



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 intenzivní ošetrovatelské péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Balounová

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2022

.....
Bc. Lucie Balounová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí práce, prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., za vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi poskytla při psaní této diplomové práce. Poděkování patří také všem informantům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a podělili se se mnou o cenné zkušenosti.

Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči

Abstrakt

Cílem této diplomové práce, nesoucí název „Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči,“ je zmapovat úroveň kulturní kompetence v intenzivní ošetrovatelské péči. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky v následujícím znění: „Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v intenzivní ošetrovatelské péči?“ a „Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v intenzivní ošetrovatelské péči?“

Teoretická část práce se zabývá charakteristikou multikulturního ošetrovatelství, definuje základní pojmy, které jsou s tímto tématem spojeny, dále popisuje několik ošetrovatelských modelů spojených s multikulturním ošetrovatelstvím, zabývá se komunikací a specifiky vybraných minorit. V oblasti intenzivní péče je věnována kapitola charakteristice intenzivní péče a specifikům komunikace s pacienty v intenzivní péči.

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření, za použití techniky polostrukturovaných rozhovorů, pomocí kterých byla získávána data. Podkladem pro vedení rozhovoru bylo celkem třicet dva otázek a několik podotázek. Úvod rozhovoru tvořily tři otázky pro získání identifikačních údajů informantů. Poté následovalo dvacet devět otázek s celkem třinácti podotázkami. Ty byly zaměřeny na péči o pacienty minoritních kultur, specifika transkulturního ošetrovatelství v intenzivní péči, vzdělávání sester v této oblasti a celkové zkušenosti sester s transkulturním ošetrovatelstvím. V případě potřeby byl rozhovor rozšířen doplňujícími otázkami. Celý rozhovor byl koncipován tak, aby dokázal poskytnout odpovědi na naše výzkumné otázky, které byly předem stanoveny, a zároveň co nejlépe zmapoval zkušenosti sester v intenzivní péči s péčí o pacienty minoritních kultur. Výzkumný soubor byl tvořen deseti všeobecnými sestrami, které v době výzkumu pracovaly na odděleních intenzivní péče, a to buď anesteziologicko-resuscitačních odděleních, jednotkách intenzivní péče či odděleních intermediární péče. Jednotlivé rozhovory byly následně zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou barvení textu.

Výsledky výzkumného šetření jsou pro lepší přehlednost rozčleněny a prezentovány ve čtyřech kategoriích a deseti podkategoriích. Tyto kategorie přehledně

popisují zkušenosti a postoje sester. Výsledky práce poskytují celistvý pohled na transkulturní ošetrovatelství v intenzivní péči. Z výzkumného šetření vyplývá, že téma transkulturního ošetrovatelství se stává stále aktuálnější a je třeba klást důraz nejen na vzdělávání sester v této oblasti, ale také výuku cizích jazyků, neboť právě jazyková bariéra pro sestry představuje jednu z největších překážek.

Tato práce může sloužit jako vzdělávací materiál nejen pro studenty zdravotnických oborů, ale také pro sestry pracující v intenzivní péči. Samotné výsledky poukazují na nedostatky a problematické oblasti při poskytování kulturně kompetentní péče a mohou přispět k procesu zlepšení této skutečnosti.

Klíčová slova

Kulturní kompetence; intenzivní péče; transkulturní ošetrovatelství; všeobecná sestra; zkušenosti

Cultural competences of nurses in intensive nursing care

Abstract

The goal of this thesis with the name “Cultural Competence of Nurses in Intensive Nursing Care“ is to analyze the cultural competence of intensive nursing care. Based on this topic, two questions have been created: “What is the cultural competence of nurses in intensive nursing care“ and “Which cultural challenges do nurses face in intensive nursing care?“

The theoretical part of this thesis focuses on the characteristics of multicultural nursing care, defining basic concepts that are associated with this topic. It also describes various nursing care models about multicultural nursing care, along with communication and the challenges associated with specific minorities. There is also a chapter that focuses on the characteristics of intensive care and the specifics of communication with patients.

The empirical part of this thesis was written in a qualitative form, comprising of interviews that gathered data based on thirty-two questions and a few sub-questions. The introduction had three questions collecting personal information of the interviewees, then another twenty-nine questions followed with thirteen sub-questions that focused on the nursing care of patients of minority groups, the specifics of transcultural nursing care, educating nurses about this topic and how much experience did they have with this topic. If necessary, further questions were asked. The whole interview was done so that it would be able to provide answers to our study questions that were made ahead of time and to also provide a picture of how nurses handle intensive care in patients of minority groups. We asked a total of ten general nurses who at the time of this study worked in intensive care, either at a department of anesthesiology and resuscitation, intensive care department or intermediate care. The interviews were then processed with open code and coloring text.

In order to make the results of the study easier to understand, they have been divided and presented into four categories and ten subcategories. The categories clearly describe the experiences and thoughts of nurses. The results provide a holistic view on transcultural nursing care in intensive care. Based on this study, transcultural nursing care is becoming even more significant in today’s society and it is important to not just focus on the education of nurses regarding this topic, but also to teach foreign

languages, because language barriers are one of the most common obstacles nurses must face.

This work may serve as educational material not just for students of healthcare professions, but also for nurses working in intensive care. The results alone point to shortcomings and problems associated with providing a culturally competent care and may contribute to improving this specific topic.

Key words

Cultural competence; intensive care; transcultural nursing; general nurse; experience

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Multikulturní ošetrovatelství	11
1.1.1 Vymezení základních pojmů	11
1.1.2 Charakteristika multikulturního ošetrovatelství.....	14
1.1.3 Model Madeleine Leiningerové.....	17
1.1.4 Model Gigerové a Davidhizarové.....	19
1.1.5 Model Papadopoulos, Tilky a Taylor	22
1.1.6 Kulturní kompetence sester	23
1.1.7 Komunikace a transkulturní ošetrovatelství	25
1.1.8 Specifika ošetrovatelské péče vybraných minorit	28
1.2 Intenzivní ošetrovatelská péče	33
1.2.1 Charakteristika intenzivní ošetrovatelské péče.....	33
1.2.2 Komunikace v intenzivní péči	34
2 Cíl práce a výzkumné otázky	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 Metodika.....	39
3.1 Použité metody	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
4 Výsledky výzkumného šetření	41
4.1 Struktura výzkumného souboru	41
4.2 Kategorizace získaných dat.....	42
5 Diskuse.....	64
6 Závěr	71
7 Seznam literatury.....	73

8	Seznam zkratk.....	78
9	Seznam příloh.....	79

Úvod

Česká republika se stává místem, kde se setkává stále více národů a kultur. Nejen vlivem rostoucí migrace představuje Česká republika nový domov pro mnoho lidí ze zahraničí. Pro své krásy se zároveň stává cílovou destinací turistů z celého světa. Všichni tito lidé představují potenciální pacienty v českých nemocnicích. Právě proto se téma multikulturního, potažmo transkulturního ošetrovatelství a kulturně kompetentní péče stává stále aktuálnější, a to nejen na akademické půdě v rámci vzdělávání všeobecných sester, ale také v klinické praxi.

Intenzivní péče se vyznačuje svou neodkladností, pacienti v této péči jsou mnohdy v bezprostředním ohrožení života, kdy jsou zapotřebí okamžité intervence k záchraně života pacienta. I v případě stabilizace zdravotního stavu je však pacient stále kontinuálně monitorován, musí dodržovat velice striktní léčebný režim a ve většině případů je zcela upoután na lůžko. Pacientovi je poskytována vysoce specializovaná a časově velmi náročná ošetrovatelská péče. Cílem této práce je zmapovat, do jaké míry je v takovýchto podmínkách poskytována kulturně kompetentní péče a zda není potřeba kulturních specifík těchto pacientů zcela zastíněna potřebou navrátit zdraví.

