority of selected hospitals in the Czech Republic uses the Gordon's nursing model; only one facility uses the Leininger's model. And it is the documents of this particular facility that are suitable for data collection from foreign patients. The remaining documents do not respect specifics of nursing care for foreign patients much. Majority of older nurses and secondary-school-educated nurses is not aware of the principles of trans-cultural care models. Nurses with college or university degree remember some aspects from their studies but their knowledge is not very deep, either.

The outcome of my dissertation is a draft of nursing anamnesis based on the Leininger's model which is suitable for data collection from patients coming from different cultural backgrounds.

Key words: nurse – conceptual model – transcultural nursing – nursing document – Leininger – Giger – Davidhizar

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....
Bc. Kateřina Hrázská

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Ditě Novákové, PhD. za její ochotu, vstřícnost, porozumění a cenné rady při psaní diplomové práce. Dále děkuji náměstkům pro ošetrovatelskou péči, kteří k účelům této práce propůjčili ošetrovatelskou dokumentaci. V neposlední řadě děkuji všem respondentkám za poskytnutí rozhovoru.

Motto:

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

Madeleine Leiningerová

OBSAH

Úvod	12
1. Současný stav dané problematiky	13
1.1 Koncepční model ošetrovatelství	13
1.1.1 Definice konceptního modelu	14
1.1.2 Součásti konceptního modelu	14
1.1.3 Vznik a význam konceptního modelu	15
1.2 Transkulturní ošetrovatelství	16
1.2.1 Definice a význam transkulturního ošetrovatelství	17
1.2.2 Historický vývoj transkulturního ošetrovatelství	18
1.3 Model Madeleine Leiningerové	19
1.3.1 Biografie M. M. Leiningerové	19
1.3.2 Historické souvislosti vzniku teorie	20
1.3.3 Východiska teorie	21
1.3.4 Hlavní jednotky modelu	23
1.3.5 Metaparadigma modelu	23
1.3.6 Analýza „modelu vycházejícího slunce“	24
1.3.7 Kulturní ošetrovatelské zhodnocení	26
1.4 Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové	28
1.4.1 Biografie J. N. Gigerové	29
1.4.2 Biografie R. E. Davidhizarové	29
1.4.3 Metaparadigma modelu	30
1.4.4 Jednotlivé položky modelu	32
1.4.5 Kulturní ošetrovatelské zhodnocení	34
1.5 Model Josephy Campinhy-Bacote	36
1.5.1 Kulturní uvědomění	36
1.5.2 Kulturní vědomosti	37
1.5.3 Kulturní dovednosti, setkávání, přání	38

1.6 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním	39
1.6.1 Kategorie kulturních charakteristik	39
1.6.2 Kategorie sociologických charakteristik	40
1.6.3 Kategorie psychologických charakteristik	41
1.6.4 Kategorie biologicko-fyziologických charakteristik	42
1.7 Ošetřovatelské posuzování	43
2. Cíl práce a hypotézy	45
2.1 Cíl práce	45
2.2 Výzkumné otázky	45
3. Metodické postupy	46
3.1 Použité metody a techniky	46
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	47
4. Výsledky	48
4.1 Obsahové analýzy ošetřovatelských dokumentací	48
4.2 Grafické zpracování obsahových analýz	65
4.3 Grafické zpracování rozhovorů	72
5. Diskuse	81
6. Závěr	90
6.1 Návrh ošetřovatelské anamnézy dle Leiningerové	92
7. Seznam použitých zdrojů	95
8. Přílohy	101

Úvod

Na území České republiky v současné době přichází z rozličných důvodů stále více cizinců a péče o ně se tak stává velmi důležitým bodem. Multikultura ve zdravotnictví je realitou nejen u příjemců ošetrovatelské péče, ale i u jejich poskytovatelů. Koho jiného než sestry by tedy měly zajímat pocity, názory, obavy a problémy klientů pocházejících z jiných kultur. Hospitalizace pacienta odlišné národnosti je pro něho radikální změnou zasahující do mnohých oblastí. V tomto případě je namíste citlivý přístup sestry k jeho potřebám. Právě sestry, jakožto nejpočetnější skupina zdravotnických pracovníků, si musí osvojit kulturní kompetence, aby mohly pacientům z minorit zajistit kvalitní péči, a to bez ohledu na jejich kulturní a etnické zázemí. Existuje několik modelů transkulturní péče, a je na sestrách samotných, aby si vybraly ten, jenž nejvíce vyhovuje jejich pracovní situaci, jejich pracovišti i spektru pacientů, s nimiž přicházejí do styku. Provedení kulturního zhodnocení pacientů dle zvoleného modelu jim pak může přinést cenné informace, které najdou své využití při aplikaci ošetrovatelského procesu. Získávání kulturní způsobilosti je celoživotní proces vyžadující průběžné sebehodnocení, neustálý rozvoj dovedností a získávání znalostí o nejrůznějších kulturách a etnikách. Je prokázáno, že dostatečná kulturní kompetence zdravotnických pracovníků vede ke zlepšení komunikace s pacienty cizinci a následně k lepší spolupráci při stanovení léčby, kterou bude pacient ochotněji dodržovat. Velkým úkolem zdravotnických zařízení je motivace sester k vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství.

Aby ošetrovatelská péče mohla být považována za kvalitní, musí zdravotnický personál vybavený patřičnými znalostmi a dovednostmi uspokojovat individuální potřeby klientů. Zkušenosti z praxe bohužel poukazují na fakt, že vědomosti sester v oblasti lidských potřeb u pacientů s odlišnou kulturou jsou nedostačující. Právě toto byl hlavní důvod, proč jsme se rozhodli zpracovat práci na dané téma se snahou přiblížit sestrám podstatu a účel modelů transkulturní péče. Doufáme, že výstupy z této práce dále naleznou uplatnění v ošetrovatelské praxi zaměřující se na péči o pacienty jiných etnických a kulturních skupin.

1. Současný stav dané problematiky

Vlivem migrace a rozvoje rychlých elektronických komunikačních prostředků dnes mohou sestry a další zdravotničtí pracovníci přijít do styku s lidmi pocházejícími z rozmanitých kultur. Pro účelnou a účinnou pomoc takovýmto klientům ve zdravotní péči je tedy nezbytná dobrá připravenost sester, neboť nároky na jejich schopnost poskytnout péči kulturně vhodným způsobem jsou stále vyšší. Na druhou stranu pak může být pro zdravotnický personál velkou odměnou skutečnost, že svými transkulturními znalostmi a dovednostmi vyvolává u těchto pacientů náležitou spokojenost (Tóthová a kol., 2009b; Tóthová a kol., 2010). Chceme-li lépe rozumět zdraví a nemoci v kontextu kultury, je nutné hlubší pochopení života lidí v odlišných kulturách a sociálních situacích. Zdravotníci se často kvůli neznalosti kulturních a sociálních zvláštností zaměřují u pacientů cizinců jen na zvládnutí příznaků a jejich specifické problémy tak mnohdy zůstávají neodhaleny a nevyřešeny. Proto by se sestry měly stát aktivními praktiky a propagátory transkulturního ošetřovatelství v naší zemi (Anastasiadou, 2002).

1.1 Koncepční model ošetřovatelství

Medicína se tradičně soustřeďuje na diagnostiku a léčbu specializovanou podle anatomických systémů a jejich patologických stavů. S rozvojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče však vznikla potřeba holistické péče, která zahrnuje nejen léčebnou, ale i ošetřovatelskou péči. Biomedicínský model má tendenci ignorovat psychosociální potřeby člověka. Ten ale představuje celistvou, jedinečnou a neopakovatelnou osobnost. Právě uvědomění si a respektování tohoto faktu pomohlo sestřím v hledání lepších modelů ošetřovatelské péče. Teorie a modely v ošetřovatelství, které vznikaly postupně od doby Florence Nightingalové, odrážely hodnoty a systémy zdravotnické péče v dobách svého vzniku. Tyto modely se snaží vystihnout podstatu ošetřovatelství a pomoci sestřím zkvalitnit jejich práci (Mastiliaková, 2004).

1.1.1 Definice koncepčního modelu

Koncepční model, rámeček, systém, vzor či paradigma je kombinace abstraktních a všeobecných tvrzení, která znázorňují představy o určitých skutečnostech souvisejících s daným oborem, a utvářejí smysluplný celek. Co koncepční model, to jiný pohled na koncepci metaparadigmatu (Jarošová, 2003). Koncepční model lze také charakterizovat jako soubor názorů a pohledů na vybrané jevy světa, jenž člověku nabízí systém pro myšlení, usměrňuje jeho hledání, poznávání a poskytuje mu jakýsi příklad praktického řešení v rámci jedné či více disciplín (Kubicová, Musilová, 2009).

Koncepční model je abstraktní náčrt vztahů mezi jevy, který se v praxi uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Všechny sestry při své práci využívají jakýsi skrytý model. Nejedná se o nic jiného, než o jejich představy utvořené na základě osvojených vědomostí a zkušeností. Ty jsou však kvůli působení různých činitelů každodenní praxe neúplné, nesystémové a nelogické. Velmi zjednodušeně řečeno, koncepční model ošetrovatelství je zformulovaná představa jednotlivých sester o ošetrovatelství. Právě proto mohou modely odrážet rozličné a racionálně nesjednotitelné světonázory (Mastiliaková, 2004). Výkladový ošetrovatelský slovník definuje model jako abstraktní rámeček, který spojuje fakta a fenomény pomáhající sestřím plánovat ošetrovatelskou péči, zkoumat problémy týkající se praxe a studovat výsledky ošetrovatelských zásahů (Kolektiv autorů, 2007).

1.1.2 Součásti koncepčního modelu

Koncepční modely ošetrovatelství zahrnují tři hlavní části: východiska (předpoklady, premisy, asumpce), dále hodnotový systém a hlavní prvky (Palenčár, 2009). Asumpce jsou fakta odvozená od vědecké teorie a praxe, která se dají ověřit nebo již ověřena byla. Tato východiska představují teoretický základ pro pojetí ošetrovatelství. U jednotlivých modelů lze pozorovat značné odlišnosti, co se předpokladů týče. Tyto nalezneme v pojetí lidské bytosti, zdraví, prostředí či například v pojetí ošetrovatelských činností (Csisko, 2012).

Zatímco asumpce jsou v dílčích modelech rozdílné, hodnotový systém, jenž představuje základní myšlenky oboru si je ve všech modelech ošetrovatelství velmi

podobný. Lze v něm spatřit autorův filozofický a světový názor, jakožto i pojetí vztahů mezi jedincem a prostředím (Palenčár, 2007).

Z předchozích, již zmíněných dvou částí koncepčních modelů, sice z východisek a hodnot, se definovalo sedm klíčových prvků (Csisko, 2012). Prvním z nich je *cíl ošetrovatelství*, jednoduše řečeno to, čeho se snažíme dosáhnout. Jelikož cíl vyplývá z asumpcí, je také v jednotlivých modelech odlišný. Další prvek v pořadí je *pacient či klient*, kterého lze označit za příjemce ošetrovatelské péče. Může se jednat jak o jedince, tak o skupinu. Mezi základní jednotky modelu se řadí také *role sestry*. Následuje *zdroj potíží*, které však nikterak nesouvisí se sestrou, nýbrž s pacientem. Jedná se o původ jeho problémů, jež je možno kladně ovlivnit ošetrovatelskou intervencí. Zdroj potíží je tedy vyjádřením ošetrovatelské diagnózy. *Ohnisko zásahu* je také jednou z jednotek a stanovuje zaměření ošetrovatelských zásahů. Známe-li ohnisko, je zapotřebí zvolit vhodný způsob zásahu čili správnou intervenci. Nejedná se o nic jiného, než o konkrétní prostředky, jimiž sestry nakládají během poskytování ošetrovatelské péče. Právě výsledky této péče zahrnuje poslední, sedmý prvek modelů, který je označován jako *důsledky* (Mastiliaková, 2004; Pavlíková, 2006).

1.1.3 Vznik a význam koncepčního modelu

Koncepční modely ošetrovatelství se poprvé objevily společně s prvním prosazováním myšlenek ošetrovatelství Florence Nightingalové (Žiaková, 2007). Její pohled na ošetrovatelství však ještě v této době nebyl formálně označen za model. K onomu pojmenování došlo až v roce 1973 na konferenci pro rozvoj ošetrovatelství skupinou mužů Johnson, Reilly a Roy (Pavlíková, 2006). Existují tři cesty, kterými koncepční modely vznikají. Jednou z nich je zevšeobecňování zkoumaných jevů. V tomto případě hovoříme o cestě induktivní. Druhá možnost je užití deduktivního přístupu, při kterém dochází k vyvozování z již existujících vědomostí (Plevová, 2011a). Třetí, nejobtížnější způsob spočívá v převzetí a následné aplikaci modelů z jiných vědních disciplín (Mastiliaková, 2004). Jejich názvy jsou odvozeny od jmen autorek a jsou v nich odlišným způsobem ztvárněny základní metaparadigmatické pojmy a vztahy mezi nimi (Kutnohorská, 2009).

Koncepční rámce jsou pro sestry velmi důležité, neboť formulují cíl, účel, rozsah a hranice ošetrovatelské profese. Poukazují na různé možnosti řešení dílčích předmětů zkoumání ošetrovatelství (Farkašová, 2005). Koncepční modely vedou nejen k získání nových poznatků, ale také k jejich logickému uspořádání do systémů. Napomáhají teoretickému i praktickému rozvoji ošetrovatelství, řídí ošetrovatelský výzkum. Slouží jako návod při získávání údajů o klientovi, které jsou nezbytné k realizaci péče a v neposlední řadě udávají kritéria na vyhodnocení účinnosti této péče. Jasně vymezený koncepční rámec ošetrovatelství je velmi podstatný pro získání rovnoprávného postavení oboru ošetrovatelství a také sester samotných vůči ostatním zdravotnickým profesionálům (Mastiliaková, 2004). Tím, že koncepční model skýtá určitý rámec, upozorňuje na jevy, kterých si všimnout a o kterých přemýšlet, podporuje sestry, aby neustále zkvalitňovaly svou práci, a také usměrňuje jejich chování v konkrétní situaci. Neopomenutelný je fakt, že ulehčuje komunikaci mezi sestrami (Pavlíková, 2006).

1.2 Transkulturní ošetrovatelství

Transkulturní ošetrovatelství je ve světě rozvíjeno jako speciální svébytný ošetrovatelský obor, který má specifickou strukturu studia, obohacuje své poznání vlastním výzkumem, používá a vyvíjí výzkumné metody, má své profesionály v praxi, své odborné společnosti i prezentační základny (Špirudová a kol., 2006).

Od zformování oboru transkulturního ošetrovatelství sestry zjišťují, že způsobilost k různým kulturním variantám péče je velice důležitá a současně si všimají, že se jí postupně daří proniknout i do dalších oblastí. Povrchní znalost kultur založená na předpojatých názorech je nahrazována hlubším pochopením a oborovým studiem, díky čemuž se transkulturní přístup stává novým vzorcem pro kompetentní ošetrovatelskou práci. Transkulturní ošetrovatelství je konkrétní odborná služba pro lidi různých kulturních profilů, která by měla přinášet hmatatelné kladné účinky s respektem k dané kultuře (Kolektiv, 2003). V současné době má každý právo očekávat, že s ním bude zacházeno kulturně vhodným způsobem a proto se kulturně

kompetentní péče stává nutností pro ty, kteří jsou zodpovědní za poskytování zdravotnických služeb v multikulturních společnostech (Papadopoulos, 2006).

1.2.1 Definice a význam transkulturního ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství je praktický a teoretický obor orientovaný na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury, s cílem poskytovat patřičnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci. Chápeme jej jako legitimní, nezastupitelnou a metodicky rozpracovanou disciplínu, jejíž smysl tkví v naplnění lidských potřeb takovým způsobem, aby pacient neměl sebemenší důvod odmítat spolupráci či pociťovat nespokojenost (Giger, Davidhizar, 2004).

K jádru transkulturního ošetřovatelství patří zakotvení lidských práv, tedy i uznání rovnosti. Právě ono uznání rovnosti všech lidí a kultur je podstatou správného multikulturního přístupu. Od sester je vyžadována jejich pozornost k výše zmíněným právům a vhodné reagování na ně, neboť profesionální sestra je povinna zajímat se o morální aspekty kultury, z níž pacient pochází. Cílem transkulturního ošetřovatelství je výchova nové generace sester opatřených náležitými znalostmi, vnímavostí a pochopením (Hornáková, 2008; Kober, 2008). K oproštění se od kulturních mýtů a negativních postojů k druhým napomáhá poznání sebe sama, svých kulturních předsudků a stereotypů. Transkulturní ošetřovatelství jako předmět obohacuje naše zúžené vnímání a odpoutává od soustředění na biologickou nemoc jako takovou (Ivanová a kol., 2005).

Transkulturní ošetřovatelství klade důraz na komparaci, hledání rozmanitostí a podobností vyskytujících se v léčbě, v péči o zdraví, ve vzorcích rozvoje onemocnění a také dbá na holistickou metodologii. Klíčovým bodem ošetřovatelství, včetně transkulturního, je člověk a péče o něj. Hlavním cílem, který sleduje transkulturní ošetřovatelství, je zajištění kompetentní a kulturně přiměřené péče, zejména v obtížných životních situacích (Mastiliakova, 2003).

K faktorům ovlivňujícím multikulturní ošetřovatelství patří neustálý vzestup populační migrace, kulturní fluktuace a míšení, nárůst kulturního vědomí klientů, rozšíření elektronické komunikace a tím i sblížení v prostoru světa, výskyt kulturních

střetů poškozujících zdraví a životy. Na tuto oblast ošetrovatelství má dále vliv větší pohyb lékařů a sester po celé planetě, zvyšující se zájem o lidská práva, rostoucí množství žalob směřovaných na adresu zdravotnických profesionálů, střetávání „kultury života“ a „kultury smrti“. Také faktory, jako jsou posun od péče soustředěné do nemocnic k péči v komunitách, příklon k alternativní zdravotní péči, větší požadavky kulturních menšin na adekvátní péči a prohlubování rozdílů mezi kulturou chudých a bohatých, působí na transkulturní ošetrovatelství. Nelze opomenout ani vliv výskytu násilí a sociálního útlaku, jakožto i širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a o potřebě smysluplně se dorozumět (Líšková a kol., 2006).

1.2.2 Historický vývoj transkulturního ošetrovatelství

U zrodu oboru transkulturního ošetrovatelství stála začátkem padesátých let dvacátého století Madeleine Leiningerová. Byla si vědoma potřeby vzdělávání sester v této oblasti, stejně jako nedostatku informací, a proto se sama v tomto oboru začala vzdělávat (Špirudová a kol., 2006).

Jedním z podnětů pro vznik transkulturního ošetrovatelství se zpočátku stala kulturní a sociální antropologie, z níž byly později přejety některé koncepce s úmyslem, že ošetrovatelství musí být zaměřené prakticky. Jelikož se shromažďovaly zkušenosti z terénu, bylo třeba připravit učební texty a vzbudit zájem o nový obor a opomíjené kulturní skupiny u dalších sester. Roku 1974 vznikla Společnost pro transkulturní ošetrovatelství, která od roku 1989 začala udělovat certifikáty sestřím připraveným poskytovat kvalitní a ohleduplnou kulturně citlivou péči klientům z různých kultur (Kolektiv, 2003).

V devadesátých letech dosáhlo transkulturní ošetrovatelství statutu celosvětově uznávané odbornosti, která má otevřený přístup do klinické praxe, výuky a poradenské činnosti. Pojmy a metody transkulturního přístupu pozvolna implementují i do ostatních zdravotnických oborů (Špirudová a kol., 2006). Poskytování kulturně specifické péče je v současné době velice důležité, neboť patří mezi základní vlastnosti moderní ošetrovatelské péče (Ivanová a kol., 2005).

1.3 Model Madeleine Leiningerové

Model Leiningerové, který ona sama nazvala „model vycházejícího slunce“ je charakteristický pro multikulturní ošetrovatelství. Tento model znázorňuje kulturní rozmanitost a univerzalitu ošetrovatelské péče (Archalousová, 2003). Je založen na různorodosti a všestrannosti a upozorňuje na to, že lidé mají právo na vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby, a povinností sester je poskytovat takovou péči, která bude toto právo respektovat (Špirudová a kol., 2004).

Model byl vytvořen v průběhu let 1955-1985 jako koncepční holistický rámec pro výzkum i vzdělávání. Obsahuje odlišné faktory a složky, které je třeba systematicky studovat. Jsou v něm nastíněny potenciální vlivy, jež by mohly vysvětlit souvislosti mezi fenomény péče a historií, kulturou, sociální strukturou, prostředím, světovým názorem a dalšími faktory. Teorie a model Leiningerové jsou stále aktuální a slouží jako základ pro další modely kulturně specifického ošetrovatelství (Špirudová a kol., 2006).

1.3.1 Biografie M. M. Leiningerové

Doktorka Madeleine M. Leiningerová se narodila 13. července 1925 v Suttonu v Nebrasce, kde žila na farmě společně se svými bratry a sestrami. Zde také absolvovala Sutton High School (Bullough, Sentz, 2004). Profesionální vzdělání v ošetrovatelství získala v St. Anthony's School of Nursing v Denveru roku 1948. V roce 1950 získala bakalářské vzdělání v biologii s vedlejším předmětem filozofie a humanismus na Benedictine College v Atchisonu. O tři roky později získala magisterský titul v psychiatrickém ošetrovatelství na Catholic University of America ve Washingtonu. Po dvanácti letech dosáhla úrovně PhD v oboru kulturní a sociální antropologie na University of Washington v Seattlu, kterou vystudovala jako první sestra (Archalousová, 2005; Tomey, Alligood, 2006).

Leiningerová pracovala jako řadová a staniční sestra na chirurgickém oddělení, později jako ředitelka ošetrovatelských služeb psychiatrického oddělení v St. Josephs Hospital v Omaze. V roce 1966 poprvé přednášela o transkulturním ošetrovatelství, a sice na univerzitě v Coloradu, kde působila jako profesorka ošetrovatelství a antropologie. Roku 1969 se stala děkankou a profesorkou ošetrovatelství School of

Nursing ve Washingtonu a docentkou antropologie na University of Washington. O čtyři roky později založila Katedru transkulturního ošetřovatelství na již zmíněné School of Nursing ve Washingtonu a později se stala ředitelkou centra na podporu výzkumu transkulturního ošetřovatelství a hlavní redaktorkou časopisu „The Journal of Transcultural Nursing“. Od roku 1974 působila jako děkanka a profesorka ošetřovatelství na College Nursing a profesorka antropologie University Utah v Salt Lake City. V roce 1981 se stala členkou Wayne State University v Detroitu, kde byla profesorkou ošetřovatelství a antropologie a ředitelkou postgraduálního studia transkulturní péče. Hostovala na čtyřiceti osmi amerických a zahraničních univerzitách (Nemčecová, Špirudová, 2005; Pavlíková, 2006).

M. Leiningerová byla mezinárodně známá pedagožka, autorka, teoretička, výzkumnice, konzultantka a veřejná mluvčí, která neustále studovala, publikovala, přednášela a učila sestry z praxe. Napsala dvacet devět knih, publikovala přes dvě stě článků a knižních kapitol, produkovala četné audio a video nahrávky a podílela se i na administrativních úkolech v ošetřovatelském vzdělávání. Zabývala se antropologií, transkulturním ošetřovatelstvím, kvalitativními výzkumnými metodami, kulturou ošetřovatelství a zdravotních oborů, teorií kulturní péče a budoucností ošetřovatelství vůbec (Tomey, Alligood, 2006). Za tuto svou společensky významnou aktivitu obdržela ocenění LHD, které je udělováno za význačný přínos v oboru humanitních věd. Zastávala názor, že ošetřovatelství a pečování jsou synonyma a také patřičně poukázala na význam vlivu kultury na zdraví, léčbu a péči (Archalousová, 2005).

Madeleine Leiningerová zemřela 10. srpna. 2012 ve věku 87 let v Nebrasce (University of Nebraska Medical Center).

1.3.2 Historické souvislosti vzniku teorie

Madeleine Leiningerová je považována za zakladatelku disciplíny ošetřovatelství známé jako transkulturní ošetřovatelství (Košková, Eliášová, 2006). Koncepti této disciplíny jako samostatného odvětví oboru začala definovat v padesátých letech dvacátého století a to během přípravy své doktorské práce v antropologii (Jarošová, 2003). V této době začínala pracovat jako sestra specialista

na dětské psychiatrické jednotce, kde byla nejen svědkem mnoha kulturních odlišností mezi dětmi a jejich rodiči, ale také si uvědomila existenci velkých propastí mezi dětmi a její vlastní kulturou. Při pokusech pomoci dětem rozličných kultur sama zažila bezmocnost a kulturní šok. Pocítila tak potřebu něco změnit, neboť kulturní dimenze dle ní nescházela pouze ošetrovatelství, ale také medicíně a dalším zdravotnickým oblastem (Leininger, 2002).

K hlubokému zamyšlení se nad kulturní péčí vedl Leiningerovou také politický a hospodářský stav americké společnosti. Během a po druhé světové válce výrazně vzrostla migrace populace, začalo se více cestovat, zlepšovala se ekonomika a objevovaly se nové technologické možnosti. V souvislosti s těmito změnami však současně docházelo k nárůstu rasových konfliktů (Farkašová, 2005). Pro sestry to znamenalo přestat se zabývat pouze chorobou a začít zkoumat existenční pozadí života pacienta, jenž často pocházel odjinud než z USA. Není se čemu divit, že tato teorie vznikla právě v USA, jelikož zde bylo a neustále je složení obyvatel velmi rozmanité (Špirudová a kol., 2006).

