



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V
OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Marie Rásochová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **„Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče“** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10.8.2022

.....

Bc. Rásochová Marie

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce Mgr. Věře Hellerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu pomoci a nekonečné dávky motivace k pokračování a dokončení práce.

Také bych měla poděkovat všem informantkám, které mi věnovaly svůj čas a byly ochotné se mnou udělat rozhovor.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a trpělivost během mého studia. A poslední, ale zato největší poděkování letí do nebe. Děkuji, mami...

Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče

Abstrakt

Tato diplomová práce na téma: „Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče“ si klade za cíl zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče. Na základě předem stanoveného cíle byly formulovány dvě výzkumné otázky: Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče, a které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v agenturách domácí péče.

Ve výzkumné části byla použita metodika kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl realizován za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, který byl vytvořen ve spolupráci s řešitelským kolektivem výzkumného grantového projektu číslo GAJU 046/2021/S. Výzkumný soubor tvořilo 11 sester pracujících v agenturách domácí péče. Získané rozhovory byly zpracovány za pomoci kódování, ve kterém bylo vytvořeno 5 kategorií a 16 podkategorií.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry v domácí péči poskytují pacientům vysoce individualizovanou péči, která splňuje podmínky kulturně kompetentní péče. Zároveň se odhalily slabiny, které stojí ve formě výzev před sestrami. Je to například komunikační bariéra a zapojení tlumočnicka do péče o pacienty v domácí péči, zkvalitnění celoživotního vzdělávání sester v domácí péči a zařazení kritické reflexe do práce sester. Také vyšlo najevo, že sestry stojí před výzvou technického zvládnutí práce v domácím prostředí klientů. Dle výsledků je patrné, že zdravotnická zařízení stojí před výzvou zefektivnění předávání informací mezi jednotlivými subjekty poskytování péče a tím zlepšení možnosti přípravy sestry na návštěvu u klienta.

Tato diplomová práce může být využita pro zkvalitnění a zefektivnění péče o klienty z odlišné kultury a dále jako podklad pro další výzkumnou činnost a rozvoj ošetrovatelství.

Klíčová slova

Kulturní kompetence, agentura domácí péče, kulturně kompetentní péče, všeobecná sestra, ošetrovatelství

Cultural Competences of Nurses in Home Care Agencies

Abstract

The diploma thesis themed as the “Cultural Competences of Nurses in Home Care Agencies“ is aimed at mapping a level of cultural competences of nurses in home care agencies. On basis of the objective stipulated in advance, two research questions were formed: What is the extent of cultural competences of nurses and what the nurses’ particular cultural challenges exist in such home care agencies?

Qualitative research methodology was applied in the empirical part of the diploma thesis. Data collection was performed using a semi-structured interview which was created in collaboration with a group of researchers participating in the Project Research Grant No. GAJU 046/2021/S. The research file consisted of eleven (11) nurses working in home care agencies. The interview acquired were processed by means of coding resulting in five (5) categories and 16 sub-categories generated.

It is apparent from the research results that nurses in home care provide patients with a highly individualized care which fully meets conditions set up by the cultural competence care. Simultaneously, certain weaknesses were detected standing ahead of nurses as a form of challenges. For instance, it is a language barrier and an interpreter being engaged in the patients’ care in home care, quality improvement of lifelong education and training for nurses in home care and an inclusion of the critical reflexion in the nurses’ jobs. It was also disclosed that nurses are challenged by the technical handling of their work in home environment of their patients. In terms of the results, it is evident that medical facilities are facing with the challenge of how to increase the efficiency of information transfer within individual subjects of the care provision, and thus to improve possibilities of nurses’ preparation for their clients’ visits.

The diploma thesis can be exploited to intensify the quality and efficiency in the care for clients originated from diverse cultures, and moreover as the grounds for further research activities and progress and development in nursing.

Key words

Cultural competence, home care agency, culturally competent care, practicing nurse, nursing.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Domácí péče.....	10
1.1.1 Cíle domácí péče.....	11
1.1.2 Historie a současnost domácí péče	12
1.1.3 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče	13
1.1.4 Přínosy domácí péče pro pacienty	15
1.1.5 Multidisciplinární tým v agenturách domácí péče.....	17
1.1.6 Role sestry a zdravotníků v poskytování domácí péče	18
1.2 Kulturní kompetence	20
1.3 Nástroje na měření kulturních kompetencí	22
1.4 Vybrané koncepční modely vztahující se k transkulturnímu ošetrovatelství... 25	
1.4.1 Teorie transkulturní péče - Madeleine Leiningerové.....	25
1.4.2 Model kulturně oleduplné a uzpůsobené péče - Joyce Newman Giger, Ruth Davidhizar.....	28
1.4.3 Model pro rozvíjení kulturní kompetence - Larry Purnell.....	30
1.4.4 Model kulturně kompetentní péče - Josepha Campinha-Bacote	32
1.4.5 Model pro rozvíjení kulturní kompetence - Papadopoulos, Tilki a Taylor 35	
2 Cíle práce a výzkumné otázky	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkuné otázky.....	37
3 Operacionalizace pojmů	38
4 Metodika.....	40
4.1 Použité metody.....	40
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
5 Výsledky výzkumného šetření	43
5.1 Struktura výzkumného souboru	43
5.2 Kategorizace získaných dat.....	44
5.2.1 Kategorie 1 – Obecné kulturní kompetence sester v ADP	45
5.2.2 Kategorie 2 – Specifické kulturní kompetence sester v ADP v péči o klienta z minoritní skupiny	52
5.2.3 Kategorie 3 - Komunikace.....	63

5.2.4	Kategorie 4 – Rozvoj multikulturního ošetrovatelství pohledem sester pracujících v ADP	68
5.2.5	Kategorie 5 – Inspirativní názory	71
6	Diskuze.....	72
7	Závěr.....	80
8	Seznam použitých zdrojů.....	81
9	Seznam zkratk.....	95
10	Přílohy	96
10.1	Příloha 1 - Základní pojmy vážící se ke kulturním kompetencím	96
10.2	Příloha 2 - Grafické znázornění modelu M. Leiningerové	101
10.3	Příloha 3 - Grafické znázornění modelu Gigerové a Davidhizarové	102
10.4	Příloha 4 - Grafické znázornění modelu L. Purnella.....	103
10.5	Příloha 5 – Grafické znázornění modelu Campinhy-Bacote.....	104
10.6	Příloha 6 – Grafické znázornění modelu Papadopoulos, Tilki a Taylor	105
10.7	Příloha 7 – Polostrukturovaný rozhovor.....	106
10.8	Příloha 8 – Souhlas etickou komisí	111
10.9	Příloha 9 - Ukázka kódování části přepsaného rozhovoru.....	112

Úvod

Zvyšující se migrace a globalizace společnosti v současné době vede nejen v České republice k rychlým demografickým změnám. Tyto změny mají za následek zvyšující se kulturní rozmanitost obyvatelstva, která má dopad i na zdravotnictví. Poskytovatelé zdravotních služeb stojí před kulturními výzvami, zda a jak kvalitně se dokáží postarat o pacienty z kulturně odlišných skupin, protože moderní ošetřovatelství si vychází z potřeb pacienta a holistického přístupu k nim.

Zároveň zdravotnická zařízení prochází procesem změn a v poslední době dochází ke značnému růstu poskytování ošetřovatelské péče v domovech pacientů. Tento trend bude pravděpodobně i v následujících letech pokračovat, protože domácí prostředí působí na pacienta uklidňujícím a bezpečným dojmem a pacient se zde stává více člověkem. V současnosti přibývá odborných činností a ošetřovatelských výkonů, které lze vykonávat u pacientů v domácím prostředí, protože se zvyšují možnosti technického a moderního přístrojového vybavení agentur domácí péče.

Z těchto dvou základních trendů, jsme zpozorovali potřebu zmapování úrovně kulturních kompetencí sester v agenturách domácí péče a přítomnosti výzev, které stojí před sestrami v agenturách domácí péče.

1 Současný stav

Farkašová et al. (2006) definuje ošetřovatelství jako integrovanou vědní disciplínu, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, kteří se sami o sebe nemohou nebo nechtějí postarat (Farkašová et al., 2006). Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, která má svoji teoretickou základnu, která se neustále rozvíjí. Pohlíží komplexně na člověka a využívá znalosti a postupy odvozené z medicínských, humanitárních, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd. Ošetřovatelství je multidisciplinární obor, který vychází ze znalostí a praxe jiných oborů, ale zároveň je i oborem interdisciplinárním, který využívá vazby mezi obory (Koncepte ošetřovatelství, 2021).

Současné ošetřovatelství vychází z holistického přístupu k pacientům (Červený et al., 2019). Holistická ošetřovatelská praxe se stala hlavním konceptem v poskytování kvalitní ošetřovatelské péče a nabádá sestry, aby se zaměřovaly na pacienta jako na celistvou bytost (Patestos et al., 2019). Vychází přitom z předpokladu, že živé organismy jsou celky složené z mnoha částí, které na sebe neustále vzájemně působí. Porucha jedné z částí pak vede k poruše celého systému (Plevová et al., 2011). Michaelson et al. (2019) uvádí, že používání a konceptualizace holismu posouvá podporu zdraví a zároveň holistické myšlení formuluje současné přístupy ke zdraví mnoha různými způsoby. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady, ale jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Tato definice byla uvedena v preambuli Ústavy Světové zdravotnické organizace z roku 1948 (World Health Organization, online 1948).

Zvyšující se migrace lidí vede k demografickým změnám v evropských zemích (Červený et al., 2019). Z tohoto důvodu je podstatné si uvědomit, že migrující jednotlivci pociťují okamžité a dlouhodobé zdravotní důsledky, které vedou k limitaci fyziologické, emocionální a sociální pohody (Henly, 2016). A tak s ohledem na migrační trendy kromě holismu vstupuje do ošetřovatelské filosofie i transkulturalismus (Ellina et al., 2020).

Mezi důvody zvýšené migrace řadí Klímová a Rokosová (2017) válečné konflikty, pronásledování, živelné katastrofy, vyhledávání lepších podmínek pro život i z ekonomického hlediska. Klinger et al. (2018) uvádí ještě další důvod migrace. Občané

EU mají právo se svobodně pohybovat i zvolit si své pracovní místo. I Česká republika zaznamenala velké migrační změny a stala se ze země tranzitní zemí vyhledávanou migranty (Tóthová et al., 2012).

Kulturní rozmanitost se projevila i ve zdravotní péči. Má významný dopad nejen na příjemce, ale hlavně na poskytovatele zdravotní péče (Filmer a Herbig, 2018). Globální migrace staví sestry před významnou výzvu poskytovat péči většímu počtu pacientů odlišných kultur, než jsou jejich vlastní (Miller et al., 2008). Tito pacienti mají rozdílné potřeby, odlišné zdravotní faktory a jsou mnohdy zranitelnější, proto vyžadují tak rozdílnou péči. Všechna zdravotnická zařízení by měla zajistit každému pacientovi, i z odlišné etnické menšiny, vhodnou zdravotní péči (Degrie et al., 2017).

1.1 Domácí péče

Na celém světě prochází zdravotnická zařízení procesem změn, a přestože je v současnosti nemocniční péče normou, domácí péče je během posledních let na vzestupu. Předpokládá se, že tento vzestup bude i nadále pokračovat (Skott a Lundgren, 2009). Toto platí i v České republice, kdy v roce 2019 bylo v domácí péči léčeno 144 tisíc obyvatel (ÚZIS, 2020). Procentní nárůst počtu léčených lidí se liší dle kraje a pohybuje se od 1 po 6 % ročně (Zdraví 2030, 2020 [online]). To má významný dopad na práci sester v domácí péči. Jejich práce bývá stále pestřejší, ale také náročnější (Fjørtoft et al., 2021). Z tohoto důvodu se stávají kulturní kompetence relevantní i v ošetřovatelství v domácí péči. V tomto domácím prostředí navštěvují sestry pacienta v jejich soukromí, a proto se musí snažit porozumět a přizpůsobit se jejich individuálním hodnotám a nárokům. V tom spočívá zásadní rozdíl oproti péči o pacienty v ústavních zařízeních, kde mohou sestry vnímat, že mají tzv. domácí právo a nevědomě si tak definují vlastní pravidla (Kolleck, 2007).

Skott a Lundgren (2009) uvádí, že domácí péče se obvykle definuje jako péče, která je poskytována odborníky osobě v jejím vlastním domě a tento druh péče zahrnuje širokou škálu činností, od preventivních návštěv až po péči o život. Ganann et al. (2019) definují domácí péči jako řadu služeb pro lidi všech věkových kategorií poskytovaných v domácím a komunitním prostředí, která zahrnuje podporu zdraví a výuku, léčebné intervence, péči na konci života, rehabilitaci, podporu a udržení zdraví, sociální adaptaci a integraci a podporu rodinných pečovatелů.

Domácí péče v České Republice je stanovena zákonem č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. V tomto zákoně se uvádí, že zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta se rozumí návštěvní služba a domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze poskytovat i umělou plicní ventilaci, dialýzu a zdravotní výkony, jejichž poskytování není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotním zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.1.1 Cíle domácí péče

I přes neustálý vývoj domácí péče, zůstaly dva klíčové cíle komunitního zdraví, již více než 130 let beze změny. Prvním cílem je poskytování zdravotních služeb těm, kteří jsou doma. Druhým cílem je vzdělání a pomoc pacientovi i rodině v oblasti zdraví a nezávislosti na formálních systémech péče (Haris, 2017).

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuálním vnímáním kvality života. Klade za cíl zajištění maximálního rozsahu, dostupnosti, kvality a efektivity zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta (Koncepte domácí péče, 2020).

Hanzlíková et al. (2007) uvádí dílčí cíle agentur domácí péče. Domácí péče si klade za cíl, zabezpečit ošetrovatelskou péči v koordinaci s ambulantní a ústavní péčí, případně i s pečovatelskými službami nebo s jinými složkami domácí péče. Dále humanizovat ošetrovatelskou péči o nemocné, zabezpečit dostupnost domácí zdravotní péče pro každého, zvýšit zdravotní povědomí a zodpovědnost lidí za své tělesné i duševní zdraví. A v neposlední řadě přesvědčit společnost o opodstatnění agentur domácí péče v souvislosti s úsporou finančních prostředků, vzhledem ke zkrácení hospitalizace dlouhodobě a chronicky nemocných. Koncepte domácí péče (2020) ještě dodává, že cílem je zajištění bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, optimalizace zdravotního a sociálního stavu pacienta s cílem zlepšení individuální úrovně kvality života, vytvoření vhodného sociálního prostředí pro pacienta, které přispívá k urychlení jeho uzdravování či ke zlepšení kvality života pacienta a jeho blízkých. Také zajišťování dodržování léčebného režimu, snížení negativního vlivu onemocnění na duševní stav pacienta a jeho blízkých a s tím související zvyšování soběstačnosti pacienta. Zmírňování utrpení pacienta a zajištění důstojného umírání. Dále vyhledávání,

monitorování a uspokojování potřeb pacienta i jeho blízkých, které souvisejí se změnou zdravotního stavu a narušeným zdravím pacienta s přihlédnutím k příslušné komunitě. V neposlední řadě je důležité připomenout cíl spolupráce a součinnost s blízkými osobami nebo komunitou pacienta (Koncept domácí péče, 2020).

Skott a Lundgren (2009) uvádějí, že cílem by mělo být vždy poskytování péče, která je smysluplná a prospěšná pro obsluhované lidi.

1.1.2 Historie a současnost domácí péče

Rozvoj ošetrovatelství se dělí na tři hlavní linie péče o nemocné. První a zároveň nejstarší je laická péče, kterou si poskytoval nemocný nebo mu ji poskytovali jeho blízcí na základě tradice. Druhou linií je charitativní péče, které byla poskytována převážně církevními řády, a opatrování se uskutečňovalo v charitativních domech. Koncem 19. století začalo docházet k rozvoji třetí úrovně ošetrovatelství – organizované léčebné péče. K tomuto rozvoji medicíny docházelo pod vlivem válek, společenské situace a uvědomováním si významu hygieny pro vlastní zdraví (Kutnohorská, 2010).

Avšak je důležité připomenout, jak uvádí Hanzlíková et al. (2007), že domácí péče byla z historického hlediska přirozeným způsobem péče o člověka. Lidé v rodinném kruhu prožívali veškeré starosti i radosti a ve svých domovech rodili, léčili se, ale i umírali. Při všech těchto situacích byli přítomni všichni členové rodiny (Hanzlíková et al., 2007). V nejstarších dobách, před obdobím křesťanství, byla péče o nemocné v domácnostech poskytována matkami nebo jinými členy domácnosti a otroky (Plevová et al., 2018). Tyto ženy byly bylinkářky a porodní báby zároveň. Až ve středověku byl založen první řád sester ošetrovatelek Augustiánek, které se specializovaly na poskytování ošetrovatelských služeb v domácnostech a řád Vincentek (Hanzlíková et al., 2007). Plevová et al. (2018) dodává, že Diakonky již v 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví a byly pro tuto činnost školeny. Postupně jejich organizovaná činnost vymizela a v období reformace, zejména v 19. století, začala diakonie znovu působit.

V první Československé republice byla snaha zvýšit úroveň zdravotnictví a zároveň snížit náklady na ošetřování nemocných. Toto byl hlavní důvod pro vznik myšlenek ke zrodu odborné ošetrovatelské pomoci v domácnostech, kterou tehdy začal organizovat Československý Červený Kříž. Tento způsob péče, který se velmi osvědčil,

byl v ČSR až do roku 1950, kdy ho převzal stát a byl začleněn do systému organizace zdravotnictví v kompetenci obvodních ambulancí (Hanzlíková et al., 2007). Například v USA vznikala jedna z prvních domácích péčí již v roce 1796 v Bostonu. Jejím základním principem a filozofií bylo, že nemocné lze ošetřovat a navštěvovat doma bez toho, aniž by je bolelo odloučení od jejich rodin (Rice, 2006). Hanzlíková et al. (2007) uvádějí, že v roce 1859 vznikla v Anglii koncepce domácí péče, jejímž autorem byl Viliam Rathbon. Následně spolu s Florence Nightingalovou založil první ošetrovatelskou školu pro sestry návštěvní služby. Harris (2017) navazuje, že ve Spojených Státech byl v roce 1877 zaveden okresní ošetrovatelský program.

Další milník v poskytování domácí péče v ČSR nastává v roce 1989, kdy dochází k transformaci, reformě struktury, řízení a financování zdravotnictví. Následkem této situace v roce 1990 postupně vznikaly první agentury domácí péče. Roku 1993 vznikla Asociace domácí péče v ČR. V roce 2000 nabízelo své služby v ČR 200 agentur domácí péče (Hanzlíková et al., 2007). Dle dokumentu Koncepce domácí péče, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, je síť domácích péčí k roku 2020 tvořena 510 poskytovateli, přičemž celkový počet pracovišť domácí péče je 815. ÚZIS (2020) uvádí, že počet pacientů v domácí péči zůstává v posledních letech stabilní. K roku 2019 využilo 143 932 pacientů služby domácí péči, z toho bylo 61 % žen a 39 % mužů (ÚZIS, 2020).

V současnosti je domácí péče financovaná především z veřejného zdravotního pojištění, kdy se financování řídí platnými právními předpisy. Maximální frekvence návštěv, která je hrazena z fondu zdravotního pojištění, je stanovena na tři hodiny odborné péče denně. Pokud poskytovatelé nemají uzavřenou smlouvu, mohou péči poskytovat za přímou platbu od pacienta, která reálně odpovídá úhradě nákladu na péči a přímého zisku pro domácí péči (Koncepce domácí péče, 2020).

1.1.3 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Domácí péče se neustále rozvíjí, vyvíjí a mění v reakci na sociální, ekonomické, politické a vědecké inovace (Harris, 2017). Rozvoj domácí péče je ovlivněn jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu (Hanzlíková et al., 2007).

Na rozvoji domácí péče se také podílí strategický rámec Zdraví 2030, jehož základní zastřešující cíl je zajistit dostupnou zdravotní péči všem občanům ČR bez ohledu

na jejich sociální a geografické prostředí a současně zajistit, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav. Po analýze českého zdravotnictví vznikly tři strategické cíle. Jedním z nich je optimalizace zdravotnického systému. Ta se snaží podpořit integraci zdravotní a sociální péče s důrazem na psychiatrickou péči a její přesun těžiště do komunity (Zdraví 2030).

Jedním z faktorů ovlivňující rozvoj domácí péče je nárůst funkčně závislé starší populace, který vede k nutnosti zvýšit počet pečovatelských domů a agentur domácí péče (Kim, et al., 2006). Český statistický úřad (2019) uvádí, že věková struktura populace se výrazně mění. Počet obyvatel zůstává spíše stabilní, ale výrazně se mění struktura obyvatel. Průměrný věk obyvatel v roce 2001 byl 39,0 let, v roce 2017 průměrný věk narostl na 42,2 let a předpokládá se, že průměrný věk v roce 2050 bude 46,3 let. Tyto hodnoty dokazují stárnutí české populace, i to, že se tento trend v nejbližších letech nebude měnit (Český statistický úřad, 2019 (online)). Stárnutí populace je zapříčiněno zlepšením vědecké znalosti o původcích nemocí, očkováním, dostupností antibiotik, zajištěním základní výživy pro většinu lidí a dalšími faktory, které snížily riziko hrozby rozvoje a úmrtí na nemoci 19. století. Místo akutních nemocí jsou nyní primárními příčinami úmrtí chronické nemoci. Tyto nemoci, například diabetes, hypertenze a srdeční onemocnění, vedou k nevratným změnám v těle a k trvalému poškození funkčních schopností jedince (Harris, 2017). Toto potvrzuje i koncepce domácí péče, která uvádí, že složení cílové skupiny domácí péče je závislé na demografickém vývoji. Lze předpokládat, že stárnoucí česká populace povede k úbytku produktivní složky obyvatelstva, která bude mít za následek vyšší poptávku po zdravotních a sociálních službách v péči o člověka (Koncepce domácí péče, 2020).

Rostoucí starší populace vede ke zvýšení poptávky po službách dlouhodobé péče a jejich nabídce. Tato skupina starších pacientů obvykle trpí chronickým onemocněním, například cévní mozkovou příhodou. Po uzdravení akutní fáze onemocnění jsou pacienti často funkčně závislí na péči okolí, čímž se zvyšuje potřeba dlouhodobé péče (Kim et al., 2006). Zvyšující se poptávka po tomto druhu péče je dána také přáním pacienta zachovat stávající životní styl v domácím prostředí, v kruhu rodiny a přátel, organizování svého volného času a denního programu dle vlastních představ, zachování zaběhnutých návyků a stereotypů, možnost ležet ve vlastní posteli, trávit volný čas ve svém bytě, radovat se ze svých domácích mazlíčků, telefonovat a v neposlední řadě nosit vlastní oděv (Hanzlíková et al., 2007).

Další faktor rozvoje domácí péče je vzrůstající ekonomický tlak, vyvolaný stoupajícími náklady na zdravotní péči (Hanzlíková et al., 2007). Pokud se porovnají náklady na ošetrovatelskou péči poskytovanou v pobytovém zařízení a domácí péči, jasně vyplývá, že pobytové zařízení je ekonomicky náročnější (Kok et al., 2015). Proto se čím dál častěji hledají alternativní způsoby poskytování péče, která je finančně méně náročná, ale i přesto efektivní. Jednou z forem, která splňuje tato kritéria, je právě domácí péče, která vede ke snižování nákladů zkrácením délky hospitalizace nebo je přímo alternativou ústavního pobytu (Hanzlíková et al., 2007). To potvrzuje i Fatemi et al. (2019), kteří uvádějí, že domácí péče je nejen zaměřena na pacienta, ale je také nákladově efektivní. Z tohoto důvodu vlády stále více přesouvají zdroje směrem ke komunitní péči. Ale je důležité nezapomenout fakt, že starší lidé, kteří jsou funkčně závislí na pomoci, stále vyžadují přítomnost rodiny a její pomoc při péči o ně (Kim et al., 2006). Hanzlíková et al. (2007) dodává další faktor, který ovlivňuje rozvoj domácí péče. Je jím změna struktury v rodině, a nutnost funkční rodiny pro poskytování kvalitní domácí péče. Pokud rodina neplní své funkce, možnosti domácí péče jsou velmi oslabené.

Rozvoj moderních technologií umožňuje vykonávat v domácím prostředí více odborných činností, než tomu bylo v minulosti. Dneska je naprostým standardem, že agentury domácí péče mají k dispozici dialyzační přístroje, ventilátory, monitory, infuzní pumpy a další (Hanzlíková et al., 2007). Například studie od Rantanen et al. (2018) zkoumala možnosti zavedení pečovatelských robotů v domácí péči včetně postojů sester k jejich využívání. Výsledkem této studie bylo, že robot nepomůže ve fyzické péči nebo zmírnění úzkostí, ale je vhodný k poskytování připomenutí, vedení a prosazování bezpečnosti pro pacienta. Jejich komplexní zavedení vyžaduje zodpovězení řady etických otázek.

1.1.4 Přínosy domácí péče pro pacienty

Strandas a Bondas (2018) vydali článek, ve kterém popisují vztahy sester a pacientů v domácí péči. Hned v úvodu sdělují, že vysoce kvalitní ošetrovatelství je závislé na vztahu sester a pacientů a právě tyto vztahy jsou základem ošetrovatelství. Kontext vztahů v domácí péči se liší od nemocnic. Specifické pro ně je, že interakce mezi sestrou a pacienty jsou pravidelné, časté a mohou trvat i několik let. Právě tyto vztahy se vytvářejí v domovech pacientů a velmi často zahrnují i jejich rodiny.

Správné vztahy mezi sestrou a pacientem, usnadňují sestřím hodnocení stavu pacientů. Stejně tak jako schopnosti sester předvídat, interpretovat, chápat a správně reagovat na vyjádřené a neznělé potřeby a obavy umožňuje sestřím získat objektivnější pohled na celkové potřeby pacienta a tím zajistit holistickou ošetrovatelskou péči. Zároveň je důležité si uvědomit, že vybudování vztahu mezi sestrou a pacientem na úroveň, kde dochází ke svěřování, vyžaduje čas, protože pacienti musí být schopni a ochotni důvěřovat sestře a svěřovat se a sdílet své problémy. A právě takovýto druh vztahu častěji naváží pacienti se sestrou v domácí péči, než se sestrou v nemocnici. I znalosti pacientova životního příběhu a normálního chování a vzhledu umožňují sestře identifikovat neznělé potřeby, drobné změny, které by mohly zůstat bez povšimnutí. To vše jí umožní včas zasáhnout a zabránit zhoršení stavu (Strandas a Bondas, 2018).

Domácí péče není jen aktivitou sester a lékařů, ale hlavně i aktivitou pacienta v oblasti sebezpeče, aktivitou rodinných příslušníků a blízkých v oblasti vzájemné péče a pomoci (Hanzlíková et al., 2007). Tak jako nemoc ovlivní vztahy, ovlivní i činnost a komunikaci rodiny. V období silného stresu, jako je například nemoc, najdou odolné rodiny účinné způsoby pozitivní adaptace, ale u slabších rodin může tato konfrontace vést ke krizi (Broekema et al., 2020). Z tohoto důvodu se zejména starší pacienti, kteří jsou nemocnější a kteří stojí před obtížnými rozhodnutími, často rozhodují, zda zahrnout členy rodiny do rozhodování o léčbě (Wolff et al., 2009).

Wolff et al. (2009) uvádí, že zapojení rodin jako partnerů do akutní a postakutní péče pacientům prospívá. Zároveň dodává, že aktivizace pacienta je nejúčinnější, pokud začleňuje a využívá přítomnosti rodinných příslušníků, kteří se podílejí na péči o pacienta. Ale je důležité připomenout, že rodinní příslušníci nemohou být aktivováni bez spolupráce a souhlasu pacienta (Wolff et al., 2009). Broekema et al., (2020) shrnuje, že péče o člena rodiny může přinést pozitivní zkušenosti a mít příznivé účinky na zdraví a pohodu členů rodiny.

V podmínkách České republiky zaujímá rozhodující roli pečovatele obvykle jedna osoba, která je při péči podporována širší rodinou a přáteli. Tento člen rodiny, který přebírá převážnou část péče o pacienta, se obvykle stává primárním pečovatelem, který poskytuje pomoc při všech činnostech denního života závislé osoby (Kurucová, 2016). Hajduchová et al., (2021) uvádějí, že nedílnou součástí systému a jedním ze základních kamenů dlouhodobé péče je neformální péče. Neformální péči lze definovat jako péči o

své nejbližší, která je poskytována osobě, jež se není schopná sama o sebe plně postarat (Geissler et al., 2015). Je to druh péče, kterou převážně zajišťují příbuzní, rodina, sousedé nebo přátelé. Tito pečovatelé nejsou školeni k poskytování péče a proto se jedná o péči laickou (Triatafillou et al., 2010).

Význam i funkce domova lze popsat ve třech dimenzích napříč všemi kulturami. Domov lze vnímat jako známé místo pro pohodlí, jako centrum každodenních zkušeností, centrum prostoru, času a sociálního života a jako ochránce soukromí identity a bezpečnost. Zároveň se v domácím prostředí stává pacient více člověkem než na nemocničním lůžku, kde jsou všichni bráni jako každý jiný pacient. V domácím prostředí je setkání s pacientem úplně jiné, jedinečné (Skott a Lundgren, 2008).

1.1.5 Multidisciplinární tým v agenturách domácí péče

V agentuře domácí péče pracuje multidisciplinární tým, složený z různých zdravotnických profesí. Tento tým musí obsahovat sestru manažerku, která stojí v čele agentury, odpovídá za její provoz z odborné, finanční a materiálně-technické stránky a kontroluje činnost agentury. Zároveň koordinuje a organizuje poskytování ošetrovatelské péče a na základě indikace praktického lékaře nebo specialisty přijímá žádosti na poskytování ošetrovatelské péče (Hanzlíková et al., 2007).

Dále tým agentury obsahuje terénní sestru, která vykonává všechny ošetrovatelské činnosti. Také součástí týmu může být porodní asistentka, fyzioterapeut, který vykonává odbornou rehabilitační péči a nižší zdravotničtí pracovníci, jako jsou praktické sestry (dříve zdravotničtí asistenti) a pomocní pracovníci. Nedílnou součástí týmu je také administrativní pracovník, který je zodpovědný za výkaznictví a účetnictví, kalkulaci účtů za výkony, které nejsou hrazeny pojišťovnou a kontrolu úplnosti dokumentace jako podkladu pro pojišťovnu (Hanzlíková et al., 2007).

Kompetence sester domácí péče jsou ukotveny v zákonu 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických profesí. Koncepce domácí péče uvádí, že sestra v domácí péči má zcela samostatnou roli při poskytování vlastní ošetrovatelské péče. Jednak provádí výkony, ke kterým nepotřebuje indikaci lékaře, dále provádí činnosti na základě indikace lékaře a spolupracuje s ním při poskytování preventivního, léčebného a rehabilitačního ošetrovatelství (Koncepce domácí péče, 2020).

Zajímavá je spolupráce domácí péče s praktickým lékařem, která je nezastupitelná, protože se lékař po skončení hospitalizace spojí se sestrou manažerkou a společně se domlouvají na zabezpečení domácí péče. Během poskytování péče jsou sestry s lékařem v kontaktu a pravidelně si předávají informace (Hanzlíková et al., 2007). Dle Koncepte domácí péče je sestra minimálně jednou za měsíc povinna informovat praktického lékaře o stavu pacienta a při jakékoliv změně zdravotního stavu pacienta. Ale pokud dojde k akutnímu zhoršení stavu pacienta a ohrožení základních životních funkcí, je sestra povinna zavolat zdravotnickou záchrannou službu a vyčkat u pacienta do jejího příjezdu (Koncepte domácí péče, 2020). Harris (2017) uvádí, že v současnosti někteří lékaři vidí své pacienty pouze u nich doma a jiní se plně účastní domácích zdravotnických nebo hospicových agentur jako lékaři primární péče nebo jako poradci. To je zapříčiněno i vědeckotechnickým rozvojem, kdy se zvýšila dostupnost vhodného lékařského a diagnostického vybavení, které splňuje podmínky pro možnost využití v domácí péči. Je přenosné, dostatečně malé a lehké. Tyto faktory umožňují lékařům 21. století opět vnímat domovy pacientů za životaschopné prostředí moderní lékařské praxe (Harris, 2017).