Mnohé sestry, a to nejen v intenzivní ošetrovatelské péči, si zcela neuvědomují důležitost kulturně kompetentní péče. V rámci vzdělávání sester se jedná o poměrně novou problematiku, která je pro mnohé sestry, které působí v klinické praxi několik desítek let, zcela neznámá.

Téma své diplomové práce s názvem „Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči“ jsem si zvolila na základě mé zahraniční stáže v Thajsku, kde jsem zažila poskytování péče z pohledu zcela odlišné, minoritní kultury. Na základě této zkušenosti jsem si začala uvědomovat, jak pro nás zcela běžné věci mohou pacientům odlišné kultury připadat zvláštní a někdy až nelogické. V souvislosti s touto zkušeností mě zároveň začalo zajímat, jakým způsobem je kultura pacienta zohledňována v podmínkách intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že se jedná o nepříliš prozkoumané téma, domnívám se, že tento výzkum by mohl přinést cenné podněty pro zlepšení transkulturního ošetrovatelství v intenzivní ošetrovatelské péči.

1 Současný stav

1.1 *Multikulturální ošetřovatelství*

1.1.1 *Vymezení základních pojmů*

Multikulturalismus

Pod pojmem multikulturalismus se skrývá myšlenkový, politický a kulturní směr, jež udává, že kulturně odlišné skupiny mohou existovat společně v jednom demokratickém státě (Ptáček et al., 2014). Jedná se o ideál harmonického soužití skupin rozdílných kultur a etnika v pluralitní společnosti (Kutnohorská, 2013). Toto soužití může zároveň přispívat k pozitivnímu rozvoji nejen státu, ale také společnosti, za předpokladu správného postoje společnosti k minoritám (Ptáček et al., 2014). Mezikulturní setkání znamená mimo jiné příležitost k obohacení znalostí a poznání odlišných tradic, zvyků a hodnot (Kutnohorská, 2013). V současné době již nemusíme ani překročit hranice své rodné vlasti, abychom se setkali s interkulturním prostředím. To s sebou ale přináší také mnohá nedorozumění plynoucí z nedostatečné znalosti odlišných kultur (Čeněk et al., 2016). Cílem multikulturality je právě soulad kultur i s jejich zvyky, chováním, tradicemi a rituály, což vede k životu ve vzájemné toleranci (Kutnohorská, 2013).

Kultura

Kultura zasahuje do nejjedné vědecké disciplíny, proto lze najít hned několik definic tohoto pojmu (Kutnohorská, 2013). Dle širšího vnímání je jako kultura označováno vše, co je výtvořem lidské civilizace, a to nejen ve smyslu materiálním, ale i duchovním. Užší výklad kultury zahrnuje spíše projevy lidského chování. Jedná se tedy o způsob řeči, zvyky, symboly, hodnoty, zkušenosti, jazykové rituály a tabu (Průcha, 2004). Kulturu získáváme v průběhu života a učíme se jí vlivem sociálního prostředí, ve kterém se nacházíme. Kultura je částečně sdílena jedinci, kteří pocházeli, či pocházejí z totožného sociálního prostředí, hovoříme tedy o jevu kolektivním (Kutnohorská, 2013). Kulturu sdílí každá lidská skupina, ať už čítá několik desítek či milionů osob. Kultura představuje společné znaky jejich života, které se odrážejí nejen v chování členů, ale také v jejich mysli (Čeněk et al., 2016).

Subkultura

V případě, že skupina lidí v určité kultuře zastává odlišné normy a hodnoty, hovoříme o subkultuře (Kutnohorská, 2013). Subkultury mohou být utvářeny například na základě etnicity, náboženského přesvědčení či specifického životního stylu (Čeněk et al., 2016).

Akulturace

Jedná se o sociální proces, který je přítomen u setkávání dvou či více kulturních skupin (Kutnohorská, 2013). Kulturním kontaktem mezi jednotlivými kulturními skupinami může dojít ke změnám, které jsou označovány jako kulturní změny neboli akulturace (Čeněk et al., 2016). Změny v kulturních schématech mohou být přítomny jak u jedné, tak i u více kultur. Ovšem častěji dochází ke změnám a tvorbě nových kulturních schémat u kultury minoritní (Výrost a Slaměník, 2008).

Enkulturation

Jako enkulturation je označován proces, při kterém se jedinec začleňuje do určité kultury. Tento proces je zahájen v okamžiku narození člověka a pokračuje až do jeho dospělosti (Průcha, 2010). V průběhu ontogeneze jedinec formálním i neformálním způsobem přijímá kulturní normy a zkušenosti (Hartl a Hartlová, 2010). Jedinec si osvojuje vzorce chování, normy a zvyky nové kultury či subkultury (Čeněk et al., 2016).

Akomodace

Zjednodušeně se dá akomodace nazvat jako „vnější přizpůsobení,“ kdy členové menšiny vnímají a respektují odlišné hodnoty a normy většinové společnosti, aniž by se s nimi ztotožnili či je přijali (Čeněk et al., 2013).

Asimilace

V procesu asimilace jsou postupně ztráceny původní znaky menšinové sociokulturní skupiny a nahrazují je specifika převládající kultury (Kutnohorská, 2013). Jedná se o postupné včleňování odlišných etnických, sociálních či kulturních skupin, během kterého jedna ze skupin přejímá znaky skupiny druhé (Hartl a Hartlová, 2010). Tento proces může být vynucenou i dobrovolnou formou (Čeněk et al., 2016).

Integrace

O integraci lze hovořit v případě, kdy si minority zachovávají svá veškerá specifika, a přitom se mohou plně účastnit veškerých aspektů života společnosti. Jejich specifika jsou respektována a je na ně brán také politický ohled (Kutnohorská, 2013).

Segregace

V případě, že jsou od sebe menšina a většina izolovány, jedná se o segregaci. Skupiny spolu nespolupracují, neovlivňují se a působí zcela odděleně (Čeněk et al., 2013). Hart a Hartlová (2010) segregaci dokonce popisují jako diskriminační dělení společnosti a vyloučení některých skupin na základě etnika, rasy, majetku, zdravotního stavu či kultury. Tento proces může být doprovázen přesvědčením, že příslušníci dané menšiny jsou méněcenní (Čeněk et al., 2016).

Etnikum

Pojem etnikum pochází z antické řečtiny, kde výraz ethnos znamenal kmen, rasa či národ (Kutnohorská, 2013). Nyní tento pojem můžeme definovat jako historicky vzniklou skupinu jedinců, která je stejného historického původu, rasového typu, jazyka, materiální a duchovní kultury, tradic a mentality. Tato skupina obvykle sdílela také společné území (Čeněk et al., 2013). V literatuře je také uváděn pojem etnická skupina, který je téměř synonymní (Průcha, 2010).

Etnicita

Jedná se o pojem označující kulturní praktiky a názory odlišující danou skupinu od ostatních. Na základě těchto atributů se členové skupiny cítí být kulturně odlišní a společnost je tak také vnímá (Čeněk et al., 2016). Zjednodušeně lze etnicitu popsat jako souhrn vlastností a znaků vymezující etnikum (Kutnohorská, 2013). Termín etnicita bývá také používán pro označení kulturního dědictví, zkušeností sdílených lidmi společného původu, jazyka, tradic, mnohdy i náboženství a území (Shirayev a Levy, 2020).