Důkladnějšímu studiu transkulturního ošetrovatelství se Leiningerová věnovala v šedesátých letech, kdy také poprvé použila pojmenování jako „transkulturní a multikulturní ošetrovatelství“ či „etnoošetrovatelství“. Od roku 1966 pořádala první multikulturní kurzy, jež obsahovaly také praktické zkušenosti. V polovině let sedmdesátých pak uvedla svůj „transkulturní model zdraví“, který byl v roce 1978 a 1980 ještě rozšířen. Model vycházejícího slunce poprvé popsala roku 1984 (Archalousová, 2005).

1.3.3 Východiska teorie

Východiska, premisy, asumpce neboli předpoklady tvoří nedílnou součást každé teorie, neboť jsou základním kamenem pro teoretickou práci. Právě od nich pak autor odvozuje paradigma a další části teorie. Madeleine Leiningerová tyto premisy formulovala do následujících třinácti bodů (Leininger, 2002).

» Péče je zřejmým, dominantním, hlavním a společným zaměřením, je základem ošetrovatelství.

» Kulturně zaměřená péče je potřebná pro pohodu, zdraví, růst a vývoj, vyrovnání se s hendikepy a pro čelení smrti.

» Kulturně ohleduplná péče je nevyhnutelná pro léčení a především pro vyléčení, neboť nelze vyléčit bez péče, byť pečovat bez léčby lze.

» Kulturně orientovaná péče je holisticky pojímána ve znalostech, v objasňování a předpovídání jevů ošetrovatelské péče i v oblasti řízení ošetrovatelských rozhodnutí a činností.

» Transkulturní ošetrovatelství je věda a profese o humánním rozměru pečování, v jehož ohnisku stojí služba jedincům, skupinám, komunitám, společností a institucím.

» Kulturní péče společně se svými pojmy, významy, vzorci, modely a procesy péče se odvíjí od kulturních odlišností, ale též od kulturní univerzality.

» Každá kultura má péči a praxi lidovou a obyčejně i péči a praxi profesionální. Obě tyto se liší transkulturně a individuálně.

» Hodnoty a praktiky kulturní péče vyplývají z filozofických, náboženských, kulturních, společenských, rodinných, vzdělávacích, jazykových, politických, právních, ekonomických, technologických, environmentálních a historických rozměrů kultury.

» Užitečná a uspokojující kulturní péče má vliv na zdraví a pohodu jedinců, rodin, skupin a komunit v jejich prostředí.

» Kulturně vhodná péče bude fungovat pouze tehdy, budou-li její hodnoty užívány pro přiměřenou, spolehlivou a účelnou péči.

» Mezi profesionální a laickou (tradiční) péčí existuje péče kulturně univerzální a diferencovaná.

» Kulturní střety, nepřijatelné praktiky, kulturní stres a bolest zrcadlí nedostatečné vědomosti o kulturní péči.

» Etnošetrovatelské výzkumné kvalitativní metody jsou důležitými nástroji pro přesná zjištění a interpretaci komplexních a relevantních profesionálních dat pro kulturní péči (Špirudová a kol., 2004; Špirudová a kol., 2006).

1.3.4 Hlavní jednotky modelu

Ve svém modelu Madeleine Leiningerová definovala následující hlavní jednotky. *Cíl ošetrovatelství* je dle ní poskytovat osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládnání nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů. *Pacient/klient* je holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Společenská kultura, filozofický názor a hodnoty se transkulturně liší. Osoby z různých kultur vnímají zdraví, nemoc, léčbu, závislost a nezávislost zcela odlišně. *Role sestry* spočívá v poznání tradičního způsobu péče příslušné kultury či subkultury a ve využívání jeho kladných stránek v profesionální péči. *Zdroj potíží* spatřuje Leiningerová v rozdílnosti kultur a problém související s touto rozdílností je *ohniskem zásahu*. *Způsob zásahu* pak tkví v podpoře zachování či udržení zdraví, pomoci při adaptaci, vedení ke změně nebo pomoci při umírání. Sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetrovatelské péče. *Důsledky* celého procesu jsou zdraví a blaho nebo klidná smrt, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče (Leininger, 2002; Pavlíková, 2006).

1.3.5 Metaparadigma modelu

Osoba je dle Leiningerové jedinec, který se o sebe dokáže starat, zajímá se o své potřeby, pohodu a přežití, při čemž využívá různé způsoby závislé na kultuře a prostředí. Příslušníci různých kultur odlišně vnímají a chápou pojmy jako je zdraví, nemoc, léčba, péče, závislost a nezávislost.

Prostředí autorka blíže nespecifikuje, avšak koncepce kultury s prostředím a se společností úzce souvisí. Prostředí se skládá z politických, ekonomických, sociálních, vzdělávacích, technických, náboženských a kulturních složek.

Zdraví je univerzální hodnota specificky definovaná danou kulturou, a proto neexistuje jeho všeobecná definice. Jedná se o kulturně podmíněný stav pohody, vyjadřující schopnost jednotlivců a skupin vykonávat denní aktivity kulturně vhodným způsobem.

Ošetřovatelství Leiningerová formuluje jako transkulturní profesi a vědní disciplínu poskytující péči osobám různých kultur. Je prezentované třemi typy činností, kulturně shodnými s potřebami a hodnotami klienta. Jednotlivé typy péče vedou poskytovatele k tomu, aby jejich činnosti byly v souladu s kulturou pacienta. Jen tak se odbourá stres a zabrání se případnému vzniku konfliktů mezi poskytovateli péče a pacientem (Jarošová, 2003; Leininger, 2006).

1.3.6 Analýza „modelu vycházejícího slunce“

Dle autorky modelu je hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství používat patřičné znalosti při poskytování kulturně specifické a uzpůsobené péče o lidské zdraví a potřeby. Proto Leiningerová roku 1985 uvádí detailní transkulturní teorii a s ní model pro její snazší pochopení, mezi jehož složky patří rozměr kulturní a sociální struktury, systém péče a typy péče (Špirudová a kol., 2006). Model zobrazuje teorii rozdílnosti a univerzálnosti péče, názorů a pohledů na svět, které ovlivňují péči o zdraví přes jazyk, etnohistorii a prostředí. Tyto faktory působí na lidi, profesi a ošetřovatelské systémy umístěné ve středu modelu. Dvě poloviny znamenající celý svět tvoří oblouk (slunce) a sestry je musí při poskytování péče zohlednit. Model vycházejícího slunce slouží jako návod na studium a zhodnocení lidí s rozdílnými a podobnými kulturními potřebami (Farkašová, 2005; Leininger, 2006).

Sociokulturní kontext

Rozměr kulturní a sociální struktury, jinak řečeno sociokulturní kontext, ve schématu zobrazují jednotlivé paprsky slunce, které představují technologické, náboženské a filozofické, rodinné a společenské, vzdělávací, ekonomické, politické a právní faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny tyto okolnosti spolu navzájem souvisí a jejich vliv na jedince nelze chápat odděleně (Sagar, 2012). Dílčí paprsky slunce jsou ve vzájemném spojení s jeho jádrem, které obsahuje znaky, modely, praktiky péče a holistické zdraví. Všichni činitelé tedy mají vliv na vnímání zdraví a nemoci i na způsob péče, který jedinec využívá (Špirudová a kol., 2004).

Systém péče

Leiningerová ve své teorii uvádí dva systémy péče, a to tradiční a profesionální. Most mezi těmito systémy podle ní tvoří ošetřovatelství (Farkašová, 2005). *Tradiční (lidový, laický) systém* se váže na způsoby péče praktikované příslušníky dané subkultury. V centru tradiční péče stojí člověk jako celostní bytost. Tato péče je humanisticky orientovaná, opírá se o praktické zkušenosti kultury, soustředí se na prevenci onemocnění, postižení a smrti. Při poskytování péče využívá domácí prostředí, rodinu, komunitu. Přednost před technologiemi mají lidová léčiva a vlastní ošetřovatelé, profesionální péče je využívána velmi zřídka, v popředí je péče a ošetřování. Používaný styl komunikace je vlastní dané subkultuře a je velmi důvěrný. Tradiční systém se zakládá na lidových léčebných a ošetřovatelských zkušenostech, moderní technika se zde využívá jen málokdy (Leininger, 2002).

Profesionální systém převažuje v profesionálních institucích, kde lidé zastávají různá povolání. Tento systém prezentuje názory majority, tedy lidí z venku, nikoli z nitra subkultury. Součástí systému jsou také sestry, které mnohdy ani nepoznají tradiční způsob péče (Špirudová a kol., 2006). Středem pozornosti v profesionální péči je pacient, tedy nemocný člověk. Péče se opírá o vědecké poznatky, užívá cizích termínů, přístupů, diagnostických a léčebných výkonů, soustřeďuje se na nápravu tělesného a duševního stavu, na léčbu nemocí a postižení a na patologické jevy. Péče je zpravidla poskytována ve zdravotnických zařízeních, nikoli v domácím prostředí. Do popředí vstupuje léčba, diagnostika a medikace. Pro některé skupiny může být vzhledem k vysokým cenám za profesionální služby finančně nedostupná. Co se týče komunikace, ta je velmi odosobněná. Používá se při ní způsob, který je pro danou subkulturu méně známý. V tomto systému péče je často využívána moderní technika (Leininger, 2002).

Typy péče

Péče představuje v teorii Leiningerové centrum ošetřovatelských činností a je základní dominantou charakterizující ošetřovatelství. Leiningerová spatřuje rozdíl mezi péčí a ošetřováním. Ošetřování či starání se o někoho definuje jako naučené a přenesené kulturní způsoby pomoci zdravým, nemocným nebo umírajícím lidem. Jedná se

o vlastní ošetrovatelské aktivity, které vyjadřují fenomén péče. Právě ono starání se dělá ošetrovatelství profesí (Špirudová a kol., 2004). Kulturně shodnou péči je možno realizovat třemi způsoby a to v závislosti na zdravotním stavu pacienta, jeho problémech a potřebách (Farkašová, 2005).

Prvním z typů je *kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví*, která se zaměřuje na podpůrné preventivní aktivity u zdravých i nemocných lidí. Tato péče podává prostřednictvím profesionální činnosti pomocnou ruku lidem z jiných kultur v rámci uchování si vlastní pohody, zotavení se ze zdravotních těžkostí, čelení postižení nebo smrti (Lišková a kol., 2006).

Kulturní péče umožňující adaptaci v sobě skrývá pomoc pacientovi při adaptaci na jemu dosud neznámé způsoby péče, různé nepříznivé události či nové životní role (Lišková a kol., 2006). Během hospitalizace se mohou u pacienta pocházejícího z jiné kultury vyskytnout různé problémy, jako například nemožnost vykonávat obvyklé náboženské rituály, omezený kontakt s rodinou, potíže se stravou, která neodpovídá jeho kultuře a podobně. Úlohou sestry, která je zprostředkovatelem mezi tradičním a profesionálním systémem péče, je domluvit se s pacientem na takových aktivitách a péči, která bude v souladu s jeho potřebami a zároveň bude respektovat požadavky systému zdravotnického zařízení (Farkašová, 2005).

Třetí typ péče se nazývá *kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu*. Již z názvu je zřejmé, že vstupuje do popředí v momentě, kdy je zapotřebí upravit nebo zcela změnit způsob, jakým pacient nakládá se svým zdravím. Změna se nejčastěji týká stravovacích návyků, kdy sestra společně s klientem pátrá po takových jídlech, která by vyhovovala dané dietě a současně respektovala pacientovo kulturní a náboženské přesvědčení (Špirudová a kol., 2004).

1.3.7 Kulturní ošetrovatelské zhodnocení

Leiningerová vypracovala postup na získávání údajů o pacientovi ze subkultury, ve kterém uvádí dva návrhy na jeho posouzení ve zdravotnickém zařízení. Pro oba je východiskem model vycházejícího slunce (Farkašová, 2005).

Typ „A“ je označován jako rozšířené posuzování nebo také jako dlouhodobý odhad (Líšková a kol., 2006). Sestry v něm získávají informace z oblasti jazyka, komunikace, gest, způsobu odívání a tělesného vzhledu. Zajímají se také o všeobecnou souvislost života s prostředím, o způsob života, způsob života v rodině, světový názor či názor na techniku v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony. Dále zjišťují, jaké jsou denní aktivity, stravovací zvyky, různá tabu, náboženská a duchovní víra a hodnoty, hodnoty vzdělání, sociální vztahy k vlastní a dominantní kultuře. Pátrají též po ekonomických faktorech, odhadují hrubé náklady a příjmy, zkoumají vliv na zdraví, politické a právní vlivy (Farkašová, 2005). Sbírají informace o laické péči o zdraví, ale také hodnotí důležitost profesionální péče a identifikují znaky péče, stejně jako způsob informovanosti o tom, jak předcházet nemocem, jak udržet či získat zdraví a jak o sebe pečovat. V neposlední řadě si sestry všimají dalších ukazatelů, které upozorňují na tradiční nebo naopak na netradiční způsob života (Plevová, 2011b). Při sběru údajů z výše jmenovaných oblastí mají sestry na zřeteli, do jaké míry jsou pacientovy projevy odlišné od projevů kultury a jak jednotlivé faktory ovlivňují způsob péče. Věnují se jak silným, tak slabým stránkám, které by mohly mít vliv na pacientovo zdraví a potřebu profesionální péče (Farkašová, 2005).

Typ „B“ se označuje jako krátké posouzení, při němž je sběr informací velmi orientační. Tento typ není tak podrobný jako dlouhodobý odhad a je také méně holistický. Takovýto odhad je doporučován například na pohotovostních odděleních či v situacích urgentního rázu, kdy je zapotřebí rychle získat nezbytné informace. Typ „B“ se realizuje v pěti fázích (Farkašová, 2005). V první řadě sestry zaznamenávají vše, čeho si všimly, co viděly, slyšely a prožily při setkání s pacientem, a co by mohlo být důležité. Dále od pacienta získávají informace o jeho víře, kulturních hodnotách, aktivitách souvisejících se zdravím, tradičním systémem péče a názorem na profesionální systém. V následujícím kroku sestry identifikují a dokumentují klientovy názory na to, co viděl, slyšel a prožil ve zdravotnickém zařízení. Poté přichází zhodnocení předchozích kroků, hledání společného a odlišného. V poslední fázi posouzení sestry společně s pacientem sestaví plán péče, který bude respektovat jeho kulturu (Archalousová, 2003).

1.4 Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové

Model transkulturního hodnocení amerických autorek Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové, nazýván modelem kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče, vychází z transkulturního ošetřovatelství Madeleine Leiningerové, jejíž model byl kritizován především praktikujícími sestrami za velmi obtížnou implementaci do každodenní péče o konkrétní pacienty a jejich rodiny. Model Gigerové-Davidhizarové byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů pregraduálního ošetřovatelského studijního programu, a sice k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného etnika kultury. Na rozdíl od modelu Leiningerové tento akceptuje praktické potřeby sester průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetřovatelském procesu společně s jejich vlivy na chování ve zdraví i v nemoci. Model dále urychluje a ulehčuje kulturně ohleduplné ošetřovatelské posouzení stavu potřeb pacienta, čímž zefektivňuje praktickou péči čili výběr vhodných ošetřovatelských intervencí. Rozpracovává také další rovinu transkulturního ošetřovatelství, jíž je hodnocení stavu potřeb klienta a ošetřovatelské intervence (Nováková, 2008; Špirudová a kol., 2006).

Východiska teorie

Model transkulturního posouzení Geigerové a Davidhizarové je založen na několika asumpcích.

» Kultura je vzorec rozvíjený napříč časem a projevující se chováním, které je výsledkem procesu kulturizace.

» Kultura je výsledkem osvojených mechanismů, které jsou ovlivňovány prostřednictvím vnitřních a zevních stimulů.

» Kultura je vytvářena hodnotami, vírou, normami a praktikami, které jsou společné pro členy téže kulturní skupiny.

» Kultura koriguje naše myšlení, konání a bytí, stává se vzorcem našeho vyjadřování o tom, kdo jsme. Tyto vzorce se dědí z generace na generaci.

» Kultura obsahuje procesy dynamické, procesy přeměn, aktivity a pasivity (Sedláková, Soukupová, 2007).

1.4.1 Biografie J. N. Gigerové

Joyce Newman Gigerová je držitelkou bakalářského titulu v ošetrovatelství z Kentucky State University a doktorátu v oboru školské správy z Ball State University. Jedenáct let působila jako profesorka postgraduálního studia na University of Alabama v Birminghamu. Je autorkou přibližně 135 článků, 14 knižních kapitol a 6 knih o strategiích pro zlepšení poskytování kulturně odpovídající péče. Je spoluautorkou modelu transkulturního poskytování péče, jenž se zaměřuje na klíčové kulturní fenomény, které mají dopad na zdravotní péči. Tento model byl využit přibližně v 357 ošetrovatelských učebnicích, odborných textech a dalších přidružených zdravotnických oblastech. Gigerová získala několik milionů dolarů pro svůj výzkum a průkopnické práce a také mnohá ocenění a vyznamenání (*Joyce Newman Giger and Ruth Elaine Davidhizar*).

1.4.2 Biografie R. E. Davidhizarové

Ruth Elaine Davidhizarová absolvovala vzdělání v oblasti psychiatrického ošetrovatelství a obdržela doktorát humánních umění z Andrews University. V roce 1987 se jako asistentka profesora připojila k fakultě na Bethel College, kde pomáhala při vytváření nových inovativních ošetrovatelských programů. Během této doby spolupracovala se zakládajícím předsedou fakulty a neustále se rozvíjela. V roce 1990 vedla oddělení ošetrovatelství. Od roku 1990 do června roku 2008 sloužila jako profesorka a děkanka na School of Nursing. Fungovala též jako asistentka profesora a poradce na Ball State University a výzkumný konzultant postgraduálních programů na Andrews University. Davidhizarová je autorkou více než 850 článků, knižních kapitol a knih o strategiích na zlepšení poskytování kulturně odpovídající péče a spoluautorkou modelu pro posuzování kulturních jevů vztahujících se k poskytování této péče. Tento model poskytuje koncepční rámec pro školy a zdravotní střediska. Dr. Davidhizarová také sloužila jako recenzent pro několik časopisů. Aby zjistila, zda zdravotnické školy vzdělávají kulturně kompetentní studenty, fungovala jako kulturní poradce na mnoha vzdělávacích programech v celých Spojených státech. Držela řadu státních a národních pozic (*Joyce Newman Giger and Ruth Elaine Davidhizar*).

1.4.3 Metaparadigma modelu

K nosným myšlenkám tohoto modelu patří koncepce transkulturního ošetrovatelství, respektování kulturní svébytnosti jedince, kulturně rozmanité ošetrovatelství, kulturně ohleduplná péče, vytváření kulturně senzitivního prostředí v rámci zdravotnických zařízení a podpora zdraví prospěšného chování, které je ve zdraví i nemoci běžné pro danou kulturu (Kolektiv, 2003).

Koncepce transkulturního ošetrovatelství

V modelu Gigerové a Davidhizarové je transkulturní ošetrovatelství chápáno jako oblast kulturně přiměřené praktické péče, zaměřené na klienta a mající své výzkumné úkoly. Nutno brát v potaz, že ani poskytovatelé péče nejsou kulturně nevyhranění a že každý jedinec má svůj kulturní profil. Sestry se musí během poskytování péče vyvarovat projekci svých kulturních představ na pacienta. Musí důkladně znát vlastní kulturní založení, aby je byly schopny oddělit od kulturního založení klientů (Mastiliakova, 2002).

Pro poskytování kulturně senzitivní péče je nevyhnutelné, aby sestry akceptovaly individualitu každého člověka společně s jeho zkušenostmi, přesvědčením a hodnotami, které si osvojil v rámci generacemi tradovaných souvislostí. Sestry, pokud se chtějí vyhnout nemístně etnocentrickému smýšlení, si také musí uvědomit, že ošetrovatelství není profese oproštěná od vlivů kultur, nýbrž je kulturně determinované. Jelikož je někdy mezi kulturním profilem sestry a poskytováním kulturně senzitivní péče velmi úzký vztah, je nejvhodnější řídit se během ošetrovatelského procesu získanými vědomostmi z transkulturní oblasti. To však neznamená, že všechny sestry v dané kultuře budou smýšlet a jednat stejně, neboť rozdíly, které existují mezi různými kulturami, nalezneme i uvnitř jedné kultury. Přitom nezapomínáme na cíl transkulturního ošetrovatelství, jímž je kulturně přiměřená péče, postavená na objevování kulturně závažných informací o daném jednotlivci (Mastiliakova, 2002).

Přestože se transkulturnímu ošetrovatelství věnuje především vysoce specializovaný ošetrovatelský personál, je vhodné, aby poznatky z tohoto oboru uplatňovaly všechny sestry bez ohledu na vzdělání a množství zkušeností. Od všech sester se očekává, že vynaloží úsilí nabízet všestrannou kulturně způsobitou pomoc

oproštěnou od zbytečných předsudků plynoucích z rasového původu, vyznání či pohlaví (Kolektiv, 2003).

Klient (kulturně svébytný jedinec)

Každý jedinec je svébytná osobnost s vlastním kulturním profilem, vlastní sumou prožitků a zkušeností a vlastními kulturními normami. Totožnost člověka nalézá své vyjádření i v osvojených kulturních zvyklostech. I přes tuto jedinečnost je však východiskem obecná znalost o dané kulturní skupině (Kolektiv, 2003).

Kulturně rozmanitá ošetrovatelská péče

Aby péče byla kulturně přiměřená, je třeba znát řadu kulturních jevů v celé jejich rozmanitosti a uplatňovat transkulturní dovednosti co možná nejlépe. Ošetrovatelství, které bere ohled na kulturní rozmanitost neboli diverzitu, věnuje v praxi pozornost zejména těmto šesti jevům: komunikaci, prostoru, sociálnímu začlenění, pojetí času, vlivu prostředí a výchovy a biologickým odlišnostem (Kolektiv, 2003).

Kulturně ohleduplná (přizpůsobená) péče

Současně s rostoucím uvědoměním transkulturních aspektů zdravotní péče se rozšiřuje termín „kulturní kompetence“ čili způsobilost k poskytování kulturní péče. Kulturní kompetence má prakticky tolik definic jako kultura samotná. Dle jedné z nich znamená uvědomění si samotné existence člověka s jeho způsobem myšlení, vjemy a vlivem prostředí, bez nežádoucího vlivu na poskytovanou péči. Kulturní kompetence je podle této definice schopnost přizpůsobit péči klientovi. Jedná se tedy o vědomý proces, který nemusí mít nutně lineární průběh. Další z definic uvádí, že kulturní kompetence označuje dlouhodobý proces sebevzdělávání, sbírání zkušeností, rozvoje vnímavosti a interaktivních dovedností. Tento proces se pak promítá do osobnosti těch, kteří péči poskytují, i do péče samotné. Z této definice vyplývá, že pro kulturní kompetence je nutné usilovat o takovou ošetrovatelskou praxi, která dovoluje proměnit všechny ošetrovatelské intervence na příspěvek k lepšímu zdraví klienta, snížení morbidity a mortality a na pocit spokojenosti z pohledu klienta i personálu (Mastiliakova, 2002).

Kulturní způsobilost umožňuje jednotlivcům, institucím a systémům poskytovat kulturně uzpůsobenou péči využívající ošetrovatelské strategie, které vycházejí

z postojů, přesvědčení, chování a kulturního dědictví těch, k nimž je péče směřována. Důležitou úlohu v osvojování si kulturní způsobilosti zaujímá myšlenkové zpracování profesních ošetrovatelských modelů. Kulturní kompetence má pružný a dynamický charakter a hraje důležitou roli v dosahování optimálního zdravotního stavu lidí všech kulturních skupin (Kolektiv, 2003).

Kulturně senzitivní prostředí

Kulturně různorodá péče o zdraví lidí se poskytuje v různých typech zdravotnických zařízení. Znalost kulturních poměrů pomáhá všem zdravotnickým profesím při plánování a implementaci celkově vhodné péče. V praxi zdravotnických zařízení se objevují stále nové podklady a návody sloužící ke kulturnímu posouzení klientů (Kolektiv, 2003).

Zdraví a zdravotní status

Zdraví a zdravotní status je základna kulturně specifických chorob a zdraví prospěšného chování. Pro zdraví každého jedince mají velký smysl individuální kulturní hodnoty, víra a postoje (Špirudová a kol., 2006).

1.4.4 Jednotlivé položky modelu

Model Gigerové a Davidhizarové nabízí sestřám systematický postup pro hodnocení šesti základních kulturních veličin, pomocí nichž jim může usnadnit vyhodnocování kulturních proměnných a jejich vlivu na chování člověka ve zdraví i nemoci (Giger, Davidhizar, 2002).

Komunikace

Komunikace jako hodnota, která je v kultuře přenášena a chráněna, prostupuje celým světem lidské interakce. Právě komunikování často ztělesňuje nejzávažnější problém při práci s klienty z odlišných kultur (Špirudová a kol., 2006). Během komunikace s pacientem se sestry soustředí na jazyk, který používá, na charakteristiku jeho hlasu, výslovnost a způsob vyjadřování, používání pauz a mlčení. Všímají si také způsobu neverbální komunikace a reakcí na dotek (Mastiliakova, 2002).