Ošetřovatelství v domácí péči je stále rozmanitější a komplexnější, protože je více pacientů, praktických úkonů a odpovědností přeneseno z nemocnic do domácí péče (Melby et al., 2018). Z důvodu zvýšení složitosti a náročnosti péče jsou kladeny vyšší nároky na personál o jejich odborné znalosti (Halcomb et al., 2016). Fjørtoft et al. (2021) dodává, že v domácí péči se setkáváme stále častěji s různorodou pracovními oblastmi, a jeho účastníci výzkumu to potvrdili tím, že vyprávěli, že se stále častěji setkávají se širokým spektrem pacientů různého věku a s různými zdravotními potřebami.

1.1.6 Role sestry a zdravotníků v poskytování domácí péče

Sestry hrají v domácí péči stále viditelnější roli (Neal-Boylan et al., 2012) a zaujímají v domácím prostředí klíčové postavení, zejména při zajišťování péče o nemocné pacienty se složitými potřebami. Posuzování zdravotních potřeb, provádění pokročilé ošetrovatelské péče a současně poskytování řešení na míru v různých domácnostech, je identifikováno jako soubor činností, které jsou charakteristické pro práci sester domácí péče (Fjørtoft et al., 2021).

Fjørtoft et al. (2021) ve svém článku uvádí charakteristické činnosti a specifické aspekty práce sestry v domácí péči. První oblast, která byla charakteristická pro práci sestry domácí péče, je posouzení zdravotního stavu pacientů a měnících se podmínek. Tato oblast pramení z důvodu, že pokaždé když sestra vstoupí do pacientova domova, musí vyhodnotit situaci a zachytit všechny změny. Také uvádí, že monitorování zdravotních potřeb a zachycení jejich změn je hlavním úkolem domácího ošetřovatelství, a zároveň sestry mohou pozorovat více faktorů než sestry v nemocnici (Fjørtoft et al., 2021).

Další oblastí, kterou Fjørtoft et al. (2021) uvádějí, je fakt, že sestry domácí péče pracují převážně samy v domovech pacientů. Z tohoto důvodu sestra musí být schopna se sama rozhodovat a jednat na místě, ale i poté. Pro její samostatnou práci je podstatná i odborná znalost z hlediska povědomí o tom, co sledovat, co pozorování znamenají a co je třeba dělat. V současné době se řada klinických postupů, úkonů a lékařských zákroků, které byly dříve prováděny v nemocničním prostředí, přesunula do domácího prostředí a s tímto souvisí i zvýšené nároky zdravotníků na specializované znalosti. Jako příklady pokročilých postupů lze uvést podávání injekcí, intravenózní terapie, nepřetržité úlevy od bolesti pomocí léků, enterální výživy a dokonce i dialýzy doma. Díky tomu mohou pacienti zůstat déle doma a vyhnout se zdlouhavým a únavným cestám v sanitce do zdravotnických zařízení (Fjørtoft et al., 2021). Také z tohoto důvodu Koncepce domácí péče uvádí nutnost posílení role sestry v domácí péči, aby byla zajištěna maximální možná míra a kvalita péče a tím došlo k umožnění setrvání pacienta v jeho vlastním sociální prostředí co nejdéle (Koncepce domácí péče, 2020).

Specifické pro práci sestry je, že se s pacienty a rodinami pacientů znají delší dobu (Fjørtoft et al., 2021). Díky tomu navazují sestry v domácí péči nejen s pacienty, ale i s jejich rodinami důvěrnější a bližší vztahy než sestry v ústavních zařízeních (Strandas a Bondas, 2018). Důležité je připomenout, že sestry jsou s pacientem pouze po omezenou dobu, než se přesunou k jiným pacientům a domovům. Podstatným aspektem je i logistika práce (Fjørtoft et al., 2021).

Podstatnou vlastností sestry domácí péče je být kreativní a najít dobrá řešení, jak zvládnout cokoli, co může nastat, a zároveň musí být schopny najít alternativní řešení, která jsou přizpůsobená každé situaci. Flexibilita je důležitá, aby sestry byly schopné přizpůsobit se různým pacientům a domácím situacím. Zároveň musí být sestra schopná

pracovat pod časovou tísní, která je spojená s tím, že nikdy neví, co ji čeká za dalšími dveřmi (Fjørtoft et al., 2021).

Nejdůležitější je však zmínit, jak uvádí Fjørtoft et al. (2021), že ošetřovatelství v domácí péči je jiný druh ošetřovatelství než v nemocnici.

1.2 Kulturní kompetence

Kulturně kompetentní ošetřovatelství neodmyslitelně patří k morální povinnosti prosazovat a chránit práva nejzranitelnějších prostřednictvím sociální spravedlnosti (Douglas et al., 2014), a přispívá ke snižování zdravotních rozdílů prostřednictvím posílení postavení pacientů, integrace kulturních přesvědčení do péče o pacienty a rozšíření přístupu zranitelných skupin ke službám zdravotní péče (Public Health Agency of Canada, 2008). Sociální spravedlnost je v kontextu poskytování zdravotní péče založena na přesvědčení, že každý jedinec má právo na spravedlivé a rovné příležitosti pro zdravotní péči. Podpora kulturně kompetentní zdravotní péče v rámci sociální spravedlnosti chrání důstojnost všech lidí. Lidská práva chrání přirozenou důstojnost všech lidí a jejich právo na přístup ke kvalitní péči, podílet se na rozhodování o péči a mít jistotu bezpečné zdravotní péče (Douglas et al., 2014)

Kulturní kompetenci lze definovat neomezeným množstvím výrazů. Jednotná definice pojmu kulturní kompetence neexistuje. Množství definic je dáno vícerozměrným pohledem na tuto problematiku (Maňhalová a Tóthová, 2016). Kulturní kompetence v ošetřovatelství je obecně chápána v ošetřovatelské schopnosti podporovat zdraví a pohodu klientů, jejichž kulturní prostředí je jiné než kulturní prostředí sester (Chae a Lee, 2014). Zároveň Lin et al. (2019a) uvádějí, že kulturní kompetence znamená pokračující proces, který zahrnuje přijímání a respektování rozdílů a schopnost nedovolit ostatním kulturnímu přesvědčování, aby mělo nepřiměřený vliv na ty, jejichž pohled se svět se liší od jeho vlastního.

Douglas et al. (2018) a Curtis et al. (2019) uvádějí jednu z prvních definic kulturní kompetence z roku 1989, jejímž autorem je Cross et al. Ten definuje kulturní kompetenci jako soubor shodného chování, postojů a zásad, které se spojují v systému mezi odborníky a umožňují jim efektivně pracovat v mezikulturních situacích. Truong et al. (2014) uvádí, že v 80 letech 20. století, kdy byla zavedena kulturní kompetence

do ošetrovatelství, byla popsána jako uznávaný přístup ke zlepšení poskytování zdravotní péče etnickým menšinám s cílem snížit rozdíly ve zdraví etnických skupin.

Koncem 90. let minulého století začala být kulturní kompetence lépe chápána a došlo k podstatnému nárůstu počtu definic, pojmů a souvisejících termínů (Curtis et al., 2019). Beach et al., (2005) definují kulturní kompetenci jako schopnost jednotlivců navazovat efektivní mezilidské a pracovní vztahy, které nahrazují kulturní rozdíly tím, že si uvědomují důležitost sociálních a kulturních vlivů na pacienty. Zvažují, jak se tyto faktory ovlivňují a navrhuji intervence, které tyto problémy berou v úvahu. Avšak Betancourt et al. (2002) vnímá kulturní kompetence jako schopnost systémů poskytovat péči pacientům s různými hodnotami, přesvědčením a chováním. Včetně přizpůsobení poskytování péče tak, aby vyhovovalo sociálním, kulturním a jazykovým potřebám pacientů.

Jednu z novějších definic kulturní kompetence uvádí Garneau a Pepin (2015). Uvádějí, že kulturní kompetence je komplex znalostí úkonů založených na kritické reflexi a jednání, ze kterého zdravotnický pracovník čerpá, aby poskytoval kulturně bezpečnou, kongruentní a efektivní péči v partnerství s jednotlivci, rodinami a komunitami v oblasti zdraví, a který bere v úvahu sociální a politické dimenze péče (Garneau a Pepin, 2015).

Campinha-Bacote (2002) definovala kulturní kompetenci jako kontinuální proces, kdy se poskytovatelé zdravotní péče snaží efektivně pracovat v kulturním kontextu svých klientů. Kulturní kompetence je představována jako proces zahrnující znalosti a povědomí o postojích, vedoucích k rozvoji dovedností, k efektivnímu přizpůsobení chování v mezikulturních setkáních (Campinha-Bacote, 2002).

Z důvodu nejasnosti významu pojmu kulturní kompetence se často v odborné ošetrovatelské a zdravotnické literatuře objevují pojmy využívané jako synonyma pro kulturní kompetenci. Jsou to například kulturní pokora, kulturní bezpečnost, kulturní citlivost a kulturní povědomí (Kersey-Matusiak, 2019). Tyto pojmy stejně jako další základní pojmy vážící se ke kulturním kompetencím jsou uvedeny v příloze (viz Příloha 1).

Vzhledem k trvalému nárůstu kulturní a jazykové rozmanitosti ve zdravotnických zařízeních je zapotřebí neustálého profesního rozvoje, aby sestry mohly poskytovat kulturně kompetentní ošetrovatelskou péči (Oikarainen et al., 2019). Rozvoj kulturních

kompetencí u sester by měl být zakotven již v pregraduálním vzdělávání a měly by být využity inovativní přístupy k učení a výuce, aby bylo zajištěno, že sestry budou chtít své kulturní kompetence i v budoucnu dále rozvíjet (Markey a Okantey, 2019). Lin et al., (2019b) uvádějí, že kulturní kompetence sester by měla být posílena znalostí druhého jazyka k překonání komunikační bariéry. Zároveň by zdravotnické organizace měly nabízet průběžné vzdělávání sestrám, které umožňují vhled do poskytování kulturně kompetentní péče.

1.3 Nástroje na měření kulturních kompetencí

Purnell (2016) uvádí, že během posledních 20 až 25 let došlo k pozoruhodnému nárůstu začleňování kulturní kompetence a měření kulturní kompetence do učebních osnov ošetrovatelství a zdravotní péče, především jako prostředku ke snižování rozdílů ve zdraví a zdravotní péči mezi zranitelnými skupinami obyvatelstva. Ale zatímco je kulturní kompetence široce propagována, tak nedostatek komplexních nástrojů pro měření kulturní kompetence omezuje schopnost vyhodnotit, kdy je kulturně kompetentní péče skutečně poskytována.

Jedním z nejstarších nástrojů pro měření kulturních kompetencí je kulturní škála sebevědomí CSES, kterou vytvořili Bernal a Forman (Loftin et al., 2013). Škála byla publikována v roce 1987 a byla navržena na základě předpokladu, že sestry postrádají sebevědomí a dovednosti potřebné k péči o pacienty z kulturně odlišného prostředí (Coffman et al., 2004). Položky škály jsou členěny do tří skupin podle znalosti kulturní konceptů, kulturních vzorců a dovedností provádění transkulturních ošetrovatelských funkcí. Účastníci výzkumu vyplnili své vnímání sebedůvěry k výrokům u tří etnických skupin, které tvořili Afroameričané, Portorikánci a Jihovýchodní Asiaté. Toto hodnocení se pohybovalo od velmi malé důvěry až po velmi velkou důvěru (Bernal a Forman, 1987). Kulturní specifičnost tohoto nástroje omezuje jeho využití pro hodnocení sester pečujících o jedince z jiných kultur než jsou ty, které tento nástroj primárně řeší (Loftin et al., 2013).

V roce 1997 vyvinula Campinha-Bacote nástroj k posouzení procesu kulturní kompetence mezi zdravotnickými pracovníky IAPCC. Nástroj sebehodnocení obsahoval dvacet bodů, které měří všechny čtyři konstrukty popsané v modelu Campinha-Bacote. Ale v roce 2002 popsala Campinha-Bacote pátý konstrukt kulturní kompetence, tím je kulturní přání. Z tohoto důvodu byl vytvořen IAPCC-

Revidovaný (IAPCC-R). Oproti původní verzi obsahuje navíc 5 dalších otázek zaměřených na kulturní přání (Fike et al., 2016). Celkem se IAPCC-R skládá z 25 položek. Tento nástroj lze obvykle vyplnit za 10-15 minut, s celkovým skóre od 25 do 100. Je zde využita Likertova škála. Celkové skóre ukazuje, jak zdravotník působí na všech úrovních kulturní kompetence. Tento nástroj je široce využíván ve výzkumu zdravotní péče na mezinárodní úrovni (Loftin et al., 2013). U nástroje IAPCC-R byla pozorována nižší úroveň spolehlivosti u studentů ve srovnání s odborníky. Jako reakce na toto zjištění, byla roce 2007 vyvinuta studentská verze nástroje IAPCC-SV (Fike et al., 2016). Nástroj se skládá z dvaceti položek, které měří všech pět konstruktů kulturní kompetence a také využívá čtyř bodovou Likertovu stupnici. Čas potřebný na vyplnění je podobný jako na revidovanou verzi a skóre se může pohybovat od 20-80. Čím vyšší skóre je, tím se zobrazuje vyšší úroveň kulturní kompetence (Fitzgerald et al., 2009).

Nástroj pro hodnocení kulturní kompetence CCA byl v původní verzi validován v roce 2003. U jeho vzniku stál Shim s kolektivem (Raigal-Aran, et al., 2019). Tento nástroj je navržen k poskytování důkazu kulturní kompetence mezi poskytovateli zdravotní péče a personálem. Nástroj CCA byl založen na modelu popisujícím čtyři složky kulturní kompetence. Těmi jsou znalosti, postoje, chování a uvědomění (Schim et al., 2003). CCA se skládá ze dvou hlavních oblastí. První je kulturní povědomí, zkušenosti a citlivost a druhou složkou je kulturně kompetentní chování (Doorenbas et al., 2016). Tento nástroj obsahuje 26 položek. Zkušenosti s kulturní rozmanitostí se hodnotí pomocí jedné položky, u které respondenti identifikují, zda se v posledních 12 měsících starali o lidi z různých kulturních skupin. Bodové skóre je jednoduchý počet vybraných skupin, přičemž vyšší skóre čísla znamená větší rozmanitost zkušeností. Kombinovaná subškála pro kulturní povědomí a citlivost je založena na pěti bodové Likertově škále, která je nastavena od „silně souhlasím“ po žádný názor. Subškála pro kulturně kompetentní chování má kategorie odpovědí „vždy, často, občas, nikdy a nejsem si jistý“. Při hodnocení se položky sečtou pro každé skóre subškály. Čím vyšší je skóre, tím vyšší je úroveň znalostí a pozitivnější postoje a větší frekvenci kompetenčního chování, kterou sami uvádějí (Schim et al., 2005). Raigal-Aran et al. (2019) uvádí, že tento dotazník má několik vlastností, které se hodí pro jeho široké využití. Dotazník je například přeložen do několika jazyků, je relativně krátký, využívá hovorový jazyk. To vše jsou faktory, které zvyšují míru jeho návratnosti. Byl testován v několika výzkumných studiích a je prokázáno, že je dostatečně spolehlivý.

Nástroj transkulturní sebevědomí TSET byl navržen jako diagnostický nástroj pro měření a hodnocení vnímání transkulturní sebevědomí studentů pro provádění obecných transkulturních ošetrovatelských dovedností u různých skupin klientů (Jeffreys, 2000). TSET se celkem skládá z 83 položek, které jsou rozděleny do tří kategorií. První kategorie je kognitivní a v ní se nachází 25 položek, tato škála žádá respondenty, aby ohodnotili svou důvěru a znalosti o tom, jak mohou kulturní faktory ovlivňovat ošetrovatelskou péči u klienta z odlišného kulturního prostředí. Druhou částí je praktická kategorie s 28 položkami, která se zabývá ohodnocením své míry důvěry ohledně dotazování klientů z odlišného kulturního prostředí tak, aby se dozvěděli o jejich hodnotách a přesvědčení. Třetí a poslední kategorií je afektivní subškála, která obsahuje 30 položek. Ta se zabývá hodnotami, postoji a přesvědčeními týkajícími se kulturního povědomí, přijetí, ocenění, uznání a obhajoby (Jeffreys a Smodlaka, 1998). TSET využívá Likertovu stupnici od nejsem si jistý po zcela jistý (Loftin et al., 2013)

Nástroj pro hodnocení dovedností etnických kompetencí ECSAI byl původně navržený pro měření vnímaných dovedností kulturních kompetencí u pracovníků v oblasti duševního zdraví (Loftin et al., 2013). Nástroj obsahuje 23 položek a využívá Likertovu stupnici od nikdy po vždy. Čím vyšší je získané skóre, tím větší je kulturní kompetence. Vyplnění tohoto nástroje trvá přibližně 5 až 10 minut (Napholz, 1999). Avšak platnost tohoto nástroje nebyla diskutována, ani nebyla diskuse o zastřešujícím koncepčním rámci nebo o konkrétních koncepčních oblastech měřených dotazníkem, a nebylo nalezeno žádné využití tohoto nástroje (Loftin et al., 2013).

Perng a Watson se při tvorbě škál kulturní kompetence sestry NCCS inspirovali modelem kulturně-kompetentní péče od Camphiny-Bacote (Zarzycka et al., 2020). Tento nástroj zahrnuje čtyři základní oblasti. Je to kulturní povědomí, kulturní znalosti, kulturní citlivost a kulturní dovednosti. Deset položek měřilo doménu kulturního povědomí, které se týkají vědomí sester o podobnostech a rozdílech mezi individuálním a cizím kulturním kontextem a uznání vlastního předsudku. Doménu kulturní znalosti měří devět položek, zakládá se na znalostech sester o získávání informací o různých skupinách a jejich kultuře, jako jsou přesvědčení o zdraví a kulturní hodnoty. Kulturní citlivost měří osm položek, které se zabývají tím, že sestry oceňují přesvědčení klienta, oceňují jeho kulturu a respektují její vliv na chování klienta. Poslední doménu kulturní dovednost měří 14 položek, které se týkají schopnosti sester provádět kulturní

hodnocení klienta, komunikovat s klientem pomocí zdrojů a poskytovat vhodnou péči bez individuálních předsudků (Perng a Watson, 2012). Všechny 41 položek tohoto nástroje využívá pěti bodovou stupnici Likertova typu s odpověďmi v rozsahu od silně souhlasím až po silně nesouhlasím (Loftin et al., 2013). Několik studií potvrdilo spolehlivost a přesnost tohoto nástroje (Zarzycka et al., 2020).

Gözüm et al., (2020) udávají, že je pozoruhodné, že v literatuře chybí nástroj pro měření, který by hodnotil kulturní kompetenci multidisciplinárního týmu v primární zdravotní péči. A tak si jejich studie dala za cíl vyvinout stupnici kulturní kompetence primárních zdravotnických profesionálů PHCP-CCS. Vycházeli ze škály NCCS, kterou autoři přizpůsobili. Tento nástroj obsahuje celkem 20 položek, kdy položky 1-8 byly zahrnuty pod nadpis kulturní dovednosti, položky 9-16 pod kulturní znalosti a položky 17-20 pod kulturní citlivost. Tímto nástrojem bylo zjištěno, že schopnost mluvit různými jazyky, mít kontakt s přáteli a sousedy z různých kultur zvýšily kulturní kompetence primárních zdravotních pracovníků. Nástroj PHCP-CCS lze využít ke stanovení kulturní kompetence mezi pracovníky primární zdravotní péče a jeho váha je vhodná i pro použití v klinické oblasti pro všechny odborníky poskytující zdravotní služby jednotlivci, rodinám i komunitě.

1.4 Vybrané koncepční modely vztahující se k transkulturnímu ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství, které se rozvíjí přes padesát let, má své teorie. Teorie přináší do transkulturního ošetřovatelství ošetřovatelský proces, který je podstatný pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. U zrodu stála profesorka Madeline Leiningerová a její teorie transkulturní péče je považována za základ transkulturního ošetřovatelství. Ale kromě ní se i další řada teoretiků zabývala rozvojem kulturního ošetřovatelství (Špirudová et al., 2006).

1.4.1 Teorie transkulturní péče - Madeleine Leiningerové

Madeleine Leiningerová byla americká profesorka ošetřovatelství. Působila jako pedagog na mnoha světových univerzitách, je autorkou a editorkou 28 odborných knih a stála při zrodu časopisu Journal of Transcultural Nursing a Společnosti pro transkulturní ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013). Zejména je považována za průkopnici, která byla zaměřena na kulturu v ošetřovatelské péči a transkulturního ošetřovatelství (Tosun a Sinan, 2020).

Leiningerová se začala zabývat svojí teorií kulturní péče v roce 1940 (Sagar, 2014). Ve své knize popisovala, že v polovině 50 let, když pracovala jako sestra specialista na dětské psychiatrické jednotce, si začala všimnout velkých kulturních rozdílů mezi dětmi a jejich rodiči. Během své práce zpozorovala, jak se jednotlivé děti různých národností od sebe liší, a také, že mají odlišnou výchovu, postoje k lékům a léčbě, odlišnosti ve stravování a denním režimu (Špirudová et al., 2006).

Její teorie, kterou nazvala teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče, tvoří základ transkulturního ošetřovatelství. Je zaměřena na poznávání, pochopení a využívání společných, ale i rozdílných znaků kultur při poskytování ošetřovatelské péče (Špirudová et al., 2006). Filozofické kořeny teorie vycházejí z rozsáhlých a různorodých ošetřovatelských zkušeností, antropologického náhledu, životních zkušeností, hodnot a kreativního myšlení (Leininger, 2002).

Leiningerová shledávala, že hlavní překážkou pro sestry při rozvíjení teorie bylo odhalit významy, praktiky a faktory, které ovlivňují péči o kulturu, podle náboženství, politik, ekonomiky, světového názoru, prostředí, kulturních hodnot, historie, jazyka, pohlaví a dalších faktorů. Uvědomovala si, že je potřeba tyto faktory zahrnout do kulturně kompetentní péče. To vedlo ke vzniku modelu, avšak tento model není teorií jako takovou, ale spíše zobrazuje faktory, které ovlivňují péči (Leininger, 2002).

Účelem teorie je objevit a vysvětlit různorodé a univerzální kulturně zakládané faktory péče, které ovlivňují zdraví, pohodu, nemoc nebo smrt jednotlivců či skupin. Teorie si dává za cíl využívat výsledky výzkumu k poskytování kulturně kongruentní, bezpečné a smysluplné péče klientům z různých či podobných kultur. Model předpokládá, že tři způsoby pro kongruentní péči, rozhodnutí a akce, které jsou navrhované v této teorii povedou ke zdraví a pohodě, nebo dokážou čelit nemoci a smrti (Leininger 2002).

Špirudová et al. (2006) uvádí 14 východisek teorie. Mezi nimiž je například, že péče je podstatou ošetřovatelství, je výrazným, dominantním, ústředním a společenským zaměřením. Dále je kulturně orientovaná péče nezbytná pro pohodu, zdraví, lidský růst a vývoj, přežití, vyrovnání se s hendikepy nebo smrtí. Kulturně založená péče je nezbytná pro léčení a vyléčení, protože bez péče nemůže být vyléčení, ačkoliv péče může být bez léčby.

Graficky tato teorie znázorňuje východ slunce (viz Příloha 2), který lze také vnímat jako symbol naděje generovat nové poznatky pro ošetřovatelství (Sagar, 2014). V jádru modelu, který symbolizuje samotné vycházející slunce, umístila Leiningerová zdraví člověka jako holistické bytosti. Zdraví jedince je ovlivňováno znaky, modely i praktikami péče, která jsou specifická pro jeho kulturu. Tato péče je ovlivňována několika dalšími faktory, jako například technologickými, náboženskými, filozofickými, rodinnými, společenskými faktory a jazykem a historií dané kultury, dále také faktory právní, ekonomické, vzdělávací a politické. Každý tento faktor vytváří paprsek vycházejícího slunce. Toto ovlivňuje kulturní hodnoty a životní styl pacienta a následně jeho světový názor i rozměr kulturní péče (Leininger a McFarland, 2006).

Leiningerová také rozlišuje dva základní systémy péče. První z nich je tradiční neboli lidový systém péče, pro který je typické, že zahrnuje způsoby péče praktikované členy dané kultury nebo subkultury, ale také neopomíjí naučené názory, poznatky a způsoby, které jsou typické pro danou kulturu. Druhým systémem péče je profesionální, neboli formální systém péče, který převládá ve všech profesních institucích a preferuje ho majoritní část obyvatelstva. Aby sestra mohla poskytovat profesionální péči pacientům z odlišné kultury, je potřeba, aby znala oba způsoby poskytování péče (Pavlíková, 2006)

Kulturně shodná péče se dle teorie Leiningerové může realizovat třemi způsoby v souvislosti s tím, v jakém stavu se klient nachází a jaké jsou jeho hlavní potřeby a problémy. Prvním způsobem je kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví. Tato péče je zaměřená na zdravé i nemocné a zahrnuje asistenci a podporu, která prostřednictvím profesionální činnosti pomáhá lidem jednotlivých kultur uchovávat jejich pohodu, zotavit se z těžkostí nebo čelit postižení. Druhým typem je kulturní péče umožňující adaptaci. Tato péče zahrnuje všechny intervence, které pomáhají klientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče. Sestra zde asistuje klientovi během jeho přizpůsobování se novým životním rolím, nejčastěji při adaptaci na roli pacienta. Sestra zde vystupuje jako vyjednavatel mezi tradičním a profesionálním systémem péče. Třetím způsobem je kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu. Tento způsob péče se poskytuje tehdy, kdy je potřeba modifikovat či zcela změnit způsob, jakým se stará klient o své zdraví. Jedná se například o změnu stravovacích návyků, kdy sestra hledá kompromis, který respektuje nařizenou dietu, ale i kulturní zvyklosti (Kutnohorská, 2013).

1.4.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče - Joyce Newman Giger, Ruth Davidhizar

Gigerová a Davidhizarová v roce 1988 vytvořily model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (grafické znázornění viz Příloha 3), jako reakci na tehdejší výzvy transkulturního ošetrovatelství (McFarland a Wehbe-Alamah, 2018). Jejich model vznikl jako reakce na potřeby studentů hodnotit a poskytovat péči o klienty, kteří byli kulturně různorodí (Maniago, 2020). Tento model lze především využívat k rozvoji kulturní kompetence napříč pregraduálním vzděláváním všech ošetrovatelských profesí (Davidhizar a Giger, 2001). Jejich činnost a vývoj modelu navazoval na práci Leiningerové, ale také na práci Spectorové, Orqueho, Blocha a Monoroye (Sagar, 2014).

Model představuje systematický přístup, který může být užitečný při rozvoji dovedností při poskytování kulturně kompetentní péče (Davidhizar a Giger, 2001). Zaměřuje se na rozmanitost a kulturní fenomény přítomné ve všech kulturách. Tyto složky jsou zahrnuty v šesti oblastech – komunikace, prostor, sociální začlenění, čas, kontrola životního prostředí a biologické odlišnosti (Durant, 2022).

Komunikace a s ní související jazyk je hodnota, která je v kultuře přenášena a ochraňována (Špirudová et al., 2006). Komunikací přejímá celý svět lidské interakce a chování, vytváří pocit shody s ostatními a umožňuje sdílení informací, zpráv ve formě myšlenek a pocitů. Komunikace je prostředkem, kterým je kultura sdílena a verbální i neverbální komunikaci se jedinec učí v kultuře. Komunikace často představuje nejvýznamnější problém při práci s klienty z odlišných kulturních skupin. Mezi základní prvky komunikace řadíme slovní zásobu, rytmus, styl, hlasitost, používání doteků, kontext řeči, emocionální tón, kinetiku a držení těla (Karabudak et al., 2013).

Prostor odkazuje na techniky vzdálenosti a intimity používání při verbálním nebo neverbálním vztahu k ostatním. Veškerá komunikace probíhá v kontextu prostoru (Karabudak et al., 2013). Špirudová et al. (2006) uvádějí, že podle Halla existují čtyři rozdílné zóny interpersonálního prostoru. Jsou to zóny intimní, osobní, sociální a veřejná. Pravidla týkající se osobní vzdálenosti se liší kulturou od kultury. Giger a Davidhizar (2002a) dodávají, že teritorialita se vztahuje k pocitům a postojům v osobní oblasti. Každý člověk má své vlastní území a chování. Pocit teritoriality nebo narušení

klientova osobního a intimního prostoru může způsobit nepohodlí a může mít za následek odmítnutí léčby nebo nevracení se k další péči.

Sociální začlenění se týká způsobu, jakým se kulturní skupina organizuje kolem rodinné skupiny. Rodinná skupina je nejvlivnější společenskou organizací. Zde je všímáno struktury a organizace rodiny, náboženství, hodnot a přesvědčení, přidělení rolí. Toto vše se může týkat etnického původu a může být ovlivněno kulturou (Karabudak et al., 2013).

Čas je velmi podstatným aspektem mezilidské komunikace. Kulturní skupiny mohou být orientovány na minulost, přítomnost nebo budoucnost (Špirudová et al., 2006). Jednotlivci, kteří se zaměřují na minulost, nejsou schopni formulovat budoucí cíle. Oproti tomu jedinci, který jsou orientováni pouze na přítomnost, považují současný úkol za nejdůležitější a nevěnují pozornost minulosti ani budoucnosti. Jednotlivci s orientací na budoucnost plánují a organizují současné aktivity, aby dosáhli budoucích cílů (Karabudak et al., 2013). Veškerá preventivní zdravotní péče potřebuje určitou orientaci do budoucna, protože preventivní opatření jsou motivována budoucí odměnou (Giger a Davidhizar, 2002b).

Kontrola životního prostředí se týká schopností člověka ovládat přírodu, plánovat a řídit faktory v prostředí, které je ovlivňuje. Pokud osoby pocházejí z kulturní skupiny, ve které je menší důvěra ve vnitřní kontrolu a více se věří ve vnější kontrolu (například Bůh, příroda, osud), může vznikat fatalistický pohled, ve kterém je vyhledání zdravotní péče považováno za zbytečné (Karabudak et al., 2013).

Biologické odlišnosti jsou zejména genetické variace, růstové a vývojové vzorce, tělesné systémy, rasově-anatomické vlastnosti, fyziologie kůže a vlasů, prevalence nemocí a odolnost vůči nemocem. Je všeobecně známé, že lidé se kulturně liší, ale již méně známé a pochopené jsou biologické rozdíly, které existují mezi lidmi v různých rasových skupinách. Ačkoli existují rozmanitosti v rámci kulturních a rasových skupin, znalost obecných výchozích údajů týkajících se konkrétní kulturní skupiny je vynikajícím výchozím bodem pro poskytování kulturně vhodné péče (Karabudat et al., 2013).

Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče navrhuje rámec, který usnadňuje hodnocení jednotlivce. Také představuje výukový nástroj, který lze využít

k prozkoumání problémů v kterékoli ze šesti oblastí v praxi. Podporuje flexibilitu a zapojení pacienta jako rovnocenného partnera do kulturního hodnocení potřeb. V neposlední řadě je užitečný v oblasti výzkumu, to dokládá, že byl použit v mnoha studiích (Maniago, 2020).

1.4.3 Model pro rozvíjení kulturní kompetence - Larry Purnell

Model pro rozvíjení kulturní kompetence vyvinul Purnell v roce 1991. Prvotním účelem Purnellova modelu bylo sloužit jako rámec, pomocí něhož by poskytovatelé zdravotní péče mohli propojit charakteristiky kultury za účelem podpory konkurence a poskytování vědomě citlivé a kompetentní zdravotní péče (Sagar, 2014). Hlavní předpoklady modelu zahrnují, že zdravotníci potřebují podobné informace, které se týkají kulturní rozmanitosti, že kultury sdílejí základní podobnosti a že rozdíly jsou přítomné uvnitř i mezi kulturami (McTarland a Wehbe-Alamah, 2018).