Národ

Existuje hned několik definic popisujících pojem národ, avšak nejčastěji je národ vnímán jako společenství osob, které pocítuje určité kolektivní potřeby, zákonná práva a povinnosti (Čeněk et al., 2016). Dalším příkladem může být definice, kterou uvádí

Shiraev a Levy (2020), kteří říkají, že národ je skupina osob, jež sdílí geografický původ, historii, jazyk, a která tvoří jednotnou politickou entitu.

Rasa

Nejčastěji je rasa popisována jako poddruh či taxonomická kategorie (Čeněk et al., 2013). Jedná se o označení pro skupinu osob, která je specifická určitými podobnými charakteristikami, které jsou geneticky přenášeny (Shiraev a Levy, 2020). Vychází z výzkumů, které dokazují, že lidský rod skýtá více lidských anatomicky odlišných ras či plemen. Jednotlivé rasy se mohou lišit v barvě kůže, vlasů, očí, tvaru lebky, obličejů či velikosti tělesných proporcí (Průcha, 2010). Mezi laiky je užívaná klasifikace ras do tří skupin a to „bílá“, „černá“ a „žlutá“ (Čeněk et al., 2016). Ve vědecké terminologii se užívá rozdělení lidstva na rasy europoidní, mongoloidní a negroidní (Průcha, 2010).

Rasismus

Každá rasa je ojedinělá svými specifickými znaky, kterými se odlišuje od ras ostatních. Rasismus je založen na myšlence nerovnosti jednotlivých lidských ras (Čeněk et al., 2016). Dochází k němu ve chvíli, kdy se příslušníci jedné rasy chovají nepřátelsky či přímo agresivně k jedincům rasy odlišné (Průcha, 2010).

Náboženství

Náboženství je spojeno s vírou, náboženská příslušnost jedince je vyznačována přijetím postojů a praktik, které jsou spojeny s určitou vírou (Shiraev a Levy, 2020). Jedná se o vztah člověka k určitému bohu, který pro něj představuje nejvyšší normu a hodnotu (Říčan, 2007).

1.1.2 Charakteristika multikulturního ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, která má za úkol aktivně vyhledávat a uspokojovat biologické, psychické a sociální potřeby člověka v péči o jeho zdraví s respektem k individualitě každého jedince (Plevová et al., 2018). Ošetřovatelství a kultura jsou navzájem propojeny, neboť péče o člověka pramení z předávaných tradic léčby (Kutnohorská, 2013). Tato disciplína je současně ovlivňována nejen faktory kulturními, ale také náboženskými, sociálními, ekonomickými a politickými (Tóthová, 2000).

Česká republika se stala státem, kde se setkávají lidé odlišných národů, ras, kultur, morálky a názorů na naplňování smyslu života, přičemž všichni jsou potenciálními příjemci zdravotní péče (Kutnohorská, 2013). Přesun osob na jiné území, než ve kterém se narodily, neboli migrace, není pouze novodobým trendem, ale pramení již v dějinách lidské společnosti (Kutnohorská, 2013). V roce 2020 byl na území České republiky hlášen pobyt ať už dlouhodobý, či trvalý celkem 632 570 cizinců, což představuje velký nárůst například v porovnání s rokem 2004, kdy byl hlášen pobyt 254 294 cizinců (Český statistický úřad, 2021a). V roce 2020 se do České republiky přistěhovalo celkem 55 661 cizinců, z nichž největší část představující 21 071 osob pochází z Ukrajiny. Hned poté následuje Slovensko, ze kterého pochází celkem 7 222 nově přistěhovaných obyvatel. V tabulce dle četnosti je dále zastoupeno Rusko, Rumunsko, Maďarsko, Vietnam, Bulharsko, Kazachstán, Filipíny a Itálie. Dalších 16 703 osob pochází z jiných než vyjmenovaných států (Český statistický úřad, 2021b).

Zdravotnictví a ošetrovatelství se tedy stále častěji setkává s kulturními a náboženskými rozdíly, které mohou přinášet etické dilema (Ptáček et al., 2014). Kultura má velký vliv na myšlení a chování člověka, a proto je třeba ji v kontextu poskytování zdravotní péče a ošetrovatelství zohledňovat (Kutnohorská, 2013). Pacienti odlišných kultur mohou mít odlišné názory na zdraví a nemoc, příčiny nemocí a způsob léčby, který vychází z kulturně-zdravotnických tradic daného společenství. Může se jednat o rozdílné stravovací návyky, životní styl, náboženské normy, lidové léčitelsví či rodinné tradice (Ptáček et al., 2014). Velkou roli hraje také víra, která může s příchodem nemoci nabýt na významu. V ojedinělých případech se můžeme také setkat s vnímáním nemoci jako zkoušky či trustu od bohů (Špirudová et al., 2006). Každá kultura má odlišné vnímání zdraví a nemoci. Může se lišit také vnímáním hranice mezi zdravým a rizikovým chováním. Právě v těchto případech může docházet ke konfliktu kultur a může se začít formovat negativní postoj zdravotníků vůči minoritám (Ptáček et al., 2014). Zdravotnický personál pečující o pacienty z odlišných kultur by měl disponovat znalostmi z oblasti transkulturního ošetrovatelství a zároveň by měl být orientován v oblasti specifik odlišných kultur (Kutnohorská, 2013). Z výzkumu, který Amiry a Heydari publikovali roku 2017, vyplývá, že pro mnohé sestry je velice nepříjemné pečovat o pacienta odlišné kultury. Hlavní problém představuje právě neznalost odlišné kultury, která vede k mnohým nepříjemným situacím nejen pro sestru, ale i pacienta. Sestry například popisují situaci, ve které neví, do jaké míry je pro pacienta nepříjemný fyzický kontakt. Další problém představuje jazyková bariéra, či

rozdílné náboženství, kdy je pro některé dotazované sestry nepříjemné pečovat o pacienty určitého náboženství (Amiry a Heydari, 2017). Problematické může být také setkání pacientů odlišných kultur. Některé z výraznějších projevů emocí pacientů či jejich rodinných příslušníků mohou pro ostatní pacienty představovat narušení klidného prostředí pro proces zotavení. V některých případech je může tato situace uvést do nejistoty a k pocitu diskomfortu (Listerfelt et al., 2019).

Pro pacienty odlišných kultur je jednou z nejdůležitějších věcí vyjádření respektu. Projev respektu a zájmu zdravotníků má vliv na jejich pocit bezpečí a jistoty, díky kterému se pacienti nebojí klást otázky a nestávají se pouze pasivními příjemci ošetrovatelské péče (Tavallali et al., 2017). Některí pacienti jsou izolovaní, tišší a snaží se nedávat najevo svou odlišnost, takže si zdravotnický personál ani nevšimne, že se jedná o pacienta odlišné kultury (Amiry a Heydari, 2017). Ke zlepšení pocitu pacienta minoritní kultury ve zdravotnictví může vést větší kulturní rozmanitost zdravotnického personálu (Gaya-Sancho et al., 2021). Vliv na potřebu specifik své kultury má také závažnost situace, ve které se pacient ocitl. V situacích, kdy je stav pacienta kritický a hrozí jeho smrt, se náboženské a kulturní potřeby zvyšují. Pro pacienty a rodinné příslušníky je důležité, aby v případě úmrtí personál znal specifika dané kultury a respektoval je, více než při méně závažných situacích (Tavallali et al., 2017).