Interpersonální prostor

Tento prostor souvisí s odstupem mezi jedinci, kteří jsou ve vzájemné interakci. Pravidla týkající se osobní distance se v různých kulturách odlišují. Každá osoba má své vlastní teritoriální chování, tedy své pojmání vlastního osobního prostoru. Nerespektování osobně vymezeného teritoria či dokonce vstupování do intimní zóny může být příčinou diskomfortu a v krajním případě může vést k odmítání léčby a péče (Giger, Davidhizar, 2004). Při ošetrovatelském zhodnocení sestry zkoumají míru pohody či nepohody v daném společenském prostoru. Sledují také udržování blízkosti a vzdálenosti pacienta vůči ostatním, jeho tělesné pohyby a vnímání prostoru (Kolektiv, 2003).

Sociální začlenění

Týká se způsobu chování, kterým kulturní skupina organizuje sama sebe ve vztahu k rodině. Sestry se zaměřují na začlenění v oblasti kulturní, rasové, etnické, rodinné, pracovní, profesijní a přátelské. Zajímají se také o pacientův zdravotní stav a trávení jeho volného času (Špirudová a kol., 2006).

Pojetí času

Kulturní skupiny mohou být orientovány na minulost, přítomnost či budoucnost. V rámci preventivní zdravotnické péče je žádoucí zaměření na budoucnost, neboť preventivní zásahy jsou motivovány budoucím prospěchem (Giger, Davidhizar, 2004). Co se pojetí času týče, je pro sestry důležitá definice času a způsob měření času dané kultury. Dále si všímají využívání času a jeho role ve společenském kontaktu, stejně jako pracovní doby klienta (Kolektiv, 2003).

Vliv výchovy a prostředí

Tyto okolnosti ovlivňují nejen zdraví populace, ale také její vztah k němu a zdravotnickým službám. Náhled kultury, která přisuzuje hlavní význam vnějším vlivům, jako je příroda, osud nebo například Bůh, může být fatalistický, neboť vyžádání zdravotní péče je v tomto případě považováno za zcela zbytečné. Sestry tedy zjišťují, jaká je obvyklá péče o zdraví v dané kultuře, zda je efektivní, neutrální či dysfunkční. Měly by znát definici zdraví a onemocnění dané kultury a její hodnotovou orientaci (Špirudová a kol., 2006).

Biologické odlišnosti

Tyto zahrnují biologické difference, speciálně genetické variace, které existují mezi jedinci jednotlivých lidských ras. Nejen kultura, ale také genetické znaky od sebe lidi odlišují (Kolektiv, 2003). Zmíněné rozdíly hledají sestry ve stavbě těla, barvě kůže a vlasů, hmotnosti, výšce a dalších měřitelných veličinách. Sestry dále pátrají po výskytu geneticky a enzymaticky podmíněných onemocnění specifických pro danou populaci. Pozorují také, jaká je vnímavost vůči nemocem a onemocnění. Do této oblasti můžeme též zahrnout informace o upřednostňování či naopak vyhýbání se některým pokrmům (Giger, Davidhizar, 2004).

1.4.5 Kulturní ošetrovatelské zhodnocení

Model Gigerové a Davidhizarové doporučuje strukturu a obsah ošetrovatelského posouzení pacienta odlišného etnika a kultury v následujících sedmi kategoriích. První z nich tvoří *kulturně svébytný jedinec*, místo jeho narození, popis kultury, k níž patří a jeho chápání této kultury. V této oblasti sestry zajímá rasa a opět její chápání ze strany pacienta. Pokud je to vhodné, informují se také o délce pobytu v zemi (Špirudová a kol., 2006).

Sestry by měly vědět, jakým jazykem pacient hovoří, jaký je jeho mateřský jazyk a který jazyk používá jako úřední, popřípadě jaké další jazyky ovládá. Během *komunikace* se zaměřují na charakteristiku hlasu, zda je silný a zvučný, tlumený, průměrný a běžný nebo pronikavý a ostrý. Pozornost věnují také způsobu vyjadřování a výslovnosti, která může být zřetelná či naopak nezřetelná, nebo může pacient užívat nářečí. V komunikaci má svůj význam i používání pauz a mlčení, jež se vyskytují buď zřídka, nebo často a to v různých délkách. Převážnou část komunikace tvoří komunikace neverbální zahrnující pohyby rukou, pohyby očí a pohledy, pohyby celého těla a průvodní pohyby a postoje. V rámci interakce s pacientem jiné kultury by sestry měly být velmi obezřetné, co se doteků týče. Reakce na ně se totiž může výrazně lišit. Někdo se při doteku ulekne nebo uhýbá, jiný jej přijímá jen s obtížemi a někomu nedělá problémy dotýkat se druhých (Kutnohorská, 2006).

Další oblastí, kterou sestry během posuzování klienta z jiné kultury hodnotí, je *prostor*. Pozorují reakci a pocity pohody či nepohody při narušení osobního prostoru klienta a jeho odstup při konverzaci. Důležité je znát vzdálenost, při které se klient cítí v přítomnosti jiných osob příznivě, stejně jako ovlivnění vnímání prostoru neživými věcmi, například nábytkem. V kategorii *sociální začlenění* zkoumají sestry kvalitu zdravotního stavu pacienta, jeho rodinný stav a počet dětí. Opatrně zjišťují, zda ještě rodiče klienta žijí nebo již zemřeli (Giger, Davidhizar, 2004; Špirudová a kol., 2006).

Pojetí času znamená, jestli je daná kultura orientována na minulost, přítomnost či budoucnost a zda je její vnímání času sociálně zaměřené nebo podřízené hodinám. Zahrnuje také psychochemické reagování na čas týkající se pravidelného denního rytmu a uvědomění si důležitosti přijímat léky a terapeutické intervence v danou dobu (Giger, Davidhizar, 2004).

Aby byla poskytována kulturně citlivá péče, je nezbytné zohlednit *vliv výchovy a prostředí*. Podstatné je, zda klient věří, že změny a vliv na okolnosti pramení z nitra, nebo že jeho život ovlivňuje především osud a náhoda. Klíčová je také informace o tom, jestli pacient spoléhá či nespolečá na kouzla, zaříkávání nebo modlitbu a zda věří v nadpřirozené síly (Giger, Davidhizar, 2004).

V poslední, avšak neméně důležité oblasti, provádí sestry kompletní fyzikální vyšetření, při kterém hodnotí postavu, tělesnou konstituci, barvu pokožky a případné neobvyklé změny v barvě kůže, dále barvu a hustotu vlasů, hmotnost a výšku pacienta. Sledují laboratorní hodnoty hemoglobinu, hematokritu a výskyt srpkovitých buněk u osob tmavé pleti a u obyvatel ze středozemí (Giger, Davidhizar, 2004; Špirudová a kol., 2006).

1.5 Model Josephy Campinhy-Bacote

Model rozvíjení kulturní způsobilosti Josephy Campinhy-Bacote navazuje na transkulturní ošetřovatelství Madeleine Leiningerové. Dosahování a rozvíjení kulturní způsobilosti je proces, během kterého zdravotník usiluje o získání schopnosti efektivně pracovat v rámci kulturního kontextu individua, rodiny či komunity. Tento proces od sester vyžaduje, aby se staly kulturně kompetentními, což znamená brát ohled na kulturní uvědomění, vědomosti, dovednosti, kulturní setkávání a přání (Campinha-Bacote, 2002).

Východiska teorie

- » Kulturní způsobilost je proces, nikoliv událost.
- » Proces dosahování kulturní způsobilosti je efektivnější, probíhá-li v rámci etnických skupin než napříč kulturami.
- » Mezi stupněm způsobilosti a schopností poskytovat kulturně uzpůsobenou zdravotnickou péči existuje přímý vztah.
- » Kulturní způsobilost je důležitá pro poskytování efektivních a patřičných služeb klientům (Špirudová a kol., 2006).

1.5.1 Kulturní uvědomění

Do procesu rozvíjení kulturní způsobilosti lze vstoupit skrze jakýkoliv bod modelu. Onen vstup se uskutečňuje na základě určitého stupně uvědomování si. Kulturní uvědomění spočívá ve zmapování předsudků, stereotypů, očekávání a odlišností jak svých vlastních, tak i ostatních. Můžeme si uvědomit náš světonázor, naše předpoklady, pojetí a premisy, které prostupují celý náš život. Jinak řečeno, můžeme objevit přirozenou realitu našeho života. V případě, že se tento proces neuskuteční, hrozí tendence k vnucování víry, hodnot a vzorců chování ostatním. Kulturní uvědomění napomáhá v různých situacích identifikovat, čí zájmy jsou prezentovány a čí jsou nepřijatelné. Na základě hodnocení úrovně získaného kulturního uvědomění lze pomáhající profesionály zařadit do některé z kategorií typů kulturního uvědomění (Špirudová a kol., 2006).

Pro *naivní typ* jsou typické činy bez vědomostí či uvědomování si předpojatostí a jejich dopadů. *Typ věčného zachraňovatele* si předpojatosti či předsudky sice uvědomuje, ale i přesto nadále pokračuje v chování, které je ovlivněno stereotypy a netolerancí. *Typ únikáře* si předsudky též uvědomuje, dělá však rozhodnutí, která vhodně chování ignorují, nebo od rozhodování utíká. Další typ, *typ stavitele kulturních mostů* je vzorem pro ostatní. Jeho činy možno charakterizovat jako přiměřené a vhodné, jeho chování je cílené a zasahuje tam, kde je to třeba. Přijímá a dokáže nést riziko. *Typ bojovníka* napadá veškeré činy, opatření a konfrontuje dění úhlem pohledu nespravedlnosti a bezprávi (Sagar, 2012; Špirudová a kol., 2006).

1.5.2 Kulturní vědomosti

Tato část modelu souvisí se získáváním vědomostí o různých kulturních a etnických skupinách. Zdravotníci prozkoumávají především oblasti týkající se zdravého životního stylu a kulturních hodnot, incidence a prevalence chorob a účinnosti léčby. Výchovně vzdělávací proces směřující k rozvoji transkulturní způsobilosti je realizován ve dvou základních rovinách. *Rovina sebeanalýzy*, která zahrnuje sebezpoznaní, uvědomění si vlastní identity a příslušnosti, hodnot a tradic, je hlavním předpokladem k vnímání odlišností mezi kulturami, etniky a individui. *Na úrovni vzdělávání a výchovy* je nutné si uvědomit, že řada společenskovedních a humanitních oborů, mezi něž patří kupříkladu psychologie, sociologie, antropologie, filozofie, etika, politologie, historie, pedagogika, lingvistika, teorie komunikování, tropická a cestovní medicína či transkulturní ošetřovatelství, poskytuje informace důležité pro rozvoj kulturních vědomostí (Špirudová a kol., 2006).

Aby sestry dokázaly pochopit některé jevy a události z běžného života lidí, je potřebné znát jejich filozofii života, tedy jejich názory na život a na svět. Právě tyto názory souvisí s jejich kulturou, etnikem a proto jakékoliv kulturně společenské problémy je vždy nutné analyzovat ve třech rovinách: v rovině individua a jeho rodiny, v rovině komunity a v rovině celospolečenské. Capminha-Bacote společně s Purnellem definovali čtyři stadia, kterými sestry prochází při hledání vědomostí o specifických kulturních skupinách. *Nevědomá neschopnost* znamená, že sestry nemají žádné vědomí

o existujících kulturních rozdílech mezi pacientem a jimi samotnými. *Vědomá neschopnost* je uvědomění si chybějících vědomostí o jiné kultuře. Tyto sestry vědí, že kultura hraje důležitou roli v ošetrovatelství, ale neví, jak účinně tyto vědomosti použít. *Vědomá schopnost* již zahrnuje samotný akt učení se o kultuře pacienta, ověřování vědomostí a poskytování kulturně odpovídající ošetrovatelské péče. *Nevědomá schopnost* je schopnost sester spontánně zabezpečit kulturně vhodnou péči pacientům z rozličného kulturního prostředí (Uríčková, 2010).

1.5.3 Kulturní dovednosti, setkávání, přání

Proces rozvíjení *kulturní dovednosti* může probíhat ve vlastní zemi či v cizině, v rámci profese, v občanském životě, během cestování, studijních pobytů, stáží a podobně. V profesionální rovině kulturní dovednost zahrnuje především schopnost sbírat relevantní kulturní data týkající se pacientových aktuálních problémů, jako i přesně vykonaného fyzikálního hodnocení. Zdravotnická zařízení pečující o klienty různých kultur a etnik se s problémem poskytování kulturně uzpůsobené péče vyrovnávají rozličnými způsoby, nicméně sestry musí k pacientovi přistupovat kulturně citlivým způsobem (Špirudová a kol., 2006).

Kulturní setkávání je zcela běžná realita zdravotnické praxe. Je to proces, který povzbudí sestry přímo se angažovat v interakci s pacienty z kulturně odlišného prostředí. Tyto interakce povedou k zdokonalování či upravování existujících názorů na kulturní skupiny a zabrání tak stereotypům (Uríčková, 2010). Pro hladký průběh interakce je nezbytné sladit kulturně sporné oblasti, do kterých spadá příprava zdravotníků, zdravotnických provozů a prostředí zdravotnického zařízení na specifické požadavky a potřeby, které mohou mít příslušníci konkrétní kultury (Sagar, 2012).

Kulturní přání v sobě skrývá motivaci a chtění poskytovat kulturně způsobilou péči, podporuje rozvoj kulturní pokory a zahrnuje koncept pečování. Konkrétněji tato touha obsahuje například akceptování odlišností, stavění na podobnosti, ochotu učit se od ostatních a také pokusy o rozkrývání nepříjemných témat, jako je bezesporu rasismus (Sagar, 2012). Kulturní přání je alfa omegou k získání kulturní kompetence. Model Campinhy-Bacote je znázorněn jako výbuch sopky, kde kulturní přání je pro sestry

začátkem procesu. Přání však musí pramenit z touhy sester, nikoliv ze zoufalého odhodlání. Kulturní přání zahrnuje závazek sester pečovat o všechny klienty, bez ohledu na jejich kulturní hodnoty, víru nebo zvyky, ať už je tato péče jakkoli náročná (Uričková, 2010).

1.6 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním

Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním se velmi přibližuje modelu Gigerové-Davidhizarové, jeho struktura etnicko-kulturních charakteristik je však odlišná. Nalezneme zde například přesnější zaměření na identifikaci etnických a kulturních specifik souvisejících s poskytováním profesionální zdravotnické péče. Tento průvodce posuzuje jedince společně s jeho rodinou v době nemoci, v rámci ambulantní péče či během hospitalizace. Etnicko-kulturní charakteristiky se dělí do čtyř kategorií: kulturní, sociologické, psychologické a biologicko-fyziologické (Archalousová, 2003).

1.6.1 Kategorie kulturních charakteristik

Kulturní kategorie zahrnuje etnický původ pacienta, rasu a místo jeho narození. Dále sem spadají informace o tom, jestli klient žil na vesnici či ve městě, kdy a jak dlouho tam žil, zdali se přistěhoval v nedávné době. V této kategorii nesmí sestry opomenout zjistit, jaké má pacient návyky a jaké dodržuje zvyky. Velmi důležité jsou jeho názory týkající se narození, života, smrti, zdraví a nemoci, pojetí času a systému zdravotnické péče. Sestry také sledují, jakou má pacient důvěru ke všeobecnému kulturnímu systému. Další oblast je zaměřena na chování hodnocené kulturou pacienta. Konkrétněji řečeno jde o to, jaký význam je připisován soukromí, zdvořilosti, úctě ke starším lidem, chování souvisejícímu s určitou rolí v rodině, sexualitě a v neposlední řadě etice práce. Sestry by se měly dozvědět, jaké chování týkající se projevu emocí, pocitů, náboženského cítění a reakcí na chorobu a smrt akceptuje pacientova kultura, jaké omezení existuje v sexuální oblasti, při odhalování částí těla, v souvislosti s chirurgickými zákroky či během rozhovoru o smrti pacienta s jeho příbuznými. Nezbytné jsou údaje vztahující se k jazykovým a komunikačním procesům. Jednoduše

řečeno sestry zajímá, kterým jazykem, popřípadě jazyky nebo dialektem či dialekty pacient hovoří, který z nich používá doma a který naopak třeba v práci, v kterém jazyce přemýšlí, zda vůbec mluví česky a pokud ano, tak na jaké úrovni. Potřebují také vědět, jestli je schopen v češtině číst nebo psát a je-li při kontaktu s nimi zapotřebí tlumočnick. Co se týče komunikačního procesu, je třeba zjistit jeho lingvistická pravidla a styly. Nutností je též změna způsobu komunikace a kladení otázek v zájmu přizpůsobení se pacientovu kulturnímu zázemí. Konkrétně se jedná o tempo konverzace, oční kontakt, specifická omezení, normy důvěrnosti a styl vysvětlování. Uvědomění si existence případných konfliktů ve verbální či neverbální interakci sester a pacienta je při získávání informací také podstatné. Součástí kulturních údajů o pacientovi jsou i názory na zdraví a zdravotnické praktiky. V této oblasti by sestry mohlo zaujmout, ke kterému léčiteliskému systému a k jakým léčiteliským praktikám dané kultury se pacient přiklání nebo například, do jaké míry spoléhá na léčitele své kultury. Také pohled na původce chorob se v různých kulturách značně liší. Se zdravím jako takovým jsou úzce spjaté názory na výživu (povolená, zakázaná jídla) i stravovací praktiky samotné (příprava jídla, způsob, četnost a čas jedení, druhy používaného nádobí). Sestry si všímají, jakým způsobem se musí příslušník etnické skupiny ztotožňovat v dominantní společnosti a jak je ovlivňován zevním prostředím. Po obdržení těchto údajů by měly být schopné působit na pacienta v rámci osvěty (Špirudová, Bursová, 2002; Špirudová a kol., 2006).

1.6.2 Kategorie sociologických charakteristik

Ve skupině sociologických údajů pátrají sestry po ekonomickém postavení pacienta a jeho rodiny. Zjišťují tedy, kdo z rodiny zabezpečuje příjmy a jaký vliv na životní styl a na možnost využití zdravotnických služeb má její ekonomický status. S vzdělanostní úrovní souvisí nejvyšší dosažené vzdělání pacienta a s ním spjaté pocity týkající se postavení ve vztahu k zdravotnickým pracovníkům daného zařízení. Sestry dále sbírají informace o sociální síti pacienta, jeho příbuzných, spolužácích, léčitelích jeho kultury a podobně. Zároveň objevují vliv této sítě na zdraví a nemoc. Na rodinu se dívají jako na podpůrnou skupinu. Je dobré vědět, jak moc je pro ni důležité být během hospitalizace člena rodiny neustále s ním a jakou sehrává úlohu při podpoře zdraví,

v nemoci nebo při umírání. Pro zdravotnický personál je jistě jedna z klíčových informací, zdali mu může být člen rodiny nějakým způsobem nápomocný a jestli se podílí na ošetrovatelské péči o pacienta například v rámci koupání či krmení. Je třeba si uvědomit, kdo má v rodině klíčové postavení, což je pochopitelně dáno kulturou. Sestry by se však neměly soustředit jen na vlivy rodiny, ale také na vliv podpůrných institucí etnické a kulturní komunity a na fakt, do jaké míry je ovlivňována reakce pacienta na poskytování zdravotnické péče institucionálním rasismem zdravotnických zařízení (Špirudová, Bursová, 2002; Špirudová a kol., 2006).

1.6.3 Kategorie psychologických charakteristik

Jednou z dalších kategorií popisných etnicko-kulturních charakteristik Blochova průvodce je kategorie zohledňující psychologickou stránku pacientovy osobnosti zahrnující v první řadě jeho sebehodnocení. V této oblasti by si sestry měly všimnout projevu pacientovy rasové a kulturní identity a zároveň ji porovnávat s jinými etnickými skupinami a se členy majoritní společnosti. Na sestřích je také identifikace faktorů, jež mohly pacientovo sebehodnocení významně ovlivnit. Mezi tyto patří například rodina, spolužáci, společenské zařízení, zevní prostředí, instituce či rasismus. Důležité je vědět, jaký dopad má na pacienta počinání zdravotnického personálu, který posuzuje lidi na základě stereotypů a opomíná přitom individuální přístup a jak se pacient jako příslušník určité kulturní skupiny vyrovnává s rasismem, jenž může vyústit v sociální úzkost, odmítání péče v zdravotnickém zařízení nebo záměrné ignorování institucí poskytující tuto péči. Psychologické charakteristiky souvisí též s mentalitou a chováním určité etnické a kulturní skupiny. Sestry v rámci této kategorie zkoumají vztah pacienta k zdravotnickému zařízení i personálu. Na vnímání zdraví a choroby dozajista působí náboženské vlivy. Je proto nutno odhalit, do jaké míry je ovlivňován pacientův vztah ke zdraví, nemoci a jejím následkům (smrt, chronické onemocnění), k využívání ošetrovatelských a lékařských praktik a jakou roli zaujímají religiózní názory, posvátné úkony či talismany v procesu léčby. Sestry nesmí opomenout ani význam role duchovního ve zdraví a nemoci. Pro úplnost charakteristik je důležité znát psychologické reakce na stres a omezení vyplývající z choroby dané kultury, což

znamená posoudit, zdali se projevuje příslušnost pacienta k dané etnické skupině určitou reakcí na bolest nebo na fyzickou nezpůsobilost během nemoci (Špirudová, Bursová, 2002; Špirudová a kol., 2006).

1.6.4 Kategorie biologicko-fyziologických charakteristik

Poslední, čtvrtá kategorie Blochova průvodce zahrnuje biologicko-fyziologické charakteristiky, a sice posouzení norem pro jednotlivé etnické a kulturní skupiny. Na pacientovi tak sestry hledají přítomnost znaků (barva kůže a sliznic, struktura a barva vlasů), které jsou typické pro jeho rasu. Mnozí se mohou vyznačovat anatomickými odlišnostmi v tělesné struktuře, v typu kostry, končetinách a v podobě tváře. Tyto rozdíly společně s rasovými charakteristikami pak mohou ovlivňovat sebepojetí pacienta, ale také mohou například měnit nároky na fyzickou, především hygienickou péči o pacienta. V této kategorii se také sestry soustředí na existenci růstových a vývojových charakteristik jako jsou pohybové schopnosti, hustota kostní struktury či tloušťka podkožního tuku, jež jsou dány etnicko-kulturním původem klienta. Pátrají též po rozdílech v tělových systémech u příslušníků určitých etnických skupin. V tomto případě se může jednat o různé trávicí poruchy spjaté s příjmem jídel jiné kultury nebo odchylky v hematologických systémech. Pozornost je třeba věnovat i fyziologii kůže, sliznice a vlasů. Je nutné si uvědomit, jakou roli hraje barva kůže při hodnocení jejích barevných změn, mezi něž patří například ikterus, cyanóza či erytém a jaké metody se na hodnocení těchto změn používají. Sestry dále sledují výskyt hypopigmentace a hyperpigmentace a zároveň se zamýšlí nad tím, proč jsou tyto odlišnosti nápadnější u příslušníků některých etnických skupin. Co se vlasů týče, zkoumají sestry jejich barvu a strukturu. Samotného pacienta se pak dotazují na požadovanou péči nejen o vlasy, ale také o kůži a popřípadě na kulturní omezení vztahující se k této péči. Aby získané informace byly kompletní, musí sestry ještě zjistit, zdali jsou známy specifické choroby, jejichž výskyt je v určitých etnických a kulturních skupinách častější (Špirudová, Bursová, 2002; Špirudová a kol., 2006).

1.7 Ošetrovatelské posuzování

Při poskytování zdravotní péče je nutné vycházet z deklaráce Světové zdravotnické organizace, která považuje právo na zdraví za jedno z nejzákladnějších práv člověka, a to bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, hospodářského nebo sociálního postavení (Křivánková, 2008).

V současnosti je stále častějším problémem poskytování ošetrovatelské péče klientům pocházejících z jiných kultur. Aby sestry byly schopny vhodně uspokojit potřeby těchto klientů, musí od nich získat hodnotné informace související s jejich kulturou, vyznáním a tradicemi a následně tyto údaje správně zaznamenat do dokumentace. Údaje o etnické skupině a kultuře, ze které pacient pochází, získávají sestry v procesu posuzování. Význam etnokulturního hodnocení tkví v identifikaci rozdílů mezi kulturními parametry s cílem dosáhnout slučitelnosti systému zdravotnické péče a systému pacienta. V tomto stádiu nedělají sestry žádné závěry, zaměřují se pouze na získávání informací. K základním údajům, které mají být součástí ošetrovatelského systematického hodnocení, patří údaje o následujících parametrech. Díky poznání *etnické příslušnosti* pacienta sestry lépe porozumí jeho potřebám. Stejně tak důležité je poznání pacientova *rodného jazyka*, neboť i když hovoří plyně česky nebo jiným cizím jazykem, vlivem onemocnění či stresu se může během komunikace vracet právě ke svému rodnému jazyku. Nakonec se sestry musí důkladně přesvědčit, že pacient jejich pokynům a doporučením rozuměl. Zabezpečení péče o pacienta z jiné kultury vyžaduje pochopení a respektování jeho *víry* a potřeb z ní plynoucích. Jen tak mohou sestry pacienta efektivně podporovat v uspokojování jeho duchovních potřeb. Co se týče informací souvisejících s *modelem rodiny*, zajímá sestry, jak je daná rodina strukturovaná, jaké v ní panují vztahy, jak jsou rozděleny role a kdo v ní rozhoduje. *Sociální, materiální, a ekonomické zázemí rodiny* může výrazně ovlivňovat proces uzdravování i spolupráci pacienta a jeho okolí se zdravotníky. Na zdravotní stav pacienta a jeho adaptaci na nemocniční prostředí mohou mít značný vliv jeho *názory na výživu a stravování* vůbec, stejně jako *názory na zdraví a zdravotní praktiky* (Tóthová a kol., 2009a; Špirudová a kol., 2004).