Purnellův model se zaměřuje na poskytnutí základu a pochopení různých znaků odlišné kultury, což umožňuje sestram adekvátně vidět tyto znaky u pacienta (Albougami et al., 2016). Model představuje rámec pro poskytovatele zdravotní péče, jak didakticky a prakticky zkoumají kulturu při péči o jednotlivé pacienty, rodiny nebo komunity. Model rámuje okolnosti a faktory, které formují světonázor a poskytují vhled do kultury. To slouží ke zdůraznění toho, co je v kontextu kultury pro konkrétního pacienta nezbytné, aby bylo možné naplánovat vhodnou péči ke zlepšení zdraví všech klientů v kontextu jejich kultury (Marzilli, 2016).

Purnell zvolil pro svůj model schéma kruhu (viz příloha 4). Ve svém jádru se nachází tmavý kruh, který představuje to, co je kultuře a kulturním kompetencím neznámé (Marzilli, 2016). Tento tmavý střed obkružuje osoba, která se skládá z 12 na sebe navzájem navazujících a působících domén, jež tvoří dálky vnitřního prostředního kruhu. Kolem kruhu osoby se nachází kruh rodiny, který je obklopen kruhem komunity a ten obkružuje globální společnost (Purnell 2002). Podél spodní části kruhového modelu pozorujeme blesk, který naznačuje přechod od nevědomě nekompetentní, přes vědomě nekompetentní a vědomě kompetentní po nevědomě kompetentní poskytování péče zdravotníky. Toto znázorňuje dynamiku integrace charakteristik kultury do procesu ošetrovatelské péče (Marzilli, 2016).

Čtyři vnější kruhy se také nazývají makro-aspekty modelu, které zahrnují tradiční koncepty ošetřovatelského metaparadigmatu. Mezi jevy související s globální společností souvisí například světová komunikace a politika, konflikty a válčení, přírodní katastrofy a hladomory, mezinárodní výměny v oblasti vzdělávání, obchodu a informačních technologií a pokroky ve zdravotnických vědách. Jako komunita je vnímána skupina lidí, která má společný zájem a žije v určité lokalitě. Komunita zahrnuje fyzické, sociální a symbolické charakteristiky, které způsobují, že se lidé spojují. Fyzický koncept komunity určují nejen zeměpisné podmínky (například přítomnost hor, řek, vesnice a měst), ale v současnosti i technologie a internet. Sociální koncept komunity utváří ekonomika, náboženství, politika a symbolickou charakteristiku komunity představuje jazyk, dialekt, životní styl, oblékání, umění a hudební zájem. Jako rodina jsou definováni dva nebo více lidí, kteří jsou spolu emocionálně propojeni. Rodina může zahrnovat fyzicky a emocionálně blízké a vzdálené příbuzné, a to i bez pokrevního vztahu. Struktura a role rodiny se mění v závislosti na věku, generaci, rodinném stavu, přesídlení nebo přistěhovalectví a socioekonomické postavení. Člověk je vnímán jako biopsychosociokulturní bytost, která se neustále přizpůsobuje svému prostředí. Lidské bytosti se neustále biologicky a fyziologicky adaptují procesu stárnutí, psychologicky sociálním vztahům, stresu a relaxaci, sociálně na měnící integraci s komunitou a etnokulturně na globální společnost. V rámci kultur se mění i vnímání já, kdy v západních kulturách je vnímáno samostatně, odděleně od ostatních, kdežto v asijských kulturách je jedinec definován ve vztahu k rodině (Purnell, 2002).

Model obsahuje 12 domén a jejich konceptů, které jsou nezbytné pro posouzení kulturních atributů jednotlivce, rodiny nebo skupiny. První doménou je přehled/dědictví, zde je hodnoceno osídlení, migrace, důvody migrace a její vztah k ekonomickým faktorům, vzdělání a povolání. Druhou doménou je komunikace, kde si všímáme dominantního jazyka, dialektu, tónu hlasu, očnímu kontaktu, ticha, pozdravu a doteku. Třetí doménou jsou rodinné role a organizace rodiny. V této oblasti se hodnotí hlava domácnosti, genderově specifické role, role seniorů, svobodných rodičů, bezdětná manželství a rozvody. Čtvrtou doménou jsou otázky pracovní síly, včetně akulturace, autonomie a přítomnosti jazykových bariér. Pátá doména zahrnuje faktory biokulturní ekologie, která zahrnuje pozorovatelné rozdíly s ohledem na etnický a rasový původ. Hodnotí se zde barva pleti a další fyzické variace. Šestá doména se zabývá vysoce

rizikovým chováním. Do této oblasti spadá přítomnost kouření a užívání alkoholu, závislost na lécích a drogách a nedostatek fyzické aktivity. Sedmou doménou je výživa. V závislosti na místě svého původu jsou jednotlivci nebo skupiny zvyklí na určité potraviny. Dále se také pozorují rituály, které jsou spojeny s konzumací jídla a zda tyto rituály mohou ovlivnit zdraví. Některé etnické skupiny trpí určitým nutričním omezením. Osmou doménou je těhotenství. Zde jsou diskutovány postupy týkající se plodnosti, názory na těhotenství, postupy po porodu a postupy výchovy dětí. Devátá doména se zabývá rituály smrti, kdy vnímání smrti se liší kultura od kultury, zvláště pokud jde o to, jak je smrt přijímána, jaké rituály se provádějí a jak by se měl člověk chovat. Desátou doménou je spiritualita, která zahrnuje náboženskou praxi, používání modlitby, individuální sílu, smysl života a to, jak spiritualita souvisí se zdravím. Jedenáctá doména odráží zdravotnickou praxi. Tato doména obsahuje názory na nemoci, bariéry zdravotní péče, duševní poruchy, dárcovství orgánů, transplantace orgánů a čarodějnictví. Dvanáctá a poslední doména zdravotníci, zahrnuje vnímání a role tradičních a lidových zdravotnických postupů (Albougami et al., 2016; Purnell a Fenkl, 2019; Gürsoy a Tanriverdi, 2020).

Struktura tohoto rámce může být použita v jakémkoli prostředí a aplikovaná na širokou škálu pozorování nebo zkušeností (Carpenter a Theeke, 2018). Model lze využít i k hodnocení pochopení kulturních kompetencí u studentů a učitelů, a je účinným zdrojem pro učitele při organizování učebních osnov. Také se díky tomuto modelu studenti učili základním aspektům kultury. Avšak díky celostní povaze modelu je vhodný i pro využití profesionály ve všech oborech (Marzilli, 2016).

1.4.4 Model kulturně kompetentní péče - Josepha Campinha-Bacote

Josepha Campinha-Bacote navazuje svou prací na transkulturní ošetřovatelství M. Leningerové a na Pedersonové multikulturní rozvoj, zohledňuje proces a nedokončenost. Hlavními pojmy, se kterými se v modelu pracuje, jsou například kultura, uvědomování si, vědomosti, dovednosti a zkušenosti, náhodná setkání a potkávání, přání a touhy (Špirudová et al., 2006).

Model Campinhy-Bacote byl původně vyvinut v roce 1991 a byl nazván „Model kulturně kompetentní péče“. I tento model byl zdokonalován po mnoho let až do své poslední revize v roce 2018. Jeho současná podoba se nazývá „Model procesu kulturní kompetence v poskytování zdravotnických služeb“ (Downey, 2021).

Tento model považuje kulturní kompetence za dynamický relační proces (Botelho a Lima, 2020). Nahlíží na kulturní kompetence jako na pokračující proces, ve kterém poskytovatel zdravotní péče neustále usiluje o dosažení schopnosti efektivně pracovat v kulturním kontextu klienta jako jednotlivce, rodiny i komunity (Campinha-Bacote, 2002). V rámci modelu se teoretizuje, že neustálé setkávání s pacienty přispívá ke kulturnímu poznání (Botelho a Lima, 2020).

Campinha-Bacote (2002) popisuje pět předpokladů modelu (grafické znázornění viz Příloha 5). Zde uvádí, že kulturní kompetence je proces, nikoli jen událost. Kulturní kompetence se skládá z pěti konstruktů. Těmi jsou kulturní uvědomění, kulturní přání, kulturní dovednosti, kulturní potkávání a kulturní vědomosti. Dále dodává, že v rámci etnických skupin existují větší rozdíly než mezi etnickými skupinami. Dalším bodem je existence přímých vztahů mezi úrovní kompetenci poskytovatelů zdravotní péče a jejich schopností poskytnout kulturně citlivou službu zdravotní péče. A poslední předpoklad je, že kulturní kompetence je základní složkou při poskytování efektivních a kulturně citlivých služeb kulturně a etnicky odlišným klientům (Campinha-Bacote, 2002). Pro správné a plné pochopení modelu je důležité pochopit každou jeho součást (Downey, 2021).

Kulturní uvědomění zahrnuje proces sebekoumání a kritické reflexe vlastních předsudků vůči jiným kulturám a také hloubkové zkoumání vlastního kulturního pozadí. (Campinha-Bacote, 2019). Špirudová et al. (2006) uvádějí, že kulturní uvědomění znamená zmapování individuálních předsudků, stereotypů, očekávání a odlišnosti jak svých vlastních, tak druhých lidí. Zároveň umožňuje si uvědomit osobní světonázor, jako jsou vlastní předpoklady, pojetí a premisy, které postupují celým životem. Dodává, že pokud tento proces neproběhne, hrozí tendence ke kulturnímu vnucování víry, hodnot a vzorců chování ostatním. Kulturní uvědomění pomáhá identifikovat, čí zájmy jsou prezentovány a čí zájmy jsou nepřijatelné.

Na základě hodnocení dosažené úrovně kulturního uvědomění je možné zdravotníky zařadit do některé z kategorií spektra typů kulturního uvědomění. Typ nativní je charakterizován činy, které koná bez vědomosti či uvědomování si předsudků a jejich dopadů. Typ věčného zachraňovatele si uvědomuje předsudky, ale pokračuje stále v chování, které je podporováno stereotypy a netolerancí. Pro únikáře je typické, že si uvědomuje předsudky, ale dělá vědomá rozhodnutí, která ignorují vhodné chování, nebo

uniká od rozhodování. Stavitel kulturních mostů se chová jako vzor, jehož činy jsou přiměřené a vhodné, chování je zacílené, zasahuje tam, kde je to důležité a dokáže přijímat a nést riziko. Poslední typ je typ bojovníka, který napadá všechny činy, akce, opatření a konfrontuje veškeré dění úhlem pohledu nespravedlnosti, bezpráví (Špirudová et al., 2006).

Kulturní vědomosti jsou definovány jako proces, ve kterém zdravotník hledá a získává solidní vzdělávací základnu o kulturně odlišných skupinách. Kulturní vědomosti zahrnují integraci tří oblastí. První jsou praktiky, přesvědčení a kulturní hodnoty kulturně a etnicky odlišných populací související se zdravím. Druhou je výskyt a prevalence onemocnění mezi kulturně a etnicky různorodými populacemi. A třetí je účinnost léčby mezi kulturně a etnicky různorodými populacemi (Campinha-Bacote, 2019)

Pro pochopení jevů a událostí z běžného života lidí je zapotřebí znát jejich filozofii života. To znamená, znát jejich názory na život a na svět. Jsou to individuální názory, které se opírají o světové názory jejich kultury a etnika (Špirudová et al., 2006).

Kulturní dovednost je schopnost provádět kulturní hodnocení s cílem shromáždit relevantní kulturní data týkající se pacientů, kterým člověk slouží (Campinha-Bacote, 2019). A proces rozvíjení kulturní dovednosti může probíhat jak ve vlastní zemi, tak i v cizině, v rámci profese a v občanském životě, při cestování, studijních pobytech a stážích (Špirudová et al., 2006).

V profesionální odborné rovině znamená kulturní dovednost zejména schopnost sbírat relevantní data ke kulturně citlivému chování. Každá situace je vždy komplexní a zároveň specifická, přesto je dobré se opřít o obecná doporučení a praktické rady (Špirudová et al., 2006).

Kulturní setkávání podněcuje zdravotníky, aby se přímo zapojovali do osobních interakcí a dalších typů setkání s pacienty z kulturně odlišného prostředí, aby upravili stávající přesvědčení o kulturní skupině a zabránili možným stereotypům. K získání kulturního uvědomění, kulturní dovednosti, kulturní vědomosti a kulturního přání je zapotřebí nepřetržitá kulturní setkání. Je podstatné si uvědomit, že kulturní pokora prostupuje kulturním setkáním, protože zdravotník si uvědomuje, že každé setkání je příležitostí ke zvědavosti, sebereflexi, kritice a celoživotnímu učení, a také to, že je nutné zachovat si otevřené srdce a mysl (Campinha-Bacote, 2019).

Kulturní přání je motivací poskytovatelů zdravotní péče chtít se zapojit do procesu kulturní kompetence, protože poskytovatelé zdravotní péče mohou mít kulturní povědomí, kulturní znalosti a kulturní dovednosti a mohou mít několik kulturních setkání, a musí mít také skutečnou touhu a motivaci pracovat s kulturně odlišnými klienty (Campinha-Bacote, 1999).

Downey (2021) uvádí, že použití tohoto rámce může pomoci poskytovatelům zdravotní péče při poskytování kulturně komponentní péče různorodé populaci pacientů z mnoha různých kulturních skupin.

1.4.5 Model pro rozvíjení kulturní kompetence - Papadopoulos, Tilki a Taylor

V roce 1994 Papadopoulos, Tilki a Taylor vytvořili model kulturní kompetence, jehož cílem je prosadit transkulturní ošetrovatelské vzdělání do profesní přípravy sester, z toho vyplývá jeho základní smysl modelu, kterým je snaha pomoci studentkám při vytváření kulturní kompetence. Kulturní kompetence je v tomto modelu definována jako proces i výsledek, který plyne ze syntézy znalostí a dovedností, které jedinec získává během osobního a profesního života a k nimž neustále přidává další. Tento model se skládá ze čtyř konstruktů – fází (grafické znázornění modelu viz Příloha 6) (Tóthová, 2010).

První fází modelu je kulturní povědomí, které začíná zkoumáním naší osobní hodnotové základny a našich přesvědčení. Naše hodnoty a přesvědčení jsou principy, které používáme k vedení našich životů a k rozhodování a úsudkům. Jsou to prvky, které určují, jak se díváme na svět (Papadopoulos, 2006). Dalšími konstrukty této fáze jsou kulturní identita, věrnost dědictví, egocentričnost, tradiční představy a etnohistorie (Tóthová, 2010).

Druhou fází jsou kulturní znalosti. Ty mohou být odvozeny od téměř všech vědních oborů. Sem se zahrnují zdravotní názory a chování, antropologické, socio-politické, psychologické a biologické chápání, podobnosti a rozdíly a zdravotní nerovnosti (Tóthová, 2010).

Třetí fází modelu je kulturní citlivost, která znamená zásadní rozvoj vhodných mezilidských vztahů s klienty. Důležitým prvkem při dosahování kulturní citlivosti je to, jak zdravotníci pohlíží na lidi, o které se starají. Pokud klienti nejsou považováni za skutečné partnery, není dosahováno kulturně citlivé péče (Papadopoulos, 2006).

Čtvrtou a poslední fází modelu je kulturní kompetence. Aby mohla být dosažena tato fáze, je potřeba syntetizování a uplatnění již dříve získaného kulturního uvědomění, kulturní znalosti a kulturní citlivost. V této fázi by sestry měly věnovat dostatek pozornosti praktickým dovednostem, jako je hodnocení potřeb, stanovení diagnózy další ošetrovatelské činnosti (Tótohová, 2010).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče?
2. Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v agenturách domácí péče?

3 Operacionalizace pojmů

Kulturní kompetenci lze definovat jako schopnost jedinců a institucí efektivně poskytovat služby zdravotní péče, které splňují sociokulturní a jazykové potřeby pacientů. Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří při poskytování péče využívají kulturní kompetence, mají za cíl efektivně spolupracovat s jednotlivci z různých kultur, zlepšovat zkušenosti a výsledky zdravotní péče a navíc snižovat nerovnosti a rozdíly v oblasti zdraví pacientů (Smith et al., 2022). Tento pojem je důkladněji popsán v kapitole 1.2 Kulturní kompetence, která se nachází v současném stavu a straně 20.

Kulturu lze popsat jako souhrn všech materiálních a duchovních hodnot, přesvědčení, postojů a chování, zvyků a tradic jak naučených, tak sdílených a udržování své existence prostřednictvím učení a výuky postojů, jednání a vzorů (Ulutasdemir, 2018).

Náboženství je popisováno jako tradiční hodnota a praktiky, které souvisejí s určitými skupinami lidí nebo vyznáním. Náboženský člověk je spojen s určitou vírou, Bohem, posvátnými písmi, hodnotami a etikou (Paul Victor a Treschuk, 2020).

Etnická skupina bývá definována jako menšinová skupina, která je kulturně odlišná od většinové společnosti. Stejně bývá označována sociální skupina, která žije uvnitř většího kulturního a sociálního celku a vykazuje specifické etnické rysy, mezi které řadíme například jazyk, náboženství a další (Kutnohorská, 2013).

Minorita neboli menšina je jakákoli skupina lidí, která je definována určitým sociologicky významným společenským znakem. Může se jednat o náboženskou, národnostní, jazykovou, rasovou skupinu, která se svým počtem nemůže rovnat druhé skupině ve společnosti, která tvoří většinu (Ivonová et al., 2005).

Majorita je většinová skupina, která je z důvodu zvyšující se etnické rozmanitosti ve společnosti, ve stále vyšší interakci s menšinovou neboli minoritní skupinou. V rámci akulturace si mohou jedinci z majoritní skupiny osvojit aspekty kultury minoritní skupiny (Kunst et al., 2021).

Edukace je proces, při němž dochází k soustavnému ovlivňování chování a jednání jedince s cílem změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech u pacienta. Tento pojem také znamená výchovu a vzdělávání jedince (Juřeníková, 2010).

Specifické požadavky klienta pro účely tohoto výzkumu lze definovat jako aspekty, které ovlivňuje kultura pacienta v oblasti zdraví. To znamená, jak klienti z odlišné etnické skupiny pečují o své zdraví a jaké mají životní hodnoty, protože vnímání zdraví a choroby bývá kulturně podmíněné. Zároveň každá kultura a etnikum jiné pojetí toho, co se považují za normální jednání (Kutnohorská, 2013).

Komunikace nemá jednotnou definici. Zacharová (2016) uvádí, že komunikace je potřebná k efektivnímu vyjadřování a zprostředkovává přenos a výměnu informací v mluvené, psané, obrazové či činnostní formě. Je realizována mezi lidmi.

Multikulturní ošetřovatelství má za cíl nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví. A jejich cílem je péče „šitá na míru“ a péče kongruentní, to znamená taková, která je v souladu s osobností a kulturou klienta (Kutnohorská, 2013).

Transkulturní ošetřovatelství znamená poskytování efektivní péče s naplňováním kulturních potřeb jednotlivců, rodin a skupin a zlepšování kulturních znalostí sester, humanistický přístup k pacientovi a zachovává jeho zdraví s využitím všech dostupných metod v péči (Ilgaz, 2022).

Sestra je osoba, která byla oficiálně přijata do ošetřovatelského vzdělávacího programu dle legislativy dané státem, v němž je tento studijní program vyučován, a úspěšně dokončila studium ošetřovatelství se získáním požadované kvalifikace k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s licencí k vykonávání ošetřovatelské praxe (Plevová, 2018). V České republice je toto ukotveno v zákoně č. 201/2017 Sb. Je to zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

4 Metodika

4.1 Použité metody

Výzkum byl realizován v rámci řešení výzkumného grantového projektu číslo GAJU 046/2021/S, který byl realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

V empirické části této diplomové práce na téma „Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péči“ byla využita metodika kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl realizován za použití polostrukturovaného rozhovoru, který byl vytvořen na základě prostudované literatury, vlastních zkušeností a ve spolupráci s řešitelským kolektivem výzkumného grantového projektu.

Polostrukturovaný rozhovor (viz Příloha 7) obsahoval 22 základních otevřených otázek, které v případě potřeby byly doplněny podotázkami. V rámci rozhovoru bylo připraveno dalších 67 otevřených podotázek, z nichž většina byla využita v případě potřeby k rozvinutí odpovědi informanta na základní otázky.

V první části rozhovoru byly uvedeny otázky, které se zaměřovaly na demografické údaje o informantech. Těmito otázkami se zjišťoval věk, dosažené vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví a v agentuře domácí péče. Druhá část rozhovoru byla zaměřena na obecné kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče. Otázky byly zaměřeny na povědomí sester o multikulturním ošetřovatelství, kulturních kompetencích a hodnocení svých kulturních kompetencí a setkávání s klienty z minoritní skupiny. Třetí část rozhovoru obsahovala otázky zaměřené na specifické kulturní kompetence sester a péči o klienta z minoritní skupiny. Čtvrtá část byla zaměřena na specifika v komunikaci s pacientem z minoritní skupiny. Poslední pátá část byla zaměřena na chuť a ochotu sester se dále zabývat a vzdělávat v této problematice.

Před zahájením výzkumného šetření byla provedena pilotáž, jejímž cílem bylo zjistit, zda jsou otázky srozumitelné pro informaty a jejich odpovědi jsou relevantní. Dále byl schválen etickou komisí ZSF JU zastoupenou předsedou doc. MUDr. Jiřím Šimkem, CSc (viz Příloha 8). Následný sběr dat probíhal v únoru a březnu roku 2022.

Před samotným zahájením rozhovoru se vždy tazatel představil a seznámil informanta s názvem a cíli práce, Dále popsal detaily rozhovoru, v nichž byli informanti

upozornění, že mají možnost neodpovědět na jakoukoli otázku a že bude dodržena jejich anonymita během výzkumu. Před všemi rozhovory byl získán ústní souhlas od informantů s uskutečněním rozhovoru a případným hlasovým záznamem. Ve většině případů byly rozhovory zaznamenávány na diktafon a poté byly doslovně přepsány v programu Microsoft Word. Zbylé rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou na papír, později byly též přepsány v programu Microsoft Word. Průměrná délka rozhovoru byla 35 minut.

Získaná data byla zpracována za pomoci kódování (viz Příloha 9). Každý rozhovor byl opakovaně pročitán a následně metodou tužka a papír zakódován. Nejprve bylo využito otevřené kódování. Kutnohorská (2009) popisuje otevřené kódování jako základní a první analytický krok, během něhož jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny v rozměru jejich vlastností a dimenzí. Poté bylo provedeno axiální kódování za účelem vytvoření spojitostí mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi. Kutnohorská (2009) popisuje axiální kódování jako proces uvádění subkategorií do vztahu k nějaké kategorii, jehož cílem je vytvořit propracované kategorie. Výsledně vzniklo 5 kategorií a 16 podkategorií.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen všeobecnými sestrami pracujícími v agenturách domácí péče, které se setkávají s klienty z odlišné minoritní skupiny. Tento soubor byl tvořen sestrami s různou úrovní vzdělání, různou délkou praxe a různou četností setkávání s klienty z minoritních skupin.

Původně bylo v Jihočeském kraji osloveno 10 agentur domácí péče, z nichž se spoluprací souhlasily dvě. Jedna z těchto agentur nakonec spolupráci odmítla z provozních důvodů. Další z těchto agentur byla oslovena podruhé, po předchozí individuální domluvě s jejím pracovníkem, který domluvil spolupráci agentury. Následně byly osloveny další tři agentury domácí péče, jedna v Jihočeském kraji, jedna v kraji Vysočina a jedna ve Středočeském kraji. Z těchto tří agentur jedna se spoluprací souhlasila, později také spolupráci zrušila. Celkem tedy bylo osloveno 13 agentur domácí péče, výzkum byl proveden ve dvou z nich. Z jedné agentury, která odmítla spolupráci, se individuálně ozvaly dvě informatiky se zájmem účastnit se výzkumu.

Z důvodu nízkého počtu informantů byla využita metoda sněhové koule. Gurková (2019) tuto metodu řadí mezi techniku záměrného výběru výzkumného souboru. Metoda sněhové koule (Snowball sampling) nabaluje účastníky podle doporučení těch předchozích. Díky ní se podařilo získat dalších 6 informantů a dosáhnout celkového počtu 11 rozhovorů, kdy bylo dosaženo teoretické saturace.

5 Výsledky výzkumného šetření

5.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1

Informanti	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v ADP
I1	53 let	Vyšší odborná škola – Dis.	22 let	16 let
I2	41 let	Středoškolské	17 let	6 let
I3	40 let	Vysokoškolské – Bc.	13 let	5 let
I4	49 let	Středoškolské	15 let	9 let
I5	47 let	Vysokoškolské – Mgr.	27 let	19 let
I6	24 let	Vysokoškolské – Bc.	5 let	2,5 roku
I7	36 let	Vyšší odborná škola – Dis.	8 let	5 let
I8	58 let	Vysokoškolské – Bc.	40 let	9 let
I9	46 let	Střední s maturitou	28 let	17 let
I10	28 let	Vyšší odborná škola – Dis	8 let	4 měsíce
I11	46 let	Vysokoškolské – Bc.	16 let	7 let

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní identifikační údaje o všech jedenácti informantech, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Všichni informanti byli ženského pohlaví. Nestarší z těchto informantek bylo 58 let, nejmladší 24 let, průměrný věk informantek byl 42,5 let. Informantky byly všeobecné sestry. Středoškolského vzdělání měly 3 informantky, vyšší odborné vzdělání měly také 3 informantky, 4 informantky měly vysokoškolské

bakalářské vzdělání a jedna informantka měla vysokoškolské magisterské vzdělání. Délka praxe ve zdravotnictví se u informantek lišila. Nejdelší praxi ve zdravotnictví měla informantka I8, která ve zdravotnictví pracovala 40 let. Nejkratší dobu ve zdravotnictví měla informantka I6, která pracovala 5 let ve zdravotnictví. Průměrná délka praxe informantů ve zdravotnictví byla 18 let. Informantka I5 pracovala 19 let v ADP, což je nejdelší praxe ze všech informantek. Oproti tomu informantka I10 měla nejkratší praxi v ADP, pracovala v ní 4 měsíce. Průměrná délka praxe informantů v ADP byla 8,5 let.

5.2 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky, které byly získané v rozhovorech s informantkami. Na základě analýzy rozhovorů bylo vytvořeno 5 kategorií a 16 podkategorií. V následující části textu se pak věnujeme podrobnému popisu a charakteristice vytvořených kategorií. Pro lepší přehlednost jsou jednotlivé kategorie doplněny schematickým znázorněním.

Kategorie 1 – Obecné kulturní kompetence sester v ADP

Kategorie 2 – Specifické kulturní kompetence sester v ADP v péči o klienta z minoritní skupiny

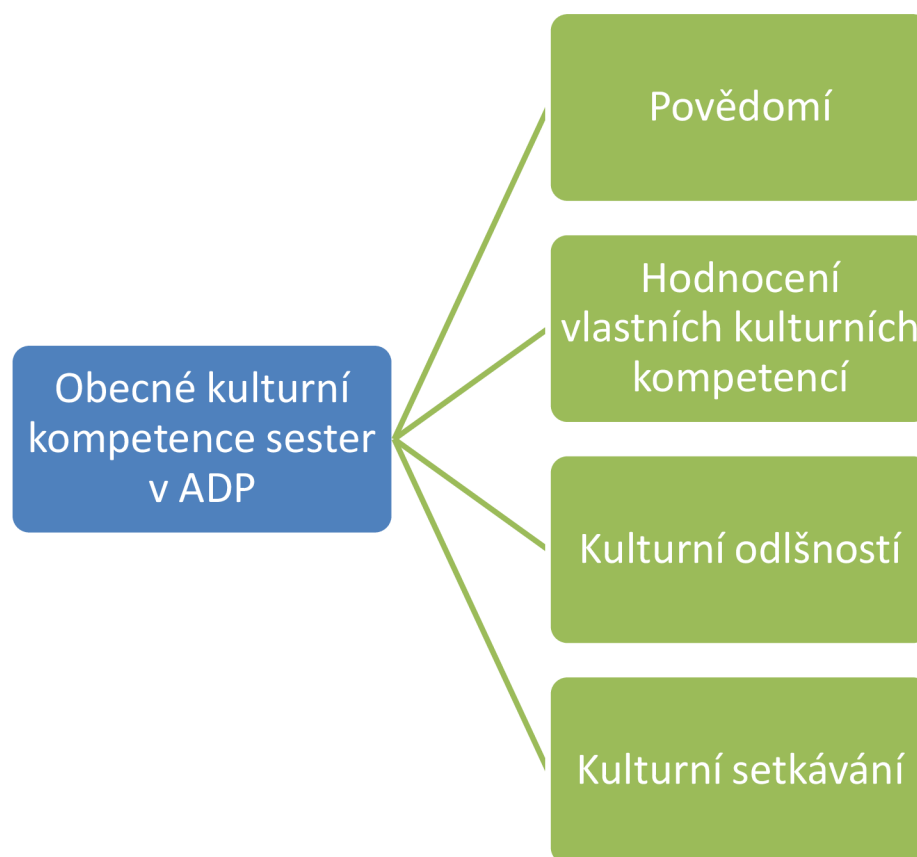
Kategorie 3 – Komunikace

Kategorie 4 – Rozvoj multikulturního ošetřovatelství pohledem sester

Kategorie 5 – Inspirativní názory

5.2.1 Kategorie 1 – Obecné kulturní kompetence sester v ADP

Schéma 1: Kategorie 1 – Obecné kulturní kompetence sester v ADP



První kategorie s názvem obecné kulturní kompetence sester v ADP je zaměřena na základní povědomí sester o multikulturním ošetřovatelství, sebehodnocení úrovně svých kulturních kompetencí sestrami, kulturní odlišnosti a kulturní setkávání sester s klienty z minoritní skupiny.

Podkategorie: Povědomí

Informantky I2, I3, I5, I6, I7, I10 a I11 slyšely o multikulturním ošetřovatelství ze školy. Nejčastěji informantky sdělují, že se o multikulturní ošetřovatelství učily okrajově a nejčastěji se dozvídaly informace o ošetřování pacientů z různých kultur. Jen infromantka I5 popisuje: „Multikulturním ošetřovatelstvím jsem se zabývala více, protože jsem na to psala diplomku“. Informantky I3, I5, I7 a I11 se shodují, že získané informace zatím v praxi nevyužily. Informantka I11 sděluje: „Moc si to už nevybavuju, ale myslím, že jsme brali něco o tom, jak ošetřovat jednotlivé skupiny lidí, ale zatím jsme to v praxi úplně nevyužila.“ Informantka I5 doplňuje: „Informace o

multikulturálním ošetrovatelství, které jsem se dozvěděla, jsem pro praxi tak úplně nepotřebovala. Ale bylo zajímavé poznat jednotlivé kultury, jejich zvyklosti. Zajímalo mě to.“ Jediná informantka I10 zmiňuje: „Já se s tolika cizincema nepotkala, ale tím, že my tady máme hodně Arabů, tak to pro mě bylo jakoby přínosem. Člověku to vysvětlovalo jejich přístup k nám.“ Oproti tomu informantky I1, I4, I8 a I9 odpovídají, že v rámci studia nikdy neslyšely o multikulturálním ošetrovatelství. Informantka I4 reagovala velmi překvapeně: „Ježiš marja, no tak ehm to vůbec netuším“ po chvíli dodala: „možná kdysi nějaký kurz, ale to už si nevybavuji.“ Informantka I9 dodala: „Znalosti v oblasti multikulturálního ošetrovatelství jsem získávala z internetu.“

V rámci této kategorie se objevovaly základní pojmy vztahující se k multikulturálnímu ošetrovatelství, jejich vysvětlení nebo případně jejich vnímání informantkou. Například kulturu vnímá informantka I11 jako: „skupinu lidí, která má společné nějaké znaky, napadá mě třeba jazyk a náboženství.“ Oproti tomu informantka I1 popisuje kulturu jako skupinu, ale zároveň také dodává: „jdu za kulturou, jako divadlo, umění, vzdělání, literatura.“ Náboženství popisuje informantka I7: „je to víra, kterou uznávají“, informantka I4 subjektivně vnímá náboženství jako: „uchýlení se k něčemu hezkému pro lidi.“ Informantka I3 popisuje etnickou skupinu jako příslušnost k národu, I6 ji popisuje jako: „skupinu lidí charakteristickou určitými rysy, ať už barvou pleti nebo původem.“ Všechny informantky vnímaly minoritní skupinu jako malou skupinu, ale každá z informantek jí subjektivně vnímala jinak. Například I3 jako „menšinu“, oproti tomu I1 jako: „rodinu, ve které je odlišnost v jazyku, kultuře, náboženství.“ Multikulturální ošetrovatelství I7 charakterizuje: „To je ošetrovatelství zaměřené na každý národ nebo zvyklosti toho národa s jejich speciálními požadavky.“ I10 toto tvrzení podporuje, ale dodává: „že je to jakoby otevřený ošetrovatelství, kdy jsme schopný se postarat o lidi jiný kultury, než je ta česká.“

Podkategorie: Hodnocení vlastních kulturních kompetencí

Tato podkategorie je zaměřena na to, jak sestry vnímají pojem kulturní kompetence, a jak hodnotí své vlastní kulturní kompetence.