Na spolupráci mezi sestrou a pacientem může mít vliv také fáze procesu kontaktu a adaptace pacienta na novou kulturu. Člověk, který přichází do odlišného kulturního prostředí zažívá takzvaný kulturní šok. Ten je provázen pocitem deprese, úzkosti, dezorientace a strachu z odlišné kultury (Štrach, 2009). Jedná se o jistou krizi identity, neboť to, co člověk považuje za normu a co tvoří jeho identitu je v otřesu. Zásady hodnot, chování i komunikace jsou odlišné a jedinec se ocitne v krizi (Baštenecká et al., 2005). Kulturní šok probíhá ve čtyřech základních fázích. První fáze je označována jako líbánky. Jedinec vnímá nové prostředí až nerealisticky pozitivně. Je nadšen z nových dojmů a neznámého. Po odeznění počáteční euforie přichází fáze šoku. Krizové stadium, kdy kulturní odlišnosti přinášení problémy nejen v osobním, ale také pracovním životě. Přichází stesk po domově, dezorientace a tendence separace od hostitelů a odmítání hostitelské kultury. Mnoho lidí tuto fázi nikdy nepřekoná (Štrach, 2009). V další fázi se jedinec začíná přizpůsobovat nové kultuře. Poznává místní tradice a zvyky, překonává jazykové bariéry a začíná si tvořit okruh přátel. Začíná přijímat pravidla nové kultury. Poslední fází je dosažení stability. Kulturní šok je zcela překonán a jedinec je schopen fungovat v nových životních podmínkách (Kopecká, 2015).

Vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu pacientů odlišných kultur je třeba v praxi aplikovat multikulturní ošetřovatelství. Jeho cílem je poskytovat vhodnou, účinnou a individualizovanou péči pacientům všech kultur. K dosažení tohoto cíle je třeba znát hodnoty, postoje, chování a kulturu našich pacientů. V opačném případě můžeme nevědomky poškodit pacientovu důstojnost. Je zásadní znát a respektovat pacientův žebříček hodnot, rozdílné vnímání intimity, pojetí lidského těla či potřebu kontaktu s rodinou (Dingová Šliková et al., 2018). V samotném procesu ošetřování může dojít ke konfliktu mezi některými hodnotami a profesním očekáváním. Etickou tenzi může vyvolat situace, při které jsou víra, tradice a hodnoty pacienta v rozporu s profesními povinnostmi sestry. Z tohoto důvodu je pro sestru důležité znát kulturní hodnoty svých pacientů tak, aby mohla naplňovat své etické poslání (Ptáček et al., 2011).

Dalšími úskalími poskytování zdravotní péče pacientům odlišné kultury jsou vedle problému vzájemného pochopení světa toho druhého a komunikační bariéry také vnucené zdravotnické služby a dezorientace těchto pacientů ve zdravotnickém systému. Pro zlepšení podmínek je tedy nutné pracovat na flexibilitě nastavené zdravotní péče tak, aby byla co možná nejvíce v souladu s kulturními hodnotami pacientů. Rozvoje multikulturního ošetřovatelství nelze dosáhnout pouze lepším individuálním přístupem nebo odbornými dovednostmi, ale vyžaduje také vhodné podmínky na institucionální a politické úrovni (Origlia Ikhilor et al., 2019).

V oblasti transkulturního ošetřovatelství představuje intenzivní péče specifickou problematiku, která v současné době ještě není dostatečně prozkoumána. Dle výzkumu pro sestry představuje výzvu především péče o rodinné příslušníky. Jednotky intenzivní péče se v porovnání se standardními odděleními vyznačují svým pevným řádem, větším počtem pacientů v jedné místnosti a většími nároky na péči. Právě přítomnost většího počtu rodinných příslušníků po delší dobu vnímají sestry jako problém, který má dopad nejen na chod oddělení, ale také na ostatní pacienty. Jedná se také o logistický problém, který spočívá v nedostatku fyzického prostoru v bezprostředním okolí lůžek pacientů (Listerfelt et al., 2019).

1.1.3 Model Madeleine Leiningerové

Za zakladatelku multikulturního ošetřovatelství je považována Madeleine Leiningerová. Ta během svého působení na dětské psychiatrii na přelomu padesátých a šedesátých let dvacátého století začala sledovat odlišné chování dětí rozdílných kultur,

díky čemuž se u ní zrodila myšlenka multikulturního ošetrovatelství a teorie kulturní péče (Plevová et al., 2019). Na základě svého pozorování došla ke zjištění, že kultura má značný dopad nejen na životní styl, ale mimo jiné také na ošetrovatelskou péči (Pavlíková, 2006).

Transkulturní model zdraví, který byl později rozšířen, poprvé zveřejnila v polovině sedmdesátých let dvacátého století. Svůj model vycházejícího slunce poprvé zveřejnila roku 1984 (Archalousová a Slezáková, 2005). Název modelu vychází ze znázornění v podobě kruhu jakožto světonázorových a sociálních faktorů a paprsků představujících sociokulturní kontext (Plevová et al., 2019). Cílem je poskytnout pacientům odlišných kultur kulturně diferencovanou holistickou péči, a to nejen při léčbě, ale také při podpoře zdraví, řešení nepříznivých situací či během umírání (Pavlíková, 2006). Během poskytování kulturně specifické a přizpůsobené péče o člověka, jeho zdraví a potřeby je dle Leiningerové třeba co nejlépe využít znalostí z této oblasti (Špirudová et al., 2006).

Samotný model vycházejícího slunce má čtyři úrovně seřazené od nejvíce abstraktní první úrovně až ke čtvrté, nejméně abstraktní úrovni. První úroveň obsahuje filozofický názor, sociální systém a kulturu (Pavlíková, 2006). Druhá úroveň zahrnuje znalosti nejen o jedincích, ale také o rodinách, skupinách a situacích v rozdílných zdravotnických systémech a udává kulturně specifické a podstatné vztahy k péči o zdraví (Kutnohorská, 2013). Úroveň třetí představuje charakteristiky všech systémů a specifika každé péče. Nejméně abstraktní čtvrtá úroveň obsahuje samotné poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování či udržení kulturní péče, uzpůsobování nebo vyjednání kulturní péče. Dále tvorbu nových nebo reorganizaci již existujících kulturních vzorců (Pavlíková, 2006). Na této úrovni dochází k takovému rozvoji transkulturního ošetrovatelství, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami pacientovy kultury (Kutnohorská, 2013).

Kulturně shodná péče může být poskytována hned třemi způsoby, a to v závislosti na tom, v jaké situaci se pacient nachází a jaké jsou jeho nejdůležitější problémy a potřeby (Špirudová et al., 2006). První možností je poskytování kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získat zdraví. Druhým typem je kulturní péče umožňující adaptaci, která napomáhá pacientovi navyknout si na nové kulturní způsoby péče. Cílem je nalezení vhodného způsobu péče, který respektuje potřeby pacienta i požadavky nemocničního zařízení. Úkolem sestry je najít kompromis mezi tradičním a profesionálním systémem péče (Kutnohorská, 2013). Kulturní péče umožňující

adaptaci je třetím typem kulturně shodné péče, který bývá využíván v případě, že pacient musí zcela změnit způsob péče o své zdraví (Špirudová et al., 2006).

Transkulturní ošetřovatelství má však své limity. Příkladem může být současná pandemie Covid19. Opatření proti šíření nákazy jsou univerzální bez ohledu na kulturu, zvyky a tradice jednotlivých států. Lidský život je prioritou, a dochází proto ke snižování kulturní rozmanitosti. Východisko z této situace představuje právě model vycházejícího slunce, díky kterému lze v praxi poskytovat co nejefektivnější péči v souvislosti s pandemií a současně zohlednit kulturní rozmanitost (Almeida et al., 2021).