Reformy zdravotnických systému vedou ke změnám postojů pacientů nejen v poskytované zdravotní péči, ale také k poskytovatelům zdravotní péče. Jsou kladeny vyšší nároky na jejich odbornost, ale také na dokumentaci, která péči dokladuje. Právem se tak očekává, že dokumentace bude vedena v souladu s předpisy upravujícími její náležitosti, které jsou na výši po stránce věcné, formální a především odborné (Vondráček, 2008). Ošetřovatelská dokumentace, do níž sestry zaznamenávají jak aktuální, tak potencionální problémy pacienta, je bezesporu nezbytnou součástí ošetřovatelského procesu a jen díky jejímu důkladnému vedení mohou sestry provádět kvalitní, efektivní a kontinuální ošetřovatelskou péči (Mičudová, 2006).

Kvalita ošetřovatelského procesu závisí na citlivém zhodnocení požadavků na ošetřovatelskou péči u konkrétního pacienta. Před samotným ošetřováním by sestry měly v rámci posuzování získat o svém pacientovi co nejvíce potřebných informací. Čím vhodnější informace získají, tím lepší a individuálnější přístup pak mohou volit nejen při jednání s ním, ale také při provádění vlastní ošetřovatelské péče. Právě v první fázi ošetřovatelského procesu mají sestry nejvíce příležitostí navázat užší osobní kontakt s klientem a poznat ho po stránce medicínské i po stránce osobnostní a sociální (Staňková, 2005).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat problematiku týkající se modelů Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové a jejich využívání v praxi ve vybraných nemocnicích České republiky.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry používají prvky multikulturního ošetřovatelství v rámci ošetřovatelské péče u pacientů cizinců.

Cíl 3: Zjistit, jaký přínos má pro sestry používání modelů transkulturní péče v rámci ošetřovatelského procesu u pacientů cizinců.

Cíl 4: Vytvořit ošetřovatelskou dokumentaci vhodnou pro aplikaci ošetřovatelského procesu u pacientů cizinců.

2.2 Výzkumné otázky

1. S jakými ošetřovatelskými modely pracují vybrané nemocnice České republiky?

2. Jakým způsobem ošetřovatelská dokumentace vybraných nemocnic České republiky zohledňuje specifika ošetřovatelského procesu u pacientů cizinců?

3. Do jaké míry znají sestry podstatu modelu Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové?

4. Jak sestry využívají při poskytování ošetřovatelské péče pacientům cizincům modely transkulturní péče?

5. Jak sestry ze svého pohledu uspokojují pacientům cizincům biopsychosociální potřeby s ohledem na jejich kulturní odlišnosti?

6. Jakým způsobem se sestry vzdělávají v oblasti multikulturní péče?

3. Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

V první fázi šetření byl prováděn sběr ošetřovatelských dokumentací, respektive ošetřovatelských anamnéz, používaných ve zdravotnických zařízeních na území České republiky. Sběr dokumentací probíhal na základě osobního kontaktu a prostřednictvím e-mailu, a sice oslovením náměstků pro ošetřovatelskou péči, kteří byli obeznámeni s podstatou výzkumného šetření a zároveň ubezpečeni, že zpracování údajů je zcela anonymní. Výše uvedeným způsobem bylo kontaktováno 125 zdravotnických zařízení z Jihočeského, Plzeňského, Středočeského, Karlovarského, Královéhradeckého, Libereckého, Ústeckého, Moravskoslezského, Jihomoravského, Olomouckého, Zlínského, Pardubického kraje, Vysočiny a Prahy. Z celkového počtu oslovených zařízení jich odpovědělo a žádalo podrobnější informace 60. Zařízení, která na žádost nereagovala, byla s odstupem času opakovaně kontaktována, načež jsme obdrželi odpověď od 16 z nich, se zbývajících 49 byl pro evidentní nezájem s námi spolupracovat přerušen kontakt. Pouhých 22 zdravotnických zařízení bylo ochotno propůjčit ošetřovatelskou dokumentaci k výzkumným účelům této práce. Zbýlá zařízení neposkytla námi požadovanou dokumentaci z následujících důvodů: provozní či organizační důvody, používání dokumentace v elektronické podobě, poskytování dokumentace pouze v rámci vlastního zařízení, autorské právo na dokumentaci vytvořenou firmou, probíhající aktualizace a revize dokumentace, příprava na akreditaci, dokumentace je považována za „duševní vlastnictví“ zařízení a její šíření je velmi citlivé a nebezpečné, bez udání důvodu. Získané dokumentace byly následně zpracovány formou obsahové analýzy. Nejprve jsme hodnotili celkový dojem dokumentace, její vizuální stránku, přehlednost a srozumitelnost obsažených údajů. Zjišťovali jsme také, z jakého ošetřovatelského modelu vychází. Poté jsme se zaměřili na samotné vyhledávání multikulturních prvků a prvků modelů transkulturní péče v ošetřovatelské anamnéze, popřípadě v plánu péče, který některá zdravotnická zařízení bez našeho vyžádání automaticky poskytla. Výsledky získané na základě obsahových analýz dokumentací byly pro přehlednost zpracovány do schémat.

V druhé fázi šetření byl veden polostrukturovaný rozhovor (Příloha 1) se sestrami pracujícími ve vybraných zdravotnických zařízeních České republiky, která poskytla ošetrovatelskou dokumentaci. Rozhovor, který bylo ochotno poskytnout 10 z výše uvedených zařízení, byl dobrovolný, osloveným sestram byla vysvětlena podstata a účel šetření. Jsou zde soustředěny otázky týkající se multikulturní problematiky, transkulturních modelů péče a jejich využívání v praxi. Po zodpovězení této skupiny otázek byly sestram stručně objasněny základní principy modelu Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové. Poté jim byl k prostudování předložen předem připravený návrh ošetrovatelské anamnézy dle modelu Leiningerové, po kterém následovalo kladení otázek vztahujících se k tomuto návrhu (Příloha 2). Rozhovory byly parafrázovány a shrnuty do schémat. Nepřímé přepisy rozhovorů jsou přílohou práce na CD (Příloha 3 – CD).

Šetření proběhlo v prosinci 2012 a v období ledna až května 2013. Veškeré zpracování údajů je zcela anonymní. Vytvořený návrh ošetrovatelské anamnézy dle Leiningerové bude poskytnut k dalšímu využití zdravotnickým zařízením, která se podílela na výzkumném šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Část zkoumaného souboru tvořila zdravotnická zařízení na území České republiky, která byla ochotna poskytnout k analýze svou ošetrovatelskou dokumentaci, respektive její část, a sice ošetrovatelskou anamnézu.

Druhou část zkoumaného souboru představovaly sestry, jež pracovaly na různých standardních odděleních ve zdravotnických zařízeních, která propůjčila k účelům této práce ošetrovatelskou dokumentaci, přičemž každá z nich pracovala v jiném zařízení.

4. Výsledky

4.1 Obsahové analýzy ošetrovatelských dokumentací

Dokumentace 1

Ošetrovatelská anamnéza č. 1 je na první dojem přehledná. V její horní části je prostor pro jméno, příjmení, rodné číslo pacienta a oddělení, na němž je hospitalizován. Dále jsou uvedeny informace týkající se příjmu pacienta, výskytu alergie, popřípadě zvláštních upozornění. Tato anamnéza vychází z modelu Gordonové s tím, že se zaměřuje pouze na následující oblasti: vnímání a poznávání, pohyblivost a soběstačnost, výživa a hydratace, vylučování, spánek, dýchání a sociální podmínky klienta. Její součástí je také Barthelův test všedních denních činností, screening kognitivních funkcí, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové a zjištění rizika pádu u pacienta.

Pátrání po přítomnosti multikulturálních prvků v této anamnéze nepřineslo příliš mnoho úspěchů. Při zkoumání jednotlivých domén nalézáme v úvodní části dokumentace údaj o informovanosti rodiny o pacientově hospitalizaci. Kontakt na ni či na osobu, které lze poskytovat informace zde již postrádáme. V oblasti vnímání a poznávání stojí za zmínku snad jen informace o psychickém stavu jedince, kdy bychom se mohli dozvědět, zda pacient cizinec spolupracuje se zdravotnickým personálem či nikoli. Oblasti pohyblivost a soběstačnost, vylučování a dýchání nezahrnují žádné multikulturální prvky. V doméně výživa a hydratace není ani zmínka o stravovacích odlišnostech klienta. Ani v doméně spánek nejsou obsaženy dotazy, které by pomohly při péči o pacienta cizince. Konečně poslední oblast, a sice sociální podmínky, odpovídá některým informacím zjišťovaným podle modelu Leiningerové. V rámci způsobu klientova života se zde zkoumá, kde a s kým pacient žije. Zařízení, z něhož pochází výše analyzovaná dokumentace, má k dispozici ještě krátkodobou ošetrovatelskou dokumentaci, s níž pracuje tehdy, je-li pacient hospitalizován maximálně tři dny. Co se týče obsažených multikulturálních prvků, našli jsme zde údaje o psychickém stavu pacienta a jeho sociálních podmínkách. Také se zde uvádí

informace o tom, zda je pacient cizinec a pokud ano, jestli rozumí, částečně rozumí či vůbec nerozumí česky.

Z ošetrovatelských diagnóz uvedených v plánu péče tohoto zařízení by se v souvislosti s ošetřováním pacienta z jiné kultury, samozřejmě krom jiných, mohly vyskytnout úzkost a strach či porušený spánek.

Dokumentace 2

Přestože je ošetrovatelská anamnéza č. 2 velmi strohá, lze na základě uvedených oblastí odhadnout, že jako základ pro její vznik posloužil model Gordonové. Kromě identifikačních údajů pacienta obsahuje informace související s jeho soběstačností a pohybem, stravováním, vyprazdňováním, spánkem, bolestí a sociálními podmínkami. V rámci odebrání ošetrovatelské anamnézy sestry u všech pacientů provádějí Barthelův test základních všedních činností.

Vzhledem ke stručnosti a jednoduchosti této anamnézy nebylo vyhledávání multikulturních prvků nikterak složité. Jediné informace, které by po odebrání takto strukturované anamnézy mohly prozradit specifické požadavky pacienta cizince, se týkají kvality spánku a sociálních podmínek. Na druhou stranu ani tyto domény nezacházejí do příliš velkých podrobností, takže je otázkou, do jaké míry by byly získané informace užitečné.

Oproti ošetrovatelské anamnéze je zpracování ošetrovatelského plánu daného zdravotnického zařízení velmi rozsáhlé. Zahrnuje dvacet sedm ošetrovatelských diagnóz s podrobně rozpracovanými cíli a intervencemi. Z tohoto množství jsou čtyři diagnózy, které by bylo možné využít v rámci transkulturního ošetrovatelství. Jedná se o úzkost a strach z důvodu sociální nejistoty, změny prostředí či nedostatečné informovanosti. Dále by mohlo dojít k porušenému spánku či deficitní znalosti. V plánu péče je ponechán volný prostor pro uvedení další diagnózy.

Dokumentace 3

Z ošetřovatelské anamnézy č. 3 je zřejmé, že byla stejně jako obě předchozí vytvořena na základě modelu Gordonové. Opět je zde přehled identifikačních údajů pacienta, údajů o přijetí a navíc ještě prostor pro zaznamenání hodnot fyziologických funkcí. Seřazení jednotlivých domén se zdá být trochu nelogické, uspořádání působí chaoticky. Součástí anamnézy je Barthelův test, přepracovaná stupnice Northonové, hodnocení rizikových faktorů pro vznik pádu a hodnocení nutričního stavu pacienta.

Tato ošetřovatelská anamnéza v sobě skrývá některé náznaky multikulturních prvků. Při přijetí je například pacient dotazován na informovanost rodiny o jeho hospitalizaci. Kontakt na rodinu ani další informace o ní zde ovšem uvedeny nejsou. Obdobně jako v předešlých anamnézách je i v této zmínka o psychickém stavu klienta, kvalitě jeho spánku a aktuálním sociálním stavu. V doméně zabývající se výživou, je možnost uvést zvláštnosti týkající se této oblasti. Není tu však dostatečný prostor pro případné zaznamenávání veškerých stravovacích specifík pacienta cizince. Pozitivum této anamnézy je zjišťování zájmu pacienta o nadstandardní služby, kam je teoreticky možno zahrnout jeho speciální požadavky plynoucí z jeho kulturních odlišností.

Zpracování plánu ošetřovatelské péče je přehledné. Obsahuje četné množství ošetřovatelských diagnóz s rozvedenými cíli a poměrně důslednými intervencemi. Co se týče problémů, jež by mohly nastat při ošetřování pacienta cizince, je v plánu na výběr diagnóza úzkost, strach a zhoršená verbální komunikace. Jako důvody vzniku však nejsou uvedeny žádné, jež by se zaměřovaly na potřeby pacienta cizince. Tento ošetřovatelský plán umožňuje vepsání vlastní diagnózy.

Dokumentace 4

Ošetřovatelská anamnéza č. 4 působí přehledným, uhlazeným dojmem. Zaměřuje se na oblasti vycházející z modelu Gordonové. Informace zahrnuté v jednotlivých doménách jsou pojaty velmi stručně, věcně a srozumitelně. V dokumentaci se však vyskytuje poměrně značné množství chyb ve formě překlepů, což celkový dojem z ní kazí. Na ošetřovatelskou anamnézu navazuje Barthelův test základních všedních činností a základní nutriční screening.

Po důkladném prostudování můžeme konstatovat, že ani tato ošetřovatelská anamnéza neobsahuje příliš mnoho multikulturních prvků. Zabývá se sociálním stavem klienta, konkrétně informacemi typu s kým žije a kdo se o něj postará po propuštění. Pátrá také po nejbližších příbuzných pacienta, zjišťuje na ně kontakt, a pokud je to možné, informuje je. Dále se dotazuje na kvalitu spánku. Z oblasti stravování řeší pouze existenci případné alergie na potraviny. Jiné zmínky o kulturních odlišnostech pacienta v dokumentaci bohužel nenalzáme.

V ošetřovatelském plánu je uvedeno devět ošetřovatelských diagnóz. Každá z nich nabízí k výběru několik cílů a značné množství intervencí. Z hlediska našeho zkoumání nám vyhovují diagnózy úzkost a strach v souvislosti se sociální izolací, porušený spánek v souvislosti se změnou prostředí a diagnóza nedostatek informací, tedy deficitní znalost.

Dokumentace 5

Ošetřovatelská anamnéza č. 5 působí již na první pohled velmi jednoduše. Informace v ní zpracované jsou odvozeny z ošetřovatelského modelu Gordonové a následně zredukovány. Společně s touto anamnézou sestry vyplňují také Barthelův test, určují riziko vzniku dekubitů dle stupnice Northonové a riziko pádu. Dále hodnotí nutriční stav pacienta.

Již v úvodu posuzované anamnézy se zjišťuje fakt, zda je pacient cizinec, na základě čehož se domníváme, že by se tato dokumentace mohla zabývat a následně zohledňovat specifika pacientů z minorit. Opak je ale pravdou. Zaškrtnutím kolonky „cizinec“ téma týkající se multikulturního ošetřovatelství končí. Ve zbylých doménách se již s touto informací nepracuje, a tudíž nevede k odhalení odlišných potřeb pacientů plynoucích z jejich kultury.

Ošetřovatelský plán péče je mnohem podrobnější než ošetřovatelská anamnéza, a tak doufáme, že zde nalezneme diagnózy využitelné v rámci ošetřovatelského procesu prováděného u pacienta cizince. Vyskytují se tu obdobné ošetřovatelské diagnózy jako ve výše zmíněných dokumentacích, a sice úzkost a strach v souvislosti se změnou

prostředí či sociální izolací nebo porušený spánek. Kromě rozpracovaných důvodů vzniku, stanovených cílů a intervencí jsou zde navíc popsány i projevy.

Dokumentace 6

Provedení ošetřovatelské anamnézy č. 6 je velmi praktické a přehledné. Informace vycházející pravděpodobně z modelu Gordonové jsou formulovány zcela srozumitelně. Druhou část anamnézy tvoří následující hodnotící škály: Northonová, Barthelův test, riziko pádu a nutriční screening. Sestry také zaznamenávají své poznatky získané na základě fyzikálního vyšetření.

Hned v úvodu anamnézy je prostor pro uvedení rodinného příslušníka, jemuž mohou být podávány informace a který může nahlížet do dokumentace. Zaznamenává se jeho jméno, adresa, telefonní číslo a příbuzenský vztah. V zápětí se uvádí, zda je rodina informována o hospitalizaci pacienta. V oblasti významný handicap je uvedena možnost „cizinec“. Pokud by se jednalo o pacienta cizince, kromě domény spánek a sociální podmínky se ale žádná další nevěnuje rozvíjení poznatků o takovém pacientovi. Co se týče sociálních podmínek, pátrá se v této anamnéze po tom, kde a s kým pacient žije, ale také je dotazován ohledně požadování duchovních služeb. Není zde však upřesněno, o jaké konkrétně by se jednalo. Zbývající domény jsou multikulturními prvky absolutně nedotčeny.

Ošetřovatelský plán péče je důkladně zpracován, co se týče problémů pacientů z dominantní kultury. Pokud jde o specifické potíže pacientů z minorit, je jeho obsah nedostačující. Musely bychom se spokojit s diagnózami deficitní znalost a strach. K doplnění vlastní diagnózy zde není dostatek volného prostoru.

Dokumentace 7

V ošetřovatelské anamnéze č. 7 je pro její úhlednost a nepříliš velkou obsáhlost velmi snadná a rychlá orientace. Informace jsou seskupeny do devíti domén inspirovaných modelem Gordonové. Je zde také vyčleněn prostor pro zanesení hodnot získaných fyzikálním vyšetřením pacienta.

Přestože tato dokumentace vychází z modelu fungujícího zdraví, obsahuje některé prvky, které by se daly nalézt i v transkulturních ošetrovatelských modelech. Při práci s touto anamnézou je pacient nejprve vyzván, aby uvedl, jak si přeje být osloven. Dále se zjišťuje jeho povolání, pátrá se po jeho nejbližších příbuzných a samozřejmě se zaznamenává kontakt na ně. Sestry se také zajímají o pacientův aktuální zdravotní i celkový stav a následně posuzují míru informovanosti o jeho onemocnění. V doméně týkající se vyprazdňování je prostor pro uvedení zvláštností, kam by eventuelně mohly být zaneseny klientovy požadavky týkající se potřeby intimity. Další oblastí je psychický stav, který je u pacientů z minorit bezesporu dobře znát. Co se týče bolesti, nezaměřuje se anamnéza pouze na její přítomnost, ale především na způsoby, kterými ji pacient zvládá. Stejně tak se nesoustředí jen na pravidelnost a kvalitu spánku, ale opět nechává dostatečný prostor pro uvedení případných zvláštností. Ty by mohly zahrnovat například prováděné rituály pře spaním, spánek přes den či užívání hypnotik. Volné místo pro uvedení zvláštností, jako jsou kupříkladu oblíbená, neoblíbená či zakázaná jídla, je k dispozici i v doméně související se stravováním a příjmem tekutin. V poslední části anamnézy je možno uvést poznámky dle vlastního uvážení. Tato část by též mohla sloužit v rámci multikulturní péče k zaznamenání specifických potřeb či požadavků klienta z jiné kultury.

Ošetrovatelský plán péče dané zdravotnické zařízení k analýze neposkytlo.

Dokumentace 8

Barevné provedení ošetrovatelské anamnézy č. 8 je vizuálně velice zajímavé. Zvýrazněné nadpisy jednotlivých domén jen potvrzují přehlednost této dokumentace. Dílčí informace vycházejí z často užívaného a oblíbeného modelu Gordonové. Součástí posuzování je také Barthelův test základních všedních činností, vyhodnocení rizika pádů, hodnocení nutričního stavu pacienta a rizika vzniku dekubitu dle stupnice Northonové. Při přijetí sestry zaznamenávají hodnoty fyziologických funkcí.

Ošetrovatelská anamnéza používaná v daném zdravotnickém zařízení neobsahuje velké množství multikulturních prvků. Co se týče pacientovy rodiny, je zde pouze zmínka o její informovanosti spjaté s klientovou hospitalizací. Kontakt na

blízkou osobu zcela chybí. Z dalších oblastí, které by bylo možno zahrnout do transkulturního posuzování, je psychický stav, konkrétně míra klientovy spolupráce se zdravotnickým personálem. Velmi povrchně jsou zmíněny informace týkající se kvality spánku. Anamnéza zahrnuje doménu nazvanou jazyková bariéra, v níž se určuje, zda je pacient cizinec. Tato informace se trochu míjí účinkem, neboť v dalších oblastech se s touto variantou nijak npracuje, specifické potřeby pacientů z minorit se nezjišťují. Jediné, co respektuje pacienty z jiných kultur, je dotazování na případnou potřebu duchovních služeb. Ani tato informace však není dále rozvíjena a konkretizována.

Zdravotnické zařízení poskytlo k analýze pouze ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelský plán obsahující diagnózy nikoliv.

Dokumentace 9

Již na první pohled je patrné, že ošetřovatelská anamnéza č. 9 vyplývá z modelu Marjory Gordonové. Informace jsou do jednotlivých domén uspořádány logicky, přehledně a srozumitelně. Anamnéza je přiměřeně rozsáhlá, náleží k ní hodnotící tabulky, jako je Barthelův test, rozšířená stupnice Northonové, nutriční screening a zjištění rizika pádu.

Co se přítomnosti multikulturních prvků týče, je na tom tato ošetřovatelská anamnéza obdobně jako anamnéza z předešlého zdravotnického zařízení. Taktéž obsahuje údaje týkající se informovanosti rodiny o hospitalizaci pacienta, jeho psychického stavu a spolupráce s ošetřovatelským personálem, kvality spánku a potřeby duchovních služeb. Ani zde nejsou tyto informace podrobněji řešeny. Oblast výživy se zaměřuje pouze na výskyt problémů bez další specifikace a na dietní omezení. Dále se zde řeší sociální podmínky, což znamená informace o tom, kde a s kým klient žije, popřípadě kdo o něj pečuje.

Ošetřovatelský plán péče sestává z dvaceti předdefinovaných diagnóz s rozpracovanými cíli a intervencemi. Ze specifických ošetřovatelských diagnóz aplikovatelných na pacienta cizince jsme našli úzkost či strach v souvislosti se změnou prostředí či nedostatečnou informovaností, poruchu spánku související se změnou prostředí nebo s nedostatkem soukromí. Dále je zde uváděna diagnóza

popisující problém ve smyslu porušené verbální komunikace z důvodu jazykové bariéry či kulturní odlišnosti. Při založení této diagnózy je sestra prostřednictvím intervencí nabádána k respektování kulturních odlišností, ke zjištění pacientova mateřského jazyka, k zajištění kontaktu s rodinou, pomůcek k neverbální komunikaci, popřípadě využití služeb překladatele.

Dokumentace 10

Ošetřovatelská anamnéza č. 10 působí jednoduše, stručně a přehledně. Informace v jednotlivých doménách jsou srozumitelné a navazují na sebe. I pro vytvoření této dokumentace byl vzorem model Gordonové. Obsahuje klasické hodnotící škály, a sice Barthelův test, stupnici dle Northonové, hodnocení nutričního stavu a rizika pádu.

Na úvod anamnézy sestry zaznamenávají kontakt na blízkou osobu a jeho příbuzenský vztah k pacientovi. V jednotlivých doménách pak nenalzáme mnoho multikulturních prvků. Za zmínku stojí oblast spánku, kde se sleduje jeho kvalita a případné užívání hypnotik. U pacienta se také zjišťují informace o stávající povaze jeho sociálního zázemí a následné péči o něj po propuštění z hospitalizace. Ostatní oblasti nezahrnují žádné údaje vycházející z transkulturních ošetřovatelských modelů.

Ošetřovatelský plán péče nebyl daným zdravotnickým zařízením propůjčen k obsahové analýze.

Dokumentace 11

Barevné zpestření ošetřovatelské dokumentace, respektive anamnézy č. 11 je střídité, vkusné a vyzdvihuje jednotlivé názvy domén. Dokumentace se zaměřuje na oblasti informací získávaných na základě modelu Gordonové. V rámci anamnézy hodnotí riziko vzniku dekubitu dle stupnice Northonové.

Pokud bychom na základě této anamnézy odebírali informace od pacienta cizince, z jeho specifických potřeb bychom jich příliš neodhalili. Dozvěděli bychom se, jestli spolupracuje s ošetřovatelským týmem či nikoli, jakou drží dietu, zda má nějaké potíže se spánkem, kde a s kým žije a kdo se o něj postará po propuštění, nebude-li

soběstačný. Případné požadavky klienta plynoucí z jeho kultury bychom mohli zaznamenat do prostoru vyčleněného pro ostatní sdělení.

Ze specifických problémů, jež by se mohly vyskytnout při hospitalizaci pacienta z minority, jsme ve zdejším ošetřovatelském plánu, jenž obsahuje dvacet rozpracovaných diagnóz, našli podobně jako v ostatních úzkost, strach a poruchu spánku. Dále nás zaujal ošetřovatelský problém osamělost z důvodu sociální izolace. Aby se pacient necítil osamělý, je na sestře, aby zjistila příčinu osamělosti, dále zda má pacient rodinu či přátele, o které stojí a také, aby v klientovi dokázala vzbudit důvěru. Toto jsou intervence uváděné pro vyřešení uvedeného problému.