Informantky I2, I4, I5 a I7 se nikdy s pojmem kulturní kompetence nesetkaly. I7 reaguje: „Ehmm, asi asi sem se s tímto pojmem nikdy nesetkala a nikdy jsem to neslyšela.“ Informantky I8, I10 a I11 se s pojmem kulturní kompetence také nesetkaly, ale snaží se ho popsat. I11 začíná: „Tohle jsem nikdy neslyšela, nevím, ale napadá mě

nějaká schopnost nebo možnost být k něčemu kompetentní, nevím.“ I8 doplňuje: „normálně logicky bych odpověděla, že ten, kdo se stará, vlastně umožňuje tu kulturu někomu, má určité kompetence a může něco z té kultury vytvářet.“ I10 svou odpověď interpretuje takto: „Asi kulturní kompetence znamená, jakoby ehm jakým způsobem já můžu přistupovat k té kultuře toho pacienta. Podle toho, jak to může být vlastně, ehm, něco v nějakém případě v rozporu s nějakými, emh, s těmi ošetrovatelskými postupy vzhledem k jeho kultuře. Jestli jsme schopný mu co nejvíce vyhovět, i přes něco, co vyloženě neschvalujeme, nebo se nám to vyloženě nelíbí. Tak jakože jsme to schopný mu profesně vyhovět, splnit to.“ Pro další průběh rozhovoru byl informantkám tento pojem vysvětlen. Informantky I1, I3, I6 a I9 hovoří o tom, že pojem kulturní kompetence slyšely, ale nejsou si jisté, zda ho umí správně popsat. I1 popisuje kulturní kompetence jako: „Schopnost člověka efektivně komunikovat a pracovat; vztah s různými lidmi, povědomí, přístup, dovednost, znalost.“ I6 doplňuje: „To je podle mého znalost sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství, kdy jsou natolik znalý v té kultuře, že jsou schopný poskytovat tu zdravotní ošetrovatelskou péči.“ I3 reaguje: „Pojem kulturní kompetence vnímám jako porozumění a respektování rozdílů jiného etnika. Například v domácí péči pozoruji rozdílnou výchovu dětí, jinou kulturu, jinou řeč.“ I9 dodává: „Kulturní kompetence znamená zjištění specifických potřeb pacientů.“

Informantka I4 specifikuje kulturně kompetentní péči: „No, smíšená péče, že jim můžu říct o naší kultuře, našich hygienických návycích, tak nějak bych to mohla nazvat. Ehm. Tak nějak to chápu. No, ono se musíte každému přizpůsobit, neumím to říct odborně.“ I11 nejistě sděluje: „Napadá mě péče, která je nějak uzpůsobená klientovi, nevím nejsem si jistá, je to tak?“ To potvrzuje i I5: „Vyjdeme vstříc těm požadavkům dané kultury pacientů, o které pečujeme.“ I6 se rozovídala: „To by mělo vypadat, jako když budeme mít na oddělení pacienta, který bude nějaký etnický skupiny, taky bysme měli vědět nějaký ty jejich zvyky a tradice. Jakoby a taky, co oni jsou schopný přijímat a co odmítají v té zdravotní stránce a podle toho bysme měli nějak postupovat. Jako že ne vždycky to je úplně možný. Nějak holisticky k tomu pacientovi přistoupit a splnit jeho potřeby. Duchovno, možnost kněze, u některých etnických skupin a kultur, že se stará hlavně rodina, takže to chápat, že prostě ta rodina tam bude častěji.“

Informantky I1, I2, I3, I4, I5, I7, I10 a I11 se nikdy nezamýšlely nad úrovní svých kulturních kompetencí. I2 tvrdí: „Nikdy nebyl důvod se zamýšlet nad svými kulturními kompetencemi.“ I3 konstatuje: „Nezamýšlela, není na to čas. Nijak nehodnotím svoje

kulturní kompetence.“ I7 doplňuje: „Nikdy jsem se nezamýšlela nad svými kulturními kompetencemi, jelikož jsem o nich nikdy neslyšela, ale snažíme se o poskytování kulturně kompetentní péče.“ To potvrzuje I1: „Nemám problém se přizpůsobit jakékoli kulturní skupině.“ I11 během rozhovoru zhodnotila své kulturní kompetence: „Řekla bych, že tak nějak průměrně standardně. Řekla bych, že celkově mou silnou stránkou je naslouchání pacientům, vyslechnutí si jejich životních příběhů a starostí.“ I5 dodává, že vysloveně nikdy nepřemýšlela o svých kulturních kompetencích, ale: „Ve vztahu k romským pacientům, tam jde spíš o to přihlédnout k jejich potřebám, jejich stylu života. Nechci říct se přizpůsobit, ale brát ohledy na ty jejich zvyklosti. Jinak se s nimi špatně vychází.“ I8 na otázku, zda se někdy zamýšlela nad svými kulturními kompetencemi, odpovídá: „No podívejte se, já vám řeknu, tak my jsme domácí péče. Takže my jezdíme úplně všude, ať jsou to Romové, ať jsou bohatí Romové, chudí Romové, ať to třeba budou teďkom, momentálně dejme tomu, ti Ukrajinci, či uprchlíci. Jako já v tom nevidím rozdíl, protože jsem zdravotní sestra, která poskytuje zdravotní péči všem. Takže neodmítám.“ Informantky I6 a I9 se zamýšlely nad svými kulturními kompetencemi. I9 hodnotí své kulturní kompetence: „Své kulturní kompetence hodnotím dobře. Svě silné stránky pozoruji ve schopnosti vcítění se do každého pacienta. Jak by bylo asi mně?“ I6 hovoří: „Nad mými? No několikrát jsem se určitě zamýšlela nad svými kulturními kompetencemi a zjistila jsem, že mám velké mezery.“ Po odmlčení dodává: „Myslím si, že mezi silné stránky mých kulturních kompetencí patří, že mám velkou schopnost komunikace se všemi lidmi, ať už použiju ruce, nohy, dokážu se dorozumět, i když bych měla použít třeba angličtinu, nebo nějaké symboly, jsem schopná se dorozumět.“

Podkategorie: Kulturní odlišnosti

S ohledem na míru kulturních kompetencí se v rozhovoru objevovaly i informace o přijatelných a nepřijatelných kulturních odlišnostech, případně kulturních odlišnostech které komplikují péči o tyto klienty. Informantky I8, I10 a I11 se nikdy ve své praxi nesetkaly s kulturní odlišností, která by jim komplikovala praxi. I10 zmiňuje: „Jako kulturní odlišnost vnímá například způsob stolování, nebo vůbec způsob jakým přistupují nemoci. Ale zatím jsem se vyloženě s něčím takovým nesetkala a asi spíš by ten problém byl, že by ten člověk odmítal tu pomoc.“ I8 potvrzuje: „No tak já, takhle mi nekomplikuje žádnou, tydy v tomhle tom, nemám nějaké rozhraní. Problém nastává, když se klient chová neadekvátně“ I3 tyto názory podporuje: „Jako kulturní odlišnost

vnímám soužití několika generací u Romů.“, dodává: „naštěstí jsem se zatím s žádnou výraznou kulturní odlišností nesetkala. Špatně se mi pracuje s jazykovou bariérou u německých klientů v českém zařízení pro německé seniory.“ Informantky I5, I7 a I11 popisují kulturní odlišnosti u klientů arabských a muslimských skupin. I11 sděluje: „Jako kulturní odlišnost třeba beru odlišnou barvu pleti, náboženství, které se u nás ne úplně standardně vyskytuje, například mě napadá odlišná strava. Přijatelné kulturní odlišnosti jsou asi skoro všechny. Jako nepřijatelná, nebo možná spíš mi je nepříjemné, když tady chodí ženy celé zahalené. Když mají jenom šátek, to mi nevadí, ale když jsou úplně celé zahalené, to je mi nepříjemné, a pak to, že muži neuznávají nás ženy.“ I7 sdílí své zkušenosti: „My třeba máme pacienty z arabských zemí, ke kterým posíláme jenom ženskou sestru, neposíláme tam muže. Naopak máme Araba, on nesnáší kontakt, takže všechno musí probíhat bezkontaktně. Jako kulturní odlišnosti vnímám, ehm, hodně tu fyzickou interakci, protože někteří, třeba naši čeští pacienti, ty mají rádi, když je sestřička chytne za ruku a povídá si s nimi, naopak u těch lidí z Albánie je ten fyzický kontakt nežádoucí a je jim to nepříjemný.“ I5 odpovídá a navíc dodává informace o romském etniku: „Kulturních odlišností je spousta. Muslimky vyšetřované ženou, chtějí tam mít svůj doprovod. Ale například u Romů se nachomýtně celá rodina, protože jsou hodně pospolitý. Člověk se snaží přizpůsobit, ale musí to být v souladu s poskytnutím té odborné péče, některý ty odlišnosti jsou trošičku v rozporu s našim poskytováním péče.“ I6 a I9 se shodují, že kulturní odlišnosti, které komplikují péči, se vyskytují u skupiny Svědků Jehovových. I6 tuto skutečnost komentuje: „Jako výraznou kulturní odlišnost beru skupinu Jehovistů, jejichž postoj někdy komplikuje poskytování ošetrovatelské péče.“ I6 tento názor podporuje: „Pro mě je nepřijatelná, tak třeba v případě u Jehovistů transfúze u dětí, tak tohle bych nepochopila.“ I2 popisuje přijatelnou kulturní odlišnost: „Přijatelná kulturní odlišnost je taková, která nezasahuje do naší péče a dá se tolerovat.“ I4 popisuje svoji zkušenost z praxe „Ten pán asi byl Rusák, tak tam to měli zažitý, že když se někdo pořezal, tak že se to pomočí. Takže to udělal s defektem na palci a neskutečný, takže se palec uřízl, nedalo se to zachránit.“

Podkategorie: Kulturní setkávání

Tato oblast byla zaměřena na setkávání sester v ADP s klienty z minoritní skupiny. Zároveň se zjišťovalo, s jakou skupinou se setkávají nejčastěji, a jak často k daným klientům vyrazí na návštěvu.

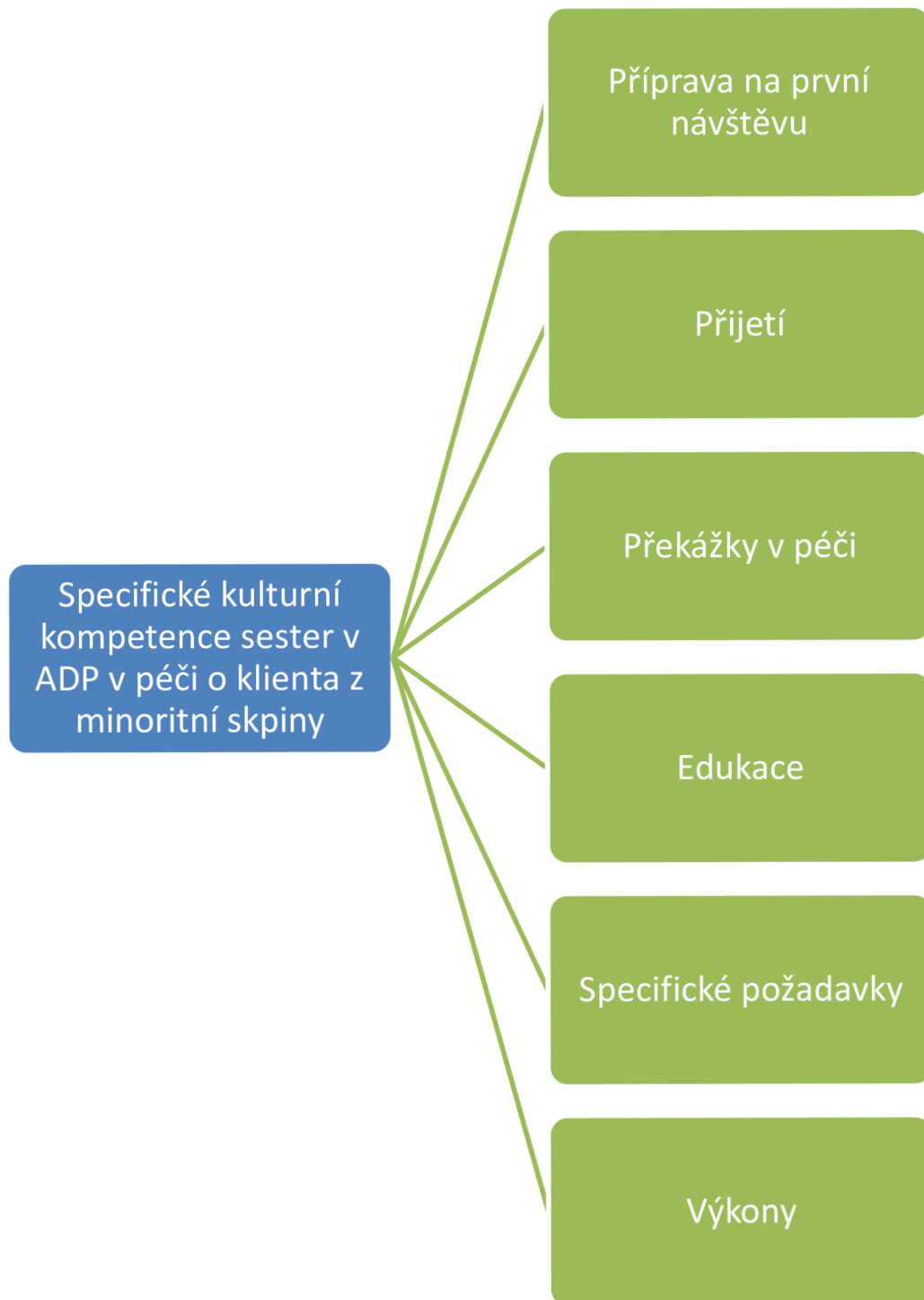
Informantky I1, I2, I3, I5, I7, I8, I9, I10 a I11 se při své práci setkávají s romskou skupinou pacientů. I3 a I5 shodně uvádějí, že se neseťkávají s žádnou další minoritní skupinou. I5 toto tvrzení potvrzuje: „Setkala jsem se jenom s Romy, moc se neseťkáváme s jinou etnicitou u nás.“ I9 doplňuje: „Setkávám se s Romy a pacienty z odlišného náboženství.“ I1 reaguje: „S romskou minoritou a se seniory německé národnosti žijící v České republice.“ I2 dodává: „S Romy nejčastěji a poté ještě jeden Španěl.“ I11 svou odpověď rozvádí: „Setkávám se s Romy, Ukrajinkou a vlastně sociální případy bych taky označila jako odlišnou skupinu, kór, když člověk neví, jestli jim ten barák spadne na hlavu teď nebo až při té další návštěvě. To je docela i adrenalin.“ I8 se shoduje s I11 ohledně sociálně slabých klientů a dále rozvádí přístup péče k nim: „My se s nima seťkáváme skoro každý den, každá moje sestra je má ve svém okruhu, každá jezdí sociálně slabé a tak dále. Já v tom žádný rozdíl nevidím, ta péče jim je poskytována stejně jako kdybych to poskytovala nějakému milionáři nebo úplně chudému člověku. Tam se to vůbec neliší, až na to, že tam ty hygienické podmínky nejsou takové, jaké by měly být.“ I7 a I10 se společně shodují v tom, že se navíc seťkávají i s arabskou skupinou a dalšími skupinami. I7 popisuje: „Seťkáváme se s nimi pořád. Araby, Romy, pán z Řecka, paní z Ukrajiny a nikoho jiného si teď nevybavuji. Odlišné vyznání, ehm, asi nic. Asi s Arabama se seťkáváme nejčastěji“ I10 dodává: „Určitě to jsou Arabové, Ukrajinci, Vietnamci, ty teda né tak často, a jakoby Rusové. Nejčastěji Ukrajinci v současné době.“ Na konci rozhovoru I10 ještě dodává: „Akorát jsem tak nějak opomněla na naše Romy, že to jsou taková naše specifická multikultura, i když se to nesmí říkat. Tím, že jich tady na severu máme tolik, tak už nám to ani nepřijde jako odlišná skupina, ty ostatní to přebijou.“ Informantka I4 vzpomíná a sdílí svůj přístup ke klientům: „Já mam Rusáka, vlastně ani pořádně nevím odkud on pořádně je. Já jim vždycky říkala SSSR, protože mě to připadalo stejný, teď se to trochu oddělilo. Je mi jedno, jestli je ten člověk jiné národnosti nebo má jiné vyznání, protože stejně ke každému musíme přistupovat individuálně. Protože když máte maminku, o kterou pečuje syn a prostě nemusí to být ani věřící, a prostě už ta etika a stud mu nedovolí, aby jí vyměnil plenu, a nemusí to být ani muslim.“ Informantka I6 popisuje své zkušenosti nejen z agentury domácí péče: „U nás v domácí péči jsem se neseťkala s jinou etnickou skupinou, jako Romové nebo Vietnamci. Ale jako hodně máme vyznavače křesťanství, hlavně ta víra v Boha, kdy Bůh všechny trestá za jejich, ehm, prostě špatný rozhodnutí, tohle bejvá nejčastější. V domově pro seniory jsem se seťkala hodně s Ukrajinci, pak jsem měla i Bulhary. Tak jsem vnímala, že z jejich strany

byla velká komunikační bariéra, a že neměli ani základ třeba v angličtině. No a pak jsem měla i romské dítě, ale to bylo na praxi v nemocnici.“

Informantka I3 se rozpovídala o rozdílném přístupu rodiny klienta z minoritní skupiny v nemocnici oproti domácí péči: „Ve svém domácím prostředí se cítí pacienti dobře, lépe spolupracují, nejsou tolik vyděšení. Mám zkušenosti s rodinou pacienta z lůžkové péče, byly to početné návštěvy příbuzných, pozorování a hlasité hodnocení zdravotnického personálu a práce. Projevovala se u nich vyšší míra agresivity, pokud jsou nespokojeni s péčí zdravotnického personálu. V domácí péči si více váží zdravotnické sestry, nedovolují si tolik hodnotit zdravotní úkony.“ Toto tvrzení podporuje I1 a I9, kdy I1 tvrdí: „V domácí péči pozoruji, že rodiny spolupracují, vidím ochotu, lásku a psychickou pohodu.“ I9 potvrzuje: „Pozoruji výrazný rozdíl v postoji rodiny, kdy v domácí péči se rodina chová jinak. Myslím tím vstřícněji.“

5.2.2 Kategorie 2 – Specifické kulturní kompetence sester v ADP v péči o klienta z minoritní skupiny

Schéma 2: Kategorie 2 Specifické kulturní kompetence sester v ADP v péči o klienta z minoritní skupiny



Kategorie 2 s názvem specifické kulturní kompetence sester v ADP v péči o klienta z minoritní skupiny se zaměřuje na přístup sestry k péči o klienta z minoritní skupiny v ADP. Tato kategorie se zaměřuje na přípravu sester v ADP, když jdou na první návštěvu ke klientovi z minoritní skupiny. Dále jak přijal klient a jeho rodina sestru, případně s jakými překážkami v péči o tyto klienty se sestry setkávají, jak probíhá edukace klienta a jaké odlišnosti a specifika v ní pozorují. Také zda si sestry zjišťují specifické požadavky v péči o tyto klienty a jaké výkony nejčastěji provádějí u klientů z minoritní skupiny a jaké případné rozdíly pozorují při vykonávání těchto činností.

Podkategorie: Příprava na první návštěvu

V této podkategorii bylo probíráno, zda se sestry připravují na první setkání s klientem. Jak tato příprava probíhá, kde si zjišťují informace, a jestli se jejich očekávání lišila od reality.

Informantky I1, I2, I3, I4, I8, I10 a I11 se shodly, že se nijak speciálně nepřipravují na první návštěvu ke klientům. I1 popisuje: „Nepřipravovala jsem se, nechala jsem se překvapit.“ S tímto tvrzením sympatizují I2, I3 a I11, kdy I2 sděluje: „Nepřipravuji se nijak, je to pro mě vždy překvapení, počkám na požadavky klienta. Teda pokud vím, že je klient z ubytovny, tak tam nechodím za tmy a beru si vždy pepřák. Nanejvýš máme informace od lékaře, že je to slušná rodina.“ I3 dodává: „Nepřipravuji se nijak speciálně. Příprava stejná jako k ostatním klientům, nezjišťuji si informace o dané etnické skupině.“ I10 sděluje, že si s kolegyněmi předávají informace o pacientech: „Vyloženě nějak speciálně ne, spíš bych řekla, že nějakou tu představu, co mám čekat, už mám, takže se spíš snažím být taková nějaká neutrální. Pokud je to pacient, ke kterému jezdíme delší dobu. Tak mi kolegyně, ehm, máme tam jakoby popisky o těch pacientech, případně máme společný konverzace, že se nějaké informace předáváme. I4 uvádí, že ani nemá moc šanci se připravit, protože nemá možnost si zjistit, o jakého pacienta jde: „Ne asi ne, když mi přijde. Ehm. Já většinou jen dostanu adresu, název, jestli to bude převaz nebo odběr. Když mi přijde předběžná propouštěcí zpráva, tak si ji samozřejmě prostuduju, abych věděla, jak ten člověk na tom je, jaké měl choroby, jak je na tom psychicky, to si jakoby celé pročtu. Třeba, když je celej prolezlej rakovinou, tak abych nemluvila. To se jakoby připravím, ale nestane se to tak často. Ale když nám přijde jenom malinká předběžná, tam toho moc napsáno není, takže já nemám šanci se připravit k nikomu, protože já vlastně jakoby nevím a ani nevím, že je například

dementní. Maximálně mi řeknou, když mají MRSU v ranně, to mi tam napíší, ale to je asi jediný.“ I8 razantně odpovídá: „Já se nepřipravuji, já už vím, že za tím člověkem jdu, co mu je. Takže k němu přijdu, nebudu se speciálně připravovat, já se nemusím speciálně připravovat. Já přijdu, přečtu si jeho propouštěcí zprávu z nemocnice, budu ho edukovat, co a jak tam budeme dělat a tak dále. Já se nepotřebuju na to připravovat.“ I11 shrnuje: „Moc se nepřipravuji, ráda se nechávám překvapit. Teda vždy si přečtu propouštěcí zprávu nebo zprávu od lékaře, co předepsal naší péči. A vždycky, když máme nového klienta, tak holky z kanceláře jsou na sociálním šetření, když zjistí nějaké důležité informace, tak nám to pak sdělí.“ A připojila i svoji zkušenost: „Třeba naposledy mi říkaly, že se mám připravit, že to u paní ne úplně dobře voní...“

Informantky I5, I6, I7 a I9 se shodly, že se na návštěvu připravují. I5 sděluje, že si zjišťuje informace o tom, jak se s klientem domluví: „Zjistím si, jestli se s klientem domluví, jaká bude forma komunikace, a tak nějak se trošičku zaměřím na povahu té etnicity, něco si o tom zjistím, jak k nim přistupovat, co by bylo vhodné.“ „Informace si v dnešní době dohledávám na internetu,“ dodává I5. I9 sdílí své pocity: „Připravuji se psychicky, chovám se vždy opatrně, nikdy nevím, jak pacient zareaguje. Většinu informací získávám od praktického lékaře.“ I7 doplňuje: „Většinou nejdříve provedu telefonický rozhovor. Většinou s rodinou a potom zjistím, z jaké země jsou, potom si přečtu na internetu, jaký jsou jejich zvyky, co je pro ně typické a pak to předávám sestřičkám.“ I6 svou odpověď interpretuje takto: „No takže určitě si vyzjistím důležitý, jaký etnický skupiny to je, jaký má vyznání, čemu věří. Určitě bych se připravila. Zajímalo by mě věk, jestli je třeba možná komunikace v mém případě angličtinou, kdybychom se třeba nedorozuměli česky. Rozhodně bych zvolila přípravu. Snažila bych se zjistit, co se týče mých teoretických znalostí o dané kultuře a etniku.“

I1, I2, I3 a I5 sdělují, že se jejich očekávání nelišila od reality. Toto tvrzení potvrzuje I2: „Očekávání se asi nikdy nelišily od reality.“ Podobnou odpověď má i I1: „Má očekávání se od reality nelišilo.“ I9 reagovala: „Očekávání je někdy odlišné, jak v pozitivním, tak v negativním směru.“ Podobný názor má i I7: „Většinou nejsou očekávání odlišná od reality. Záleží na tom, jak ty lidi dlouho žijou v Čechách, ale většinou ne.“ I6 hovoří o předsudcích: „Přiznám se, že velmi často, nejsem jediný člověk, který soudí lidi, ještě než je pozná, že Romové nejsou úplně oblíbenou skupinou, ale ve finále, když se dostanu do kontaktu s nima, a poznám je jako člověka a

naučím se je chápat. Mile mě to až překvapí, že jsou to normální lidi. Vždycky jsem překvapena, že moje očekávání bylo jiný, buď mile nebo naopak.“

Podkategorie: Přijetí

Tato podkategorie je zaměřena na přijetí sestrou jednak ze strany pacienta, tak i přejetím od rodiny klienta. Informantky hromadně uváděly, že nezažily výrazné potíže s přijetím od klienta, že ve většině případů se u nich vyskytoval vděk za pomoc a za to, že mohou být v domácím prostředí. V problematice přijetí rodinou informantky popisovaly nejen přijetí rodinou, ale také zda jsou nuceny uzpůsobovat péči o dané klienty, pokud je rodinný příslušník přítomný při jejich návštěvě.

I1 a I8 se shodly, že byly přijaty vděčně, toto dokládá tvrzení I8: „Vděčně, že za nima někdo bude chodit, že nemusí ležet v nemocnici.“ I6 tento názor podporuje a rozvádí: „V domácí péči, kor ti křesťani jsou vděčný za jakoukoli péči, jakoby ještě se mi nestalo, aby ke mně byly nějaký nepříjemný, vždycky jako k tomu pozitivně přistupují, jsou rádi za tu pomoc a tu péči, kterou jim poskytneme. Pro mě je to známka toho, že to děláme dobře.“ I4 popisovala svojí zkušenost o tom, jak jí přijal klient ruské národnosti: „Přijal mě normálně, žije tady dvacet let. Já mluvila trochu rusky, on se snažil mluvit trochu česky a pomalu. Řešili jsme to rukama a nohama, a pak jsme si dělali srandu, že jsme si překládali slova a takhle jsme se jakoby učili.“ I3 povídá o tom, že u klientů minoritních skupin pozoruje počáteční nedůvěru: „Klienti z odlišných skupin více pozorují sestry při práci, více kontrolují, počáteční nedůvěra. V době covidové vyžadovali více pozornosti i zdravotní péče. Pozorovala jsem zvýšené úzkostné chování. Bylo jim potřeba vše vysvětlit a uklidňovat je.“

Informantky I5, I9, I10 a I11 popisovaly, že je klienti přijali individuálně. I9 hovoří: „Každý jedinec mě přijal jinak, protože každý jedinec je jiný. Ale pokud je pacient agresivní nebo nespolupracuje, po dohodě s praktickým lékařem se péče ukončí.“ I11 s oběma názory sympatizuje: „Myslím si, že dobře, nikdo si nikdy nestěžoval, ehm, nebo ne přede mnou. Řekla bych, že je to individuální, hodně starší lidi nás přijímalo vděčně, jako zpestření všedního dne. Hodně to vnímám tak, že jsou rádi, že si mají s kým povídat.“ I5 sděluje své zkušenosti s romskou minoritou: „Je to různé, víceméně se setkáváme s těmi Romy. Ty jsou takový výbušnější. Nemůžu říct, že by to bylo nějaký negativní setkání, ale třeba je s nimi horší domluva, co se týká času návštěvy a taková nějaká dohoda. Ale jinak nemohu říct, že bychom se setkali vysloveně s nějakou

negativní reakcí.“ Této informantce byla položena podotázka, jak řeší problém týkající se plánování času návštěvy: „Snažíme se přizpůsobit, najít nějaký společný kompromis, aby to zapadlo do denního harmonogramu sestry. Snažíme se přizpůsobit lidem. Ne vždycky se to úplně zadaří. Tak nějak mezi.“

S klienty z arabských zemí se setkávají I7 a I10. I7 zmiňuje přijetí klienty „Ženy podstatně lépe než muži.“ Další podotázka zněla, čím to podle informantky je: „My třeba tím, že máme dost pacientů z těch arabských zemí, tak ti muži mají s těma sestrama trochu problém, protože oni přece jenom mají to postavení k ženám tak trochu jiný, a my tím, že máme devadesát procent sestřiček žen, tak ze začátku je tam trošku problém.“ I10 s tímto názorem souhlasí a dále svou odpověď rozvádí: „Ehm, myslím, že celkem dobře bez nějakých problémů. Řekla bych, že je to strašně individuální. Že se to neváže na danou kulturu, ale na danýho člověka. No jakoby asi ty Arabové jsou takový víc odtažitější vůči nám ženám, ale jako že bych někdy cejtla nějakou jakože nevoli tak to asi ne.“

Dvě informantky I4 a I10 zatím ještě nikdy nespolupracovaly s rodinou pacienta. I10 svou odpověď interpretuje: „Nevím, nemohu odpovědět, my tady máme nejspíš takový osamostatněný lidi, co tady jsou bez rodiny.“ I4 navíc popisuje svoje zkušenosti ze spolupráce s rodinou českých klientů: „Ruský pacient tady žádnou rodinu neměl. Jinak se snažím zapojit rodinu, musím je edukovat, takže samozřejmě jim vysvětluji. Někdo nesnese odběr krve, nebo když se při převazu vystříhuje nekróza, tak to někdo nesnese. Ale snažím se je do té péče zapojit, aby věděli, co se děje a kdyžtak, aby třeba poradili. Když by rána červenala a začala gangréna, tak je to vidět, leze to nahoru, tak aby rodina věděla.“

Informantky I1, I2, I3, I5, I7, I8 a I9 se ve svých odpovědích shodují, že se nikdy nesetkaly s problémy s přijetím od rodiny. I3 popisuje: „Rodina mě přijala většinou dobře. Nikdy se nevyskytly problémy ve spolupráci rodiny.“ Dále dodává: „Vždy jednám s klientem, nebo pokud má opatrovníka, tak s ním.“ I9 popisuje své zkušenosti i s potřebou motivování rodiny: „Rodina klienta se mnou spolupracovala dobře. Rodinu jsem motivovala tak, že když budou spolupracovat, dříve se docílí zlepšení zdravotního stavu.“ Tuto potřebu motivovat rodinu uvádí i I11: „Motivace je důležitá hlavně v romské rodině. Je důležité dbát na hygienu, zlepšení stravovacích návyků a zlepšení hojení ran.“ I9 potvrzuje, že se také vždy snaží primárně komunikovat s pacientem.