1.1.4 Model Gigerové a Davidhizarové

Model kulturně ohleduplné péče, jehož autorkami jsou Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová, navazuje na model Leiningerové. Mezi jeho výhody patří možnost aplikace na členy všech kultur a etnik. Staví na výběru nejzásadnějších odlišností konkrétního jedince, jejich zhodnocení a následné aplikaci do praxe s cílem poskytnutí co nejšetrnější a pacientovi nejpřirozenější intervence a ošetřovatelské péče (Dingová Šliková et al., 2018). Tento model vznikl v roce 1988 za účelem usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného etnika a kultury pro potřeby studentů pregraduálního ošetřovatelského studijního programu (Giger a Davidhizar, 2002). Model nejen zefektivňuje praktickou péči, ale také usnadňuje a urychluje komplexní kulturně diferencované ošetřovatelské hodnocení stavu potřeb pacienta (Špirudová et al., 2006).

Kulturně citlivá péče by měla být poskytována na základě individuálního zhodnocení šesti oblastí, které model zahrnuje. Jedná se o komunikaci, čas, interpersonální prostor, sociální organizaci, kontrolu prostředí a biologické variace (Giger a Davidhizar, 2002).

Komunikace je mnohdy nejzásadnějším problémem při práci s pacienty odlišných kultur. Komunikace verbální i neverbální je ochraňovanou hodnotou, která je přenášena a je prostředkem k výuce samotné kultury (Špirudová et al., 2006). Při hodnocení této kategorie by sestra měla sledovat jazyk, kterým pacient hovoří (mateřský jazyk; úřední jazyk; znalost dalších jazyků), charakteristiku hlasu (silný, zvučný; tlumený; průměrný, běžný; pronikavý, ostrý), výslovnost a způsob vyjadřování (zřetelná; nezřetelná; nářečí), použití pauz a mlčení (zřídka; často; v délce: krátké, střední, dlouhé, neurčeno), použití

neverbální komunikace (pohyby rukou; pohyby očí; pohyby celého těla; průvodní pohyby, postoje), reakce na dotek (při doteku se ulekne nebo uhýbá; dotek přijímá jenom s obtížemi; bez obtíží se dotýká i druhých). Dále by měly být položeny následující čtyři otázky: Jak Váš názor sdělujete ostatním? Komunikujete rádi se svými přáteli, rodinou a známými? Pokud někdo položí otázku, odpovíte obvykle (slovně či řečí těla)? Pokud musíte s Vaší rodinou probrat něco důležitého, jak k nim přistoupíte? (Giger, 2014).

Čas představuje důležitý aspekt interpersonální komunikace. Z pohledu orientace kulturních skupin se může lišit v soustředění na minulost, přítomnost či budoucnost (Giger a Davidhizar, 2002). Pro posouzení pacientova pojetí času zjišťujeme jeho zaměření na minulost, přítomnost či budoucnost. Dále se ptáme na vnímání času (sociálně zaměřené; podřízené hodinám) a psychochemické reagování na čas (v noci spí osm a více hodin; uléhá a vstává v pravidelném denním rytmu; uvědomuje si důležitost přijímat léky a terapeutické intervence ve stanovenou dobu). Na závěr bychom měli položit tyto tři otázky: Jaký druh hodinek denně nosíte? Pokud máte schůzku v 14.00, v jaký čas je přijatelné dorazit? Když Vám sestra sdělí, že Vám během půl hodiny podá léky, jak dlouho budete čekat, než zavoláte na sesternu? (Giger, 2014).

Interpersonální prostor je zde vnímán z pohledu distance mezi jedinci, kteří jsou ve vzájemné interakci. Pro každého jednotlivce je přirozené teritoriální chování, které se liší v závislosti na kultuře a postoji vůči vlastnímu osobnímu prostoru. Nevhodný zásah do intimní zóny a osobně vymezeného teritoria jedince může mít za následek pocit pacientova diskomfortu, který může vyústit v odmítnutí léčby. Je důležité mít na paměti, že veškerá komunikace probíhá v prostorovém kontextu (Giger a Davidhizar, 2002). Ke zhodnocení oblasti prostoru se pacienta ptáme, v jaké vzdálenosti stojí při komunikaci se členy rodiny, spolupracovníky a známými. Dále se ptáme, jak se pacient cítí při doteku od neznámé osoby, milované osoby a jak na dotek reaguje. Třetí otázkou je, zda je současná vzdálenost mezi pacientem a sestrou pro pacienta komfortní. Sledujeme pocit pohody či nepohody (při narušení osobního prostoru pacient uhýbá; při narušení osobního prostoru pacient neuhýbá), odstup při konverzaci (0-45 cm; 45-90 cm; více než 90 cm) a vymezení osobního prostoru (uveďte vzdálenost, při které se cítí pacient v přítomnosti jiných osob příznivě; jak jeho vnímání prostoru ovlivňují neživé věci, například nábytek?) (Giger, 2014).

Sociální organizace či začlenění je kategorie, jež se zabývá způsobem chování, kterým kulturní skupina organizuje sama sebe ve vztahu k rodině (Giger a Davidhizar,

2002). Sestra hodnotí zdravotní stav (výrazně zhoršený; mírně zhoršený; dobrý; vynikající), rodinný stav, počet dětí a zda rodiče žijí, nebo již zemřeli. Dále pokládá následující otázky: Jak byste definoval/a sociální aktivity? Které aktivity Vás baví? Jaké jsou vaše záliby nebo co děláte ve svém volném čase? Věříte ve vyšší moc? Jakým způsobem uctíváte vyšší moc? Jaká je Vaše funkce (co děláte) ve Vaší rodině? Jaká je Vaše role v rodině (otec, matka, dítě, poradce)? Když jste byl/a dítě, kdo Vás nejvíce ovlivnil? Jaký je/byl Váš vztah se sourozenci a rodiči? Co pro vás znamená práce? Popište vaše minulé, současné a budoucí zaměstnání. Jaký je Váš politický názor? Jak Vaše politické názory ovlivnily Váš postoj ke zdraví a nemoci? (Giger, 2014).

Kategorie kontrola prostředí je zaměřena na získání informací o schopnosti jedince ovládat přírodu, plánovat, řídit a ovlivňovat environmentální faktory. Pokud je daná kultura orientována na důvěru ve vlivy extrémní, jako je například Bůh, příroda či osud, může v některých případech zdravotnickou péči považovat až za zbytečnou (Giger a Davidhizar, 2002). Sestra hodnotí, zda je kontrola nad vlastním životem kladena dovnitř osobnosti (pacient věří, že změny a vliv na okolnosti pochází z nitra), či je kladena vně osobnosti (pacient věří, že jeho život ovlivňuje především osud, náhoda). Sestra dále sleduje hodnotovou orientaci (věří v nadpřirozené síly; spoléhá na kouzla, zařikávání nebo spoléhá na modlitbu; nevěří v nadpřirozené síly; nespolečá na kouzla, zařikávání, nespolečá na modlitbu) (Špirudová et al., 2006). Tato kategorie dále zahrnuje tyto otázky: Jak často doma přijímáte návštěvy? Je pro Vás přijatelné přijmout neočekávanou návštěvu? Jakými způsoby Vás rodiče či jiné osoby v dětství léčily? Užil/a jste někdy Vy nebo někdo ve vašem bezprostředním okolí domácí lék, po kterém jste se necítili dobře? Které domácí léky jste v minulosti užil/a, plánujete je užívat i v budoucnu? Jaká je Vaše definice dobrého zdravotního stavu? Jaká je Vaše definice nemoci či špatného zdravotního stavu? (Giger, 2014).