Dokumentace 12

Zpracování ošetřovatelské anamnézy č. 12 působí nepřehledně až chaoticky. Jedná se o velmi zestručněnou verzi posuzování dle modelu Gordonové. Údaje jsou strohé, avšak srozumitelné. Stupeň soběstačnosti pacienta je hodnocen na základě Barthelova testu základních všedních činností, riziko vzniku dekubitu dle Northonové. Dále je sledován nutriční stav pacienta.

Po provedení analýzy tohoto dokumentu se nám potvrdil náš předpoklad, že zde neobjevíme žádný náznak multikulturního ošetřovatelství. Při práci s takto uzpůsobenou ošetřovatelskou anamnézou bychom od pacienta z minority získali nejzákladnější informace, které ovšem nikterak nesouvisí s jeho kulturní odlišností. Těžko bychom mu tak byli schopni poskytnout kulturně citlivou péči.

Ošetřovatelský plán péče nabízí devět základních ošetřovatelských diagnóz. Není zde uveden cíl ani intervence. Je na každé sestře, aby nastavila plán péče dle svého uvážení. Žádná z uvedených diagnóz není typickým problémem, který by se mohl vyskytnout při hospitalizaci pacienta odlišného etnika či kultury.

Dokumentace 13

Zdravotnické zařízení č. 13 poskytlo k analýze ošetrovatelskou anamnézu určenou pro krátkodobý pobyt převážně soběstačného pacienta. Anamnéza je tudíž velice stručná. Je však zpracována přehlednou a srozumitelnou formou. I přes malé množství obsažených informací si na základě jednotlivých oblastí troufáme říci, že východiskem této dokumentace byl model Gordonové.

Uvedená dokumentace zřejmě nepočítá s hospitalizací pacienta cizince, neboť kromě zjišťování sociálních podmínek klienta v ní nenalézáme žádné informace respektující specifické potřeby a požadavky pacientů z minorit. Ani zmínka o mateřském jazyku pacienta, jeho rodině, způsobu života, denních aktivitách, víře a náboženství, ekonomických faktorech, o péči o zdraví a dalších údajích zakotvených v modelech transkulturní péče.

Zdravotnické zařízení nemá k dispozici vytvořené ošetrovatelské diagnózy, plán péče je tedy vytvářen sestrami dle vlastního zvážení. Zahrnuje popis problému, stanovení cíle, navržení opatření a průběžné hodnocení.

Dokumentace 14

Ošetrovatelská anamnéza č. 14 vycházející z modelu Gordonové zanechává neutrální dojem. Po vizuální stránce je sice nevýrazná, ale zato přehledná a systematicky uspořádaná. Pozitivum je rychlá a snadná orientace v ní, tudíž i rychlé pracování s ní. Některé informace jsou však neúplné a zavádějící. Součástí anamnézy nejsou žádné hodnotící škály.

V úvodní části je prostor jednak pro identifikační údaje pacienta, jednak pro zaznamenání hodnot fyzikálního vyšetření sestrou. Po důkladném prostudování jednotlivých domén musíme bohužel konstatovat, že v nich nejsou zahrnuty žádné dotazy, jejichž zodpovědění bychom vypátrali informace napomáhající sestram usnadnit a zkvalitnit péči o pacienta z minority. V dolní části dokumentu je ponechán prostor pro uvedení poznámek a doplňujících informací, který by mohl být v případě hospitalizace cizince využit pro zanesení alespoň stěžejních specifických potřeb a požadavků tohoto pacienta.

Co se týče ošetrovatelského plánu péče, vytvářejí jej sestry samy, proto nemůžeme hodnotit ošetrovatelské diagnózy.

Dokumentace 15

Vzhledově je ošetrovatelská anamnéza č. 15 zajímavě řešená. Uspořádání jednotlivých domén týkajících se oblastí obsažených v modelu Gordonové je přehledné a umožňuje tak snadnou orientaci v dokumentaci. Je zde k dispozici část, kam mohou sestry zapisovat hodnoty fyzikálního vyšetření, výsledky Barthelova testu, stupnice dle Northonové a vyhodnocení rizika pádu.

V rámci našeho zaměření na vyhledávání multikulturních prvků nás zaujala uvedená oblast týkající se komunikace, kde se zjišťuje nejen případný problém v této sféře, ale především se pátrá po jeho příčině. Dále se sleduje míra spolupráce klienta se zdravotnickým personálem. V souvislosti s výživou je pacient dotazován na přítomnost stravovacích omezení a jejich specifikaci. V další doméně hodnotí klient kvalitu svého spánku, popřípadě uvádí užívaná hypnotika. Poslední oblast je zaměřena na zjišťování sociálního zázemí klienta. Konkrétně pracuje s údaji typu, kde a s kým pacient žije a kdo se o něj bude starat po propuštění. Zbylé informace jsou z hlediska našeho zaměření nepodstatné.

Zdravotnické zařízení poskytlo k analýze pouze ošetrovatelskou anamnézu, vypracovaný ošetrovatelský plán péče nebylo ochotno zapůjčit.

Dokumentace 16

Zdravotnické zařízení č. 16 pracuje v rámci ošetrovatelského procesu prováděného u pacientů pocházejících z majority s dokumentací sestavenou dle modelu Gordonové. Pro případ, kdy je příjemcem ošetrovatelské péče pacient z minority, si toto zařízení vytvořilo vlastní standardní ošetrovatelský postup. Tento se týká právě poskytování ošetrovatelské péče jedinci odlišné kultury. Přílohou standardu je jednak ošetrovatelská anamnéza vypracovaná na základě dlouhodobého odhadu modelu Leningerové, jednak rozpracovaný ošetrovatelský plán péče. Anamnéza je sice poměrně obsáhlá, ale veškeré údaje v ní uvedené jsou nezbytné pro odhalení odlišností

a specifických potřeb pacienta z minority. Informace jsou srozumitelné, jejich uspořádání je přehledné.

První doména v anamnéze se zabývá původem klienta, jeho jazykovou vybaveností, používáním verbální a neverbální komunikace a mírou spolupráce se zdravotnickým personálem. Další oblast se zaměřuje na tělesný vzhled pacienta. Následující údaje se týkají míry adaptace klienta na našem území, jeho způsobu života, běžných denních aktivit a stravovacích zvyků. Co se týče způsobu života v rámci rodiny, řeší se zde pouze záležitosti týkající se pacientových dětí, jako je jejich počet, věk, výchova či jazyková vybavenost. Vztahům v rodině a rozdělení rolí v ní tu není věnována pozornost. Na základě této anamnézy se také zjišťuje klientův světový názor, pro něj důležité hodnoty, jeho víra, náboženské založení a charakter vztahů k minoritě a dominantní kultuře. Sestry by se měly dozvědět, jakou hodnotu má pro pacienta vzdělání, jaké je jeho ekonomické zázemí a zda nějakým způsobem ovlivňuje jeho zdraví. Dokumentace též zahrnuje informace o laické a profesionální péči o zdraví, zkoumá znaky péče a faktory, které ji komplikují. Nezapomíná ani na způsob informovanosti klienta. V závěru je možno uvést další ukazatele upozorňující na tradiční či netradiční způsob života.

Ošetrovatelský plán péče je přehledem specifických problémů, které by se krom jiných mohly vyskytnout při ošetřování pacienta odlišné kultury. Společně s určením ošetrovatelské diagnózy jsou u každé z nich stanoveny cíle, výsledná kritéria a intervence. Na sestře je pouze doplnění realizace a hodnocení. Plán obsahuje tyto diagnózy: zhoršená verbální komunikace, neefektivní léčebný režim, porucha adaptace, strach, beznaděj a deficit informací. Vzhledem k tomu, že zmíněná dokumentace vychází z modelu transkulturní péče a respektuje tak odlišnosti a specifické potřeby pacienta cizince plynoucí z jeho kultury, nelze pochybovat o její vhodnosti pro ošetřování pacientů z minorit.

Dokumentace 17

Ošetřovatelská anamnéza č. 17 je úhledně zpracovaná a přehledná. Sběr údajů v rámci této anamnézy probíhá na základě informací odvozených z modelu Gordonové, z „Modelu fungujícího zdraví“. Formulace veškerých zde uvedených údajů je zcela jednoznačná a srozumitelná. V rámci získávání anamnézy se hodnotí také riziko vzniku dekubitů, riziko pádu, nutriční stav pacienta a míra jeho soběstačnosti.

Při zaměření se na obsah prvků transkulturních modelů péče objevujeme oblast hodnotící míru spolupráce pacienta při odběru ošetřovatelské anamnézy. Dále se zde vyskytují informace popisující kvalitu spánku. Pozastavujeme se také u domény týkající se přítomnosti významných handicapů, ve které je jako jedna z možností uvedena skutečnost, že je pacient cizinec. Pátráme tedy po dalších informacích, jež by na tento fakt nějakým způsobem navazovaly, ale kromě dotazování na sociální podmínky pacienta již žádné nenalzáme. Pokud by tedy byl pacient vyžadující naši péči cizinec, z ošetřovatelské anamnézy bychom se to sice dozvěděli, ale jelikož zde nejsou žádným způsobem zohledňovány, vlastně ani zjišťovány odlišné potřeby takového pacienta, informace by nám ani jemu při aplikaci ošetřovatelského procesu příliš nepomohla.

Ošetřovatelský plán péče zahrnuje některé problémy, které by se daly považovat za specifické v rámci poskytování ošetřovatelské péče jedinci odlišné kultury. Patří mezi ně úzkost a strach v souvislosti se změnou prostředí, sociální nejistotou či nedostatečnou informovaností. Dále by z důvodu hospitalizace, změny prostředí a stresu mohlo dojít u pacienta cizince k poruše spánku. Zásadní by také mohla být porucha verbální komunikace zapříčiněná jazykovou bariérou.

Dokumentace 18

Klasické provedení ošetřovatelské anamnézy č. 18 je ozvláštněno jejím střídáním barevným provedením, které přidává na výraznosti názvů jednotlivých domén. Oblasti posuzování zahrnuté do této anamnézy opět pramení z modelu Marjory Gordonové. Jejich přehled je stručný a snadno pochopitelný. Součástí vlastní anamnézy nejsou žádné hodnotící škály. Dané zdravotnické zařízení má k dispozici vypracovanou příručku pro pacienty cizince, jejímž obsahem je několik často užívaných frází

týkajících se ošetrovatelských úkonů přeložených do čtyř jazyků, a sice do angličtiny, němčiny, polštiny a ruštiny.

Vezmeme-li v potaz péči o pacienty cizince, ve zmíněné anamnéze by pro nás mohla být důležitá informace o míře jeho spolupráce s ošetrovatelským personálem, stejně jako údaj o jeho aktuálním psychickém stavu. Mírný náznak zájmu o zjištění specifik se vyskytuje v oblasti stravování, kde se sestry dotazují na klientem preferované tekutiny. Za zmínku by zajisté stála i informace o oblíbených či třeba zakázaných potravinách. Tuto zde ovšem jako spoustu dalších vycházejících z multikulturního ošetrovatelství postrádáme. Poslední doména, která spadá do našeho zájmu, je doména zabývající se problémy se spánkem, kde ale není prostor pro uvedení jejich konkretizace.

V ošetrovatelském plánu, který rozpracovává deset ošetrovatelských diagnóz, jsme našli jednu odpovídající našim představám. Jedná se o zhoršenou verbální komunikaci v souvislosti s jazykovou bariérou. U tohoto problému je jako u ostatních stanoven ošetrovatelský cíl a intervence, které sestřám radí, aby zajistily vhodný způsob komunikace a sledovaly neverbální projevy pacienta.

Dokumentace 19

V ošetrovatelské anamnéze č. 19 jsou uspořádány poměrně zestručněné informace vycházející z modelu Gordonové. Na první dojem je anamnéza přiměřeně rozsáhlá a přehledná. Uvedené údaje jsou stručné, ale zřetelné. Součástí je Barthelův test základních všedních činností, rozšířená stupnice Northonové, nutriční screening a hodnocení rizika pádu.

V úvodní části dokumentu je prostor pro zaznamenání kontaktu na pacientovu rodinu. Následně sestry zapisují hodnoty získané fyzikálním vyšetřením. Posléze se zjišťuje psychický stav klienta, jeho emoce a kvalita spánku. Pacient je během odebírání ošetrovatelské anamnézy poučen o možnosti využití pastorační nebo duchovní péče. Neuvádí se tu však, zda pacient tyto služby požaduje, a pokud ano, tak jejich bližší specifikace. Pochází-li pacient z jiné kultury, je možnost tuto skutečnost do anamnézy zaznamenat. Dále jakoby s touto informací již nebylo počítáno, neboť se zde

nevyskytují oblasti zaměřené na získání potřebných údajů o klientovi z minority a je tudíž posuzován stejným způsobem jako pacient z dominantní kultury.

Ošetrovatelský plán péče daného zdravotnického zařízení je souhrnem poměrně velkého množství ošetrovatelských problémů. U každého z nich jsou pak velmi podrobně rozebrány související faktory, projevy a ošetrovatelské zásahy. Z uvedených problémů by se u pacienta cizince mohla projevit úzkost či strach, nebo by mohlo dojít k narušení spánku. Potíž při poskytování péče jedinci odlišné kultury by mohla způsobit zhoršená verbální komunikace související s nepřekonanou jazykovou bariérou.

Dokumentace 20

Ošetrovatelská dokumentace č. 20, respektive ošetrovatelská anamnéza je koncipována na základě modelu Gordonové. Její provedení je klasické, ničím zvláštní. Jednotlivé domény jsou logicky uspořádány, informace mají svou posloupnost a návaznost, veškeré údaje jsou srozumitelné. Do dokumentu sestry zaznamenávají výsledky běžně používaných hodnotících škál.

Do oblasti, v níž se zjišťují úvodní informace, jsou zahrnuty některé, jež se dotýkají multikulturní problematiky. Respektuje se klientův požadavek týkající se jeho oslovení. Dále se zaznamenává kontakt na jeho rodinu, tedy především na osobu, které mohou být podávány informace. Hodnotí se psychický stav pacienta a míra spolupráce se zdravotnickým personálem. I do této anamnézy lze zanést fakt, že pacient, u kterého provádíme posuzování, je cizinec. Další upřesňující informace související s jeho jazykem, náboženstvím, způsobem života, stravováním či dalšími kulturními odlišnostmi nalezeny nebyly. Výjimkou je jen zkoumání současných sociálních podmínek klienta, i když je velmi povrchové.

Vypracovaný ošetrovatelský plán péče obsahuje několik podrobněji rozvedených ošetrovatelských problémů a současně umožňuje díky dostatečnému volnému prostoru vytvoření a uvedení vlastní diagnózy. Z vypracovaných problémů je pouze diagnóza porušený spánek hodící se pro potíže vzniklé během hospitalizace typické u jedince z minority. Tento plán nabízí také problém ve smyslu zhoršené verbální komunikace.

Jako související faktor zde ovšem není uvedena jazyková bariéra, ale pouze smyslové či funkční poškození.

Dokumentace 21

První dojem z pohledu na ošetřovatelskou anamnézu č. 21 je převážně kladný. Její formální úprava je velice zajímavá. Každá z domén vyplývajících z modelu Gordonové zahrnuje značné množství informací důležitých pro posouzení pacienta. Některé z nich však nejsou příliš srozumitelné a zcela jednoznačné. V rámci anamnézy je hodnocen stav výživy a soběstačnost pacienta, riziko vzniku dekubitů a riziko pádů.

I přes rozsáhlost této ošetřovatelské anamnézy jsme prvky transkulturních ošetřovatelských modelů objevily pouze v minimálním množství oblastí. Téměř jako v každé z dosud analyzovaných dokumentací se i v této zjišťuje pacientovo aktuální psychické rozpoložení a ochota spolupracovat se zdravotnickým týmem. Informace týkající se výživy se krom jiného, z našeho hlediska ne až tak podstatného, zabírají dietou, kterou pacient dodržuje. V oblasti spánku se hodnotí jeho kvalita a případné užívání hypnotik. V neposlední řadě se řeší, s kým a kde pacient žije a jak bude zajištěna jeho péče po propuštění z hospitalizace.

Ošetřovatelský plán péče zdravotnické zařízení k analýze neposkytl.

Dokumentace 22

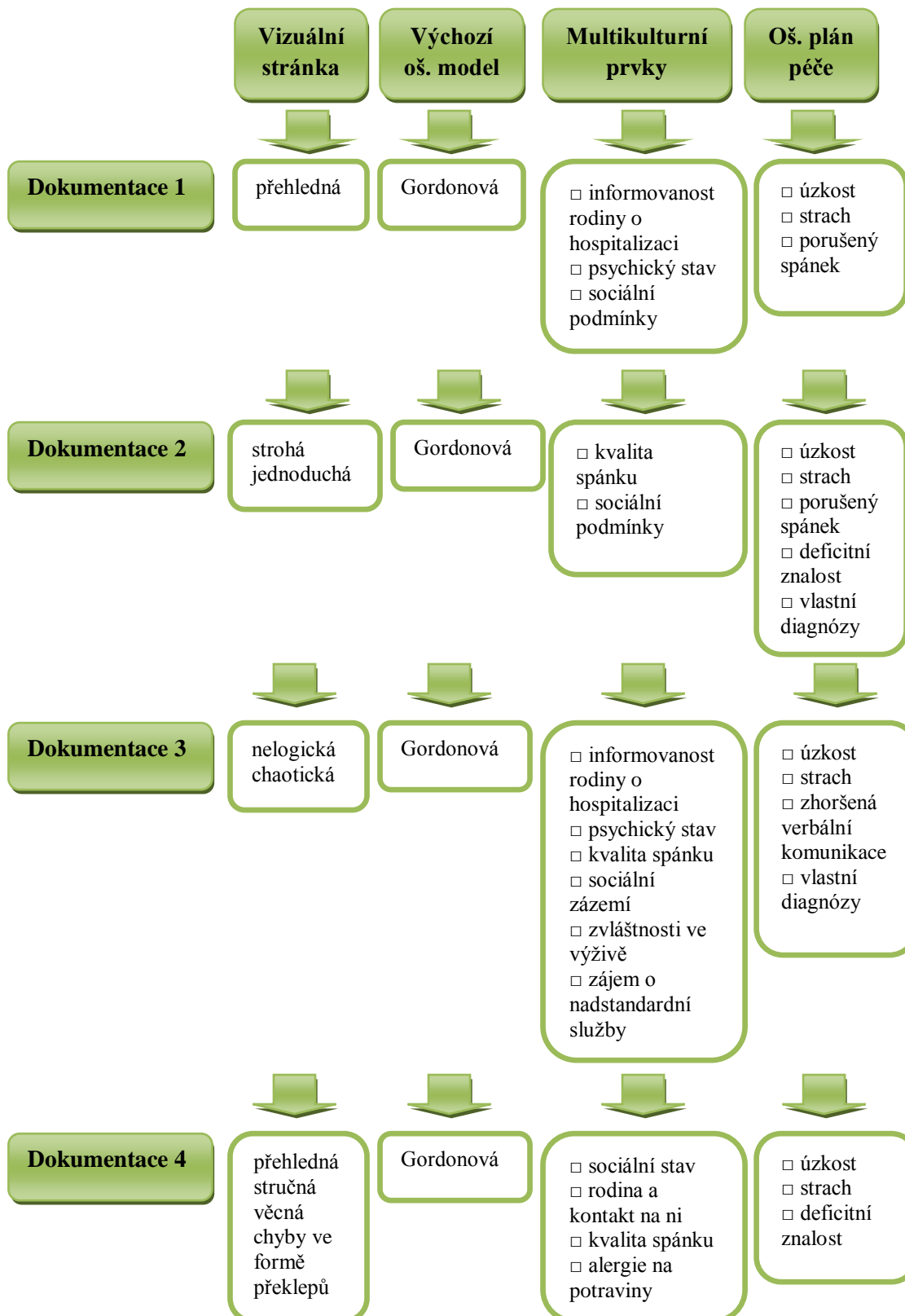
Ošetřovatelská anamnéza č. 22 budí dojem propracovanosti, co se její vzhledové stránky týče. Veškeré informace v ní obsažené jsou jasné, stručné a srozumitelné. Ošetřovatelský model, jenž sloužil jako podklad pro vytvoření této dokumentace, je jako u převážné většiny zmíněných opět model Gordonové. Součástí této anamnézy je také Barthelův test základních všedních činností, přepracovaná stupnice dle Northonové a hodnocení rizika pádu.

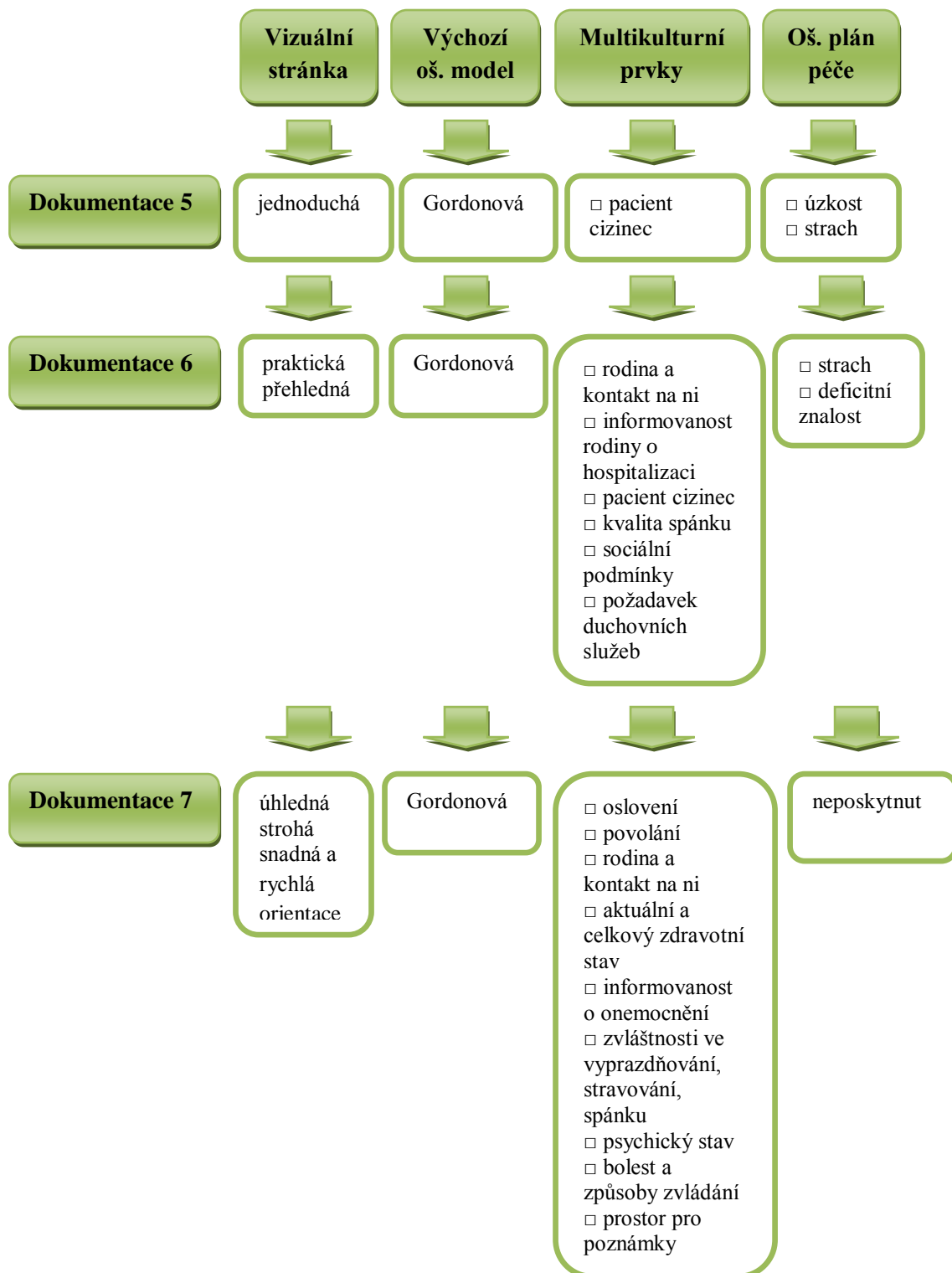
Vyhledávání multikulturních prvků ani v této ošetřovatelské anamnéze nebylo příliš složité a zdlouhavé. I zde jsme našli podobné informace a obdobné nedostatky, co se této oblasti týče. Hned zpočátku je zjišťována informovanost rodiny klienta o jeho hospitalizaci a kontakt na blízkou osobu, jíž bude možno poskytovat informace. Poté se

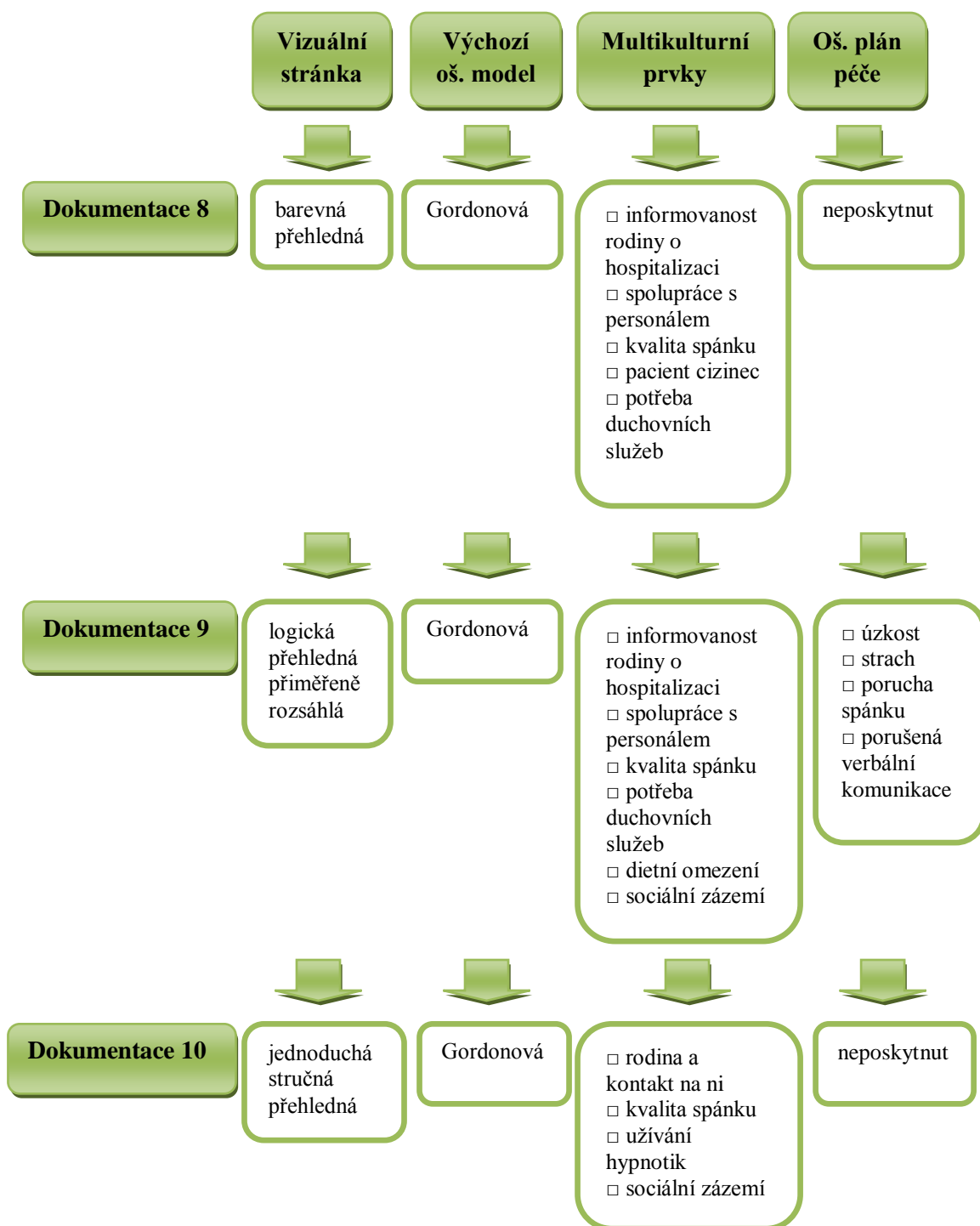
hodnotí psychický stav pacienta, jeho schopnost spolupráce, kvalita spánku a sociální zázemí. Ve zbylých oblastech jsme neobjevili ani nejmenší náznak jakékoliv práce s transkulturními ošetrovatelskými modely či s multikulturním ošetrovatelstvím.