I7 svou odpověď rozvádí: „Ty rodiny bývají v pohodě, ty bývají vděčný za tu péči, za pomoc. Ty s tím nemají problém. Některé skupiny se musí, ehm, třeba zrovna u těch romských pacientů, ty se musej spíš hodně usměřňovat, protože oni jako moc nerespektují hranice. To, že sestra tam přišla dělat sesterskou práci a tak, ale jinak jako vyloženě motivovat to asi ne. Většinou spolupracují dobře.“ Dále takto popisuje jedinou situaci, kdy měli problém s přijetím u arabské rodiny: „Ehm, měli jsme akorát, jakoby problém s tím pohlavím, že tady jsme museli vyměnit muže za ženu a opačně. Ale jinak, že by nás vyloženě odmítli, tak to ne.“ I5 s názory sympatizuje: „Ale tak vcelku bych řekla, že nebyly nějaký negativní reakce. Co se týče spolupráce rodiny, někdy je horší domluva, no i co se týká dodržování léčebného režimu, ale tak jako většinou přijdeme na nějakou řeč.“ Také dodává, že motivuje rodinu ke spolupráci. V rámci komunikace s rodinou I5 popisuje: „Někdy se mnou rodina komunikuje za rohem. Někdy se nám pacient nesvěří, protože má pocit, že nás tím otravuje a přiděluje nám tím práci.“

I11 smutně popisuje svou negativní zkušenost z praxe: „Řekla bych, že většinou dobře, až na pár výjimek. Rodina spolupracovala jak kdy, většinou se zajímali. V jednom případě syn chodil kontrolovat, a měl u toho velmi nevhodné komentáře, ale byl to alkoholik, co využíval jeho maminku ... tohle je zrovna smutný případ.“ I6 hovoří: „No tak tenkrát ty Romové úplně ne moc dobře. Bylo vidět, že mají svůj uzavřený kruh, koho akceptovali, byl pouze lékař, dobře, tak nevěřej sestřím, to jsem chápala. Jinak jsem žádnéj problém nikdy neměla.“ Dále zmiňuje, že také někdy komunikuje s rodinou pacienta za rohem: „Stává se to hodně často. Stává se to u lidí, jsou typy starých lidí, který nechtějí otravovat a už jsou špatný, že tam jedeš třeba na ten převaz, takže vždycky, když odcházíme, tak nás vyprovází třeba ten rodinný příslušník a většinou to tam říká. Nebo najednou do toho vstoupí, přijdou tam mezi mě a pacienta a začnou: „A říkáte jsi sestřičce, že máš tohle a tohle?“ Takže ty informace získáváme díky rodinným příslušníkům.“

Informantky I2 a I9 uvádějí, že nikdy neuzpůsobují péči o klienty, když je přítomný rodinný příslušník. I2 tvrdí: „Neuzpůsobuji péči, nikdy, rodina spíš pomáhá.“ Odpověď podobného zaměření má i I9: „Zatím nebyla potřeba uzpůsobovat péči o klienta, když byl přítomný rodinný příslušník, nikdy jsem nepozorovala ostych pacienta před rodinou.“ I5 uvádí, že péči uzpůsobuje individuálně: „To už záleží na konkrétní situaci a na stavu klienta, a jak jsou zvyklí. Určitě se přizpůsobíme jejich zvyklostem,

okolnostem, který tam nastanou.“ Informantky I3, I6 a I11 se shodly ve svých odpovědích, že uzpůsobují péči o své klienty, když je přítomný rodinný příslušník. I3 sděluje: „Když je přítomný rodinný příslušník, tak péči uzpůsobuji, ale je to stejné jako u majoritní skupiny. Pracuji se seniory, takže musím komunikovat i s rodinou, která pečuje, nebo bydlí spolu.“ I11 s tímto názorem sympatizuje: „Jak kdy, většinou se snažím dbát na jeho intimitu, ale záleží, který rodinný příslušník je přítomný. Zda je to někdo, kdo o pacienta pečuje celý den, nebo někdo, kdo s ním jen jakoby žije.“ I6 také popisuje dodržování intimity u pacienta: „No tak já to vnímám, vždycky záleží, kdo tam je. Pokud tam je rodinný příslušník, kterej se kompletně stará o toho pacienta, tak to beru jako velký plus. Ale když bych to vnímala, jako se stává, když se staráme o paní, a přijde tam její syn, tak co se týká její intimnosti při cévkování, tak toho syna pošlu vždycky pryč. Snažím se zachovávat nějakou intimitu.“

Podkategorie: Překážky v péči

Tato podkategorie se zaměřuje na popis překážek, které ztěžují práci sestřám s klienty z minoritní skupiny a na to, jak lze tyto překážky ovlivnit. Sestry také zmiňovaly, jak lze řešit situaci, když se vyskytnou problémy v péči o klienta z minoritní skupiny a s kým mají tuto situaci možnost konzultovat.

Informantky I1, I2, I3, I8 a I9 se nikdy nesetkaly s výraznými problémy při poskytování péče klientům z minoritní skupiny. I2 potvrzuje: „Nikdy jsem se s žádnými překážkami nesetkala.“ I8 razantně reaguje: „Pokud jsem vám říkala, že jezdíme třeba k Romům, tak jsou rádi, že my tam přijedem. Tam to není vůbec o tom, že by nám to nějak ztěžovali nebo něco takového.“ I9 se setkala pouze s drobnými překážkami, tvrdí: „Vnímám drobné překážky. Tyto drobné překážky řeším tím, že se snažím vždy pacientovi přizpůsobit. Asi nikdy jsem se nesetkala s výraznějšími překážkami, kdy by byl problém se přizpůsobit.“ I10 s tímto názorem částečně sympatizuje: „Překážky asi ne, občas je tam problém, že třeba právě mužští pacienti z arabských zemí většinou třeba chtějí spíše mužský ošetrovatelský personál na takové věci jako je nějaký zavádění permanentního močového katetru a tak dále.“

Informantky I4, I5, I6, I7 a I11 společně vnímají komunikační bariéru jako překážku, která jim ztěžuje péči o klienta z minoritní skupiny. I7 povídá: „Často je to jazyková bariéra.“ Odpověď podobného zaměření má i I5: „Mohla by to být jazyková bariéra. Většinou v té rodině je někdo, kdo zná náš jazyk, můžeme spíš komunikovat s těma

příbuznými, nebo blízkými osobami.“ S tímto názorem sympatizuje I11: „Řekla bych, že to někdy je komunikační bariéra. Co mám Ukrajince, tak ten umí trochu česky, takže když je problém, tak komunikuji s rodinou. No a domluvit se s Romem, to je občas kapitola sama pro sebe.“ I11 se snaží tuto situaci ovlivnit, komunikuje v jednoduchých větech. I6 svou odpověď rozvádí: „Komunikační bariéru, potom, co se týče znalostí kultur, okrajově jsem schopná, že vím okrajově ty skupiny, když už bych šla do hloubky, to už ne jako třeba komunikační dovednosti, jako třeba řeč těla, teď nevím, jestli u Vietnamců, ty děti se nesmí hladit ve vlasech nebo příměj pohled do očí. Že to jakoby úplně nevím do hloubky, to vnímám jako velkou bariéru.“ Na otázku, zda lze tyto překážky ovlivnit, odpovídá: „No tak určitě se to dá ovlivnit. Dalo by se to ovlivnit, kdybych se na to více zaměřila a začala bych se soustředit právě na to multikulturní ošetřovatelství.“

Informantky I1, I2, I8 a I11 se shodují, že problémy v péči o klienta řeší s praktickým lékařem. Tvzení I1: „Problémy řeším s praktickým lékařem, který mi předepisuje výkony u pacienta.“ I8 doplňuje: „Samozřejmě s praktickým lékařem, anebo specialistou.“ I9 sděluje: „Problémy řeším s kolegyněmi a vždy s praktickým lékařem.“ Tento názor podporuje i I3, která uvádí: „Problémy řeším se svou kolegyní.“ Informantka I10 popisuje systém kmenové sestřičky: „Máme většinou jakoby kmenovou sestřičku pro toho pacienta, která o něm toho ví víc. Ta je případně napojená i na lékaře.“ I6 komentuje spolupráci s vrchní sestrou a kolegyněmi: „Tak určitě my máme v práci tu nejlepší vrchní sestru, která může bejt. Protože kdykoli je nějaký takový problém, tak stačí jakoby zvednout telefon, zavolat jí a domluvit se s ní. A nebo potom v práci tam sedíme a probíráme různé věci o těch klientech, předáváme informace a zároveň se vždycky snažíme, když je nějaký takový problém, tak se to snažíme jako všichni řešit, kdo je ve směně. Takže na kolegy a vrchní.“ I7 uvádí: „Většinou se to snažíme předně řešit s rodinou, protože ty praktici jsou ještě méně kompetentní a znalý než my. Takže většinou s tou rodinou, jinak nemáme nikoho k dispozici.“ I4 rozvádí svou odpověď, kterou doplňuje popisem zkušenosti z praxe: „Můžu konzultovat maximálně s rodinou nebo obvodním lékařem. Potom, co máme paní na portu, ona nemá střevo, teď je na PICC, takže, ehm, takže pokud je problém, tak voláme specialistovi do Prahy, co tam má paní doktorku, ale to je výjimka.“ Jediná informantka I5 žádnou pomoc nevyhledávala: „Vyloženě nějakou pomoc odbornou jsem teda nevyhledávala.“

Podkategorie: Edukace

Tato podkategorie se zaměřuje na problematiku edukace klientů z minoritní skupiny, specifika v edukaci klientů. Dále na pomůcky, které sestry využívají k edukaci klientů a jaké s nimi mají zkušenosti.

Informantky I2, I6 a I9 nepozorují rozdíly v oblasti edukace klientů z minoritní skupiny oproti majoritní společnosti. I2 odpovídá: „Edukace je bez rozdílů.“ I6 má podobný názor: „No ne, já si prostě myslím, že se mi to nestalo, že je to vždycky tak nějak nastejno.“

Informantky I1, I3, I5, I8 a I11 popisují specifika edukace klientů romské minoritní skupiny. Informantka I1 popisuje: „U Romů je důležitá motivace a kontrola. K edukaci využíváme letáky. Vždy je potřeba řádně vysvětlit, ptát se, jestli správně pochopili.“ I5 hovoří: „Někdy je u těch Romů, že nedodrží léčebný režim, že je to těžký. Hůře edukovatelný, to asi ani ne, ale spíš se jim nechce.“ I11 svou odpověď interpretuje: „U Romů jsou méně chápavější, takový jednodušší. Někdy využíváme letáky, ale Romové je asi ani nečtou, takže je to stejný, jako kdyby nic nedostali. Ještě pokud je pacient, jak já říkám, samorost, tak je naprosto needukovatelný, protože má svou pravdu.“ Odpověď podobného zaměření má i I3: „Romové se na vše vícekrát zeptají. Pokud využiji letáky, tak je musím zjednodušeně vysvětlit.“ Jediná I8 si pochvaluje spolupráci s romskou minoritou: „Samozřejmě pokud zase narážíme na ty Romy, tak to, co jim řekneme, jaké si mají koupit třeba masti nebo takhle, když se o ty klienty staráme, tak druhý den to máte nakoupeno. Takže není žádný problém.“ I4, která se setkává s ruským pacientem, konstatuje: „Asi byl míň chápavej, ale to Čech může být taky.“

Informantky I7 a I10 se setkávají s arabskými pacienty. I7 navíc porovnává edukaci arabských a romských klientů: „Mám pocit, že jsou Arabové svědomitější, že je s nimi jednodušší práce. Že jako mnohem více dodržují a respektují naši edukaci než třeba jako Češi. Romové ty jako naopak, ty většinou edukaci vůbec nerespektují. Nebo aspoň co já mám zkušenosti.“ Na otázku využívání edukačního materiálu odpovídá: „Využíváme letáky. Myslím si, že třeba zrovna pro ty arabský země, oni to mají docela rádi, protože my to máme i v angličtině a oni to pak docela s tou rodinou pročítají. Protože co mám zpětnou vazbu, tak jako vědí, o čem to je, a proč jim to dáváme. U těch Romů jako, myslím, že to ani moc nečtou, ale využíváme to.“ I10 popisuje: „Asi bych to viděla tak nějak nastejno. Určitě tam bariéry jsou, tam jako někteří se odmítají doučit

nějakým, jakýmkoliv, způsobem jazyk, jak třeba, že tady žijí roky a prostě si jenom jedou tu svojí, a není ani druhéj, třetí cizí jazyk, ve kterým bysme se společně domluvili, takže opravdu jenom někdy u někoho, odhaduji, co se mi pacient snaží říct.“

Podkategorie: Specifické požadavky

V této podkategorii se zjišťovalo, zda si sestry vyhledávají specifické požadavky na péči o klienty. Část sester si nezjišťuje specifické požadavky na péči o klienty. Druhá skupina sester požadavky primárně nehledá, ale vyplynou z komunikace s pacientem při péči. Třetí skupina sester je zjistí v rámci příjmové anamnézy pacienta.

Informantky I1, I2, I3 a I8 si nezjišťují specifické požadavky klientů. I2 stroze odpovídá: „Nezjišťuji, nikdy.“ I1 konstatuje: „Nezjišťuju si je, poskytujeme zdravotní péči a tu nám zadává praktický lékař.“ I8 razantně odpovídá: „Nezjišťuju, já si je nepotřebuju zjišťovat.“

Informantky I7, I9, I10 a I11 odpovídají, že specifické požadavky klientů vyplynou během rozhovoru s klienty při péči o ně. I9 sděluje: „Vždy záleží na potřebách jednotlivce, během péči si s klienty povídám a tím zjišťuji jejich specifické potřeby.“ Odpověď podobného zaměření má i I11: „Úplně nezjišťuji, většinou to vyplyne z rozhovoru.“ I10 svou odpověď zaměřuje také na onemocnění pacienta: „Více méně během rozhovorů. Ale pokud jde o nějakou novou diagnózu, tak si o tom něco načtu.“ Informantce I7, byla otázka dovysvětlena, poté odpovídá a sděluje své zkušenosti z praxe: „Asi během komunikace s pacientem při poskytování péče. Měli jsme rodiny, kteří neměli rádi, když jsme využívali návleky, a chtěli po sestřích, aby se vyzouvaly. Třeba zrovna ten pán z Řecká nesnese, když na něj sestra šahá v rukavicích. Nevím, jestli je to kulturní zvyklost, ale nesnese to, že to není prostě přímý kontakt. Takže tam se jako musíme trochu přizpůsobovat.“

Z příjmové anamnézy zjišťují specifické požadavky informantky I4, I5 a I6. I5 popisuje: „Vždycky při první návštěvě děláme sociální šetření, tam zjišťujeme neméně informace ohledně pacienta, rodiny, příbuzných. Na základě tohoto rozhovoru to většinou vyplyne.“ I6 doplňuje: „No takže, buď teda se na to připravím, že vím, kam jdu, tak nějak na oko si přečtu něco o té skupině a potom jakoby hodně, když děláme vstupní anamnézu, tak tam jakoby hodně zjistíme.“ I4 shrnuje oba způsoby získávání specifických potřeb klientů: „Komunikací, nebo se to vyčítá z té propouštěcí zprávy, to,

co potřebují. Když si pacienta přijímáme, tak s ním sepisujeme jakoby chorobopis. Tam se vyptáváme na léky, obvodního lékaře, co snáší a nesnáší, jaké léky užívá. Při přijetí do péče se to všechno sepisuje a on dá souhlas s tím, že já budu dojíždět a vypisuje dotazník, který má X bodů, které se toho všeho týkají.“

Podkategorie: Výkony

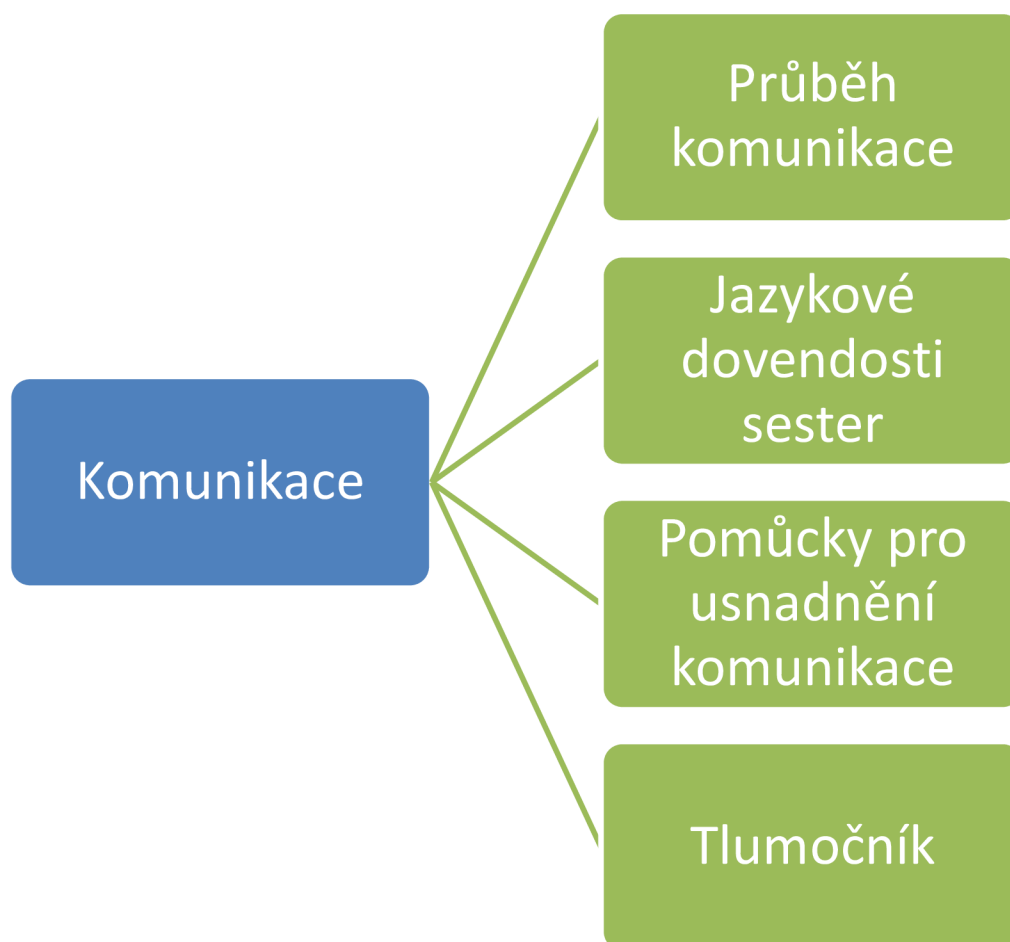
Tato podkategorie se zaměřuje na činnosti, které sestry provádějí u klientů z minoritních skupin, zda se liší od majoritní skupiny, zda je rozdíl v provádění těchto činností u minority oproti majoritní společnosti.

Sestry pomáhají pacientům v různých výkonech, které jsou stejné s majoritní skupinou. I1 popisuje: „Převazy defektů, odběry krve, ošetrovatelská rehabilitace, stomie, PEG, infuze a tak dále, je to stejný jako u Čechů.“ I10 hovoří: „Většinou se jedná o medikaci, případně o ošetřování nějakých chronických ran, takže převazy a tak dále.“ I11 doplňuje: „Jsou to převazy, aplikace injekcí, kontrola stavu, tam spadá změření TK, poptání se, jestli je u nich něco nového, jak se cítí a tak.“ I7 zmiňuje: „Většinou jsou to lidi s rehabilitací, nebo s převazem defektu.“ I6 reaguje: „Převazy, tracheostomie, jakoby všechny možný úkony. Aplikace injekcí, odběry krve, všechno možný, všechny výkony, co děláme u jinejch lidí.“ I4 navíc doplňuje: „Převazy, porty, PICC, peritoneální dialýza.“

Jediná I10 popisuje odlišnost v provedení výkonů v podobě jazykové bariéry: „Je to stejný, spíš jakoby říkám, že některé problémy, že bych potřebovala spolupráci, ale nemám mu to pořádně jak vysvětlit. Co bych od něj jakoby teď potřebovala, spíš jakoby po té jazykové stránce, je tam nějaká bariéra.“ Zároveň tato informantka popisuje rituál u ruského pacienta, kdy si vždy po návštěvě musí vzít čokoládový bonbónek. Ostatní informantky nepozorují odlišnost v realizaci těchto činností oproti majoritní společnosti. Toto tvrzení dokládá I3: „Žádné rozdíly v realizaci těchto činností nepozoruji.“

5.2.3 Kategorie 3 - Komunikace

Schéma 3: Kategorie 3 - Komunikace



Třetí kategorie charakterizuje komunikaci s klientem z minoritní skupiny a zabývá se průběhem komunikace s klientem z minoritní skupiny. Dále také popisuje jaké problémy a překážky sestry pozorují při komunikaci s klientem z minoritní skupiny, a jak sestry komunikují s pacientem, který mluví cizím jazykem. Zda mají sestry možnost využít pomůcky k usnadnění komunikace a využití tlumočnicka, při komunikaci s klientem z minoritní skupiny.

Podkategorie: Průběh komunikace

V této podkategorii se probírá, jak sestry komunikují s pacienty z minoritních skupin a s jakými problémy se potýkají při komunikaci s klienty z minoritních skupin.

Informantky I1, I2, I3, I5, I8 a I9 se nikdy nesetkaly s problémy v komunikaci s klientem z minoritní skupiny. I3 komentuje: „Upřednostňuji verbální komunikaci,

nikdy jsem v oblasti komunikace neměla problémy.“ I5 sděluje: „Nikdy jsem neměla problémy při komunikaci s klienty. Nikdy jsem nepotřebovala mluvit s klientem v cizím jazyku.“ I9 doplňuje: „Při komunikaci s klientem z odlišné etnické skupiny preferuji verbální komunikaci, nikdy jsem neměla problém s komunikací.“

Informantka I6 popisuje své zkušenosti s komunikací s křesťany: „Ze začátku je to vždycky, ehm, u těch křesťanů je to běžná komunikace, je to o přístupu. Člověk ví, že věci může brát s nadhledem, řeší u toho všednější věci. Ale jsou pak lidi, který nepřijímají názory. Já neřeším zásadně kulturu vyznávání, nikoho nenutím a ani nehatím, nesnažím se někomu nutit svůj názor a naopak nesnažím, aby oni ho měnili.“

Informantky I4, I6, I7, I10 a I11 se shodly, že často pozorují při komunikaci s klienty z minoritní skupiny komunikační bariéru. I6 popisuje: „U Bulhara, jo jazyková bariéra, tam to bylo špatný.“ I7 tento názor podporuje: „Často je tam komunikační bariéra.“ I11 doplňuje: „Komunikace je jak kdy a jak s kým. U ukrajinského pacienta byla někdy jazyková bariéra, ale jakš takš jsme se domluvili. S Romy je to někdy těžší.“ Dále doplňuje, že spatřuje jen komunikační bariéru. I10 popisuje neochotu klientů se doučit jazyk: „Určitě tam bariéry jsou, tam jako někteří se odmítají doučit nějakým jakýmkoli způsobem jazyk. Jako třebaže tady žijí roky a prostě si jenom jedou tu svojí a není ani druhý, třetí cizí jazyk, ve kterým bysme se společně domluvili. Takže opravdu jenom někdy u někoho, odhaduji, co se mi pacient snaží říct.“ Informantka I4 sděluje komunikační bariéru, kterou se společně s pacientem snažili překonat: „Já jsem mluvila trochu rusky, on se snažil mluvit trochu česky a pomalu. Řešili jsme to rukama horem dolem, a pak jsme si dělali srandu, že jsme si překládali slova a takhle jsme se jakoby učili.“

Podkategorie: Jazykové dovednosti sester

V této podkategorii se řeší, jak jsou informantky schopny komunikovat s klienty, kteří hovoří cizím jazykem, jakými jazyky jsou sestry schopny se dorozumět.

Informantka I5 neumí žádný cizí jazyk. Primárně ruský jazyk uvádějí informantky I4, I8, I11. I11 popisuje: „Umím trochu rusky, ale už si to moc nepamatuji, přeci jen už je to nějaký ten pátek co jsem ze školy. Trochu anglicky, dcera měla snahu, ale co si budeme povídat.“ I8 reaguje na aktuální situaci na Ukrajině: „Neumím žádný jazyk. Tak můžu mluvit slovensky, rusky trošku rozumím, z ruštiny jsem kdysi před x lety

maturovala, pokud by tady byli Ukrajinci, tak jim podle toho, co slyším v televizi, tak bych si to určitě osvěžila.“ Informantky I6, I7 a I9 uvádějí, že komunikují anglickým jazykem. I9 sděluje: „Mluvím anglicky, ale v práci nevyužívám žádný jazyk.“ I6 hovoří: „Jazyk angličtina, dva roky jsme měla němčinu, dokážu se představit a tím končím.“ I7 dodává: „Já teda umím anglicky, ale většina těch seniorů, třeba z arabských zemí, ehm, tedy anglicky se nedomluvíte.“ Informantky I1, I2 a I3 společně hovoří německým jazykem. I2 konstatuje: „Německy ze školy“ I1 odpovídá: „Částečně německý jazyk ze vzdělávacího kurzu německého jazyka.“ Informantka I10 obsáhle hovoří: „Mluvím anglicky, německy, trochu se dorozumím i ukrajinsky. Přinejmenším rozumím a chápu, co po mě chtějí. Polštinu tak docela rozumím, nevím možná v nějakým dalším jazyce bych něco málo rozuměla.“

Pouze informantka I1 sdělila, že využívá vzdělávací kurz německého jazyka. Oproti tomu I9 uvádí: „Neúčastním se žádných kurzů ke zlepšení cizího jazyka.“ I3 s tímto názorem sympatizuje: „Nemáme žádný takový vzdělávací kurz.“

Podkategorie: Pomůcky pro usnadnění komunikace

Tato podkategorie se zabývá možnostmi sester využívat pomůcky pro usnadnění komunikace s klienty z minoritní skupiny, zda sestry tyto pomůcky využívají a jaké v nich spatřují výhody a nevýhody při využití v praxi.

Informantky I1, I3, I5, I8 a I9 sdělují, že nemají žádné pomůcky pro usnadnění komunikace. I1 překvapeně reaguje: „Tak to vůbec netuším.“ I9 sděluje: „Nemáme žádné pomůcky k usnadnění komunikace s klienty z odlišné etnické skupiny.“ I5 svou odpověď rozvádí: „Zatím jsme pomůcky nepotřebovali, nemáme. Pokud by to bylo zapotřebí, tak bych je uvítala, ale zatím nebylo potřeba.“

Improvizované pomůcky pro usnadnění komunikace využívají informantky I2, I4 a I11, zároveň se shodly, že nemají žádné oficiální pomůcky od agentury domácí péče. I11 popisuje: „Jinak bych sama asi využila tužku a papír a sama začala kreslit.“ I2 odpovídá: „Využíváme leda telefon a v něm překladač.“ I4 si posteskla, že nemají možnost v terénu získat informace o klientech, a s tím i souvisí, že nemají dostupné žádné komunikační pomůcky v terénu. I4 sděluje: „Já mám propisku, pantomimu, ruce a nohy. Nemáme tablet, vlastně vůbec nic v terénu nemáme...“

Pomůcky k usnadnění komunikace mají v agenturách domácí péče informantky I6, I7 a I10. I7 sděluje: „Komunikační karty jsme využívali pouze u jedné paní“ I6 reaguje: „Nepoužíváme, ale máme tam jakoby šanon a mám tam vytisklé běžné základní potřeby. Myslím, že tam jsou obrázky, ještě jsem to pořádně neviděla, ale myslím, že tam někde jsou.“ I10 sděluje své zkušenosti i problémy, co se týče jiného druhu písma: „No snažila jsem se, a zatím tak nějak všechno selhalo, protože se mi stalo, ehm, jsem byla u pána a on mluví, vlastně ani pořádně nevím, odkud je, není mi to známo. Typuji, Rusko, Bělorusko. Psaná komunikace taky nehrozí, protože neumím azbuku a abych to dala přes telefon nějak, tak on neumí ovládat telefon, aby mi třeba na to odpověděl, takže to vyloženě jenom to, co pochytám. Tak nějak společný slovíčka.“

Podkategorie: Tlumočník

Tato podkategorie se zabývá možností využití profesionálního tlumočníka v domácí péči, zda sestry tuto možnost vůbec mají, a jak se jim s ním případně spolupracuje, zda sestry využívají k tlumočení rodinného příslušníka klientů.

Informantky I1, I4, I6, I8, I9 a I10 uvádějí, že se nikdy neseťkaly se situací, kdy by potřebovaly využít tlumočníka ke komunikaci, anebo že ani neví, zda mají k dispozici v agentuře tlumočníka. I4 překvapeně reaguje: „Samozřejmě že ne, to vůbec. My tam máme akorát kaplana.“ I6 také překvapeně reaguje: „Tlumočníka? Nooo, nedostala jsem se do situace, kdy bysme tohle řešili, jako v nemocnici určitě jo, ale u nás v péči jsme se s tím nikdy neseťkali, že bychom museli využít.“ I10 odpovídá: „Není mi známo, že by naše společnost měla nějakého tlumočníka.“ I8 ostře konstatuje: „To až budu takové klienty mít, tak se o to budu starat, teď je nemám.“ I9 nikdy tlumočníka nevyužila, ale svou odpověď rozvádí o domněnku vzniku komunikační bariéry při využívání tlumočníka: „Aby nevznikala komunikační bariéra při využití tlumočníka, si myslím, že klient musí mít s tlumočnickem navázaný důvěřivý vztah. A obecně tlumočník musí být důvěrný člověk.“

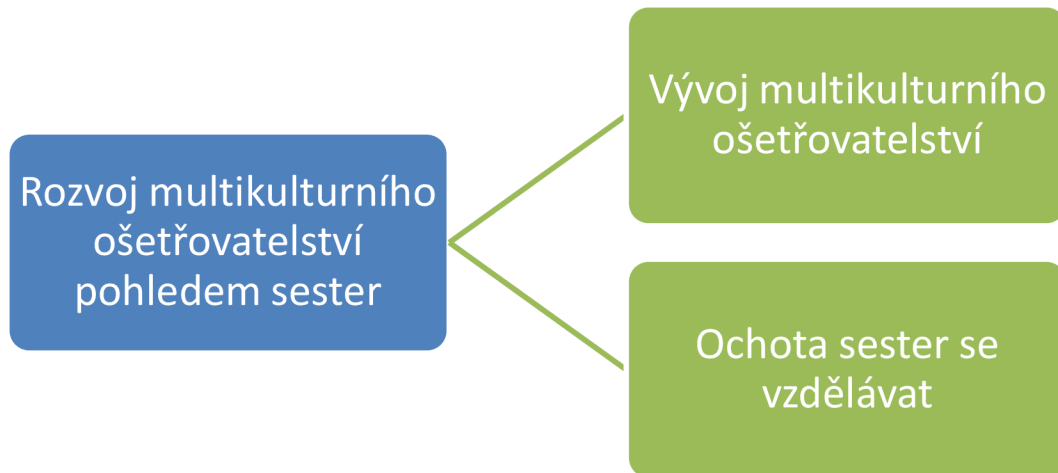
Informantky I2, I5, I7 a I11 popisují, že k tlumočení využívají rodinu klientů. Tyto informantky se shodly v tom, že profesionálního tlumočníka také nemají k dispozici v agentuře domácí péče. I5 hovoří: „Případně tlumočí rodina.“ I11 reagovala, že vůbec netuší, zda mají k dispozici tlumočníka a odpověď doplnila: „Většinou jsme využila rodinu.“ I7 svou odpověď rozvádí: „Většinou využíváme jejich rodinu, která tím, že je o

generaci, generace dvě mladší, než oni. Tak většinou umí aspoň základy češtiny, tak napomáhá rodina většinou.“

Pouze informantka I3, sděluje své zkušenosti s využíváním profesionálního tlumočnicka, při péči o klienty, které navštěvují v domově pro seniory. I3 sdílí své zkušenosti: „Tlumočnicka využíváme pouze v domově pro seniory pro německé klienty. Je to zaměstnanec, mluví plyně německy.“

5.2.4 Kategorie 4 – Rozvoj multikulturního ošetrovatelství pohledem sester pracujících v ADP

Schéma 4: Kategorie 4 – Rozvoj multikulturního ošetrovatelství pohledem sester pracujících v ADP



Tato kategorie popisuje problematiku rozvoje multikulturního ošetrovatelství subjektivním pohledem sester pracujících v ADP, a zda sestry pozorují změnu v multikulturním ošetrovatelství během jejich práce. Zároveň sděluje ochotu sester se dále vzdělávat v problematice multikulturního ošetrovatelství.