Biologickými variacemi se rozumí biologické odlišnosti, speciálně genetické variace, které můžeme vidět mezi jedinci odlišných lidských ras. Zatímco rozdílnost jednotlivých kultur je všeobecně známá, biologické odlišnosti existující mezi jednotlivými lidskými rasami zatím nejsou příliš uznávány a pochopeny (Giger a Davidhizar, 2002). Pro zhodnocení biologických odlišností v první řadě provádíme kompletní fyzikální vyšetření, přičemž sledujeme tělesnou konstituci a postavu (drobná; střední; rozložitá), barvu pokožky, neobvyklé změny v barvě kůže, barvu vlasů a jejich hustotu v různých místech, odlišné viditelné znaky (keloid, chloasma), hmotnost, výšku, laboratorní hodnoty hemoglobinu, hematokritu, výskytu srpkovitých buněk u osob

tmavé pleti a u obyvatel Středozeří. Pacientovi dále položíme následující otázky: Které choroby a onemocnění jsou ve Vaší rodině časté? Řekl Vám někdo z rodiny o možném genetickém sklonu k určité nemoci? Jaké je typické chování Vaší rodiny, pokud někdo ze členů onemocní? Jak reagujete, když jste našťvaný/á? Kdo nebo co Vám obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy? Jaká jídla máte Vy a Vaše rodina rádi? Jaký druh jídel jste jedl/a v dětství? Jaká jídla jsou ve Vaší rodině oblíbená nebo tradiční? Měl/a jste někdy neobvyklou chuť na světlou či tmavou hlínu/ jílu, prádelní škrob? (Giger, 2014).

V úvodu ošetrovatelského posouzení pacienta odlišného etnika a kultury by se sestra měla zeptat na místo narození, popis kultury, k níž pacient patří, jak tuto kulturu chápe, jaká je pacientova rasa a jak ji on sám chápe a pokud je to vhodné, zjišťuje délku pobytu v zemi (Giger, 2014).

1.1.5 Model Papadopoulos, Tilky a Taylor

Roku 1994 byl vytvořen model kulturní kompetence. Irena Papadopoulos, Mary Tilky a Gina Taylor, jež jsou autorkami modelu, ho vytvořily na základě výzkumné studie transkulturního ošetrovatelství ve snaze podpořit začlenění kultury do studia ošetrovatelství tak, aby jeho studentům co nejvíce usnadnilo proces získávání a rozvoje kulturních kompetencí (Papadopoulos, 2006).

Model kulturní kompetence je rozdělen do čtyř fází tak, aby dal znalostem a dovednostem určitou strukturu s cílem usnadnit jejich učení. První fází je kulturní uvědomění, na jehož začátku je zkoumána naše osobní hodnotová základna a přesvědčení. Součástmi kulturního uvědomění jsou sebeuvědomění, kulturní identita, věrnost dědictví, etnocentričnost, tradiční představy a etnohistorie (Papadopoulos, 2006).

Druhou fází modelu jsou kulturní znalosti. Existuje řada způsobů, jak kulturní znalosti získat. Do této fáze modelu se řadí zdravotní názory a chování, antropologické, socio-politické, psychologické a biologické chápání, podobnosti a rozdíly či zdravotní nerovnosti. Jednou z možných cest, jak znalosti získat, je kontakt s lidmi z různých etnických a kulturních skupin, čímž se zlepší náš přehled o jejich zdravotním přesvědčení a pomůže to lépe pochopit problémy, kterým čelí. Kulturní znalosti můžeme získat z téměř všech vědních oborů. Příkladem mohou být sociologie, antropologie, biologie, ošetrovatelství, psychologie, medicína, ale také umění (Papadopoulos, 2006).

Třetí fáze nesoucí název kulturní citlivost zahrnuje empatii, mezilidské/komunikační dovednosti, důvěru, respekt, akceptování, vhodnost a bariéry kulturní citlivosti. Důležitým prvkem při dosahování kulturní citlivosti je způsob, jakým zdravotničtí pracovníci vnímají své pacienty. Pro poskytování kulturně citlivé péče je nutné, aby zdravotníci své pacienty vnímali jako rovnocenné partnery (Papadopoulos, 2006).

Čtvrtou a zároveň poslední fází modelu je kulturní kompetence. Pro získání této úrovně je zapotřebí syntéza a aplikace již dosaženého kulturního uvědomění, kulturních znalostí a kulturní citlivosti. Nemenší důraz je kladen na praktické dovednosti, kam řadíme například posouzení potřeb, určení diagnózy a další ošetrovatelské dovednosti. Důležitou součástí je také schopnost rozpoznat a eliminovat rasismus a další formy diskriminace. Do kulturních kompetencí se řadí dovednosti hodnocení, diagnostické dovednosti, klinické dovednosti a již zmiňované zpochybňování a řešení předsudků, diskriminace a nerovnosti (Papadopoulos, 2006).

1.1.6 Kulturní kompetence sester

Kulturní kompetence je definována jako schopnost poskytovat účinnou péči s ohledem na kulturní přesvědčení, chování a potřeby jedince. Jedná se o syntézu mnoha znalostí a dovedností, které jsou získávány nejen v průběhu profesního, ale i osobního života, přičemž proces jejich získávání nikdy nekončí (Papadopoulos, 2006). Samotný pojem kompetence je v tomto kontextu vnímán jako soubor znalostí, dovedností, zkušeností, metod, postupů a postojů, které slouží k úspěšnému řešení úkolů a životních situací (Hladík, 2010). Dle schématu, které uvádí Svirastava (2006), je kulturní kompetence kontinuum, na jehož začátku stojí kulturní destruktivnost, která přes kulturní neschopnost, kulturní slepotu, kulturní před-kompetence a kulturní kompetence vede až ke kulturní zběhlosti.

Ve společnosti s rychle rostoucí rozmanitostí a rostoucími mezikulturními interakcemi byla kulturní kompetence uznána jako zásadní pro snižování zdravotních rozdílů a zlepšování přístupu k vysoce kvalitní zdravotní péči (Powell, 2018).

Plevová (2019) ve své publikaci dělí kulturní kompetence dle Papadopoulos na specifické a obecné. Mezi obecné kulturní kompetence, které dopomáhají získat specifické kulturní kompetence, lze zařadit pochopení vlivu kulturní identity na zdraví jedince a hlubší porozumění nejen společenským, ale také organizačním strukturám,

kteřé podporují kulturně kompetentní péči. Specifické kulturní kompetence jsou již orientovány na konkrétní kulturní skupinu.

Proces získávání kulturní kompetence je realizován ve třech rovinách. Zapřvė je to sebeanalýza, tedy uvėdomėní si své vlastní identity, příslušnosti, hodnot a tradic. Dřuhou rovinou je vzdėlávání v oblastech sociologie, kulturní antropologie, filozofie a v multikulturním ošetr̄ovatelství. Následuje zkušenost, a to nejen ve vlastní zemi, ale i v zahraničí. Jedná se o zkušenosti profesní a v občanském životě (Kutnohorská, 2013).

Je důležité nezapomínat, že k poskytování kulturně ohleduplné péče není zapotřebí mít absolutně veškeré znalosti týkající se všech kultur, či se vzdát vlastní kulturní identity. Nejdůležitějším prvkem je respekt k odlišnostem a mít na paměti, že není pouze jeden správný způsob, jakým lze pohlížet na svět (Srivastava, 2006).

Dle Papadoupolos má kulturně kompetentní praxe čtyři následující úrovně:

1. Kulturně nekompetentní praxe
2. Praxe vědomá si kultury
3. Kulturně bezpečná praxe
4. Kulturně kompetentní praxe (Plevová, 2019).