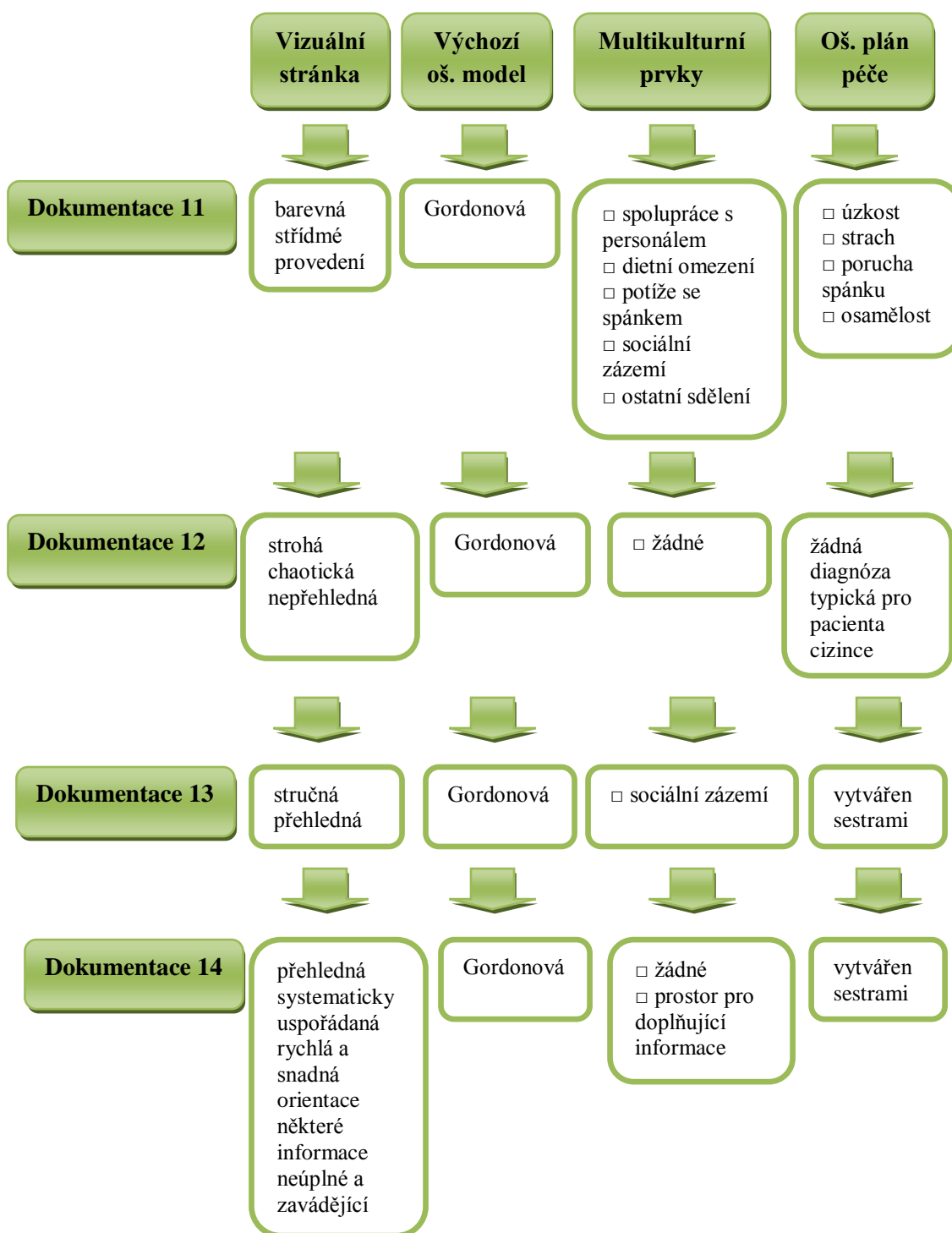
Ošetrovatelský plán péče zahrnuje šest předdefinovaných diagnóz, z nichž ani jedna není typickým problémem při péči o pacienta z minority. Není zde ani dostatečný prostor pro uvedení jiné ošetrovatelské diagnózy.

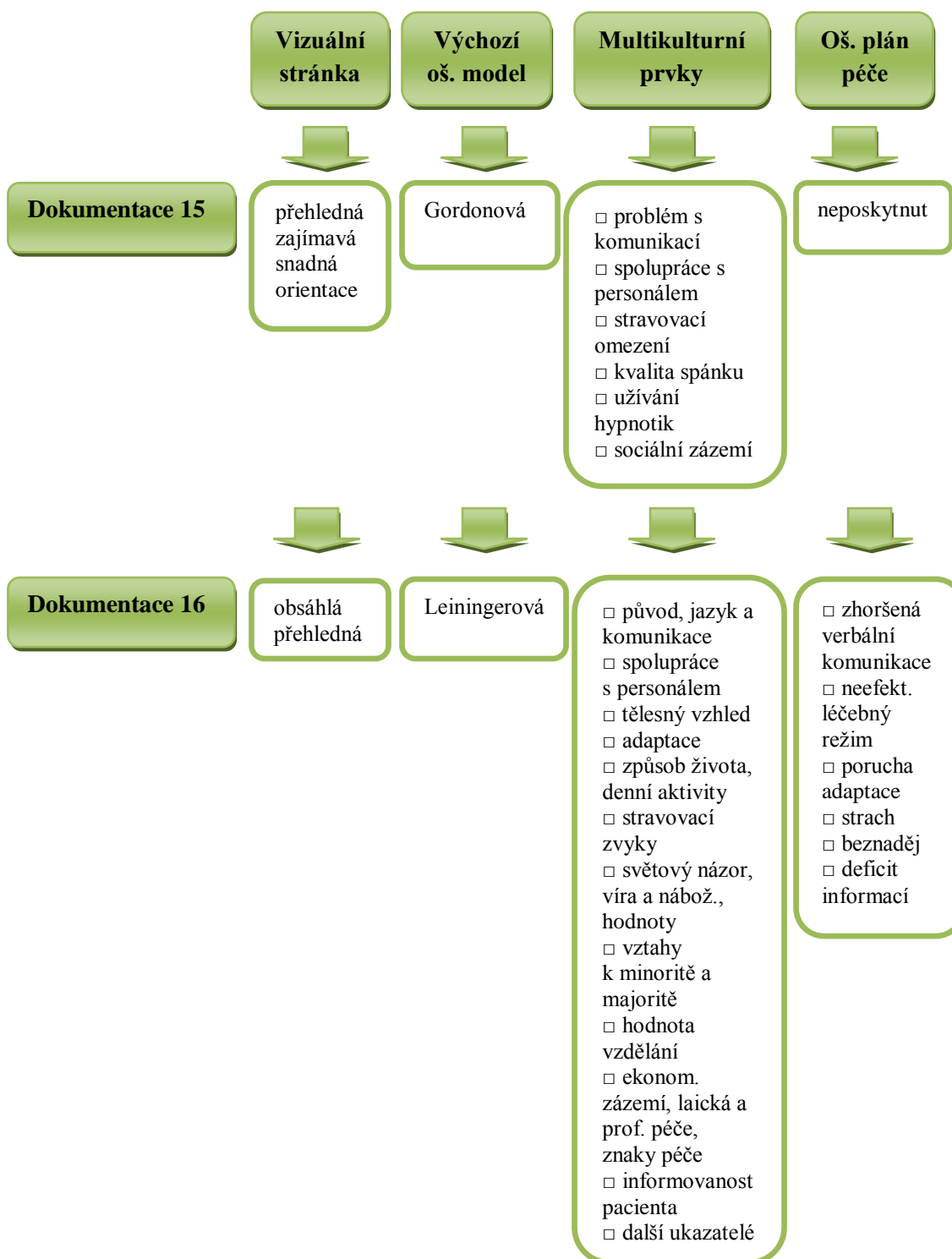
4.2 Grafické zpracování obsahových analýz

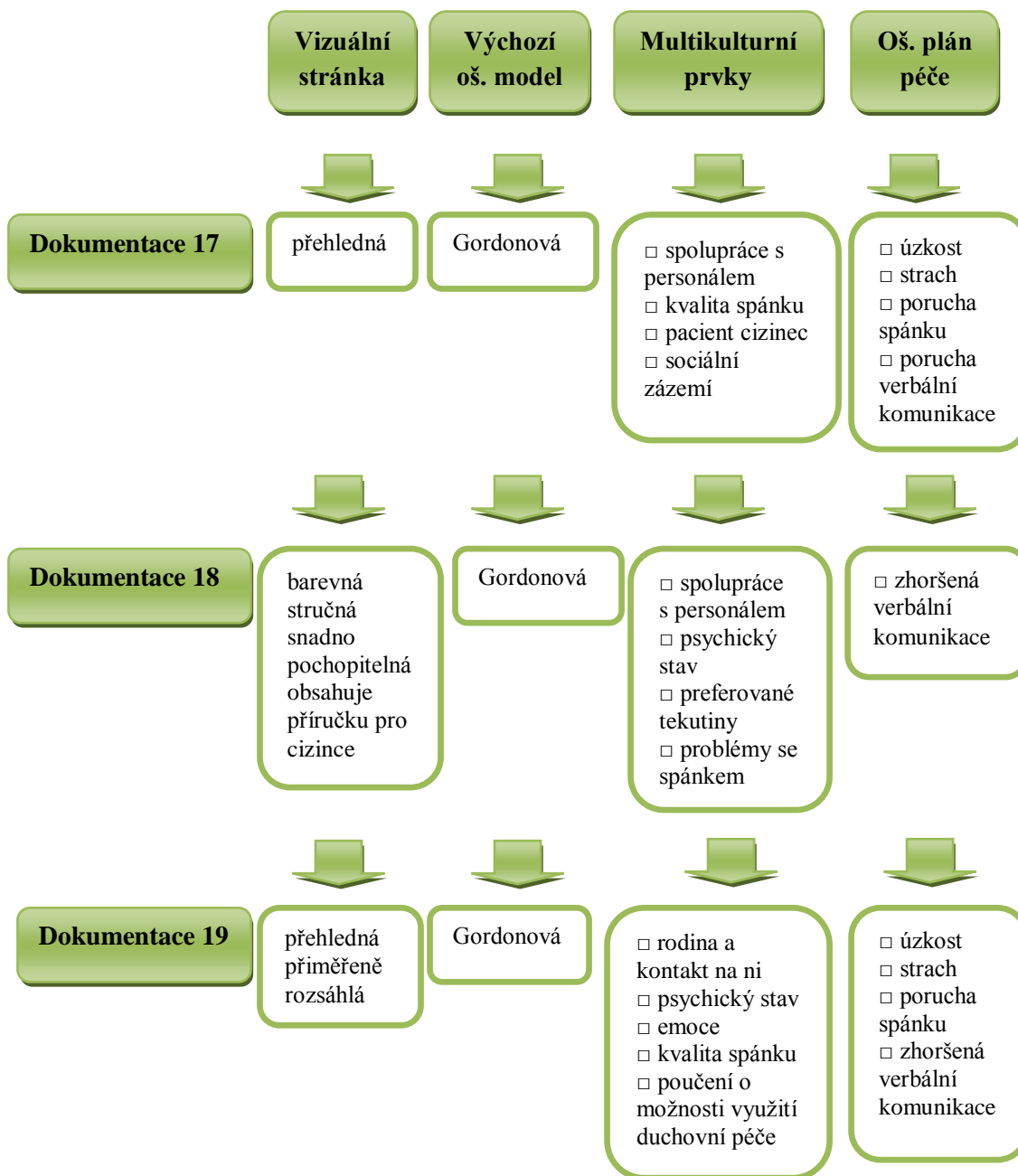


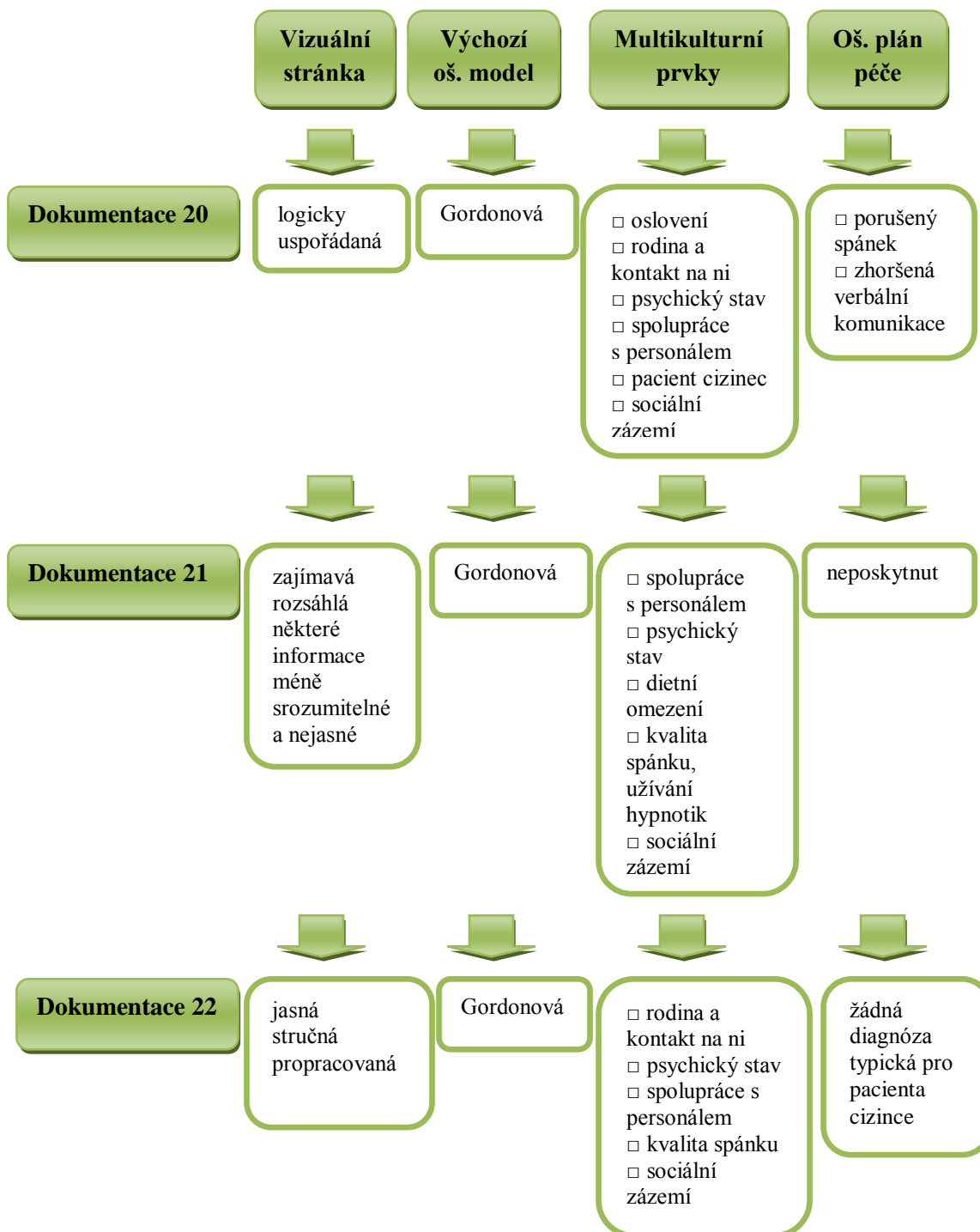












4.3 Grafické zpracování rozhovorů

Tabulka 1 Identifikační údaje

	Věk	Vzdělání	Pracoviště	Délka praxe
Respondentka 1	26	VŠ-Mgr	chirurgie	2 roky
Respondentka 2	30	VŠ-Mgr	chirurgie	7 let
Respondentka 3	25	VŠ-Bc	interna	1 rok
Respondentka 4	25	VŠ-Mgr	ortopedie	2 roky
Respondentka 5	49	SZŠ	chirurgie	22 let
Respondentka 6	55	SZŠ	interna	30 let
Respondentka 7	38	SZŠ	chirurgie	12 let
Respondentka 8	45	SZŠ	interna	18 let
Respondentka 9	27	VŠ-Mgr	gynekologie	1 rok
Respondentka 10	52	SZŠ	plicní	25 let