Podkategorie: Vývoj multikulturního ošetrovatelství

Vývoj multikulturního ošetrovatelství pohledem sestry pracující v ADP je podkategorie, která se zaměřuje na zjištění, zda sestry pozorují vývoj a změnu v multikulturním ošetrovatelství za dobu jejich praxe.

Informantky I1, I2, I3, I4 a I8 nepozorují žádný vývoj ošetrovatelství během jejich praxe. I2 hovoří: „Multikulturní ošetrovatelství se nijak nezměnilo.“ Odpověď stejného zaměření má i I4: „Ne, nevnímám změnu,“ I8 na tuto otázku razantně odpovídá: „No spíš jde o to, když byl ten Covid dva roky, tak jsme dost bojovali v nemocnicích a myslím si, že teďkom tak, jak vy říkáte o kulturním ošetrovatelství, nemůže být ani řeč.“

Informantky I5, I6, I7, I9, I10 a I11 popisují, že za dobu svojí praxe pozorují vývoj v multikulturním ošetrovatelství. I9 potvrzuje: „Myslím si, že se multikulturní ošetrovatelství změnilo.“ I11 doplňuje: „Asi ano, řekla bych, že se o něm více mluví, a

je tu více cizinců.“ Informantky I6 a I10 popisují změnu v postoji sester k multikulturnímu ošetřovatelství. I10 rozpačitě reaguje: „Jo určitě, spíš jde o problém těch, že ty spíš jakoby ty starší sestry, že jakoby lépe přistupují k těm cizím pacientům, že jsou takový chápavější, vnímavější.“ I6 sděluje: „Přijde mi to tak, že starý sestry to nechtějí přijímat, nějaký novinky. Řekla bych, že ty mladší jsou takový zběhlejší v tom, díky tý angličtině nebo němčině. Určitě v tom hraje předmět multi-kulty, co jsme měli v rámci výuky. Závisí to na vzdělání zdravotních sester.“ Informantky I5 a I7 se ve svých názorech shodují, že v současnosti se sestry setkávají s větším množstvím pacientů z minoritních skupin. I5 popisuje: „Myslím si, že změnilo. V začátcích se o tom ani nijak nepřemýšlelo, v současnosti, kdy je tady hodně jiných národností, k té změně došlo i to, co se týká personálu v nemocnici.“ I7 doplňuje: „Určitě máme za tu dobu víc pacientů zahraničních, než jsme mívali na začátku, když jsem nastoupila a určitě se jim snažíme mnohem více přizpůsobovat. Že už to není podle mě o tom, že oni se musej přizpůsobovat nám, ale my se snažíme jim to ulehčit.“

Podkategorie: Ochota sester se vzdělávat

Tato podkategorie se zabývá problematikou ochoty sester vzdělávat se v problematice multikulturního ošetřovatelství, zda si sestry myslí, že je vzdělání v této oblasti důležité, jaký druh vzdělání by se jim v této problematice líbil, jaké možnosti mají sestry v rámci celoživotního vzdělávání v agentuře domácí péče. A jak vnímají svoji práci v ADP z pohledu svého osobního profesního růstu a rozvoje.

Informantky I1, I2, I4 a I11 neprojevují ochotu se dále v této oblasti vzdělávat. I2 konstatuje: „Není důvod se v této oblasti dále vzdělávat.“ Informantky I1, I4 a I11 by byly ochotny vzdělávat se v odlišné problematice. I11 sděluje: „Nevím, jestli bych takové vzdělání využila v praxi, spíše bych uvítala odborné kurzy, které vím, že využiju v praxi, ale věřím, že to může být zajímavé.“ I1 by uvítala semináře se zdravotní tematikou, například uvádí: „Naposledy jsem byla na péči o pacienty s domácí dialýzou. Spíš mě zajímají takovýchle kurzy.“ I4 popisuje: „Ehm, já nad tím jakoby přemýšlím, co se týká kurzy ošetřování ran, to mě všechno, jakoby strašně zajímá, jakýkoliv kurz, jaký bych využila ve své práci, tak ano. Ale nevím, jestli tohle bych v práci využila.“

Informantky I3, I5, I6, I7, I8, I9 a I10 projeví zájem se dále v této problematice vzdělávat. I5 hovoří: „Je to zajímavé, další vzdělání by mi nevadilo. Vzdělání v této oblasti je v dnešní době důležité, kdy dochází k velkému přílivu cizinců sem, tak je to

fajn. Líbila by se mi přednáška.“ I8 odpovídá obecněji: „No tak jako moje zkušenosti, protože jsem dlouho ve zdravotnictví a zažila jsem všechno no, takže určitě já se nebráním vzdělávání a vzdělávám se na různých seminářích v rámci hojení ran a tak dále. Jako využíváme veškerých novinek. To vzdělávání tam je.“ I9 zmiňuje: „Ano, ale nevím, jakou formou. Zatím se neúčastním žádných vzdělávacích kurzů.“ Podobnou odpověď má i I3. I6 reaguje: „Určitě ano, kdyby byly nějaké kurzy, které by podporovala naše paní vrchní, tak bych do toho určitě šla. Mně by se líbilo, kdyby to bylo nakombinovaný, kdyby ta přednáška byla spojená s tím, že by tam přišel někdo z tý jiný minority, že bysme měli možnost s tím člověkem zkusit, jakoby komunikaci.“ I7 ve vzdělávání zvláště jmenuje jazykové dovednosti: „To ano, určitě. Myslím, že třeba zrovna anglicky by měly umět v domácí péči všechny sestry. Jako nikdy nevíte, jakého pacienta prostě dostaneme a pak je strašně složitý vybírat sestru, která se s nima domluví a nedomluví.“ I10 nadšeně hovoří: „Určitě, že bych si udělala specializaci na multikulturní ošetrovatelství, ale ono je to s těma specializacemi trošku křížek tady u nás. Myslím, že je to důležité, ale nejsem si jistá, jestli je to fakt na úrovni úplně plnohodnotný specializaci, jako třeba je ARIP nebo perioperační péče, že tady to je jakoby taková spíš nadstavba. No, že je to trošičku nadhodnocený. Viděla bych to třeba na nějakéj, ehm, ty kurzy, třeba i na nějakéj na půl, na třičtvrtě roku, rok, ale nevím, jestli z toho udělat plnohodnotný specializační vzdělání.“ I7 v závěru ještě reaguje na rozsah vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství ve škole: „Já si myslím, že toho je málo, obzvlášť v denní době, kdy ty lidi migrujou ze země do země. My jsme měli jeden semestr, což si myslím, že je hrozně nedostačující“

Profesní rozvoj v domácí péči nepozorují informantky I3, I7 a I11. I7 popisuje: „Já mám pocit, že jsem tady dost profesně zakrněla, že v té nemocnici se toho člověk naučí víc a jako profesně se posouvá víc než jako tady.“ Odpověď podobného zaměření má i I11: „Mám pocit, že trochu zakrňuji, ale na druhou stranu jsem více soběstačná, umím si se spoustou věcí poradit a jsem zodpovědná za své rozhodnutí.“ Oproti tomu informantky I5 a I9 pozorují u sebe profesní rozvoj. I5 sděluje: „Vnímám svůj profesní rozvoj, zvláště jakoby v soběstačnosti a umění si sama poradit.“ I9 s tímto názorem sympatizuje: „Svůj osobní rozvoj v práci v ADP pozoruji v získání zkušeností, je velmi přínosné, většinou musí sestra řešit na místě.“

5.2.5 Kategorie 5 – Inspirativní názory

Tato kategorie se zaměřuje na inspirativní názory sester na ošetřování a rozvoj péče poskytované v domácím prostředí klientů a specifické dovednosti, které musí mít sestra v domácí péči.

I1 s nadšením sděluje: „Myslím si, že nejdůležitější u všech skupin, klientů, rodin je lidský přístup plný pochopení, laskavosti a trpělivosti.“ I6 důrazně shrnuje: „Říkám to furt, že je důležitý, aby každá zdravotní sestra prohlubovala svoje znalosti, vědomosti právě v oblasti multikulturního ošetřovatelství, protože když člověk nic neví o té kultuře, tak je to špatně.“

I4 rozsáhle s nadšením odpovídá: „Sestra v domácí péči je sama za sebe a musí si umět poradit. Nemáme tam nikoho a musíme tu situaci zvládnout. Sestra v domácí péči musí být i technicky zdatná, protože první, co jdu dělat, když jdu dát někomu infuzi, tak jdu hledat hřebík, jde to dobře na lustr, na trám. Sestra musí být hodně zručná na to, aby si sterilně složila cévku do ruky, a zvládla ji zavést sama a není to sranda, aby to sestra zvládla. Baví mě to, když se někoho podaří zachránit, nebo ty defekty zahojit. Dělá to i hodně na psychiku, hodně toho musíme vyslechnout, ale zároveň se od toho dokázat odprostit. Často slýcháme, že je to lepší než v nemocnici.“

Informantky I9 a I11 v závěru rozhovoru poděkovaly za možnost získání nových poznatků a informací. I9 hovoří: „Z tohoto rozhovoru mám nový pohled na věc a mnoho nových poznatků.“ I11 s tímto názorem sympatizuje: „Děkuji, že jsem se mohla dozvědět zas něco jiného.“

6 Diskuze

Tato diplomová práce na téma „Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče“ byla zpracována za účelem zmapování úrovně kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče. Toto téma považuji za velmi aktuální, protože se v současné době kulturní kompetence dostávají do popředí mnohem více, než kdy dřív. Nejen Česká republika, ale i celá Evropa stojí na prahu velké uprchlické krize, která vznikla z důvodu rozpoutání válečného konfliktu na Ukrajině. Sacchi (2022) uvádí, že strašlivé válečné dny na Ukrajině přinášejí to, co již bylo popsáno jako nejrychlejší masová migrace do Evropy za nejméně tři desetiletí. Dle UNHCR bylo k 20. dubnu 2022 vyhnáno z důvodu konfliktu z Ukrajiny přes 5 milionů uprchlíků do Evropy (UNHCR, online). Tyto demografické změny budou mít přesah i ve zdravotní péči, a to nejen v té ústavní, ale i v ambulantní a domácí.

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče. Pro jeho splnění jsme nejprve prostudovali problematiku domácí péče, kulturních kompetencí, jejich monitoraci a ošetrovatelské modely vztahující se ke kulturním kompetencím. Tato problematika je podrobně uvedena v současném stavu diplomové práce. Při jejím zpracování bylo čerpáno především z nejnovější světové a české odborné literatury. Po teoretickém nastudování problematiky následoval kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo odpovědět na dvě již předem položené výzkumné otázky. Odpovědi na definované výzkumné otázky budeme hledat v námi identifikovaných 5 kategoriích a 16 podkategoriích.

V souvislosti ke stanovenému cíli jsme zformulovaly dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla takto: **„Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče?“** Pro její zodpovězení je dle výsledků výzkumného šetření nutné poukázat na nepřehledné množství definic a subjektivních názorů na samotnou definici kulturní kompetence. Toto se potvrdilo i v teoretické části diplomové práce, kdy Sharifi et al., (2019) uvádí, že pojem kulturní kompetence se skládá ze slov kultura a kompetence. Některé studie se zaměřily na slovo kompetence a definovaly kulturní kompetenci, jako spektrum nebo proces, zatímco některé studie se zaměřily na slovo kultura a odkazovaly na metody rozvoje kulturní kompetence. Informantka I3 kulturní kompetenci definovala: „Pojem kulturní kompetence vnímám jako porozumění a respektování rozdílů jiného etnika.“ Tato definice informantky se nejvíce přibližuje

definici od Sharifi et al. (2019) kteří definují kulturní kompetenci jako schopnosti poskytovat účinnou, bezpečnou a kvalitní péči pacientům z různých kultur a brát v úvahu různé aspekty jejich kultur při poskytování péče. Z výsledků výzkumného šetření je důležité podotknout, že některé informatiky uvedly, že se nikdy s tímto pojmem nesetkaly a tento pojem byl pro ně nový. Avšak v rámci celého rozhovoru vyplynulo, že některé sestry nevnímají pojem kulturní kompetence kladně, ale klientům z minoritních skupin poskytují takzvaně vysoce individualizovanou péči, která ovšem splňuje nároky poskytování kulturně kompetentní péče. V tuto chvíli je na místě se zamyslet, co stojí za tímto faktorem. Zda je to rozdílná úroveň vzdělání, nejednotné vzdělání, či doba, kdy informantky získávaly své pregraduální vzdělávání a nedostatečnými možnostmi celoživotního vzdělávání v této problematice v České republice. Nebo stojí za tímto terminologickým rozporem pouze předsudek sester vůči multikulturnímu ošetřovatelství, které se dnes dostává mnohem více do popředí? Douglas et al. (2014) podotýkají potřebu vzdělávací přípravy sester k poskytování kulturně kompetentní péče, kdy by sestřím mělo být nabídnuto formální vzdělávání a klinický výcvik, stejně jako průběžné vzdělávání.

Na rozvoj samotných kulturních kompetencí má podíl i kritická reflexe vlastních kulturních kompetencí. Informantky I1, I2, I3, I4, I5, I7, I10 a I11 však odpověděly, že se nikdy nezamýšlely nad úroveň svých kulturních kompetencí. Některé z nich na otázku reflexe odpovídaly vyhýbavým způsobem, některé tuto reflektivní praxi striktně odmítají, jako například I3: „Nezamýšlela, není na to čas.“ Douglas et al. (2014) popisují, že sestry musí zapojit do kritické reflexe svých vlastních hodnot, přesvědčení a kulturního dědictví, aby si byly vědomy toho, jak tyto vlastnosti a problémy mohou ovlivnit kulturně shodnou ošetřovatelskou péči. Zároveň reflektivní myšlení zahrnuje činy, hodnocení a kritické zkoumání, a může zase dále zvýšit osobní kulturní povědomí. Reflexe je nedílnou součástí růstu a rozvoje jedince, ale také podmínkou k poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. A tak české ošetřovatelství stojí před výzvou zakomponování kritické reflexe do své běžné praxe.

S ohledem na poskytování kulturně kompetentní péče je podstatné neopomenout kulturní odlišnosti, které se mohou vyskytovat u pacientů z minoritní skupiny, a v některých případech mohou být příčinou vzniku bariér, které komplikují poskytování ošetřovatelské péče. I9 reflektuje: „Jako výraznou kulturní odlišnost beru skupinu Jehovistů, jejichž postoj někdy komplikuje poskytování ošetřovatelské péče.“

Tento názor sdílela i I6. Ostatní informantky se shodly, že se při práci setkávají s kulturními odlišnostmi, které jim práci zkomplikovaly, ale pokud je to v souladu s poskytnutím péče, tak se tímto kulturním odlišnostem přizpůsobují. Mezi tyto kulturní odlišnosti, kterým se informantky přizpůsobují, řadí fyzický kontakt s pacientem, posílání sester ženského pohlaví k arabským pacientkám a přítomnost široké rodiny u Romů. Dudas (2012) uvádí, že kulturní rozmanitost vytváří a ovlivňuje různé postoje a očekávání, které souvisejí se zdravím pacienta. Zároveň dodává, že naplnění těchto očekávání vyžaduje kulturně kompetentní sestry. Z výsledků výzkumného šetření je také patrné, že část informantek, která se častěji a pravidelně setkává s romskou minoritou, ji již nevnímá jako kulturně odlišnou skupinu, ale berou je jako „naše spoluobčany“, kteří si jsou rovni s námi.

Pro poskytování kulturně kompetentní péče je zapotřebí, aby se sestry setkávaly s klienty z kulturně odlišného prostředí. Campina-Bacote ve svém modelu uvádí, že předpokladem pro poskytování kulturně kompetentní péče je potřeba kulturního setkávání sestry s klienty z minoritní skupiny. Informantky uváděly, že se nejčastěji setkávaly s klienty romské národnosti, dále s Ukrajinci, Araby, Řeky, Vietnamci, Rusy, Španěly, Němci a klienty odlišného náboženství. Jako kulturně odlišnou skupinu považovaly také sociálně slabé klienty. Každá z informantek se s klienty z minoritních skupin setkávala různě často, některé se s nimi setkávají pravidelně, jiné ojediněle. Dle toho lze také pozorovat odlišnost přístupu k pacientům a samotným kulturním kompetencím. Khezerloo a Mokhtari (2016) upozorňují, že sestry nemohou získat své kulturní kompetence pouze samostudiem nebo jinými aktivitami. Ale spíše potřebují rozvíjet své přímé osobní a profesionální interakce s pacienty z různých kultur, aby zároveň mohly čelit a napravit své předsudky vůči ostatním kulturám.

Přípravě na návštěvu u klienta z minoritní skupiny se věnuje pět informantek. Sestry při první návštěvě postupují opatrně, protože neví, jak pacient bude reagovat. Také si zjistí základní informace o klientově etnické skupině a přístupu k pacientovi této skupiny. Zbylých sedm informantek se shodlo, že se nijak speciálně nepřipravují. Z výsledků výzkumného šetření také vyplývá nedostatečnost předávání informací o pacientech mezi zdravotnickými zařízeními a agenturami domácí péče. V této souvislosti I4 popisovala, že se sama nemá šanci připravit na návštěvu u pacienta. Hlavním důvodem je, že nemá možnost zjistit, o jakého pacienta jde, protože jen málo kdy dostane propouštěcí zprávu s předstihem, aby si ji stihla prostudovat a zjistit, s čím se daný pacient léčí, a zda má

například nějaké psychiatrické onemocnění např. typu demence. Melby et al. (2018) uvádějí, že k tomu, aby mohla být poskytována kvalitní péče o pacienty, je potřeba kvalitní organizace práce, která zahrnuje spolupráci a koordinaci mezi poskytovateli péče a sdílení informací o pacientech. A tak české zdravotnictví stojí před výzvou zvýšení kvality předávání informací o pacientech mezi zdravotnickými zařízeními, protože správné a kvalitní předávání informací vede k poskytování kvalitní a zejména bezpečné péči o pacienta. Dále lze z výsledků výzkumného šetření pozorovat, že k přijetí pacienta do péče agenturou předchází rozsáhlé sociální šetření u pacienta. Během toho jsou získávány základní informace o pacientech a jeho obtížích. S tímto souvisí i získávání specifických požadavků na péči o klienty. Z výsledku je patrné, že část informantek si odmítá zjišťovat specifické požadavky, kdy některé reagovaly velmi odmítavě a razantně. Další část zjišťovala tyto požadavky náhodně při běžných rozhovorech s pacienty a zbylé informantky je zjišťovaly záměrně v rámci příjmové anamnézy pacienta. Většina informantek uvedla, že se snaží klientovi přizpůsobit ve specifických požadavcích nebo se snaží najít kompromis v péči. Zde se projevuje poskytování vysoce individualizované péče o pacienty v domácím prostředí.

Pacienti a jejich rodiny přijímali sestry ve většině případů bez problémů. Informantky se shodují, že se většinou u klientů projevoval vděk za to, že za nimi někdo přišel a že mohou být ve svém vlastním domácím prostředí, kde se cítí komfortněji a bezpečněji. V domácím prostředí také dochází k důvěrnému vztahu mezi klientem a sestrou, který lze označit i jako rodinný vztah, kdy se klient otevírá a sděluje své obtíže a těžkosti svého života. Toto potvrzuje i Strandas a Bondas (2018), kdy uvádějí, že pacienti se v domácím prostředí cítí bezpečněji, jsou méně stresováni a znepokojeni rušivými elementy. Zároveň také připomínají, že pozitivní vztah mezi sestrou a pacientem vede ke zlepšení fyzického a psychického zdraví klienta. Z výsledků je také patrné, že pokud se vyskytnou neřešitelné problémy v péči o klienta, zejména pokud je klient agresivní nebo nespolupracuje, tak je kontaktován předepisující lékař. Po společné domluvě v neúnosné situaci, která by nemusela být bezpečná pro ošetřující sestry, se péče o tyto klienty ukončuje. Všechny informantky mimo I11 popisují, že rodiny klientů s nimi kladně spolupracovaly, snažily se být pomocnou rukou pro sestry. Toto potvrzují i Skott a Lundgren (2009), kdy popisují rodiny pacientů jako zásadní, ale zároveň také jako možnou překážku v optimální péči o pacienta. Z výsledků je také patrné, že část sester neupůsobuje péči o klienty v přítomnosti rodinných příslušníků. Pokud sestry péči

uzpůsobují, dbají obvykle na dodržování intimity pacienta. Dále se snaží komunikovat rovnoměrně jak s rodinou, tak s pacientem, aby nebyl nikdo upřednostňován. Skott a Lundgren (2009) dodávají, že rodina je nezbytná složka péče o pacienta v domácím prostředí a v jeho výzkumu sestry poukazovaly na to, že si osvojily postupy, které zahrnovaly rodiny pacientů.

Edukace je jedna ze základních činností, které vykonávají sestry pacientům při péči. Ve výsledcích lze pozorovat, že při edukaci klienta z minoritní skupiny, zejména u Romů je důležitá motivace, opakovaná a postupná edukace s následnou kontrolou pacienta, která je spojená se zpětnou vazbou. Ta poskytuje sestřím informace, zda pacient problematice porozuměl a v jakých oblastech je potřeba pacienta reedukovat. Zejména informantka I7 si pochvalovala spolupráci s klienty z arabských zemí, kteří se jí jeví svědomitější, ale také připomíná důležitost kontroly, zda klient správně porozuměl informacím. Toto potvrzuje Harris (2017), kdy uvádí, že edukace v domácí péči není pouze požadavkem, ale nutností a nedílnou součástí k poskytování kvalitní péče. Ve výsledcích pozorují nedostatek edukačních materiálů, které by byly vhodné pro využití klienty z minoritních skupin. I3 sdělovala, že pokud využije u Romů letáky a jiné edukační materiály, tak je musí zjednodušeně vysvětlit, aby je daný klient správně pochopil a porozuměl jim. A tak sestry v domácí péči stojí před výzvou vytvoření, kvalitního, přehledného a jednoduchého edukačního materiálu, který by byl využitelný pro pacienty z minoritních skupin. Zároveň si myslím, že by bylo vhodné, se v další výzkumu zaměřit do hloubky na samotnou problematiku edukaci klientů z minoritních skupin a zjistit, jaké další výzvy v této oblasti stojí v současnosti před sestrami.

Sestry u pacientů v domácím prostředí poskytují celé spektrum výkonů. Nejčastěji provádějí převazy chronických ran, odběry biologického materiálu, zejména krve, ošetrovatelkou rehabilitaci, péči o stomie, PEG, podávání infuzí, analgetické terapie a podávání léků, péče o dlouhodobé invazivní vstupy a kontrola celkového stavu. Z výsledků je patrné, že informantky nepozorují komplikace při vykonávání odborných činností v podobě kulturních odlišností, ale spíše technického rázu. Nejčastěji popisovaly, že jsou v domácím prostředí samy a nemají se na koho obrátit o pomoc. Výzkum také poukázal na to, že sestry stojí před výzvami zvládnutí odborných ošetrovatelských výkonů v domácím prostředí pacienta. Fjørtoft et al. (2021) ve svém článku popisují, že kontext práce v pacientově domě přináší výzvy související s poskytováním péče a pracovními podmínkami. Jedná se o plánování logistiky

cestování z domova do domova, zároveň sestry domácí péče čelí mnohým očekáváním a požadavkům od svých klientů a v neposlední řadě nárůst počtu úkolů s následnou prací pod časovým tlakem. Toto potvrzuje i I4, která v rozhovoru sděluje: „Sestra v domácí péči je sama za sebe. Nemáme tam nikoho a musíme tuto situaci zvládnout.“ Dále také popisovala, jaké vlastnosti musí mít sestra v domácí péči, aby mohla tuto obtížnou komplexní práci v péči o klienty vykonávat. A tak sestry v domácí péči stojí před výzvou poskytování kvalitní péče klientů v domácím prostředí, i když jsou před nimi překážky v nutnosti samostatnosti, částečné nemožnosti odborné konzultace, kterou mají zdravotničtí pracovníci v nemocničních zařízeních a technického zvládnutí poskytování péče např., jak popisuje I4, hledání hřebíku při podávání infuzní terapie pacientům v domácím prostředí.

Ve všech situacích zdravotní péče jsou základními pilíři péče kulturní porozumění a mezilidská komunikace, kdy mezilidská komunikace zahrnuje empatické porozumění, bezpodmínečnou pozitivní úctu, vřelost a opravdovost (Larsen et al., 2021). Skott a Lundgren (2009) ve svém výzkumu zjistili, že sestry jsou si vědomy toho, že různorodé kulturní prostředí je výzvou pro vzájemné porozumění, ačkoli rozmanitost byla často chápána jen jako jazykové rozdíly, individuální zázemí nebo rodinná struktura. Informantky v rámci výzkumu často uváděly, že právě komunikační bariéra a z ní plynoucí nedorozumění s klientem vnímají jako překážku v péči o klienty z minoritních skupin. I10 během popisování komunikace s pacienty zmiňuje: „Určitě tam bariéry jsou, někteří se odmítají doučit jakýmkoliv způsobem jazyk ...prostě si jedou tu svou a není ani druhéj, třetí cizí jazyk, ve kterém bysme se společně domluvili.“ Na následky nesprávné komunikace a nedorozumění ve svém článku upozorňují Kaspar a Reddy (2017), kdy uvádějí, že riziko nesprávné komunikace a možnost následného poškození pacienta se značně zvyšuje, pokud pacient a pečovatel nemluví stejným jazykem. Larsen et al. (2021) již konkrétněji dodávají příklady poškození pacienta z důvodu komunikační bariéry, kdy dochází k opoždění léčby, a tak i chyb v medikaci, které souvisejí s těmito komunikačními bariérami. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry mají odlišnou úroveň jazykových dovedností, avšak všechny hledají způsob jak se s klientem dorozumět. Některé informantky využívají různé komunikační pomůcky, nejčastěji využívají tužku a papír, mobilní telefon a také se snaží dopomoci neverbální komunikací, zejména gestikulací. Informantky I6 a I7 uvedly, že ke komunikaci s klienty mají možnost využít komunikační karty. Avšak sestry stojí před

výzvou, zlepšení a zkvalitnění komunikace a získávání zpětné vazby od klientů z minoritní skupiny, aby péče, kterou poskytují, byla pro pacienty bezpečná. A také před vyvinutím kvalitních a efektivních pomůcek k usnadnění komunikace s klienty, např. individualizovaných komunikačních karet.

Pro usnadnění komunikace s klientem hovořícím jiným jazykem lze využít tlumočnicka. Z výsledků lze bohužel pozorovat, že sestry v agenturách domácí péče nemají možnost využití profesionálního tlumočnicka, nebo o možnosti využití tlumočnicka nevědí, proto, jak popisují informantky I2, I5, I7 a I11, když potřebují tlumočit, využívají rodinu pacienta. Crezee a Roat (2019) uvádějí, že využití profesionálního tlumočnicka snižuje jazykové rozdíly a zvyšuje kvalitu péče tím, že kvalifikovaní tlumočnicki odstraňují jazykovou bariéru a umožňují pacientům a poskytovatelům hovořit, jako by mluvili stejným jazykem. Avšak je důležité neopomenout, že využívání tlumočnicka může mít svá rizika, kdy si nemusíme být jisti, zda tlumočnick překládá správně. Zároveň také tlumočnick může působit jako bariéra mezi pacientem a ošetrující sestrou, kdy se pacient může zdráhat otevřít a sdílet své intimní problémy před třetí osobou. Pro zmapování využívání tlumočnicků v českém zdravotnictví by bylo vhodné provést další podrobné výzkumné šetření, ve kterém bychom mohli být upozorněni na další výzvy, kterým čelí zdravotnictví v oblasti komunikace s pacientem hovořícím cizím jazykem a jaká jsou specifika ve využívání tlumočnicka při poskytování ošetrvatelské péče. Napadá mne otázka, zda je české zdravotnictví na pacienty hovořící cizím jazykem dostatečně připraveno?

Druhá výzkumná otázka byla stanovena: **„Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v agenturách domácí péče?“** Sestry z domácí péče a ve zdravotnictví stojí před velkým množstvím výzev, z nichž některé již byly popsány výše.

Po zhodnocení výsledků výzkumného šetření si pokládám si otázku, zda je dostatečné vzdělání oblasti kulturních kompetencí a multikulturního ošetrvatelství? A zda nestojí samotná vzdělávací zařízení před výzvou propagace kulturně kompetentní péče do praxe a tím snížení předsudků vůči pojmu kulturní kompetence u sester, které již pracují? Protože i samy informantky hodnotí, že se multikulturní ošetrvatelství za dobu, co jsou v ošetrvatelské praxi, změnilo. Hlavním důvodem tohoto vývoje uvádějí globalizaci společnosti. Sharifi et al. (2019) ve svém článku na tyto otázky částečně odpovídá. Začlenění kulturního obsahu do učebních osnov ošetrvatelství, pořádání

vzdělávacích kurzů a workshopů o kulturních kompetencích a rozvoj kulturní kompetence instruktorů ošetrovatelství, jako rozvoj vzorů pro studenty ošetrovatelství může rozvíjet kulturní kompetence u sester a studentů ošetrovatelství. K tomuto rozvoji v současné době může přispět i pro studenty velmi atraktivní simulační výuka. Markey et al., (2021) uvádějí, že poskytování kulturně citlivé simulace může podpořit rozvoj kulturních kompetencí tím, že nabízí příležitosti k procvičování a nacvičování způsobů citlivé reakce během mezikulturního setkávání v prostředí bez rizika. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry jsou ochotné se vzdělávat. Část z nich uvedlo, že by se chtěly vzdělávat v jiných oblastech než multikulturní ošetrovatelství. Druhá část sester sdělila i návrhy, jaký druh vzdělání by uvítaly. Nejčastěji se objevovala kombinace přednášek a setkání s někým z odlišné minoritní skupiny.

Z výsledků výzkumného šetření lze pozorovat, že v agenturách domácí péče v České Republice dochází k postupnému rozvoji kulturních kompetencí u sester. Zároveň dochází k poskytování kulturně kompetentní péče. I když, jak vyplývá z výsledků, mají sestry vůči tomuto pojmu předsudky. Jak samy tvrdí, poskytují vysoce individualizovanou péči o tyto pacienty, která ovšem splňuje požadavky kulturně kompetentní péče. Toto potvrzuje i Purnell (2016), kdy uvádí, že i přestože zdravotníci dosáhly značného pokroku v kulturně kompetentní péči, je nyní zapotřebí vyvinout nástroje, které skutečně měří kulturně kompetentní péči a které lze využít i meziprofesionálně. Loftin et al. (2013) dodává, že nástroje velmi často měří sebevnímání sester nebo samo uváděnou úroveň kulturní kompetence, ale nenabízejí žádné objektivní měřítko kulturně kompetentní péče z pohledu pacienta, což může být problematické a limitující. A tak byl v rámci řešitelského kolektivu výzkumného projektu připraven dotazník, který si klade za cíl zmapování úrovně kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče ve větším měřítku.

Zároveň výsledky výzkumného šetření potvrdily téma vnímání pacienta jako holistické bytosti v době pandemie Covid-19, kdy jedna z informantek uvedla: „Když byl ten Covid dva roky, tak jsme dost bojovali, a myslím si, že teďkom o nějakém, jak vy říkáte kulturním ošetrovatelství, nemůže být ani řeč.“ Právě po opakovaném přečtení tohoto tvrzení postrádám holistické pojetí pacienta sestrou a přemýšlím, kam se podělo. A proto si myslím, že by bylo vhodné provést výzkumné šetření na téma holistické vnímání pacienta v době pandemie covid-19.

7 Závěr

Tématem této diplomové práce jsou: Kulturní kompetence sester v agenturách domácí péče“. Cílem je zmapování úrovně kulturních kompetencí u sester v agenturách domácí péče.