Kulturní kompetence je základní složkou ošetr̄ovatelství, kterou je třeba rozvíjet již během studia. Ke zlepšení kulturní kompetence studentů by mělo ošetr̄ovatelské vzdėlávání poskytovat studentům co nejvíce příležitostí k interakci s různými kulturami, rozvíjet jazykové dovednosti a poskytovat možnosti internacionalizace doma i v zahraničí. Bylo také zjišřeno, že větší míra kulturní kompetence je mimo jiné asociována s příslušností sester k odlišné, minoritní, kultuře (Repo et al., 2017).

V českém vzdėlávacím systému jsou studenti připravující se na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra transkulturnímu ošetr̄ovatelství vyučováni. Tento teoreticko-praktický předmět se zabývá vybranou pojmovou terminologií, multikulturní diagnostikou, základními charakteristikami a kulturou minoritních skupin. Seznamuje studenty se specifiky péče o bezdomovce. Zdůrazňuje význam transkulturního přístupu sestry v ošetr̄ovatelské péči, umožňuje pochopit odlišné hodnoty, jazykové bariéry i sociokulturní bariéry a přesvědčení pacienta (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2021). K získávání kulturních kompetencí v průběhu studia také významným způsobem přispívají zahraniční stáže a výměnné pobyty studentů. Ty vedou studenty k větší otevřenosti vůči odlišným kulturám a pomáhají jim překonávat obavy z kulturních odlišností (Antón-Solanas et al., 2021).

Vzhledem k faktu, že získávání kulturních kompetencí je celoživotní proces, je důležité pokračovat v získávání znalostí i po ukončení studia. Vhodným způsobem je účast na kurzech a seminářích se zaměřením na tuto problematiku. Právě školení mají pozitivní vliv na získávání vědomostí a zlepšení stávající praxe. Mimo jiné také přináší příležitost uvědomit si své vlastní kulturní rysy, změnit svůj způsob myšlení a získat nový pohled na vlastní komunikační praktiky (Kaihlanen et al., 2019).

Existuje několik nástrojů k měření úrovně kulturní kompetence sester a studentů ošetrovatelství. Uvést můžeme například Cultural Self-Efficacy Scale, Transcultural Self-Efficacy Tool, Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency, Cultural Awareness Scale, Cultural Competence Assessment nebo Nurse Cultural Competence Scale a mnoho dalších. Tyto nástroje se běžně používají k testování účinnosti vzdělávacích programů určených ke zvýšení kulturní kompetence. Avšak tyto nástroje měří pouze sebepojetí sester, ale nenabízejí žádné objektivní měřítko kulturně kompetentní péče z pohledu pacienta, což může být problematické (Loftin et al., 2013).

Pro harmonickou spolupráci zdravotníků a pacientů minoritní kultury však nejsou zásadní pouze kulturní kompetence. Klíčovými jsou také zkušenosti se zdravotní péčí, odborné znalosti, osobní přístup a zkušenosti s kulturní rozmanitostí (Gaya-Sancho et al., 2021).

1.1.7 Komunikace a transkulturní ošetrovatelství

Jednou z důležitých kulturních kompetencí je schopnost komunikace. Právě tato oblast může představovat problém v případě, že se do nemocniční péče dostane jedinec, který neovládá jazyk země, ve které se právě nachází. V takovém případě pacient může jen velmi těžko popsat své problémy a porozumět instrukcím. Tato situace může vést až k frustraci a u pacienta vyvolat strach, pocit úzkosti, agrese či smutek (Trachtová et al., 2018). Nedostatek informací zároveň může zapříčinit nedodržení velmi důležitého léčebného režimu a může vést k následným komplikacím. Dále může propuštění pacienta bez dostatečného podání informací a edukace zapříčinit opakované hospitalizace pacienta (Špirudová et al., 2006). Právě z tohoto důvodu je v multikulturním ošetrovatelství zásadní otázkou nalezení vhodného komunikačního způsobu. V praxi je možné využít hned několik způsobů neverbální komunikace. Po důkladném zhodnocení dané situace, podmínek, možností i limitů lze využít například

komunikační karty neboli piktogramy, slovník, papír a tužku, obrázky, fotografie či film (Špirudová et al., 2004).

Klapetek (2008) označuje dialog mezi jedinci odlišných kultur za jedno z nejvyšších pater umění komunikace. Problém multikulturního dialogu tkví v omezené schopnosti porozumění a vnímání pouze na to, co je nám známé. Jiné systémy, které nám nejsou vlastní, částečně zařazujeme do nám již známých, vlastních kategorií a to, co zařadit nemůžeme, jednoduše nevnímáme. Právě toto značně deformuje obraz odlišných kultur, který si vytváříme. Současně se také přidává fakt, že dle mnoha odborníků je každá kultura hieroglyfem, který je nesrozumitelný pro všechny, kteří jsou vně dané kultury (Klapetek, 2008).

Učení se komunikaci i multikulturnímu ošetřovatelství je celoživotní proces (Burda a Šolcová, 2015). Přičemž právě úroveň kvality komunikace je významným faktorem nejen v ošetřovatelském procesu, ale také v systému kvality přímé ošetřovatelské péče (Špirudová et al., 2006). Účastníci mezikulturní komunikace přicházejí do komunikačního procesu s odlišnostmi, kulturou determinovanými kognitivními a emocionálními strukturami a s různými způsoby vnímání a hodnocení reality (Ivanová et al., 2005). Multikulturní komunikace je ovlivněna odlišností kultur, které mají v rámci komunikace dopad na gestikulaci, pohledy, barvu hlasu, výšku hlasu, sílu hlasu, a melodii hlasu (Kutnohorská, 2013). Samotné rozdíly v komunikaci jsou dány lingvistickou různorodostí lidstva, především odlišností jazyků jednotlivých etnik a kultur. Dále rituály a konvencemi spojenými s těmito jazyky v sociálním styku a konotacemi, tedy doprovodnými významy, jež jsou komunikovány skrze jednotlivé jazyky (Ivanová et al., 2005).

Lze stanovit několik obecných zásad a specifíků, na které by měl zdravotník při komunikaci s pacientem odlišné kultury brát zřetel. V první řadě se jedná o specifika verbální komunikace. Řadíme do nich způsob oslovování, způsob sdělování informací a rozdíly v tykání a vykání. Následně je důležité znát specifika neverbální komunikace. Především způsob pozdravu, konkrétně podání ruky a četnost dotyků. V procesu komunikace je prvním důležitým krokem najít společný jazyk, kterým se s pacientem budeme dorozumívat, případně zajistit služby tlumočnicka. Dále bychom se měli vyvarovat předsudků vůči určitým skupinám lidí. V rámci verbální komunikace bychom měli užívat krátké a srozumitelné věty, případně využít papír a tužku nebo piktogramy (Burda a Šolcová, 2015). V průběhu rozhovoru by měla být věnována pozornost nejen vyřčeným slovům, ale více než obvykle bychom si měli dát pozor na řeč těla

(Kutnohorská, 2013). Pro efektivní mezikulturní komunikaci je vhodné sledovat tři oblasti, kterými jsou kulturní znalosti, postoje a pocity a komunikační schopnosti. To jsou tři základní oblasti, které mohou sestry reflektovat, rozvíjet a uplatňovat v interkulturní komunikaci s pacienty a jejich rodinami (Tuohy, 2019).