Schéma 1 Znalost pojmu transkulturní ošetrovatelství



Schéma 2 Znalost transkulturních modelů ošetrovatelské péče



Schéma 3 Využívání transkulturních modelů ošetrovatelské péče v praxi

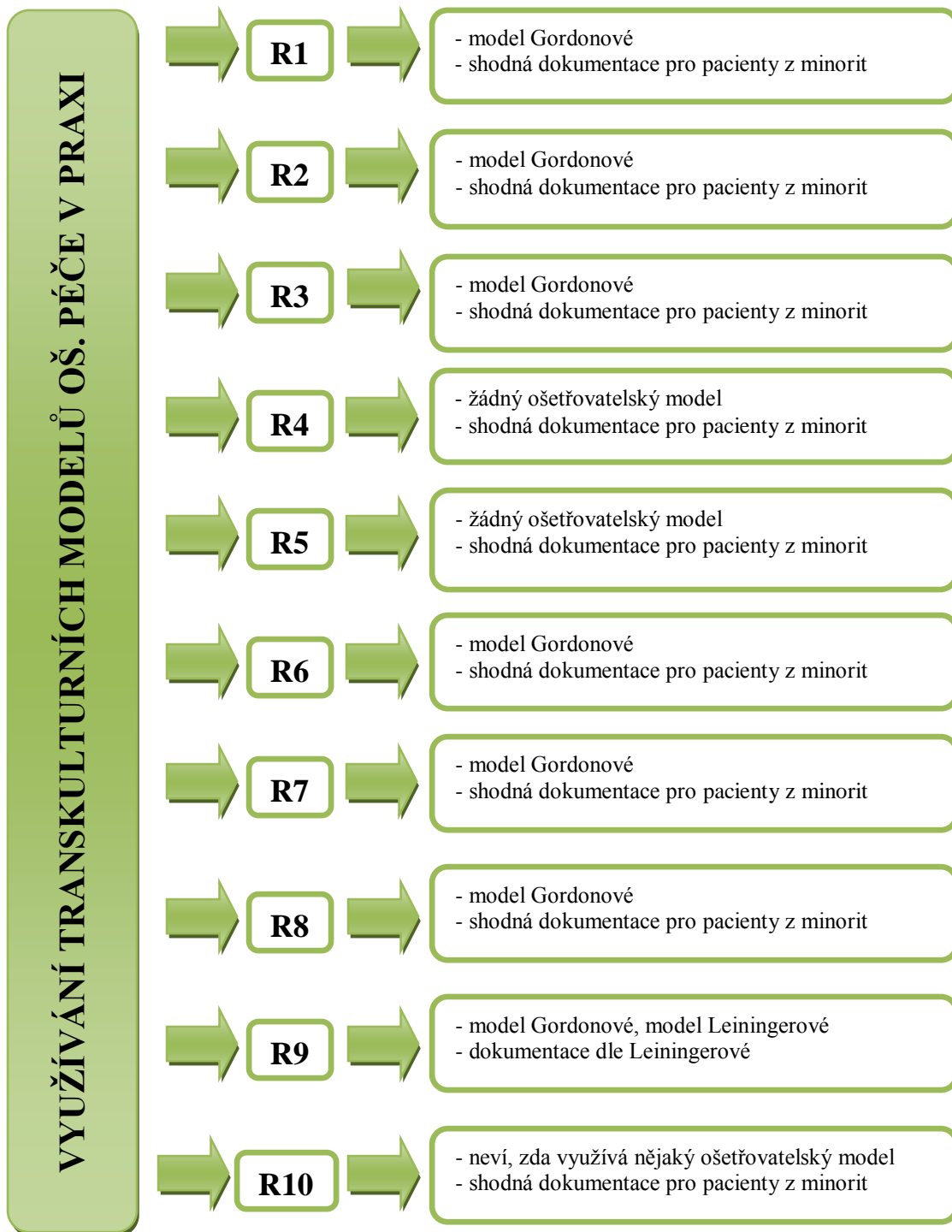


Schéma 4 Uspokojování biopsychosociálních potřeb pacientů z minorit

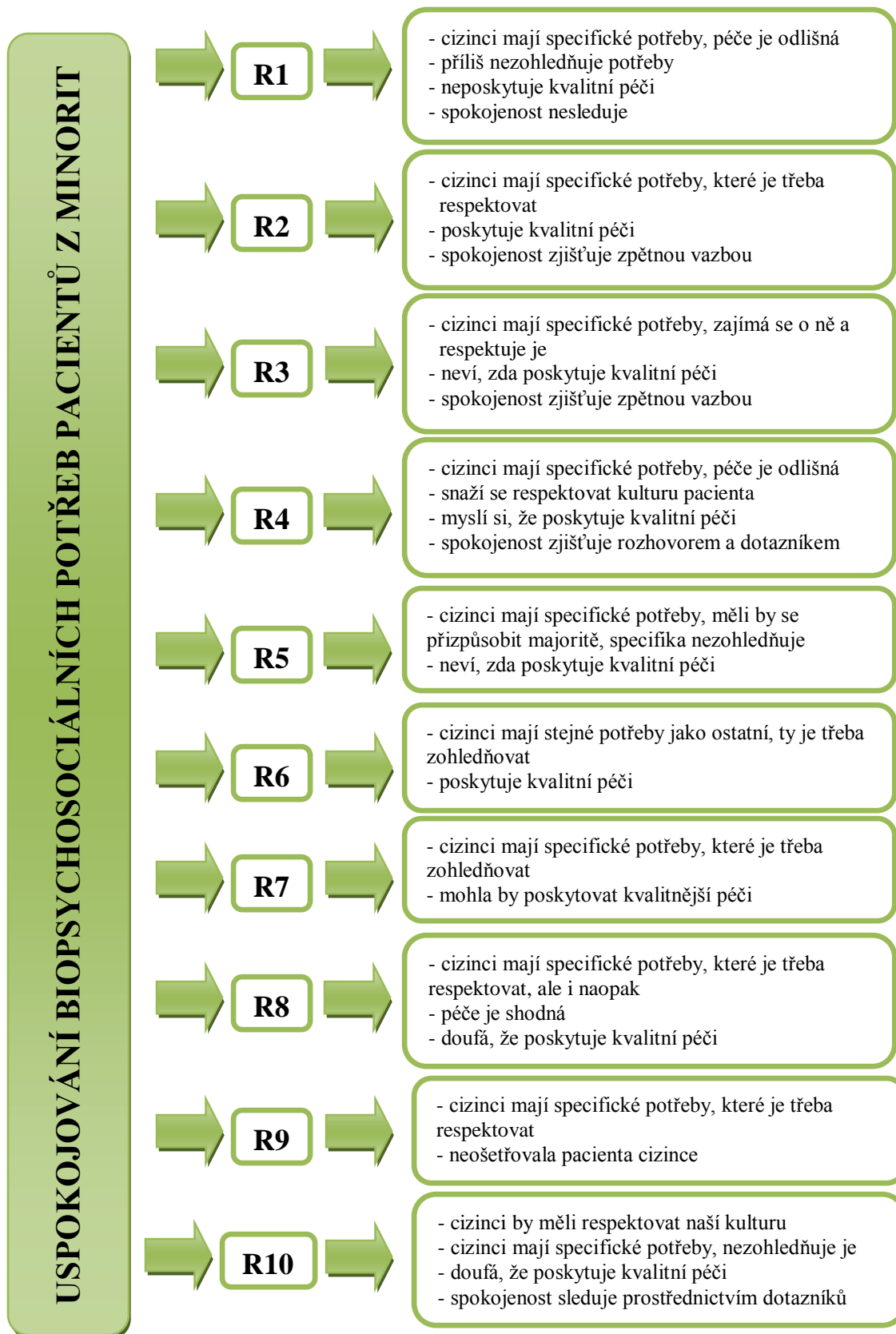


Schéma 5 Odebírání ošetřovatelské anamnézy u pacientů z minorit

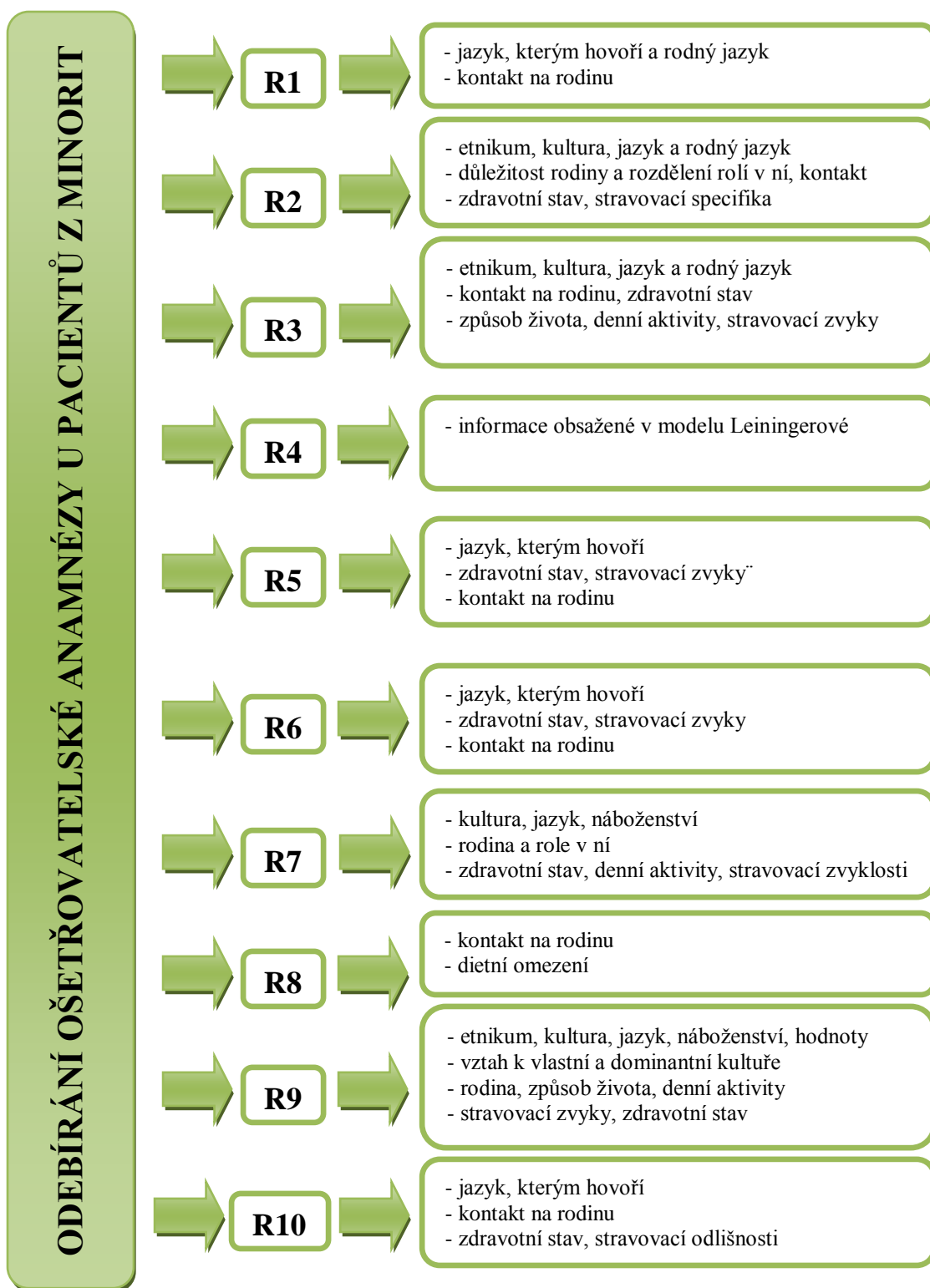


Schéma 6 **Komunikace s pacienty z minorit**



Schéma 7 Vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství

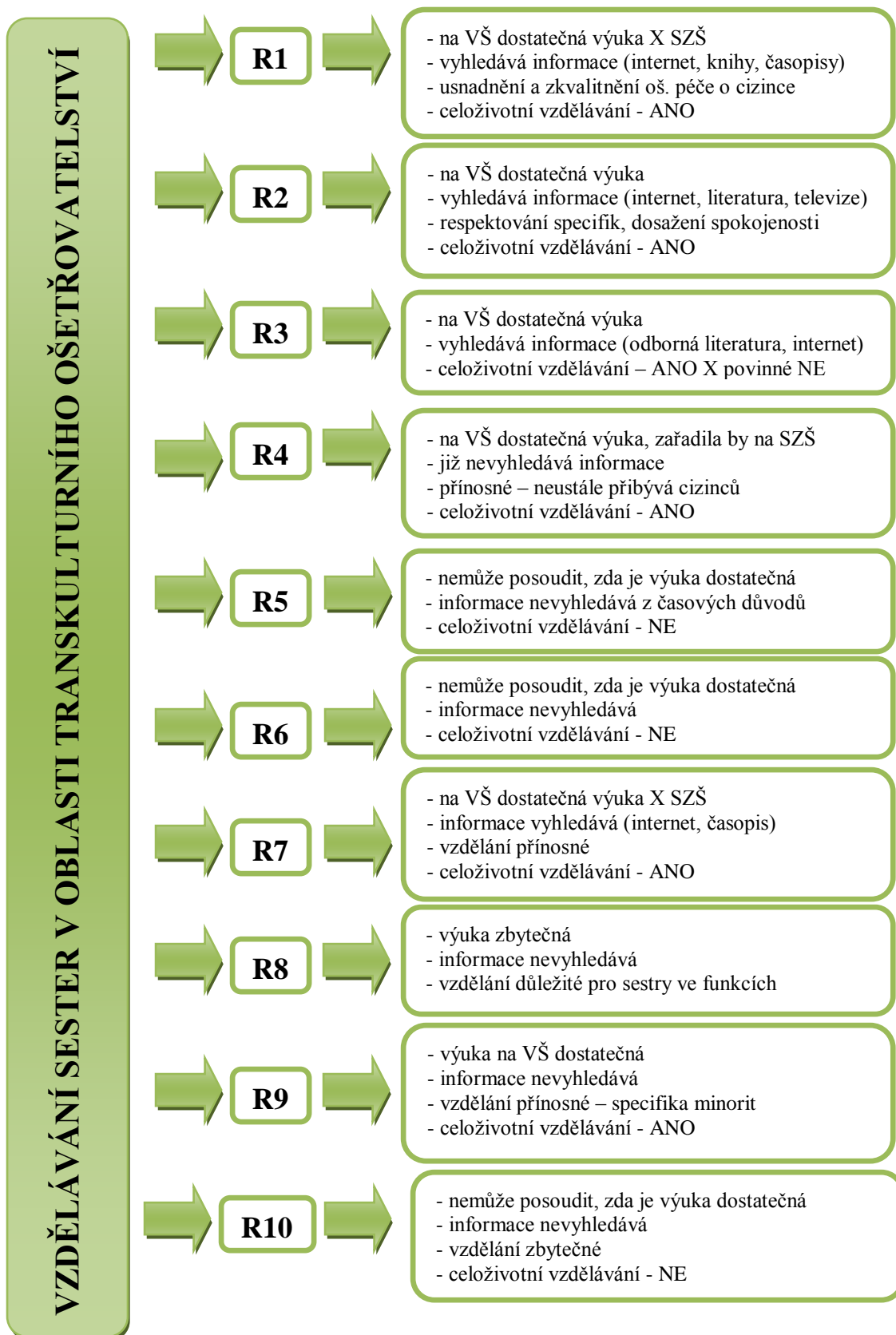


Schéma 8 Názory sester na návrh ošetrovateľskej anamnézy pro pacienty z minorit



5. Diskuse

Předmětem výzkumného šetření bylo zmapování problematiky multikulturního ošetrovatelství, transkulturních modelů ošetrovatelské péče, jejich využívání v praxi, tedy v ošetrovatelské dokumentaci a přínos jejich používání pro sestry. Tímto tématem jsme se zabývali, neboť se stejně jako Ivanová (2005) domníváme, že poskytování kulturně specifické péče je jednou ze základních vlastností moderního ošetrovatelství. Jak zmiňuje Papadopoulos (2006), každý má právo očekávat, že s ním bude zacházeno kulturně vhodným způsobem.

Zakladatelka disciplíny transkulturní ošetrovatelství Leiningerová (2006) pokládá za jeho hlavní cíl používat při poskytování kulturně specifické a uzpůsobené péče patřičné znalosti. Gigerová a Davidhizarová (2004) definují transkulturní ošetrovatelství jako obor, který se zaměřuje na podobnosti a rozdíly v péči o odlišné kultury. Jeho cílem je dle těchto autorek poskytování účinné a individualizované podpory ve zdraví i nemoci a naplnění pacientových potřeb vedoucí k jeho spokojenosti a ochotě spolupracovat. Hornáková (2008) stejně jako Kober (2008) spatřuje cíl transkulturního ošetrovatelství ve výchově zcela nové generace sester vybavené patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením. Mastiliakova (2003) se domnívá, že podstatou transkulturního ošetrovatelství je kompetentní a kulturně přiměřená péče, klíčovým bodem se pak stává člověk a péče o něj. Všechny respondentky kromě dvou, které neznají pojem transkulturní ošetrovatelství, se víceméně shodly na definici tohoto oboru. Popsali jej jako součást ošetrovatelství zabývající se péčí o pacienty s odlišným kulturním zázemím. Respondentka 5 na otázku dotazující se na podstatu transkulturního ošetrovatelství se zděšeným výrazem v tváři odpověděla: „*Trans co? Tak to jsem ještě nikdy neslyšela. To bude asi něco o ošetrování nějakých kultur, ne? Trefila jsem se nebo ne?*“ Respondentka 6 měla velice podobnou reakci. Přehled upravených odpovědí ostatních respondentek na otázku týkající se znalosti pojmu multikulturního ošetrovatelství zobrazuje Schéma 1.

Schéma 2 znázorňuje znalost transkulturních modelů péče, konkrétně modelu Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové. Respondentka 10 nás zaujala svou odpovědí: „*Tak tyhle pani teda neznám. Měla bych snad? Vymyslely něco užitečného? Nejspíš ne,*

když se o nich učíte na veřejce. To se zase někdo nudil, tak vymýšlel blbosti. Pořád abysme na někoho brali ohledy. Ani omylem! Když chtěj žít v Čechách, tak ať se naučí pořádně česky a žijou podle našeho.“ Příliš nás nepřekvapilo zjištění, že s podstatou zmíněných modelů jsou seznámeny pouze sestry, které již mají nebo právě získávají vysokoškolské vzdělání. Informace o dosaženém vzdělání respondentek a další identifikační údaje jsou k vidění v tabulce 1. Hloubka znalostí jednotlivých respondentek je velmi podobná. Všechny věděly, pro koho je model vycházejícího slunce určen. I když zaměření modelu popsaly vlastními slovy, jádro věci se shodovalo s definicí Leiningerové (2006), podle které model slouží jako návod na studium a zhodnocení lidí s rozdílnými a podobnými kulturními potřebami. Respondentky dále vyjmenovaly alespoň některé z faktorů působících na jedince, které jsou, jak konstatuje Sagar (2012), ve vzájemné souvislosti a jejich vliv na člověka nelze chápat odděleně. Podle Špirudové (2004) všichni tito činitelé ovlivňují nejen vnímání zdraví a nemoci, ale i způsob péče, který jedinec využívá. Farkašová (2005) popisuje dva systémy péče zakotvené v modelu Leiningerové, a to laický a profesionální. Stejně systémy uváděly ve svých odpovědích také respondentky. Špirudová (2004), Farkašová (2005) a Líšková (2006) uvádějí tři způsoby, jimiž je možno realizovat kulturně vhodnou péči. Na tyto typy péče si vzpomněly pouze tři z deseti dotazovaných respondentek. Co se týče informací získávaných v dlouhodobém posouzení Leiningerové, vyjádřily se čtyři respondentky. Ani jedna z nich však neuvedla kompletní údaje. Vzpomněly si na oblasti zahrnující kulturní hodnoty, způsob života, víru a náboženství, denní aktivity, stravovací zvyklosti, jazyk a komunikaci. Tyto a zbylé informace spadající do dlouhodobého posouzení popisuje také Farkašová (2005). Respondentka 2 se na závěr našeho rozhovoru vyjádřila takto: *„Podle mě je potřeba si uvědomit, že existují i jiné kultury, které mají odlišné potřeby než ta naše. Je nutné poznat specifika těchto kultur a respektovat je. Bylo by dobré mít přístup k uceleným informacím o jednotlivých kulturách na odděleních, třeba ve formě brožur. Poté je možné poskytovat kvalitní péči o tyto pacienty a nezáleží na tom, jaký model se při tom využije. Jediné pozitivum na využití modelů je podle mého návrh na to, jaké informace od konkrétního pacienta získat, což transkulturní modely na rozdíl od ostatních alespoň trochu splňují.“*

Respondentky správně uváděly, že model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Gigerové a Davidhizarové vychází z teorie Leiningerové. O tomto faktu nás ujišťuje i Nováková (2008) a Špirudová (2006). Stejně jako u předchozího modelu respondentky tvrdily, že i tento je určen pro pacienty pocházející z jiné kultury. Gigerová a Davidhizarová (2002) nabízí sestřám ve svém modelu postup pro systematické hodnocení šesti kulturních veličin. Tyto položky byly schopny vyjmenovat pouze dvě ze všech dotazovaných sester. Na alespoň některé informace zjišťované při posuzování dle modelu výše jmenovaných autorek si vzpomněla většina z těch respondentek, které již o modelech transkulturní péče někdy slyšely. Tyto sestry se s výše zmiňovanými modely setkaly v rámci studia na vysoké škole a to pouze v teoretické rovině. Modelu Gigerové-Davidhizarové se velmi přibližuje Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním, jak uvádí Archalousová (2003). Také Campinha-Bacote (2002) se svým modelem rozvíjení kulturní způsobilosti navazuje na transkulturní ošetrovatelství, tentokrát na teorii samotné zakladatelky Madeleine Leiningerové. Všechny respondentky přiznávají, že tyto modely neznají, ani o nich nikdy neslyšely. Jako důvod vzniku ošetrovatelských modelů transkulturní péče uváděly rostoucí migraci, zkvalitnění péče o pacienty cizince, respektování jejich odlišností a návod pro sestry, jak získat od klienta jiného etnika potřebné informace a jak s těmito klienty pracovat. Dle Farkašové (2005) vedla Leiningerovou k zamyšlení se nad kulturní péčí politická a hospodářská situace americké společnosti.

Leiningerová (2002) spatřuje zdroj potíží v rozdílnosti kultur. Stejně tak Špirudová (2004) vidí problém v poskytování ošetrovatelské péče klientům pocházejícím z jiné kultury. Aby byly uspokojeny potřeby těchto klientů, musí sestry získat a následně zaznamenat do dokumentace potřebné informace týkající se jejich kultury. Právě k tomuto účelu by měly sloužit transkulturní modely péče. Převážná většina vybraných zdravotnických zařízení České republiky pracuje s ošetrovatelským modelem Gordonové, pouze jedna ze všech analyzovaných dokumentací vychází z modelu Leiningerové a je tak vhodná pro sběr dat v rámci získávání ošetrovatelské anamnézy od pacienta cizince. Model Gigerové-Davidhizarové či jiný transkulturní model péče žádné ze zařízení nevyužívá. Jak uvádí Mičudová (2006), ošetrovatelská

dokumentace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu a jen díky jejímu důkladnému vedení mohou sestry provádět kvalitní ošetrovatelskou péči. Souhlasíme s tvrzením Staňkové (2005), že by sestry měly v rámci posuzování získat o pacientovi co nejvíce potřebných informací. Jak jsme již uvedli, většina analyzovaných dokumentací pracuje s modelem Gordonové. Ve větší či menší míře tedy u pacientů cizinců zjišťují údaje zakotvené právě v tomto modelu. Málokdy pak pátrají po specifických potřebách klientů z minorit. Využívání transkulturních modelů ošetrovatelské péče v praxi znázorňuje Schéma 3.

Jak uvádí Tóthová (2009b, 2010), zdravotničtí pracovníci dnes mohou přijít do styku s lidmi z rozmanitých kultur. To potvrzují i naše respondentky, které se ve své praxi setkávají s pacienty z nejrůznějších minorit. Většina z nich nepochybuje o tom, že tito klienti mají odlišné potřeby. Jen malá část sester ale zná životní styl a kulturu některých národností. Právě kvůli této neznalosti se zdravotníci zaměřují jen na zvládnutí příznaků a specifické problémy klientů cizinců tak velmi často zůstávají neodhalené a nevyřešené. S tímto názorem se ztotožňuje také Anastasiadou (2002) a k tomu dodává, že sestry by se měly stát hlavními praktiky a propagátory transkulturního ošetrovatelství u nás. Kolektiv autorů (2003) se domnívá, že povrchní znalost kultur je již nahrazována hlubším pochopením, díky čemuž se transkulturní přístup stává novým vzorcem pro kompetentní ošetrovatelskou práci. Podle Hornákové (2008) a Kobera (2008) je profesionální sestra povinná zajímat se o morální aspekty kultury, z níž pacient pochází. Mastiliakova (2002) zdůrazňuje informace uvedené v modelu Gigerové-Davidhizarové. Podle této teorie je důležité, aby se sestry vyvarovaly projekci vlastních kulturních představ na pacienta. Pro poskytování kulturně citlivé péče je nevyhnutelné, aby sestry akceptovaly individualitu každého jedince společně s jeho hodnotami a přesvědčením. Samy respondentky v rozhovorech sice většinou uváděly, že je třeba zohledňovat a respektovat kulturní odlišnosti v péči o pacienta cizince, málokterá z nich tak ale v praxi opravdu činí. Přesto se až na pár výjimek domnívají, že pacientům cizincům poskytují dostatečnou a kvalitní péči, o čemž se přesvědčují zpětnou vazbou a minimem získaných negativních zkušeností. Pohled sester na biopsychosociální potřeby klientů z minorit zobrazuje Schéma 4.

Respondentky se shodly na skutečnosti, že největší překážkou v péči o cizince je případná jazyková bariéra. Část z nich ovládá alespoň základy některých cizích jazyků, druhá část zastává názor, že cizinci žijící na našem území by se měli naučit naši řeč. Tak by byl problém s komunikační bariérou vyřešen. Také podle Špirudové (2006) právě komunikování ztělesňuje nejzávažnější problém při práci s klienty z odlišných kultur.

Při obsahové analýze ošetřovatelských dokumentací jsme se zaměřili na vyhledávání multikulturních prvků. Jako východisko jsme použili dlouhodobý odhad modelu Leiningerové a informace v něm obsažené nebo alespoň jejich náznaky jsme hledali v jednotlivých doménách ošetřovatelských anamnéz. Zjištěná fakta jsou graficky zpracována v kapitole Výsledky. Nutno podotknout, že bylo analyzováno 22 dokumentací a tak samozřejmě nelze získané informace zevšeobecňovat. Ve dvou anamnézách jsme neobjevili ani sebemenší náznak multikulturního ošetřovatelství. V další fázi šetření jsme se dotazovali respondentek, jaké údaje zjišťují při sběru anamnézy od pacienta cizince. Shrnutí jejich odpovědí je ke zhlédnutí ve Schématu 5 týkajícího se odebrání ošetřovatelské anamnézy právě u pacientů z minorit. Dále již nebudeme zmiňovat ošetřovatelskou dokumentaci daného zařízení, která je vypracovaná na základě modelu Leiningerové a samozřejmě obsahuje všechny náležité informace nezbytné pro odebrání kvalitní anamnézy od pacienta jiného etnika. Staňková (2005) se domnívá, že kvalita ošetřovatelského procesu závisí na citlivém zhodnocení požadavků na ošetřovatelskou péči u konkrétního pacienta. Dle Kutnohorské (2006) by sestry měly vědět, jakým jazykem pacient hovoří, jaký je jeho mateřský jazyk a jaký používá jako úřední. S touto myšlenkou se ztotožňují také autorky Špirudová a Bursová (2002). Špirudová (2004) považuje údaj o rodném jazyku pacienta za velmi důležitý, neboť pacient cizinec hovořící plynule česky se může vlivem stresu vracet právě k onomu rodnému jazyku. Také většina respondentek považuje údaj o jazyku za důležitý. Všimají si však jen toho, jímž pacient hovoří a nikoliv jeho rodného jazyka. Tento fakt ovšem nemají kam zaznamenat, neboť zkoumané dokumentace jej nezahrnují. Co se týče uspokojování potřeb souvisejících s náboženskými zvyky, málokterá zdravotnická zařízení poskytují péči o duchovní život a víru. Respondentky se o tuto oblast také příliš nezajímají, přitom jak uvádí Tóthová (2009a), zabezpečení péče o pacienta z jiné

kultury vyžaduje pochopení a respektování jeho víry a potřeb z ní plynoucích. Jedině tak mohou sestry efektivně uspokojovat pacientovy duchovní potřeby. Podle Gigerové a Davidhizarové (2004) je klíčová informace o tom, zda pacient spoléhá či nespolečá na kouzla, zařikávání nebo modlitbu a zda věří v nadpřirozené síly. Dle Špirudové a Bursovové (2002) by si sestry měly všimnout toho, jakým způsobem se příslušník etnické skupiny ztotožňuje v dominantní společnosti. Podle těchto autorek je také dobré vědět, jak se pacient jako příslušník určité kulturní skupiny vyrovnává s rasismem. Žádná z respondentek však informace o vztazích pacienta k vlastní a dominantní kultuře nezjišťuje. Ani v ošetrovatelských dokumentacích jim není věnována pozornost. Naopak údaje týkající se klientovy rodiny respondentky alespoň částečně sbírají. Většinou vyžadují kontakt na některého z členů rodiny, jemuž mohou být poskytovány informace. Zajímají se také o to, zda je rodina informovaná o hospitalizaci pacienta a v neposlední řadě se s ní snaží spolupracovat. Také ve všech anamnézách je prostor pro uvedení kontaktu na klientovu rodinu. Sestry se na rodinu dívají jako na podpůrnou skupinu a je dobré vědět, jak moc je pro ni důležité být během hospitalizace jejího člena s ním a jakou hraje roli při podpoře zdraví, v nemoci a při umírání, uvádí Špirudová (2006) a my s ní zcela souhlasíme. Respondentky ovšem důležitost rodiny ani způsob života či rozdělení rolí v ní nezkušují. Zajímají se ale o sociální zázemí jedince, konkrétně o to, kdo se o něj postará po jeho propuštění, bude-li to potřeba. Pacientovými názory na techniku v souvislosti s diagnosticko-terapeutickými výkony se sestry nezaobírají, tyto informace připadají většině z nich zbytečné. Ani sdělení údajů týkajících se způsobu života a běžných denních aktivit sestry od pacientů cizinců nepožadují. Naopak všechny respondentky zjišťují informace související se stravováním. Nepátrají ale přímo po specifikách, hodnotí spíše stav výživy a zaznamenávají případná dietní omezení. Pokud ale klient má nějaký požadavek týkající se této oblasti, sdělí jej sestry nutričnímu terapeutovi a ten s klientem nadále spolupracuje. Ani na základě ošetrovatelských anamnéz by se sestry nedopátraly stravovacích odlišností. Zjistily by maximálně, jestli má pacient naordinovanou nějakou dietu nebo zda nemá alergie na některé potraviny. Právě názory na výživu a samotné stravovací praktiky jsou dle Špirudové a Bursovové (2002) úzce spjaty se zdravím jako

takovým a podle Tóthové (2009a) mohou mít značný vliv na pacientův zdravotní stav a proces adaptace na nemocniční prostředí. Z našeho pohledu dosti důležité informace o chápání zdraví a nemoci respondentky nezjišťují. Ani v dokumentacích jim není věnována pozornost. Špirudová (2006) si ale myslí, že by sestry měly znát definici zdraví a nemoci dané kultury a že pacientovy názory na toto téma jsou velice důležité. Jako příklad uvádí kulturu, která přisuzuje hlavní význam vnějším vlivům (příroda, Bůh, osud) a vyžádání zdravotní péče je v tomto případě považováno za zbytečné, což může mít katastrofální následky. Podle Gigerové a Davidhizarové (2004) je také podstatné, zda klient věří, že změny a vliv na okolnosti pramení z nitra, nebo že je jeho život ovlivněn především osudem a náhodou. Špirudová a Bursová (2002) nepochybuji o tom, že na vnímání nemoci a zdraví působí náboženské vlivy a dodávají, že pohled na původce chorob se v různých kulturách značně liší. A právě sestry by měly odhalit, do jaké míry je vztah ke zdraví, nemoci a jejím následkům ovlivňován. My si ale s klidným svědomím troufáme se říci, že tomu tak v praxi není. V této oblasti by sestry dále mohlo zaujmout, k jakému léčitelскому systému a léčitelským praktikám se pacient přiklání a do jaké míry spoléhá na léčitele. Aktuální zdravotní stav posuzují respondentky na základě lékařské dokumentace, samotného pacienta se na něj již nevyptávají. Míru informovanosti pacienta o tom, jak předcházet nemocem, udržovat a získat zdraví a pečovat o sebe respondentky nezjišťují v rámci odebrání ošetřovatelské anamnézy, ale během edukace pacienta, kdy nejprve zmapují, do jaké hloubky je klient informován o dané oblasti. Na závěr by sestry podle Gigerové a Davidhizarové (2004) měly u pacienta provádět kompletní fyzikální vyšetření. Respondentky jej u pacientů odlišného etnika buď neprovádějí, nebo provádějí shodným způsobem jako u klientů z dominantní kultury. Analyzované ošetřovatelské dokumentace mají většinou prostor pro zaznamenání hmotnosti, výšky pacienta a hodnot fyziologických funkcí.