Pro splnění tohoto cíle byla v teoretické části na základě nejnovější české a zejména světové literatury popsána problematika domácí péče, kulturních kompetencí, nástrojů na měření kulturních kompetencí a základních modelů vztahujících se k rozvoji kulturních kompetencí u sester. Ze získaných vědomostí a za spolupráce s řešitelským kolektivem výzkumného grantového projektu byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, který byl využit pro sběr dat. Výzkumného šetření se účastnilo 11 sester pracujících v agenturách domácí péče, které měly různé vzdělání a různou délku praxe v oboru. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovávány metodou tužka papír za pomoci kódování.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry v domácí péči poskytují pacientům vysoce individualizovanou péči, která splňuje podmínky kulturně kompetentní péče. Pravděpodobný rozporem v této pojmové problematice je důvod předsudků sester vůči multikulturnímu ošetřovatelství avšak je nutné podotknout, že zde jsou pozorovatelné oblasti, které lze zlepšit. Zároveň byly ve výsledcích výzkumného šetření odhaleny výzvy, které stojí před sestrami v domácí péči. Je to například komunikační bariéra a zapojení tlumočnicka do péče o pacienty v domácí péči, zkvalitnění celoživotního vzdělávání sester v domácí péči a zařazení kritické reflexe do práce sester.

Význam této práce spočívá v upozornění na možná úskalí a nedostatky v poskytování kulturně kompetentní péče a upozornění na výzvy, které stojí před poskytovateli ošetřovatelské péče v domácím prostředí pacienta. Výsledky této práce mohou být využity pro zkvalitnění a zefektivnění péče o klienty odlišné kultury.

8 Seznam použitých zdrojů

ALBOUGAMI, A. S., et al., 2016. Comparison of four cultural competence models in transcultural nursing: A discussion paper. *International Archives of Nursing and Health Care*. 2(3), 1-5. ISSN: 2469-5823

ANDREWS, M. M., BOYLE, J.S., 2002. Transcultural concepts in nursing care. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*. 13(3), 178-180. Doi.org/10.1177/10459602013003002

BEACH, M. C., et al., 2005. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Medical care*, 43(4), 356–373. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>

BERNAL, H., FROMAN, R., 1987. The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. *The Journal of Nursing Scholarship*. 19(4), 201-203. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1987.tb00008.x>

BETANCOURT, J. R., et al., 2002. *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. New York, NY: Commonwealth Fund, Quality of Care for Underserved Populations. 30 s. Dostupné z: <https://www.ecald.com/assets/Resources/Assets/Cultural-Competence-in-Health-Care.pdf>

BOTELHO, M. J., LIMA, CH. A., 2020 From Cultural Competence to Cultural Respect: A Critical Review of Six Models. *Journal of Nursing Education*. 59, (6), 311-318. ISSN 01484834.

BRASCOUPÉ, S., WATERS, C., 2009. Cultural safety exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *International Journal of Indigenous Health*. 5(2) 6-41. <https://doi.org/10.3138/ijih.v5i2.28981>

BROEKEMA, S., et al., 2020. Nurses' application of the components of the components of family nursing conversations in home health care: a qualitative content analysis. *Scandinavian journal of caring science*. 34(2), 322-331. ISSN: 1471-6712

CAMPINHA-BACOTE, J., 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*. 38(5), 203-207. ISSN 01484834

CAMPINHA-BACOTE, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 181-184. doi:[10.1177/10459602013003003](https://doi.org/10.1177/10459602013003003)

CAMPINHA-BACOTE, J., 2019. Cultural competemility: A paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate—Part I. *Online Journal of Issues in Nursing*. 24(1). Doi: 10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20

CARPENTER, R., THEEKE, L. A., 2018. Strategies for recruiting a sample of adults with type 2 diabetes from primary care clinics in rural Appalachia: Incorporating cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*. 5(3), 230-237. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.003>

COFFMAN, M. J., et al., 2004. An Integrative Review of American Nurses' Perceived Cultural Self-Efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*. 36(2), 180-185. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04032.x>

CREZEE, I. H., ROAT, C. E., 2019. Bilingual patient navigator or healthcare interpreter: What's the difference and why does it matter?. *Cogent Medicine*. 6(1), doi.org/10.1080/2331205X.2019.1582576

CURTIS, E., et al. 2019. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*. 18(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>

ČERVENÝ, M., et al., 2019. Perception of European nurses of culturally-appropriate health care – a cross-sectional study. *General Medicine and Health Sciences*. 25(1), 27-32. ISSN 2083-4543

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2019) [online]. *Věková struktura populace se výrazně mění* [cit. 2021-10-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-populace-se-vyrazne-meni>

DARROCH, F., et al., 2017. The United States does CAIR about cultural safety: Examining cultural safety within Indigenous health contexts in Canada and the United States. *Journal of Transcultural Nursing*. 28(3), 269-277. doi:[10.1177/1043659616634170](https://doi.org/10.1177/1043659616634170)

DAVIDHIZAR, R., GIGER, J. N., 2001. Teaching culture within the nursing curriculum using the Giger-Davidhizar model of transcultural nursing assessment. *Journal of Nursing Education*. 40(6), 282-284. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20010901-10>

DEGIRE, L., et al., 2017. „How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research.“. *BMC medical ethics*. 18(2), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0163-8>

DOORENBOS, A. Z., et al., 2016. ReCAP: assessing cultural competence among oncology surgeons. *Journal of oncology practice*. 12(1), 61-62. DOI: 10.1200/JOP.2015.006932

DOUGLAS, M. K., et al., 2014. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*. 25(2), 109-121. Doi: 10.1177/1043659614520998

DOUGLAS, M. K., et al., 2018. *Global Applications of Culturally Competent Health Care: Guidelines for Practice*. Springer. 386 s. ISBN:978-3-030-09883-4

DOWNEY, N., 2021. The Importance of Culture in Treating Substance Use Disorder: Example Application With Indigenous People

DUDAS, K. I., 2012 [online]. Cultural competence: An evolutionary concept analysis. *Nursing Education Perspectives*. 33(5), 317-321. [cit. 2022-05-22] Dostupné z: https://journals.lww.com/neponline/Fulltext/2012/09000/CULTURAL_COMPETENCE__An_Evolutionary_Concept.8.aspx?casa_token=6VorDfOk4e4AAAAA:J8kG5jGGKn0eMrZUUt4iFSgiQmTabfU10H6KhOl3F8ghZem3vmpux0RoNm3YhZKwxtERQcY8t8YvI7jUg

DURANT, M. A., 2022. Innovative activities with edible creations to enhance interdisciplinary health profession students' levels of perceived self-efficacy and cultural

competence: An experimental study. *Nurse education today*. 108(105188).
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105188>

ELLINA, A. D., et al., 2020. Patient satisfaction about nurse caring behavior: Based on Swanson's theory of caring and transcultural nursing theory. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 24(9), 737-743. ISSN: 1475-7192

ERIKSSON, C., ERIKSSON, L., 2017. Inequities in health care: lessons from New Zealand: A qualitative interview study about the cultural safety theory. Disertační práce. SwedishRedCros, University College. Dostupné z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1083289/FULLTEXT01.pdf>

FARKAŠOVÁ, D., et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FATEMI, N. L., et al., 2019. Perceived challenges faced by nurses in home health care setting: A qualitative study. *International journal of community based nursing and midwifery*. 7(2), 118-127. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.44883

FIKE, D. S., et al., 2016. Calculation of minimal detectable change of construct subscales of a cultural competence instrument. *Journal of Physical Therapy Education*. 30(1), 25-30. DOI:10.1097/00001416-201630010-00004

FILMER, T., HERBIG, B., 2018. Effectiveness of interventions teaching cross-cultural competencies to health-related professionals with work experience: a systematic review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 38 (3), 213-221. doi: 10.1097/CEH.0000000000000212

FITZGERALD, E. M., et al., 2009. Psychometric Testing of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals - Student Version (IAPCC-SV©). *Journal of Theory Construction & Testing*. 13(2), 64-68. ISSN 10864431.

FJØRTOFT, A. K., et al., 2021. Home-care nurses' distinctive work: A diskurse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nursng inquiry*. 28(2), 1-10. ISSN: 1440-1800

- FURNHAM, A., et al., 2019. Culture Shock: A review of the literature for practitioners. *Psychology*. 10(13), 1832-1855. DOI: 10.4236/psych.2019.101311
- GANANN, R., et al., 2019. Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review. *Health*. 27(5), 604-621). ISSN: 0966-0410
- GARNEAU, A.B., PEPIN, J., 2015. Cultural Competence: A Constructivist Definition. *Journal of Transcultural Nursing*. 26(1), 9-15. doi:[10.1177/1043659614541294](https://doi.org/10.1177/1043659614541294)
- GEISLER, H. et al., 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: file:///C:/Users/lukys/Downloads/1_V%C3%BDstupn%C3%AD%20analytick%C3%A1%20zpr%C3%A1va.pdf*
- GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R., 2002a. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 185-188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R., 2002b. Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International nursing review*. 49(2), 79-86. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x>
- GÖZÜM, S., et al., 2020. Developing a Cultural Competency Scale for Primary Health Care Professionals. *Psikoloji Çalışmaları*. 40(2), 429-450. DOI: 10.26650/SP2019-0043
- GURKOVÁ, E., 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. 97 s. ISBN: 978-80-244-5627-0
- GÜRSOY, M. Y., TANRIVERDI, G., 2020. Evaluation of Violence Against Elderly People of Different Cultures by Using The “Purnell Model for Cultural Competence”. *Florence Nightingale journal of nursing*. 28(1), 83-96. doi: [10.5152/FNJJN.2020.18088](https://doi.org/10.5152/FNJJN.2020.18088)
- HAJDUCHOVÁ, H., et al., 2021. Barriers to care and missing services from the point of view of informal caregivers in the South Bohemian Region. *Kontakt*. 23(4), 305-414. DOI: 10.32725/kont.2021.031

- HALCOMB, E., et al., 2016. Nursing competence standards in primary health care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 25(9-10), 1193-1205. Doi.org/10.1111/John.13224
- HANZLÍKOVÁ, A., et al., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HARRIS, M. D., 2017. *Handbook of home health care administration*. Sixth edition. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. 889 s. ISBN 978-1-284-06802-3.
- HENLY, S. J., 2016. Global Migrations, Ethical Imperatives for Care, and Transcultural Nursing Research. *Nursing research*. 65(5), 339. ISSN: 1538-9847
- HOOK, J. N., et al., 2013. Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of counseling psychology*. 60(3), 353-366. DOI: 10.1037/a0032595
- CHAE, D. H., LEE, C. Y., 2014. Development and psychometric evaluation of the Korean version of the cultural competence scale for clinical nurses. *Asian Nurs Res*. 8(4), 305-312. Doi: 10.1016/j.nepr.2014.06.004
- ILGAZ, A., 2022. Culturally Competent Nursing Approach and Health Literacy in Elderly Care. *Journal of Education and Research in Nursing*. 19(1), 133-137. DOI: 10.5152/jern.2022.69782
- IVANOVÁ, K., et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- JEFFREYS, M. R., 2000. Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool: A synthesis of findings. *Journal of Transcultural Nursing*. 11(2), 127-136. <https://doi.org/10.1177/104365960001100207>
- JEFFREYS, M. R., SMODLAKA, I., 1998. Exploring the factorial composition of the transcultural self-efficacy tool. *International Journal of Nursing Studies*. 35(4), 217-225. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(98\)00034-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(98)00034-0)
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 77s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KARABUDAK, S. S., et al., 2013. Giger and Davidhizar's transcultural assessment model: A case study in Turkey. *Health Science Journal*. 7(3), 342-345. E-ISSN:1791-809x

KASPAR, H., REDDY, S. 2017. Spaces of connectivity: The formation of medical travel destinations in Delhi National Capital Region (India). *Asia Pacific Viewpoint*. 58(2), 228-241. <https://doi.org/10.1111/apv.12159>

KERSEY-MATUSIAK, G., 2019. *Delivering Culturally Competent Nursing Care: Working With Diverse and Vulnerable Populations*. Second Edition. 325 s., ISBN: 978-0-8261-3727-2

KHEZERLOO, S., MOKHTARI, J., 2016. Cultural competency in nursing education: a review article. 8(6), 11-21. ISSN: 2008-3041

KIM, E. Y., et al., 2006. Factors influencing use of home care and nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 511-517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03839.x

KLÍMOVÁ, M., ROKOSOVÁ, L., 2017. The economic consequences of the contemporary European migration crisis on the Czech Republic. *Kontakt*. 19(4), 253-262. doi: 10.1016/j.kontakt.2017.09.011

KLINGER, C., et al., 2018. Migration, health, and ethics. *Bioethics*. 32(6), 330–333. doi:10.1111/bioe.12473

KOK, L., et al., 2015. Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European journal of health economics*. 16(2), 119-131. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>

KOLECK, B., 2007. Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. *Pflege & Gesellschaft*. 12(3), 263-275. ISSN: 1430-9653

Koncepce domácí péče, 2020 [online]. MZČR [cit. 2021-10-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

Koncepce ošetrovatelství, 2021[online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online, cit. 2022-03-11]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf

- KUNST, J. R., et al., 2021. Who adopts the culture of ethnic minority groups? A personality perspective on majority-group members' acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*. 81, 20-28. doi.org/10.1016/j.ijintrel.2021.01.001
- KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1 vydání. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- LARSEN, R., et al., 2021 Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: A descriptive qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*. 32(4), 310-317. doi.org/10.1177/1043659620920693
- LEININGER, M. M., MCFARLAND, M. R., 2006. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. Boston, MA: Jones and Bartlett. 413 s. ISBN 0-7637-3437-3.
- LEININGER, M., 2002. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*. 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- LIN, M. H., et al., 2019a. Developing and validationg the Nursing Cultural Competence Scale in Taiwan. *PLoS One*. 14(8). Doi: 10.1371/journal.pone.0220944
- LIN, M. H., et al., 2019b. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*. 45, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.11.001>
- LOFTIN, C., et al., 2013. Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2013/289101>

- MAŇHALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2016. Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovateľskej profesii. *Kontakt*. 18(2), 78-84. ISSN: 1804-7122
- MANIAGO, J. D., 2020. Culture, Health, and Nursing: An Overview. *South Asian Res J Nurs Health Care*. 2(3), 56-58. ISSN: 2664-8059
- MARKEY, K. a OKANTEY, C., 2019. Nurturing cultural competence in nurse education through a values-based learning approach. *Nurse education in practice*. 38, 153-156. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.011>
- MARKEY, K., et al., 2021. Cultural competence development: The importance of incorporating culturally responsive simulation in nurse education. *Nurse Education in Practice*. 52: 103021. doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103021
- MARZILLI, C., 2016. Assessment of cultural competence in Texas nursing faculty. *Nurse Education Today*. 45, 225-229. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.021>
- MCFARLAND, M. R., WEHBE-ALAMAH, H. B., 2018. *Leininger's transcultural nursing: concepts, theories, research, & practice*. Fourth edition. New York: McGraw-Hill Education. 466s. ISBN 978-0-07-184113-9.
- MCLENNAN, V., et al., 2016. Creating culturally safe vocational rehabilitation services for indigenous Australians: a brief review of the literature. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 22(2), 93-103. doi:10.1017/jrc.2016.8
- MEISEL, S., 2012. The Culture Shock of Thinking New Thoughts. *Organization Management Journal*. 9(2), 112-113. ISSN: 2152-719
- MELBY L., et al., 2018. „We tie up the loose ends“: Home care nursing in a changing health care landscape. *Global Qualitative Nursing Research*. 5. Doi.org/10.1177/2333393618816780
- MICHAELSON, V., et al., 2019. The history and promise of holism in health promotion. *Health promotion international*. 34(4), 824-832. doi: 10.1093/heapro/day03
- MILLER, J. E., et al., 2008. Transcultural Nursing Society position statement on human rights. *Journal of Transcultural Nursing*. 19(1), 5-7. Doi: 10.1177/1043659607309147

- MILLER, S., 2009. Cultural humility is the first step to becoming global care providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 38(1), 92-93. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00311.x>
- NAPHOLZ, L., 1999. A comparison of self-reported cultural competency skills among two groups of nursing students: Implications for nursing education. *Journal of Nursing Education*. 38(2), 81-83. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19990201-09>
- NEAL-BOYLAN, L., et al., 2012. Meredith Wallace. Nurse practitioners in home health care: An update. *Home Health Care Management & Practice*. 24(4), 193-197. doi.org/10.1177/1084822312436682
- OBERG, K., 1960. Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical anthropology*. 4, 177-182. doi:[10.1177/009182966000700405](https://doi.org/10.1177/009182966000700405)
- OIKARAINEN, A., et al., 2019. Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International journal of nursing studies*. 98, 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.005>
- PACHECO, E. M., 2020. Culture learning theory and globalization: Reconceptualizing culture shock for modern cross-cultural sojourners. *New Ideas in Psychology*. 58, 100801. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100801>
- PAPADOPOULOS, I., 2006. *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 351s. ISBN 0-443-10131-0.
- PATESTOS, C., et al., 2019. Incorporating holism in nursing education through the Integrative Student Growth Model (ISGM). *Applied nursing research: ANR*. 49, 86-90. ISSN 1532-8201
- PAUL VICTOR, C. G., TRESCHUK, J. V., 2020. Critical literature review on the definition clarity of the concept of faith, religion, and spirituality. *Journal of Holistic Nursing*. 38(1), 107-113. doi.org/10.1177/0898010119895368
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. 149 s. ISBN 80-247-1211-3.

- PERNG, S. J., WATSON, R., 2012. Construct validation of the nurse cultural competence scale: A hierarchy of abilities. *Journal of clinical nursing*. 21(11-12), 1678-1684. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x>
- PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2008 [online]. *What is health?*. [cit. 2021-10-28]. Dostupné z: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach/what-is-health.ht>
- PURNELL, L. D., FENKL, E. A., 2019. *Handbook for culturally competent care*. Cham: Springer. 353s. ISBN 978-3-030-21945-1.
- PURNELL, L., 2002. The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing*. 13(3), 193-196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- PURNELL, L., 2016. Are we really measuring cultural competence?. *Nursing Science Quarterly*. 29(2), 124-127. <https://doi.org/10.1177/0894318416630100>
- RAIGAL-ARAN, L., et al., 2019. The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S): Transcultural validation study and proposed refinement. *Nurse Education Today*. 72, 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.011>
- RANTANEN, T., et al., 2018. The adoption of care robots in home care—A survey on the attitudes of Finnish home care personnel. *Journal of clinical nursing*. 27(9-10), 1846-1859. <https://doi.org/10.1111/jocn.14355>
- RICE, R., 2006. *Home care nursing practice: concepts and application*. Elsevier Health Sciences. 585 s. ISBN: 978-0323030724
- SACCHI, C., 2022. Protection of perinatal mental health during the war in Ukraine. *The Lancet Regional Health—Europe*. 15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100362>
- SAGAR, P. L., 2014. *Transcultural nursing education strategies*. New York: Springer Publishing Company. 423 s. ISBN 978-0-8261-9593-7.

- SHARIFI, N., et al., 2019. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International journal of nursing studies*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- SCHIM, S. M., et al., 2003. Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement*. 11(1), 29-40. Doi: 10.1891/jnum.11.1.29.52062
- SCHIM, S. M., et al., 2005. Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *Journal of nursing scholarship*. 37(4), 354-360. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00061.x>
- SKOTT, C., LUNDGREN, S..M., 2009. Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nursing inquiry*. 16(3), 223-231. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00454.x>
- SMITH, C. B., et al., 2022. Cultural Competence, Safety, Humility, and Dexterity in Surgery. *Current Surgery Reports*. 10, 1-7. doi.org/10.1007/s40137-021-00306-5
- STRANDÅS, M., BONDAS, T., 2018. The nurse–patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*. 74(1), 11-22. doi.org/10.1111/jan.13389
- ŠPIRUDOVÁ, L., et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- TOSUN, B., SINAN, Ö., 2020. Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. *Nurse Education Today*. 85(104294). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104294>
- TÓTHOVÁ, V., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
- TÓTHOVÁ, V., et al., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 278 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
- TRIANAFILLOU, J. et al., 2010. Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Project Interlinks [online]. Athesn/Vienna:

Interlinks [cit. 2020-02-05]. Dostupné z:
[file:///C:/Users/lukys/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lukys/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010%20(1).pdf)

TRUONG, M., et al., 2014. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC health services research*. 14(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>

ULUTASDEMIR, N., 2018. *Nursing*. IntechOpen. 90 s. ISBN: 978-1-83881-590-5

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). *Operational data Portal. Ukraine refugee situation*. [online, cit. 2022-04-21] Dostupné z: <http://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>

ÚZIS, 2020 [online]. *ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2019 NZIS REPORT č. K/31 (08/2020)* [cit. 2021-10-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008341/nzis-rep-2020-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2019.pdf>

WOLFF, J. L., et al., 2009. Optimizing Patient and Family Involvement in Geriatric Home Care. *Journal for Healthcare Quality*. 31(2), 24-33. doi. 10.1111/j.1945-1474.2009.00016.x

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. [online, cit. 2022-03-11] Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

YOUNG, S., GUO, K. L., 2016. Cultural diversity training: the necessity of cultural competence for health care providers and in nursing practice. *The health care manager*. 35(2), 94-102. doi: 10.1097/HCM.0000000000000100

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Zákon č. 201/2017 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k

výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>)

Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>)

Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ZARZYCKA, D., et al., 2020. Nurse Cultural Competence-cultural adaptation and validation of the Polish version of the Nurse Cultural Competence Scale and preliminary research results. *PloS one*. 15(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240884>

Zdraví 2030, strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, 2020 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online, cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

9 Seznam zkratek

ADP – agentura domácí péče

CCA – Cultural Competence Assessment

CSES – Cultural Self-Efficacy Scale

ČR – Česká republika

ČSR – Československé republiky

ECSAI – Ethnic Competency Skills Assessment Instrument

IAPCC – Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence

IAPCC-R – Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals Revised

IAPCC-SV – Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence – student version

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCCS – Nurse Cultural Competence Scale

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

PHCP-CCS – Primary Health Care Professionals' Cultural Competency Scale

PICC – periferně implantovaná kanyla končící v centrálním řečišti

TK – tlak krve

TSET – Transcultural Self-Efficacy Tool

UNHCR – The UN Refugee Agency

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ZSF JU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

10 Přílohy

Příloha 1 – Základní pojmy vážící se ke kulturním kompetencím

Příloha 2 – Grafické znázornění modelu M. Leiningerové

Příloha 3 – Grafické znázornění modelu Gigerové a Davidhizarové

Příloha 4 – Grafické znázornění modelu L. Purnella

Příloha 5 – Grafické znázornění modelu Campinhy-Bacote

Příloha 6 – Grafické znázornění modelu Papadopoulos, Tilki a Taylor

Příloha 7 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 8 – Souhlas etickou komisí

Příloha 9 – Ukázka kódování částí přepsaného rozhovoru

10.1 Příloha 1 - Základní pojmy vážící se ke kulturním kompetencím

Brascoupé a Walters (2009) definují *kulturní bezpečí* jako koncept, který zahrnuje prvky kulturního povědomí, kulturní citlivosti a kulturní kompetence. Eriksson a Eriksson (2017) uvádějí, že *kulturní povědomí* v podstatě uznává, že mezi jednotlivými kulturami existují rozdíly. Darroch et al. (2017) uvádí, že *kulturní citlivost* staví na uznání odlišnosti kulturního povědomí s přidáním požadavku respektu k jiným kulturám. Kersey-Matusiak (2019) popisují, že kulturní citlivost souvisí více s postoji a neříká věci, které by mohly být urážlivé pro někoho z odlišného kulturního nebo etnického prostředí. Darroch et al. (2017) dodává, že kulturní kompetence se liší od kulturního povědomí a citlivosti tím, že jde nad rámec uznání kultury druhého, a povzbuzuje poskytovatele zdravotní péče a výzkumníky, aby zkoumali své vlastní postavení, hodnoty, moc a kulturu.

Kulturní pokora je definována jako mezilidský postoj, který je orientovaný spíše na jiné než na sebe, charakterizovaný respektem a nedostatkem nadřazenosti vůči kulturnímu zázemí a zkušenostem jednotlivce (Hook et al., 2013). Miller (2009) dodává, že cílem kulturní pokory není ovládnout jinou kulturu, ale jde spíše o kontinuální proces sebereflexe a sebekritiky, který otevřeně řeší mocenské nerovnosti mezi poskytovateli a klienty. Kulturní pokora je aktivním procesem, trvalým způsobem života ve světě a ve

vztazích s druhými a se sebou samým. McLennan et al. (2016) uvádí, že od zdravotníků pracujících s kulturní pokorou se očekává, že budou od svých klientů vyhledávat znalosti o jejich kulturních a strukturálních vlivech spíše, než aby předpokládali porozumění nebo odborné znalosti o kultuře mimo jejich vlastní kulturu.

Kultura byla vždy součástí výbavy lidského druhu (Ivanová et al., 2005). Pojem kultura se využívá v různých naprosto odlišných významech a nebývá definován jednoznačně (Kutnohorská, 2013). Na kulturu lze nahlížet jako na soubor sdílených charakteristik, které zahrnují naučené vzorce myšlení, chování, komunikace, přesvědčení a instituce rasových, náboženských, etnických, jazykových i sociálních skupin (Young a Guo, 2016). To potvrzuje i Kutnohorská (2013), která uvádí, že každá kultura má svou specifickou víru, hodnoty, zvyky, způsoby a léčby a péče, které je potřeba zjistit, pochopit a využívat při poskytování péče lidem z odlišného kulturního prostředí.

Kultura je něco, co je přenášeno v čase i prostoru, a kulturní rozmanitost je neodmyslitelnou součástí lidského života a vyplývá z ní také rozmanitost v čase, kdy kultury přetrvávají a zároveň se mění a vyvíjejí v čase, a jsou někdy očím svých nositelů neviditelné, ale naopak někdy je na ni kladen ten nejsilnější důraz (Kutnohorská, 2013). Kulturní rozmanitost je sama o sobě etnocentrickým pojmem, protože se zaměřuje na to, jak odlišný je ten druhý ode mě, spíše než jak odlišný jsem od druhého (Andrews a Boyle, 2003).

Někteří autoři přirovnávají kulturu k cibuli, kdy každá slupka má svůj význam. Zevní vrstva tzv. „kulturní cibule“ reprezentuje produkty kultury, jako jsou například řeč, strava, oblečení a architektura. Všechny součásti této vrstvy jsou na první pohled viditelné a vnímatelné. Střední vrstvu „kulturní cibule“ představují normy a hodnoty, které se odhalují pomaleji a teprve v bližším kontaktu s danou kulturou. Spadají do ní jisté normy a hodnoty, co je správné a co špatné, dobré a zlé. Obsahují to, čeho si člověk všimne, když se pohybuje v ulicích jiné kultury. Například jsou to jiná pravidla silničního provozu, odlišná gesta, které se běžně využívají, rituály pozdravu jako jsou stisk ruky, polibek, políbení ruky, úklon a jiná témata společenských rozhovorů. Vnitřní vrstvu kulturní cibule tvoří základní hodnoty a otázky existence. Kupříkladu jí představují stereotypy, archetypy, základní pravdy o životě, ale obsahují i oblast právních systémů a sociálních opatření. Jednotlivé vrstvy „kulturní cibule“ jsou odlišné v každé kultuře a jádro kultury je pro cizince těžko rozpoznatelné a k proniknutí do něj

je potřeba dlouhého a úzkého styku se zkoumanou kulturou (Ivanová et al., 2005; Kutnohorská, 2013).

Kutnohorská (2013) představuje kulturu jako ledovec, kdy jeho viditelná špička ledovce představuje symboly, hrdiny a rituály dané kultury. Ale podstatná část ledovce, která symbolizuje hodnoty a normy, je před námi skryta pod hladinou (Kutnohorská, 2013).

Subkultura je pojem, který úzce souvisí s kulturou, ale odkazuje na podskupiny, které se určitým způsobem odchyľují od dominantní kultury v hodnotách, přesvědčcích, normách, morálních kodexech a způsobech života s některými charakteristickými rysy, které charakterizují jejich jedinečný způsob života (McFurland a Wehbe-Alamah, 2018). Jelikož žádná kultura v současnosti neutváří jednotný celek, bývá uvnitř rozdělena do celé řady subkultur, a tak se tento pojem využívá k označení dílčí kategorie uvnitř širší kultury (Kutnohorská, 2013).

Z důvodu zvýšeného pohybu lidí po celém světě a lepších možnostech cestování mezi státy a kontinenty je stále více lidí konfrontováno s *kulturním šokem* (Furnham et al., 2019). Kulturní šok lze vnímat jako akutní stresovou situaci, která se dotkne každého, kdo se ocitá v novém neznámém prostředí (Kutnohorská, 2013). Meisel (2012) vnímá kulturní šok jako ztrátu vlastní kultury, kdy znakem je přesunutí z jedné kultury do naprosto odlišné druhé kultury a resocializací v nové kultuře. Pro mnohé jedince je to bolestivé překvapení a zahrnuje dramatický nový směr myšlení.

Kulturní šok je provázen úzkostí, která je důsledkem ztráty všech známých znaků a symbolů společenského styku. Mezi tyto znaky patří obrovské množství způsobů, jak se orientujeme v situacích každodenního života. Je to například v situaci, kdy si podáváme ruku a co říci, když se setkáváme s lidmi, kdy a jak dávat rady, příkazy, jak nakupovat, kdy přijmout a kdy odmítnout pozvání. Jsou to ale i podněty jako slova, gesta, výrazy obličeje, zvyky nebo normy, které získáváme průběhu našeho dospívání a jsou součástí naší kultury (Oberg, 1960). Kutnohorská (2013) dodává, že jiné jsou i základní podmínky jako klimatické podmínky, strava, jazyk, rituály, zvyky a mentalita hostitelské populace.

Kulturní šok má čtyři na sebe navazující fáze. První etapa bývá nazývána jako „líbánky“, které je charakterizovaná fascinací novým a celkově příjemným zážitkem trvajícím od několika dní do šesti měsíců. Toto počáteční ponoření do nového prostředí

je jednotlivcem psychologicky romantizováno, ale nakonec dochází k přechodu do agresivního stavu. Tento stav je druhou fází kulturního šoku a jedinec se zde začíná chovat nepřátelsky vůči svému hostitelskému prostředí. Postupem času jedinec může přejít do třetí fáze akulturace nebo přijetí svého hostitelského prostředí, než nakonec zažije úplné přizpůsobení a autonomii, což je považováno za čtvrtou fázi. Avšak je důležité připomenout, že myšlenka úplného přizpůsobení neznamena říci, že jedinec prošel úplnou transformací identity a nyní se identifikuje jako místní, ale místo toho se předpokládá, že jedinec již nepocítuje úzkost a sociální nepohodlí pouhou existencí v hostitelském prostředí (Oberg, 1960; Pacheco, 2020). Kutnohorská (2013) dodává, že při návratu domů je prožívána opětovná fáze kulturního šoku.

Existují faktory, které ovlivňují akutnost, chronicitu a závažnost šoku, včetně stupně kontroly, kterou mají cestovatelé. Jsou to například interpersonální faktory, jako věk, vzhled, osobnost a jazykové dovednosti. Dále to jsou biologické faktory, lékařská péče, omezení, interpersonální faktory jako sociální péče, finance. To jsou časoprostorové faktory, mezi které patří místo návštěvy a strávený čas a v neposlední řadě politické napětí, meteorologické a seismologické faktory (Furnaham et al., 2019).

Kulturní šok má i své negativní aspekty. Nejčastěji jsou uváděny napětí v důsledku nezbytné psychologické adaptace, pocity ztráty a pocity deprivace ve vztahu k přátelům, společenskému postavení, povolání a majetku. Také odmítnutí přátel z nové kultury, zmatek v roli, hodnotách, pocitech a sebeidentitě. Dále překvapení, úzkost, dokonce i odpor a rozhořčení z poznatků o kulturních rozdílech a pocity bezmocnosti kvůli neschopnosti vyrovnat se s novým prostředím (Kutnohorská, 2013).