Komunikace je hodnota, která je v kultuře přenášena a chráněna a která prostupuje celým světem interakce. Tuto informaci uvádí Špirudová (2006). Podle Mastiliakové (2002) by se sestry během komunikace měly soustředit na jazyk, kterým pacient hovoří, a současně by měly sledovat neverbální projevy komunikace. Kutnohorská (2006) upozorňuje sestry na to, aby byly v rámci interakce s pacientem

cizincem obezřetné, co se doteků týče. Reakce na ně může být totiž velmi odlišná. Podle Špirudové a Bursové (2002) je podstatné uvědomění si existence případných konfliktů v komunikaci. Právě jazyková bariéra byla respondentkami nejčastěji uváděnou překážkou v péči o pacienta cizince. Respondentky používají při komunikaci s pacienty cizinci nejčastěji češtinu, většina z nich ovládá základy angličtiny, některé pak němčinu a převážně starší sestry ruštinu. Tyto a další informace týkající se komunikace s pacienty z minorit jsou shrnuty do Schématu 6.

Tóthová (2009a, 2010) zdůrazňuje nutnost dobré připravenosti sester, aby mohla být poskytována účelná a účinná pomoc klientům pocházejícím z rozmanitých kultur, neboť nároky na schopnost sester poskytnout péči kulturně citlivým způsobem jsou stále vyšší. Také Vondráček (2008) si všímá zvýšení nároků na odbornost poskytovatelů zdravotní péče. Kolektiv autorů (2003) se shoduje na tom, že je vhodné, aby poznatky z oboru transkulturní ošetrovatelství uplatňovaly všechny sestry bez ohledu na vzdělání a množství získaných zkušeností. Jak již bylo opakovaně řečeno, s problematikou transkulturního ošetrovatelství se setkaly respondentky v rámci vysokoškolského studia. Tyto sestry logicky jeho znalost považují za důležitou. Stejnou důležitost přisuzují i celoživotnímu vzdělávání sester. Ostatní, především starší respondentky, nevidí v transkulturním ošetrovatelství příliš velký smysl. Respondentka 8 uvedla: „*Podle mě sestrám úplně stačí zdrávka. Na vysoké se stejně učí pomalu to samé a jen něco málo navíc. Kdybych nestála o funkci staniční sestry, na celou vysokou bych se vykašlala.*“ Postoje jednotlivých respondentek ke vzdělání znázorňuje Schéma 7.

Stejně jako na sestry jsou dle Vondráčka (2008) i na ošetrovatelskou dokumentaci, která dokladuje péči kladeny vyšší nároky. Mičudová (2006) uvádí, že ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu a jen díky jejímu důkladnému vedení mohou sestry provádět kvalitní ošetrovatelskou péči. Názory na návrh ošetrovatelské anamnézy dle Leiningerové se u respondentek v některých oblastech podobaly, v jiných byly zase zcela odlišné. Jejich přehled je uveden ve Schématu 8. Respondentka 8 má na návrh anamnézy tento názor: „*Ježíši, to je dlouhý! Tak to bych v práci absolutně nestíhala vyplňovat. A už vidím, jak z někoho, kdo neumí ani slovo česky, tahám tyhle informace. Zlatá Gordonová!*“ Na základě prováděné

analýzy jednotlivých dokumentací vybraných nemocnic v České republice musíme bohužel konstatovat, že ve stávajících formách nejsou kromě jedné světlé výjimky vhodné pro realizaci ošetrovatelského procesu u pacientů majících odlišné kulturní zázemí.

6. Závěr

Tato práce se zabývá transkulturními ošetrovatelskými modely péče a jejich využíváním v praxi, což v podstatě znamená jejich zakotvení v ošetrovatelské dokumentaci a současně zohledňování ze strany sester při poskytování péče pacientům z minorit. Konkrétně jsme se snažili zmapovat problematiku týkající se modelů Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové a jejich využívání v praxi ve vybraných nemocnicích České republiky. Dále jsme zjišťovali, zda sestry používají prvky multikulturního ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské péče u pacientů cizinců. Chtěli jsme také odhalit, jaký přínos má pro sestry používání modelů transkulturní péče v rámci ošetrovatelského procesu u těchto pacientů. Naším posledním cílem bylo vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci vhodnou pro aplikaci ošetrovatelského procesu u klientů pocházejících z odlišné kultury. Všechny definované cíle byly splněny.

S jakými ošetrovatelskými modely pracují vybrané nemocnice České republiky? Jakým způsobem ošetrovatelská dokumentace vybraných nemocnic České republiky zohledňuje specifika ošetrovatelského procesu u pacientů cizinců? Do jaké míry znají sestry podstatu modelu Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové? Jak sestry využívají při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům modely transkulturní péče? Jak sestry ze svého pohledu uspokojují pacientům cizincům biopsychosociální potřeby s ohledem na jejich kulturní odlišnosti? Jakým způsobem se sestry vzdělávají v oblasti multikulturní péče? Tyto otázky byly podkladem výzkumného šetření, v němž byly prováděny obsahové analýzy ošetrovatelských dokumentací vybraných nemocnic České republiky a následně vedeny rozhovory se sestrami pracujícími v těchto zařízeních.

Z výsledků vyplynulo, že valná většina nemocnic v České republice používá ošetrovatelskou dokumentaci tvořenou na základě modelu Gordonové, a to i v případě, kdy je pacientem příslušník jiného etnika či kultury. Specifika takového klienta tedy příliš nebo vůbec nezohledňuje. Pouze jedna anamnéza ze všech analyzovaných vycházela z modelu transkulturní péče, a sice z modelu Leiningerové a byla přímo určena pro sběr údajů od pacienta z minority. Na základě rozhovorů jsme zjistili, že znalosti týkající se multikulturního ošetrovatelství a transkulturních modelů péče mají spíše vysokoškolsky vzdělané sestry. Starší sestry považují tuto oblast péče za

zbytečnou. Modely transkulturní péče nejsou sestrami v praxi obvykle používané. Z údajů obsažených v těchto modelech se převážně zajímají o jazyk, kterým klient hovoří, dále o jeho rodinu, denní aktivity a stravovací zvyklosti. Polovina respondentek je vysokoškolsky vzdělaná, zbylé mají středoškolské vzdělání. Přestože zájem o výuku multikulturní problematiky není ze strany sester příliš velký, některé aktivně vyhledávají informace o specifikách různých minorit a ty pak zohledňují ve své práci.

Aby byly výsledky práce nějakým způsobem užitečné, vytvořili jsme návrh ošetřovatelské anamnézy vycházející z modelu Leiningerové, který bude poskytnut vybraným zdravotnickým zařízením k dalšímu použití.

6.1 Návrh ošetřovatelské anamnézy dle Leiningerové

Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Leiningerové	
Jméno, příjmení:	Oddělení:
Rodné číslo:	Datum přijetí:
Pojišťovna:	Vypracovala:
1. Jazyk, komunikace, gesta	
Země původu:	Hovoří česky <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně
Doba pobytu v ČR:	Rozumí česky <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně
Rodný jazyk:	Používá gesta a mimiku <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Další užívané jazyky:	
<input type="checkbox"/> piktogramy <input type="checkbox"/> tlumočnick – kontakt..... <input type="checkbox"/> rodina jako tlumočnick	
<input type="checkbox"/> jiné pomůcky.....	
Zvláštnosti, požadavky:	
2. Tělesný vzhled, způsob odívání	
Vzhled <input type="checkbox"/> čistý/á, upravený/á <input type="checkbox"/> neupravený/á	
Způsob odívání <input type="checkbox"/> evropský <input type="checkbox"/> dle své kultury	
Zvláštnosti, požadavky:	
3. Všeobecná souvislost života s prostředím	
Adaptace s prostředím v ČR <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně	
Zvláštnosti, požadavky:	
4. Způsob života, názor na techniku v souvislosti s dg. a léčebnými výkony	
Bydlí sám <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Je v péči <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> pečovatelská služba	
<input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> rodina	
<input type="checkbox"/> jiné.....	
Je potřeba zajistit kontakt se sociální sestrou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Přišel do styku s přístroji <input type="checkbox"/> ano, jaké..... <input type="checkbox"/> ne	
Zvláštnosti, požadavky:	
5. Způsob života v rodině	
Role v rodině: Rodina o hospitalizaci informována <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Význam rodiny: Spolupráce s rodinou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Rozhodující slovo v rodině: Časté návštěvy rodiny <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Osoba, které poskytovat informace: kontakt:	
Vyžaduje přítomnost druhé osoby při vyšetření <input type="checkbox"/> ano, kdo..... <input type="checkbox"/> ne	
Ošetřování mužem (u žen) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pouze za přítomnosti uvedené osoby	
Zvláštnosti, požadavky:	
6. Denní aktivity	
Nemocniční režim vyhovuje <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Běžné denní aktivity:	
Spánek přes den <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Zvláštnosti, požadavky:	

7. Stravovací zvyky, tabu
Oblíbené potraviny/tekutiny:
Neoblíbené potraviny/tekutiny:
Odmítá potraviny <input type="checkbox"/> ano, jaké..... <input type="checkbox"/> ne
Adaptace na českou kuchyni <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně
Alergie na potraviny <input type="checkbox"/> ano, jaké..... <input type="checkbox"/> ne
Konzultace s nutričním terapeutem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zvláštnosti, požadavky:
8. Světový názor
Vyhraněný světový názor <input type="checkbox"/> ano, jaký..... <input type="checkbox"/> ne
Zvláštnosti, požadavky:
9. Náboženství a duchovní víra, hodnoty
Náboženské vyznání:
Hodnoty:
Požaduje duchovní služby <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Potřeba modliteb <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Důležité pomůcky:
Zvláštnosti, požadavky:
10. Sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě
Vztah k minoritě <input type="checkbox"/> kladný <input type="checkbox"/> záporný <input type="checkbox"/> přátelské vztahy <input type="checkbox"/> nepřátelské vztahy
Vztah k majoritě <input type="checkbox"/> kladný <input type="checkbox"/> záporný <input type="checkbox"/> přátelské vztahy <input type="checkbox"/> nepřátelské vztahy
Adaptace v majoritě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně
Pociťuje projevy diskriminace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Toleruje přítomnost dalších pacientů na pokoji <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zvláštnosti, požadavky:
11. Hodnota vzdělání
Dosažené vzdělání <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ <input type="checkbox"/> jiné.....
Vzdělání považuje za důležité <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně
Zvláštnosti, požadavky:
12. Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví
Zaměstnání:
Finanční zabezpečení <input type="checkbox"/> dostačující <input type="checkbox"/> nedostačující
Vliv ekonomických faktorů na zdraví <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zvláštnosti, požadavky:
13. Politické a právní vlivy
Ovlivnění politickými poměry v rodné zemi <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zájem o politiku v ČR <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zvláštnosti, požadavky:

14. Laická péče o zdraví
Laická péče <input type="checkbox"/> ano, jaká..... <input type="checkbox"/> ne Názor na příčinu onemocnění: Zvláštnosti, požadavky:
15. Důležitost profesionální péče
Odbornou péči <input type="checkbox"/> vyhledává <input type="checkbox"/> nevyhledává <input type="checkbox"/> odmítá Zvláštnosti, požadavky:
16. Znaky péče
Pojištění v ČR <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Komplikace v ošetrovatelské péči <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jazyková bariéra <input type="checkbox"/> neznámé přístroje <input type="checkbox"/> odlišnost stravování <input type="checkbox"/> stud <input type="checkbox"/> společné sociální zařízení <input type="checkbox"/> oš.personál (muž) <input type="checkbox"/> omezený kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> nedostatečný čas a prostor pro modlitbu <input type="checkbox"/> jiné..... Zvláštnosti, požadavky:
17. Způsob informovanosti
Informovanost o systému zdravotní péče v ČR <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně Vím, jak předcházet chorobám, udržovat a získávat zdraví a starat se o sebe <input type="checkbox"/> ano, jak..... <input type="checkbox"/> ne
Další ukazatelé upozorňující na tradiční nebo netradiční způsob života

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANASTASSIADOU, H. (2002). Transkulturální péče – podněty z praxe. In *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Mezinárodní konference ošetrovatelství v Olomouci. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. s 21-24. ISBN 80-247-0536-2.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. (2003). *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. (2005). *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
4. BULLOUGH, V. L., SENTZ, L. (2004). *American Nursing: A Biographical Dictionary. Volume 3*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 2004. 328 s. ISBN 978-0-8261-1147-0.
5. CAMPINHA-BACOTE, J. (2002). The proces of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 2002, vol. 13, no. 3, s. 181-184.
6. CSISKO, M. (2012). Poddisciplinární paradigma ošetrovatelství. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 3, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. (2005). *Ošetrovatel'stvo – teória*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
8. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 2002, vol. 13, no. 3, s. 185-188.
9. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E. (2004). *Transcultural nursing: assessment & intervention*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 2004. 666 s. ISBN 0-323-02295-2.

10. HORŇÁKOVÁ, A. (2008). Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23. ISSN 1210-0404.
11. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. (2005). *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
12. JAROŠOVÁ, D. (2003). *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 84 s. ISBN 80-7042-339-0.
13. KOBER, L. (2008) Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
14. *Joyce Newman Giger and Ruth Elaine Davidhizar*. (2008-2012). [online]. 2008-2012 [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: <http://www.ojccnh.org/project/giger-davidhizar.shtml>
15. KOLEKTIV AUTORŮ (2007). *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vydání. přel. Veronika DiCara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
16. KOLEKTIV (2003). *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
17. KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. (2006). Transkulturne ošetrovatelstvo a jeho zakladatelka Madeleine Leiningerová. In *Molisa – ošetrovatel'ské listy Šariša*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově, 2006. s. 35-37. ISBN 80-8068-480-4.
18. KŘIVÁNKOVÁ, M. (2008). Multikulturní ošetrovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistentek. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 3, s. 19. ISSN 1210-0404.

19. KUBICOVÁ, L., MUSILOVÁ, M. (2009). Koncepčné modely a teórie ošetrovateľstva. In Farkašová, D. a kol. *Ošetrovateľstvo – teória*. 3. doplnené vydání. Martin: Osveta, 2009, s. 70-76. ISBN 978-80-8063-322-6.
20. KUTNOHORSKÁ, J. (2006). Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 96-98. ISSN 1212-7299.
21. KUTNOHORSKÁ, J. (2009). *Výzkum v ošetrovateľství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
22. LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, 2006. 413 s. ISBN 0-7637-3437-3.
23. LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. 621 s. ISBN 0-07-135397-6.
24. LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. a kol. (2006). *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.
25. MASTILIAKOVA, D. (2002). Transkulturní ošetrovateľské zhodnocení. Aplikace kulturně specifických ošetrovateľských modelů. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2002, s. 11-21. ISBN 80-7042-349-8.
26. MASTILIAKOVA, D. (2004). *Úvod do ošetrovateľství I. díl. Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

27. MASTILIAKOVA, D. (2003). Vymezení pojmu transkulturní ošetrovatelství a jeho dimenze. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče, respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003, s. 20-30. ISBN 80-7042-344-7.
28. MIČUDOVOVÁ, E. (2006). Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 3, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
29. NEMČEKOVÁ, M., ŠPIRUDOVÁ, L. (2005). Leiningerové teorie kulturně shodné a rozdílné péče založené na různorodosti a univerzálnosti. In Žiaková, K. a kol. *Ošetrovatelství – konceptuální modely a teorie*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 171-205. ISBN 80-7368-068-8.
30. NOVÁKOVÁ, I. (2008). *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
31. PALENČÁR, M. (2007). Miesto ošetrovatelských konceptuálnych modelov v štruktúre ošetrovatel'stva. In Žiaková, K., a kol. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007. s. 11-34. ISBN 978-80-8063-247-2.
32. PALENČÁR, M. (2009). Ošetrovatel'stvo ako veda. In Žiaková, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2. přepracované vydání. Martin: Osveta, 2009. s. 13-73. ISBN 80-8063-304-2.
33. PAPADOPOULOS, I. (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. 1st ed. London: Churchill Livingstone, 2006. 351 s. ISBN 9780443101311.
34. PAVLÍKOVÁ, S. (2006). *Modely ošetrovatel'ství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
35. PLEVOVÁ, I. a kol. (2011a). *Ošetrovatel'ství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

36. PLEVOVÁ, I. a kol. (2011b). *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
37. SAGAR, P. L. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models. Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 2012. 169 s. ISBN 978-0-8261-0748-0.
38. SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J. (2007). Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 230-239. ISSN 1212-4117.
39. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. (2006). *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
40. ŠPIRUDOVÁ, L., BURSOVÁ, J. a kol. (2005). *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. [online]. Olomouc, 2002, 15. 6. 2005 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=115>
41. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. (2004). *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. [online]. Olomouc, 2004 [cit. 2012-9-8]. Dostupné z: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf
42. STAŇKOVÁ, M. (2005). *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces. Praktická příručka pro sestry*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
43. TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2006. 828 s. ISBN 0-323-03010-6.
44. TÓTHOVÁ, V. a kol. (2009a). *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

45. TÓTHOVÁ, V. a kol. (2009b). K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2., s. 282-291. ISSN 1212-4117.
46. TÓTHOVÁ, V. a kol. (2010). *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2010. 196 s. ISBN 978-807387-414-8.
47. *University of Nebraska Medical Center*. (2012). [online]. 14. 8. 2012 [cit. 2012-11-19]. Dostupné z: <http://www.unmc.edu/news.cfm?match=9762>
48. URÍČKOVÁ, A. (2010). Josepha Campinha-Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
49. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. (2008). *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
50. ŽIAKOVÁ, K. a kol. (2007). *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

8. Přílohy

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Otázky k návrhu ošetřovatelské anamnézy

Příloha 3 – **CD** - Rozhovory

Příloha 1

- Kolik je Vám, prosím, let?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Na jakém oddělení pracujete?

- Říká Vám něco pojem transkulturní (multikulturní) ošetřovatelství?
Můžete vlastními slovy popsat, co tento pojem znamená?
- Znáte nějaký ošetřovatelský model, který souvisí s transkulturním ošetřovatelstvím?
- Znáte teorii Leiningerové a její „model vycházejícího slunce“?
Čím se podle Vás zabývá? Pro jakou skupinu pacientů je tento model vhodný?
- Víte, jaké faktory dle modelu Leiningerové působí na jedince?
- Víte, jaké 2 systémy péče uvádí Leiningerová ve své teorii?
- Víte, jaké 3 typy péče uvádí Leiningerová ve své teorii?
- Víte, jaké informace se získávají v dlouhodobém posouzení dle Leiningerové?
- Znáte teorii Gigerové-Davidhizarové a jejich model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče?
Čím se podle Vás zabývá? Pro jakou skupinu pacientů je tento model vhodný?
- Víte, z jakého modelu vychází model Gigerové-Davidhizarové?
- Víte, kterých 6 položek obsahuje model Gigerové-Davidhizarové?
- Jaké informace sestry zjišťují při posuzování pacienta z jiné kultury dle modelu Gigerové-Davidhizarové?
- Znáte jiné modely transkulturního ošetřovatelství? Pokud ano, uveďte jaké.
- Pracovala jste někdy s některým z těchto modelů? Jak se Vám osvědčil?
- Proč podle Vás tyto modely vznikly?

- Využíváte při sběru dat v rámci ošetřovatelské anamnézy nějaké ošetřovatelské modely?
- Používáte jiné ošetřovatelské modely při ošetřování pacientů jiných etnik?
- Používáte odlišnou dokumentaci u pacientů cizinců?
- Využíváte při sběru dat v rámci ošetřovatelské anamnézy model Leiningerové, Gigerové-Davidhizarové nebo některý z jiných modelů transkulturní péče?
- Jaké informace zjišťujete u pacientů cizinců v rámci odebírání ošetřovatelské anamnézy?
- Provádíte u pacientů cizinců fyzikální vyšetření?

- Setkáváte se při své práci s pacienty z minorit? Z jakých? Jak často?
- Mají podle Vás pacienti cizinci specifické (odlišné) potřeby?
- Znáte životní styl a kulturu alespoň některých cizích národností?
- Myslíte si, že je potřeba zohledňovat kulturní odlišnosti v péči o pacienta cizince?
- Spatřujete nějaké rozdíly v péči o pacienta cizince a o pacienta z majority?
- Co považujete za největší problémy (překážky) v péči o pacienta cizince?
- Máte nějakou negativní zkušenost s ošetřováním pacienta cizince?
- Myslíte si, že poskytujete pacientům cizincům dostatečnou a kvalitní péči?
- Jakým způsobem sledujete spokojenost pacientů cizinců?
- Zajímáte se o specifika a potřeby pacientů týkající se kulturní a náboženské odlišnosti? Jak tato specifika zohledňujete při své práci?
- Respektujete postoje, přesvědčení a názory plynoucí z pacientovy kultury?
- Zjišťujete při odebírání ošetřovatelské anamnézy u pacienta cizince následující informace?
 1. Informace o etniku a kultuře.
 2. Informace o jazyku, kterým pacient hovoří a o jeho rodném jazyku.
 3. Informace o náboženské víře a zvycích, hodnotách, světovém názoru.Poskytuje Vaše zařízení péči o duchovní život a víru?

4. Informace o vztahu k vlastní a dominantní kultuře.
5. Informace o významu rodiny, způsobu života a rozdělení rolí v ní.
Máte k dispozici kontakt na pacientovu rodinu?
Spolupracujete s rodinou pacienta cizince?
6. Názory na techniku v souvislosti s diagnosticko-terapeutickými výkony.
7. Informace o způsobu života a denních aktivitách.
8. Specifika týkající se stravovacích zvyků.
Jak tato specifika zohledňujete při své práci?
9. Informace o chápání zdraví a nemoci.
10. Informace o zdravotním stavu.
11. Informace o laické péči o zdraví.
12. Míra informovanosti pacienta o tom, jak předcházet nemocem, udržovat a získat zdraví a pečovat o sebe.

- Jaký/é jazyk/y používáte při komunikaci s pacientem cizincem?
- Jaké další způsoby kromě verbální komunikace využíváte při komunikaci s pacientem cizincem?
- Máte na pracovišti k dispozici tlumočnicka?
- Máte na pracovišti důležité dokumenty k dispozici v jiném jazyce?
Jaké dokumenty a v jakém jazyce?
- Máte na oddělení vypracovaný standardní ošetřovatelský postup týkající se péče o pacienta cizince? Pokud ano, jaký konkrétně?
- Máte nějaké návrhy, které by přispěly ke zkvalitnění ošetřovatelské péče o pacienta cizince?

- Setkala jste se při studiu s předmětem zabývajícím se problematikou multikulturního/transkulturního ošetrovatelství?
- Myslíte si, že je dostatečná výuka multikulturního ošetrovatelství v kvalifikační přípravě sester?
- Zajímáte se o získávání informací o ošetrování příslušníků jiných kultur?
Pokud ano, odkud informace získáváte?
- Je pro Vaši práci vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství přínosné?
Z jakého důvodu?
- Chtěla byste si doplnit vědomosti o etnických menšinách žijících v ČR?
- Uvítala byste více informací týkajících se specifik péče o pacienta cizince?
V jaké formě?
- Souhlasíte se systémem povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků?
- Pokládáte za přínosné vysokoškolské vzdělávání sester? Z jakého důvodu?
- Pořádá Váš zaměstnavatel semináře s multikulturní problematikou?

Příloha 2

- Jaký je Váš první dojem z tohoto návrhu ošetrovatelské dokumentace?
- Je pro Vás návrh přehledný?
- Jaká vidíte v návrhu pozitiva?
- Jaká vidíte v návrhu negativa?
- Postrádáte v návrhu nějaké informace?
- Vyřadila byste z návrhu nějaké informace?
- Jsou pro Vás všechny údaje v návrhu srozumitelné?
- Jaké další změny byste navrhovala?
- Pomohl by Vám tento návrh při ošetrování pacienta z minority?
Pokud ano, v čem?
- Myslíte, že byste díky tomuto návrhu dokázala poskytnout pacientovi z jiné minority péči respektující jeho kulturní odlišnosti?
- Myslíte, že by pro Vás bylo používání tohoto návrhu časově přijatelné?
- Myslíte, že používání transkulturních ošetrovatelských modelů zvýší kvalitu poskytované péče pacientům z minorit?