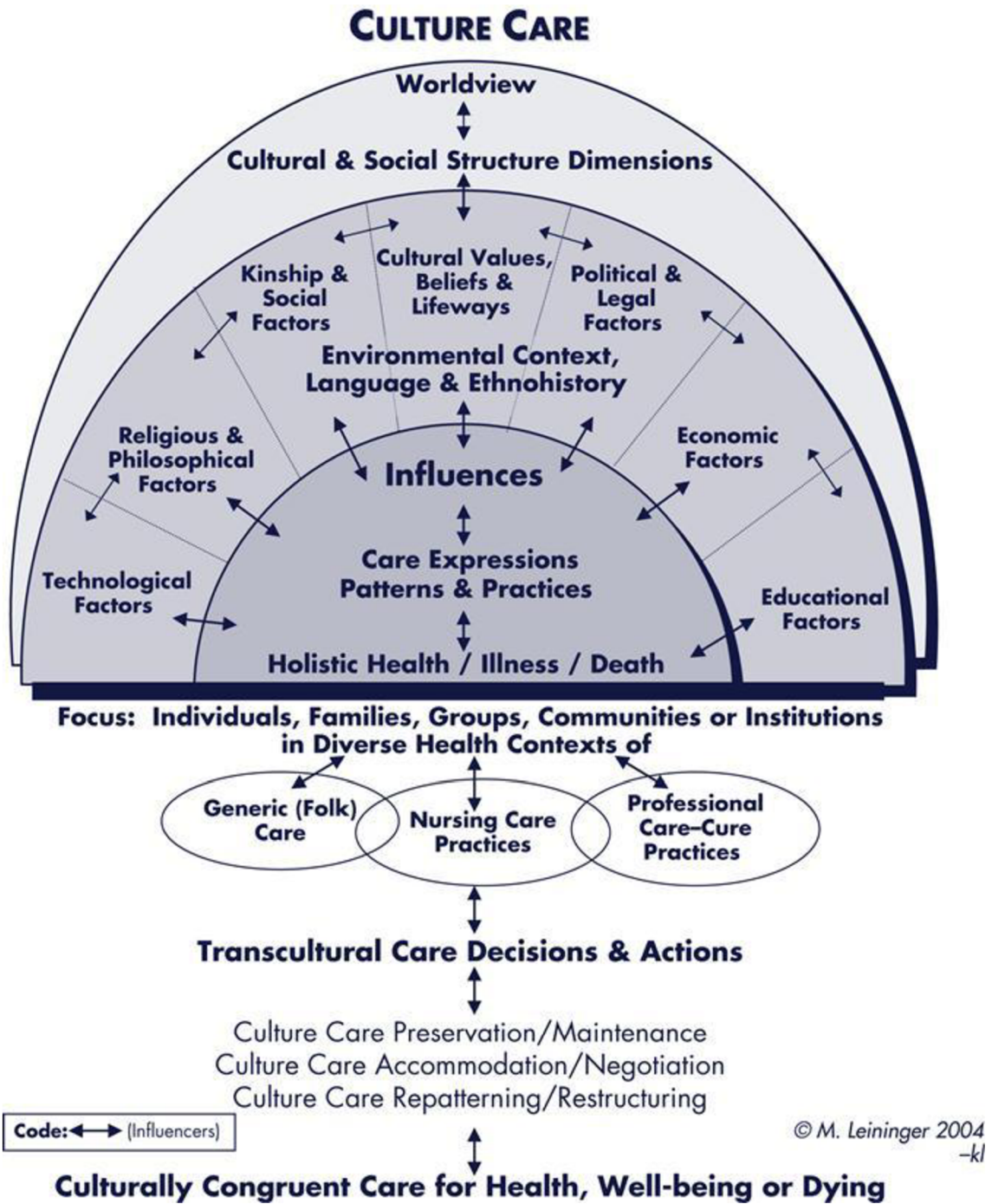
Multikulturalita je fenomén, který je součástí naší kultury a je součástí globalizace světa (Kutnohorská, 2013). Multikulturalismus je v podstatě potřeba rovného uznávání všech lidí a jejich kultur. Toto je dáno výrazem základní a hluboké univerzální lidské potřeby bezpodmínečného přijetí (Ivanová et al., 2005). Ideálem multikulturality je souhra kultur včetně zvyků, chování, tradic, rituálů, aby příslušníci odlišných národů, národností žili ve vzájemné toleranci. Zároveň díky tomuto platí, že kultura, která je v interakci s jinou se rychleji vyvíjí, protože spolu soutěžily a byly nuceny se proti sobě vymezovat, neboť každá kultura může něco nabídnout a má prostor něco přijmout. V rámci této mezikulturní konfrontace docházelo a dochází k výměně znalostí,

poznávání jiných tradic, zvyků, hierarchie hodnot. Naopak kultura, která žije v izolaci, stagnuje (Kutnohorská, 2013)

Multikulturní společnost je utvářena přítomností různých etnických, sociálních a náboženských podskupin. Avšak tyto podskupiny bývají spíše pasivně tolerovány než ceněny a rovnoprávně akceptovány. Multikulturní znamená mnohokulturní, neboli respektování více kultur, kulturních tradic a způsobu života v určitém prostoru. Jestliže má být cílem multikulturních přístupů poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní je důležité poznávat a respektovat jiná etnika (Kutnohorská, 2013).

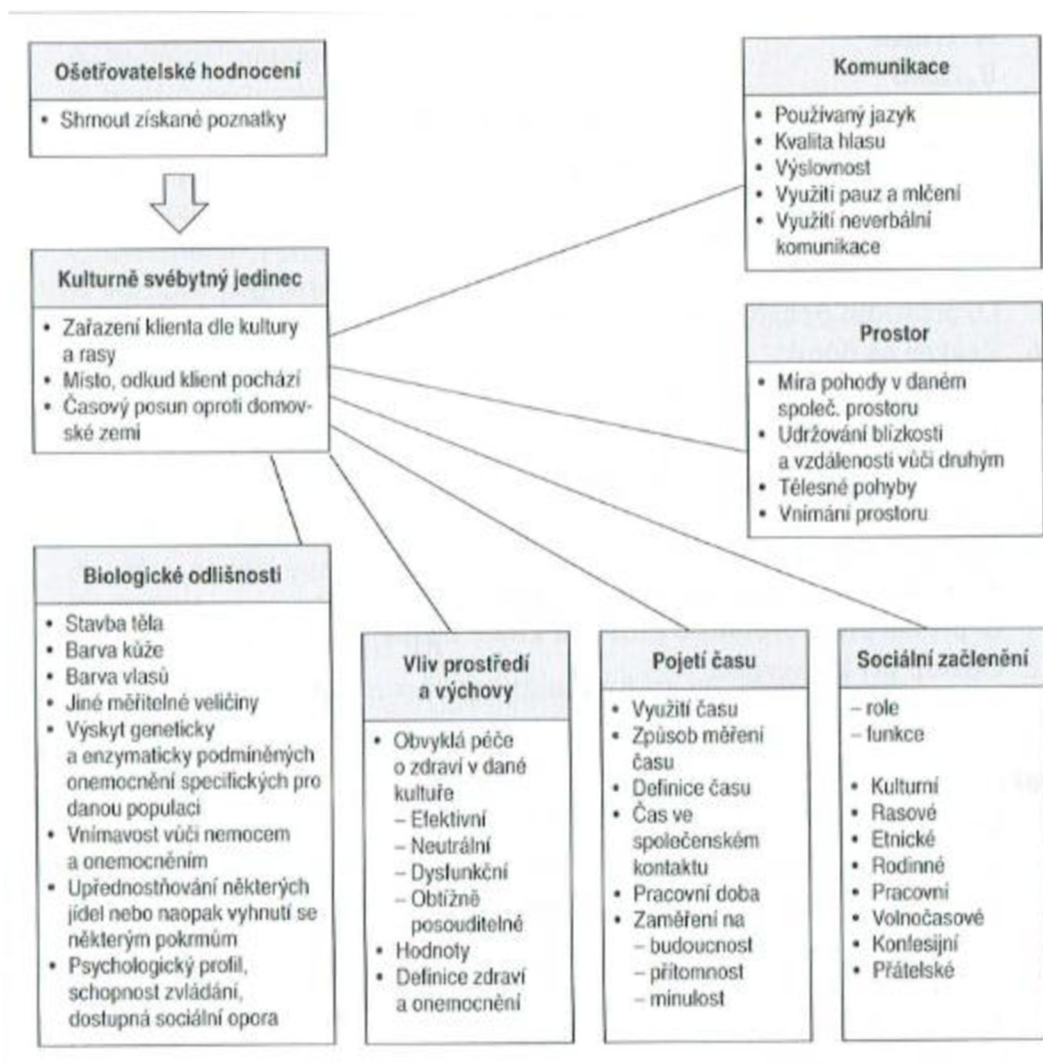
Koncept transkulturalismu nestaví do středu pozornosti kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a minoritními skupinami (Ivanová et al., 2005). Kutnohorská (2013) dodává, že předpona trans vyjadřuje přesahování, překročení nějaké meze, pronikání něčím, ale i směřování z jedné strany na druhou.

10.2 Příloha 2 - Grafické znázornění modelu M. Leiningerové

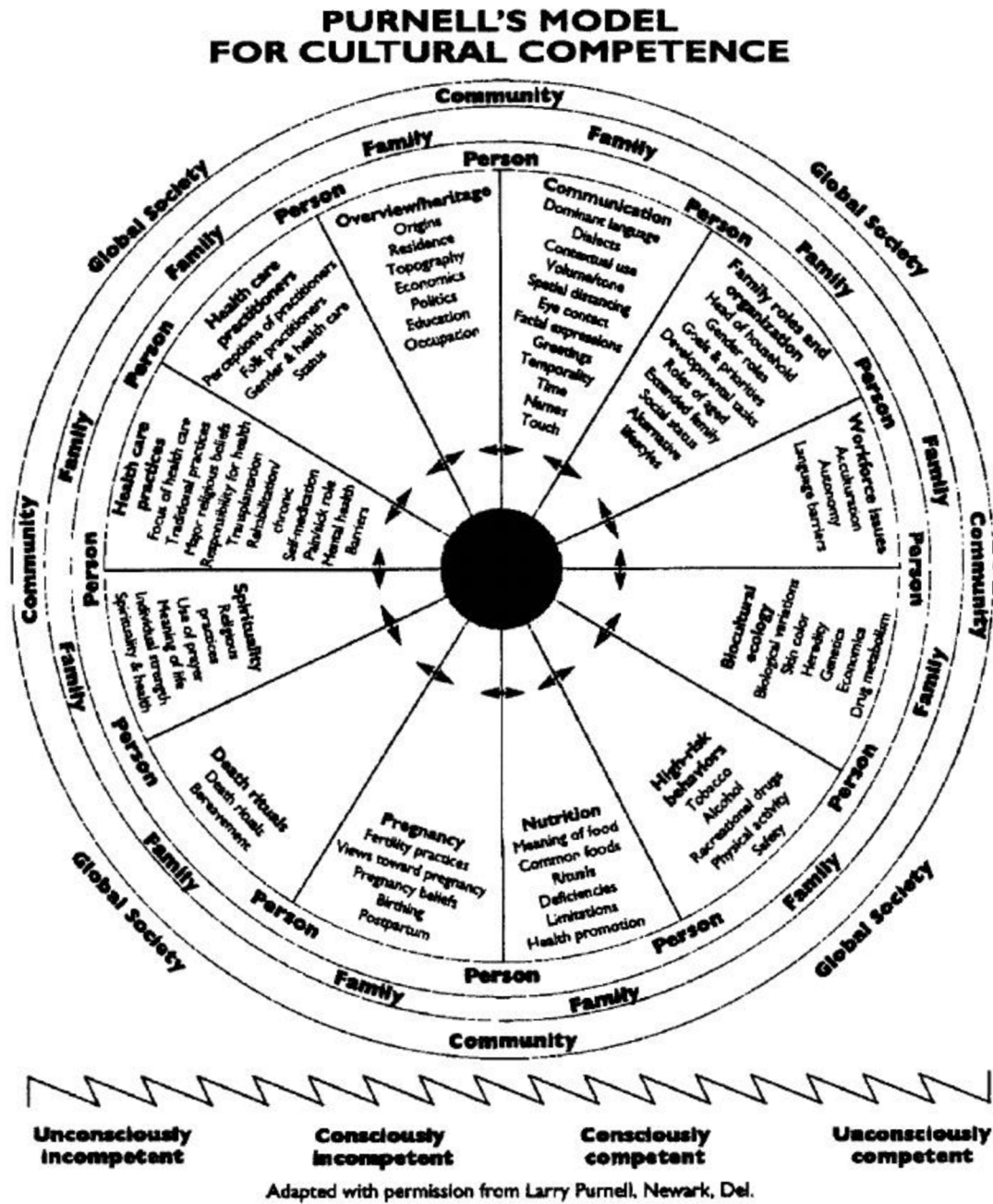


Dostupné z: <https://nursekey.com/leiningers-theory-of-culture-care-diversity-and-universality-in-nursing-practice/>

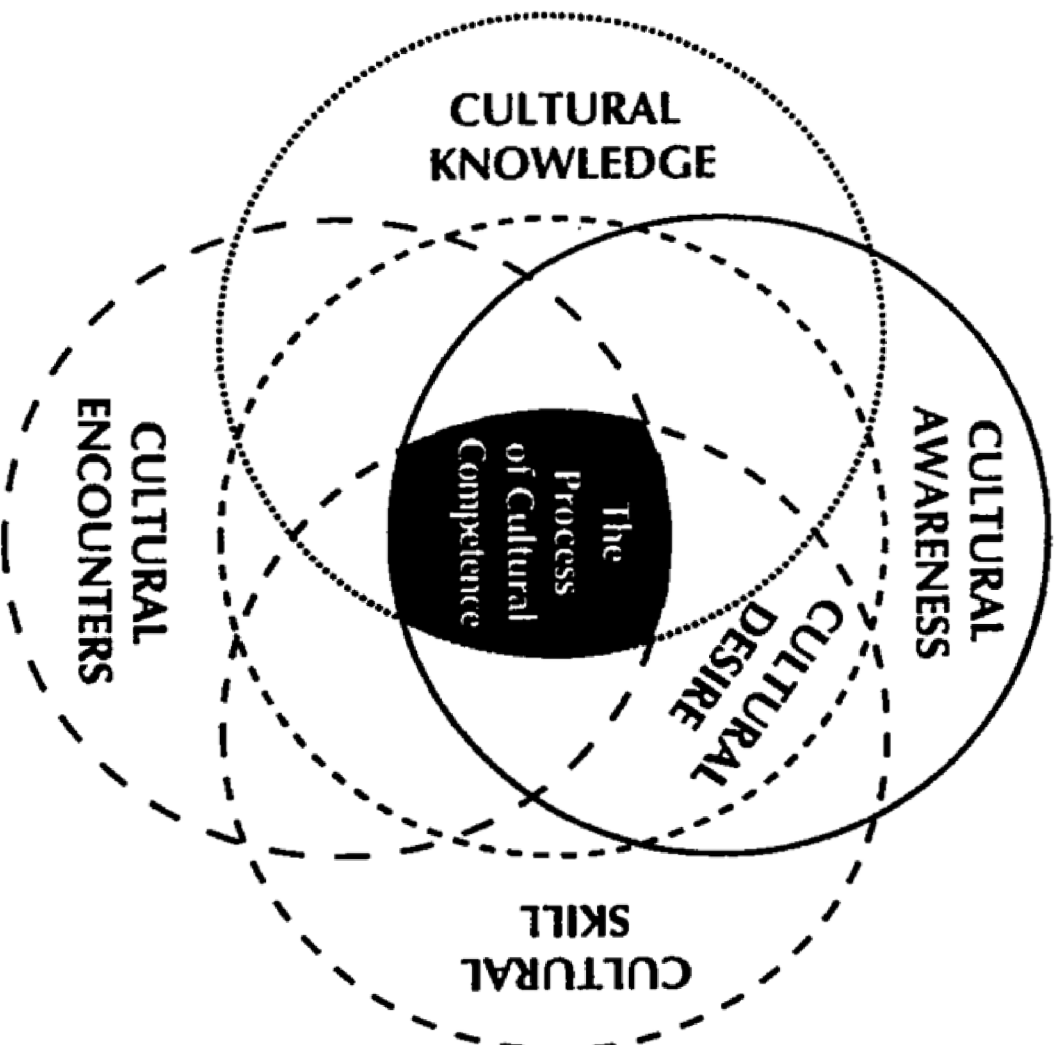
10.3 Příloha 3 - Grafické znázornění modelu Gigerové a Davidhizarové



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, s. 55. ISBN 80-247-1213-X.



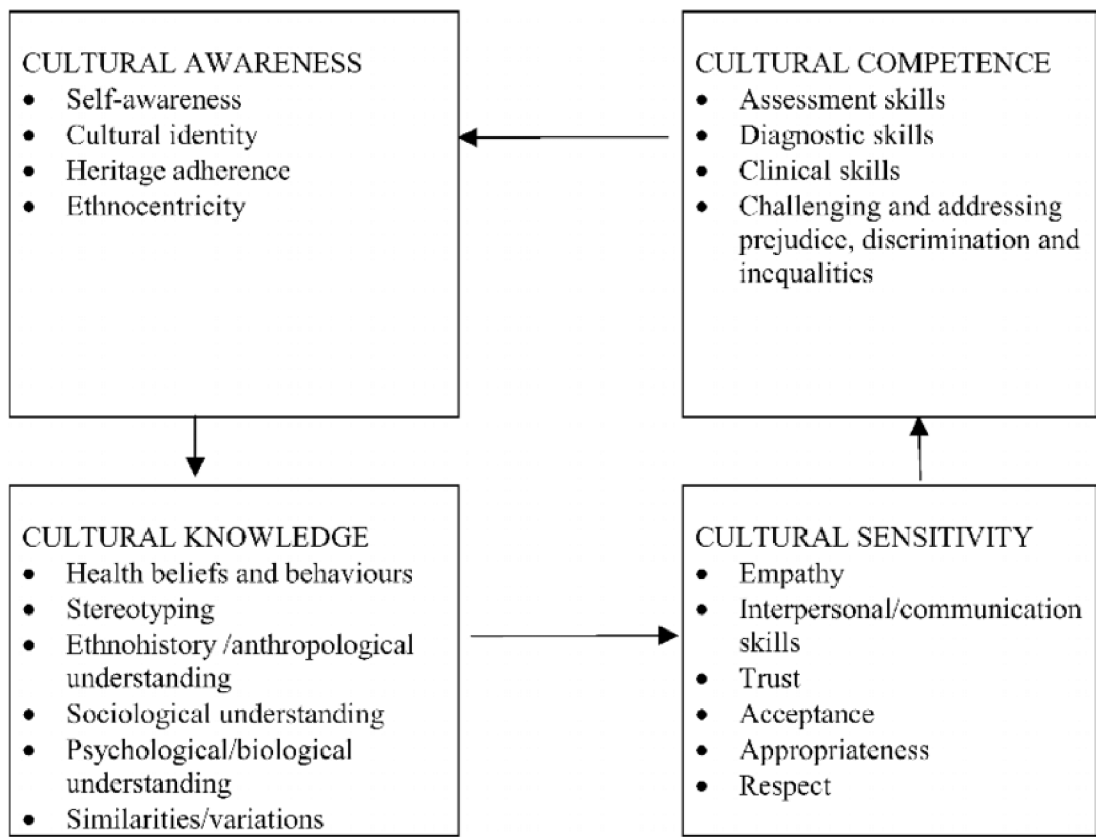
Dostupné z: <https://dokumen.tips/documents/the-purnell-model-for-cultural-competence1.html>



Dostupné z: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/fj.2048-](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/fj.2048-7940.2001.tb02201.x?saml_referrer=)

[7940.2001.tb02201.x?saml_referrer=](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/fj.2048-7940.2001.tb02201.x?saml_referrer=)

10.6 Příloha 6 – Grafické znázornění modelu Papadopoulos, Tilki a Taylor



Dostupné z: https://www.researchgate.net/figure/The-Papadopoulos-Tilki-and-Taylor-model-for-developing-cultural-competence_fig1_344166859

10.7 Příloha 7 – Polostrukturovaný rozhovor

1. Věk – Kolik Vám je let?

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Jak probíhalo vaše vzdělávání?
- b. Kdy jste v rámci vašeho vzdělávání slyšela o multikulturním vzdělávání? Slyšela jste někdy o něm? (Jaké bylo vaše vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství během vašeho studia?)
 - i. Jakým způsobem jste získala teoretické znalosti o multikulturním ošetrovatelství?
- c. Máte nějaké speciální vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství? Jaké? (Mám na mysli například kurzy, semináře, přednášky, celoživotní vzdělání ...)
- d. Máte nějaké speciální vzdělání, kurzy v oblasti poskytování domácí péče? Jaké?
- e. Co jste se v rámci studia o multikulturním ošetrovatelství dozvěděli? Byly informace, které vám chyběli pro praxi? Co vám naopak pro praxi pomohlo?
- f. Absolvovali jste někdy přednášku, která se zaměřovala na kulturu všeobecně? (Nemusí být vyloženě ve vztahu k ošetrovatelství, nebo četla jste nějakou knížku ...)

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? Jaká je celková délka Vaší praxe?

- a. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?
- b. V jakých dalších zdravotnických zařízeních jste pracovala?

4. Co podle vás znamená pojem kultura, náboženství, etnická skupina, minoritní a majoritní skupina? Mají podle vás tyto pojmy něco společného, případně co?

- a. Popište mi, co pro vás znamená pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství? Na co se podle vás zaměřuje transkulturní ošetrovatelství?
- b. Popište mi, co pro vás znamená pojem kulturní kompetence? Jak tento pojem vnímáte?

5. Zamýšleli jste se někdy nad svými kulturními kompetencemi?

- a. Řekněte mi prosím, jak hodnotíte své kulturní kompetence?

- b. Jaké oblasti vašich kulturních kompetenci vnímáte jako silné stránky? (Proč, to tak vnímáte? Naopak jaké stránky vašich kulturních kompetencí vnímáte jako slabší? (Proč tomu tak podle vás je?))
- c. Co pro vás znamená kulturně kompetentní péče a jak by podle vás měla vypadat?
- d. Co vnímáte jako kulturní odlišnost? (Klidně mi dejte nějaký příklad)
- e. Co berete jako přijatelnou kulturní odlišnost u pacienta a jeho rodiny (případně v jeho domácím prostředí)? Co je podle vás už nepřijatelné? S jakou kulturní odlišností se vám špatně pracuje? (Proč to tak podle vás může být?) S jakou kulturní odlišností se vám pracuje naopak dobře?

6. Jaké jsou Vaše zkušenosti s péčí o klienty z jiné minoritní skupiny, než je ta vaše?

- a. Setkáváte se při své práci s klienty z jiné minoritní skupiny, než je ta vaše?
- b. S jakými etnickými skupinami se setkáváte?
- c. S kterou z těchto skupin se setkáváte nejčastěji?
- d. Máte zkušenosti s pacienty z jiné kultury i z práce na lůžkových odděleních? Můžete tyto zkušenosti porovnat s prací v ADP? V čem je péče o takového pacienta v nemocnici odlišná oproti péči v ADP?
- e. Jaké máte zkušenosti s rodinou pacienta z lůžkové péče oproti ADP? Pozorujete rozdíly v chování rodiny? Jaké to jsou?

7. Představte si, že jdete na první návštěvu ke klientovi z jiné etnické skupiny než je ta vaše ...

- a. Popište mi, jak se na tuto návštěvu budete připravovat? Na co budete myslet?
- b. Zjišťujete si informace o dané etnické skupině, kam jdete? Jak si tyto informace zjišťujete?
- c. Jsou vaše očekávání odlišná od reality? Mění se vaše očekávání v průběhu návštěvy, podle toho jak se návštěva vyvíjí, dle toho v jakém prostředí se nacházíte?

8. Jak vás přijímali klienti jiných etnických skupin?

- a. Pozorujete rozdíly mezi jednotlivými etnickými skupinami nebo oproti majoritní skupině? Jaké rozdíly pozorujete?

- b. S jakými problémy/překážkami se při poskytování péče těmto klientům nejčastěji setkáváte? Jak tyto problémy řešíte?

9. Vnímáte překážky, které vám ztěžují práci s klienty z jiné etnické skupiny?

Jaké to jsou?

- a. Jak tyto překážky můžete ovlivnit?
- b. Pokud je nemůžete ovlivnit, proč si myslíte, že to tak je? Co byste potřebovala, abyste tyto překážky mohla ovlivnit?
- c. Setkala jste se někdy s tím, že by vás minoritní skupina přesvědčovala, ať přestoupíte na jejich víru? Jak jste tuto situaci řešila?

10. Pokud máte nějaké problémy v péči o klienta z minoritní skupiny, máte možnost se s někým poradit jak tuto situaci řešit? (např. kolegyně)

- a. S kým tyto problémy řešíte? Jaké máte možnosti?

11. Popište mi, jak vás přijala rodina klienta z jiné etnické skupiny?

- a. Jak s vámi rodina klienta spolupracovala?
- b. Pokud byly problémy s přijetím a spoluprací rodiny, jak jste tyto problémy řešila?
- c. Motivovala jste někdy rodinu ke spolupráci? Jak?
- d. Setkala jste se někdy s tím, že vás rodina klienta odmítla, z důvodu něčeho, co je ve vztahu ke kultuře? Jak toto odmítnutí probíhalo? Jak jste to subjektivně vnímala?
- e. Kdo je autoritou v jednotlivých etnických skupinách, se kterými se setkáváte? S kým jednáte a řešíte klientovi problémy (je to primárně klient nebo jiný člen rodiny)?
- f. Popište mi, jak se vám spolupracuje s někým z církve? (pokud například k pacientovi dochází i řádová sestra)
- g. Uzpůsobujete péči o klienta, když je tam přítomný rodinný příslušník?
 - i. Pozorujete u některé minoritní skupiny ostych pacienta před rodinou?
 - ii. Komunikuje s vámi někdy rodina tzv. „za rohem“? (např. Pacient se rodině svěří, že má bolesti, ale vám to neřekne. Řekne vám toto sdělení rodina mimo doslech pacienta)

12. Pozorujete odlišnosti v oblasti edukace pacienta z minoritní skupiny oproti majoritní?

- a. Jaké odlišnosti pozorujete nejčastěji?

- b. Jsou rozdíly v edukaci mezi klienty z různých minoritních skupin? Jsou nějaké minoritní skupiny hůře edukovatelné?
- c. Využíváte pro edukaci klienta nějaké edukační materiály (letáky ...)? Popište mi jaké s nimi máte zkušenosti? Rozumí všemu vaši klienti z odlišných etnických skupin?
- d. Využíváte u minoritní skupiny nějaké speciální postupy při edukaci? (např. je něco typického v oblasti edukace pro romy? ...)

13. Jakým způsobem si zjišťujete specifické požadavky na péči o tyto klienty?

14. V jakých činnostech nejčastěji pomáháte svým klientům z jiné etnické skupiny?

(Jaké úkony nejčastěji děláte u svých klientů odlišných etnických skupin)

- a. Jaké jsou rozdíly v realizaci těchto činností oproti majoritní skupině? (Je odlišná komunikace? Jak? Je odlišný průběh? Jak?)
- b. Jaké jsou rozdíly v realizaci těchto činností mezi minoritními skupinami?
- c. Zkuste mi porovnat, jaké činnosti provádíte, u různých etnických skupin se kterými se setkáváte? Jaké odlišnosti zde pozorujete?
- d. Popište mi, jaké pozorujete rituály, když jdete na návštěvu ke klientovi z jiné etnické skupiny? Mají minoritní skupiny odlišné rituály oproti majoritní skupině? Jaké to jsou?

15. Jak probíhá komunikace s klienty z odlišné etnické skupiny?

- a. Upřednostňujete verbální nebo neverbální komunikaci? Jak reagují klienti na neverbální komunikaci?
- b. Měla jste někdy problémy v oblasti komunikace? Co děláte k překonání těchto problémů?

16. Jakým způsobem komunikujete s klienty mluvícími cizím jazykem?

- a. Jakými cizími jazyky mluvíte?
- b. Který z nich nejčastěji využíváte při práci?
- c. Účastníce se v rámci Vašeho zaměstnání školeních či vzdělávacích kurzů se zaměřením na zlepšení cizího jazyka?

17. Jaké pomůcky máte k dispozici v agentuře pro usnadnění komunikace s klienty z minoritní skupiny?

- a. Jaké nejčastěji využíváte?
- b. Jak často je využíváte?

- c. Zkuste mi popsat, jaké spatřujete výhody a nevýhody ve využití těchto pomůcek? (Jsou tyto pomůcky využitelné pro všechny klienty?)

18. Máte možnost ve svém zaměstnání využít tlumočnicka?

- a. Využíváte tlumočnicka při své práci s klienty?
- b. Je to tlumočnick „profesionál“ nebo rodinný příslušník pacienta? Pozorujete v tom rozdíl?
- c. Vnímáte využití tlumočnicka jako komunikační bariéru? Proč si myslíte, že to tak je?
- d. Popište mi, jaké pro vás bylo učít se spolupracovat s tlumočnickem?
- e. Proměnila se v průběhu let vaše spolupráce s tlumočnickem? Jak se tato spolupráce proměnila?
- f. Pokud jste nikdy tlumočnicka nevyužila. Měla jste někdy pocit, že kdyby byl tlumočnick k dispozici, tak byste ho využila?

19. Byly byste ochotni se v této oblasti dále vzdělávat?

- a. Myslíte si, že je vzdělání v této oblasti důležité a prospěšné? Proč si to myslíte?
- b. Jaký druh vzdělání (typ vzdělání) by se vám v této oblasti líbil?
- c. Účastníte se v rámci Vašeho zaměstnání školení či vzdělávacích kurzů se zaměřením na multikulturní ošetrovatelství?
- d. Jak vnímáte svoji práci v ADP z pohledu svého osobního profesního rozvoje a růstu? Pozorujete svůj osobní rozvoj v průběhu péče? Reagujete na nějaké situace jinak než dřív (je to způsobené získáním zkušeností)?
- e. Pozměnila byste nějak osnovy vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství?

20. Změnilo se za dobu vaší praxe nějak multikulturní ošetrovatelství?

21. Jak přijala majoritní skupina sestru z minoritní skupiny? (*Jen pro sestru z minoritní skupiny*)

22. Chtěla byste ještě něco doplnit?

- a. Jaké pro vás bylo, když jste pročítala dotazník?
- b. Byly vám nějaké části dotazníku nesrozumitelné? Nebo nevyužitelné pro sestru z agentury domácí péče?

10.8 Příloha 8 – Souhlas etickou komisí



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Etická komise
Ethics Committee

VYJÁDRĚNÍ ETICKÉ KOMISE ZSF JU

Jméno navrhovatele: **prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.**

Název projektu: **Kulturní kompetence sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství**

Dne 19.10.2020 etická komise ZSF JU posoudila návrh projektu a po zvážení všech dostupných informací souhlasila s realizací navrženého projektu.

V Českých Budějovicích 19.10. 2020

doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.
předseda Etické komise ZSF JU

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
ETICKÁ KOMISE
(2)

10.9 Příloha 9 - Ukázka kódování části přepsaného rozhovoru

1. Většinou se jedná o **medikaci**, případně o **ošetřování** nějakých chronických ran, takže **přeazy** a tak dále
 - a. Je to stejný oproti Čechům
 - b. Realizace: je to na stejný, spíš jakoby říkám že je některé problémy, že bych potřebovala jeho spolupráci, ale nemám mu to pořádně jak **vysvětlit**. Co bych od něj jakoby teď potřebovala, spíš jakoby po té **jazykové stránce**, je tam nějaká ta **bariéra**
 - c. Rituály: vyloženě nějakéj **rituál** jsem nezažila je to o takovým tom přístupu k nám. Třeba zrovna ty ukrajinci/rusy, nemám pořádně odkud přesně je, tak ty nám prostě vždycky když tam přijdeme taky ta nám prostě vždycky nabízí bonbónky a musíme si vzít bonbónek. Třeba že to je pohled takovej nerudnej chlap, ale prostě si musíme vzít bonbónek
2. Určitě tam **bariéry** jsou, tam jako někteří odmítají doučit nějakým jakýmkoli způsobem **jazyk**, jak třeba že tady žijí roky a prostě si jenom jedou tu svojí a není a ni druhej, třetí **cizí jazyk** ve kterým bysme se společně **domluvily**, takže opravdu jenom někdy u někoho, odhaduji co se mi pacient snaž říct
3. Mluvím **anglicky, německy**, trochu se dorozumím i **ukrajinsky**, přinejmenším mu rozumím a chápu co po mě chtěj, **polštinu** taky docela dobře rozumím, nevím možná v nějakým dalším jazyce bych něco málo rozuměla