Také komunikace prostřednictvím tlumočnicka má své zásady. Na začátku je vhodné ponechat pacientovi a tlumočnickovi dostatečný čas pro seznámení se. Mluvit by se mělo pomalým tempem a krátkými větami s následnou pauzou pro tlumočnicka, aby mohl text přeložit. Otázky by měly být směřovány přímo k pacientovi, nikoli k tlumočnickovi. Důležitá je přesnost a doslovnost překladu, na kterou by měl být kladen důraz. V závěru rozhovoru poděkujeme tlumočnickovi. Při výběru tlumočnicka je vhodné si ověřit, že zná nejen samotný jazyk, ale také jeho kulturní podmíněnost (Ivanová et al., 2005). V případě, že se tlumočnick cítí danou situací psychicky přetížen, má právo tlumočení ukončit (Špirudová et al., 2006).

Opatření k odstranění komunikačních bariér při poskytování transkulturní péče zahrnují především zajištěné a financované interkulturní tlumočnické služby. Mimo jiné je třeba zvážit možnost telefonní tlumočnické služby, a to v nouzových situacích, protože pouze tlumočením lze dosáhnout kvalitní léčby a získat zákonem požadovaný informovaný souhlas. Nedostatek odpovědnosti a porozumění v nouzových situacích může být pro pacienty traumatizující a je stresující i pro zdravotníky. Dále je třeba si uvědomit, že komunikace pomocí gest není zcela dostačující (Origlia Ikhilor et al., 2019). V současné době je jedním z úskalí tlumočnické služby v nemocniční péči její neorganizovanost. Ačkoli je mnohdy možné využít služeb tlumočnicka, zdravotníci se obracejí spíše na rodinné příslušníky, či přátele pacienta. O využití tlumočnicků rozhodují zdravotníci na základě zdravotního stavu pacienta se snahou o co nejrychlejší a individualizovanou péči založenou na humanistických hodnotách. Nedostatky v organizačních rutinách je třeba napravit. K tomu je zapotřebí transkulturní povědomí, aby bylo dosaženo rovné péče zaměřené na člověka. Dále je třeba vypracovat jasné formální pokyny pro používání tlumočnicků v neodkladné zdravotní péči společně s rozvojem rychlého přístupu k tlumočnickům a vzdělávání tlumočnicků a uživatelů (Lundin et al., 2018).

V intenzivní péči jazyková bariéra komplikuje situaci, která je již sama o sobě velmi náročná. Vysvětlení pojmů specifických pro intenzivní péči je mnohdy obtížné i v běžných situacích, při kontaktu s pacientem mluvícím jiným jazykem je tato situace ještě o to náročnější. Vzniklá situace, kdy sestra nemůže bezprostředně pacientovi či

jeho rodině poskytnout potřebné informace, se jeví jako frustrující pro všechny zúčastněné. Z důvodu nedostatku profesionálních tlumočnicků jsou překladatelské služby k dispozici téměř výhradně pro setkání lékařů, nikoli pro každodenní setkání s příbuznými. Zdravotníci se proto uchylují k tlumočení prostřednictvím rodinných příslušníků, které ale může být problematické. Problém může vzniknout při nedostatečné znalosti jazyka rodinným příslušníkem, či jeho špatné pochopení odborných termínů a souvislostí. Riziko představuje také zatajování informací rodinným členem (Listerfelt et al., 2019).

1.1.8 Specifika ošetrovatelské péče vybraných minorit

Romská minorita

Romská minorita, původem pocházející z Indie, se od naší majoritní společnosti liší nejen antropologickými rysy, ale také způsobem života. Právě život pro Romy představuje nejvyšší hodnotu (Ivanová et al., 2005). V hodnotovém žebříčku po životě dále následuje rodina a zdraví (Nováková, 2012). Odlišný způsob života Romů má přímý vliv na odlišnost některých demografických charakteristik v porovnání s majoritním obyvatelstvem. Hovořit lze například o nižší střední délce života Romů, vyšší plodnosti žen či sňatečnosti v nižším věku (Ivanová et al., 2005). Romové žijí ze dne na den a soustředí se spíše na krátkodobé cíle, které odrážejí jejich momentální potřeby. Jsou charakterističtí svou spontánností a živým temperamentem. Specifický je také jejich postoj k pravdě, která není tak důležitá, jako celkový dojem hovoru a situace (Nováková, 2012).

Pro Romy jsou velice důležité rodinné vazby. Romská rodina se od české liší nejen svou strukturou, ale také velikostí. Představuje zároveň zdroj obživy, vzdělání a ochrany (Ivanová et al., 2005). Právě závislost a vztah Romů k rodině vychází z kočovné minulosti této minority. Romové žili nezávisle na okolní společnosti, ale o to větší význam pro ně nabývala právě široká rodina, která pro ně byla vším (Plevová, 2019). Obvykle se setkáváme s tří a více generačními rodinami, které jsou silně patriarchální. Odpovědnost za rodinu nese muž, který je zároveň hlavou rodiny a nositelem prestiže. Role ženy spočívá v zabezpečení chodu rodiny, péči o děti, zajištění stravy a hospodaření s financemi. V hodnotách je rodina postavena před osobními zájmy (Nováková, 2012). Senioři nacházejí péči právě u rodinných

příslušníků, proto se s nimi v domovech pro seniory setkáváme spíše raritně (Ivanová et al., 2005).

Romská minorita se v České republice nejčastěji hlásí k římským katolíkům. Avšak věří mnoha vlastním pověrám, které vychází z jejich vyznávání přírodních sil. Romové jsou oddáni Bohu, ale víra a náboženství je jimi chápána v širším smyslu než běžnými křesťany (Plevová, 2019). Vnímají je spíše jako způsob života, který udává správný způsob chování a jednání. Samotného Boha oslovují prostřednictvím proseb a chvalo zpěvů (Nováková, 2012).

Odlišnosti lze najít také ve stravování. Příprava pokrmů pro Romy představuje rituál, který je spojen s řadou pravidel. Pro přípravu jídel jsou vyhrazeny nádoby, které nesmí být využívány k dalším účelům (Nováková, 2012). Romové věří, že zbytky potravin mohou přinášet nemoc, proto nespotřebované jídlo vyhazují. Rituály zahrnují také emoční projevy hospodyně, která pokrm připravuje. Ta by v procesu přípravy stravy měla mít dobrou náladu, aby i následné požívání pokrmů bylo příjemné (Ivanová et al., 2005).

Ačkoli většina Romů ovládá jazyk majoritní společnosti, jejich tradičním jazykem je romština, která se řadí mezi indoevropské jazyky. Jejich komunikace je specifická svým temperamentem. Samotný verbální projev je zdůrazňován gesty, hlasitou intonací až křikem (Nováková, 2012). Radost i agrese Romové vyjadřují pomocí neverbální komunikace, která je velmi živá. Momentální citové ladění vyjadřují pomocí gest, mimiky a posturologie (Plevová, 2019). Své aktuální emoce skrývají velmi těžko. Při komunikaci s Romy je důležité myslet na jejich mimořádnou schopnost zpracování neverbálních informací. Jsou velice citliví na podtext každé věty, a tudíž i její neupřímnost (Ivanová et al., 2005).

V rámci hospitalizace Romských pacientů je třeba zohlednit jejich mnohdy slabší vůli, vytrvalost, trpělivost a také nedůvěru vůči zdravotníkům. Jak již bylo zmíněno, rodina je v životě Romů velmi podstatná a její absence v průběhu hospitalizace se může projevat neochotou spolupráce až agresivitou (Ivanová et al., 2005). Žádné z diagnostických ani terapeutických intervencí nejsou v souvislosti s kulturními specifiky této minority zakázány (Nováková, 2012). V průběhu hospitalizace Romové obvykle dodržují léčebný režim a užívají ordinovanou medikaci. Je však běžné, že po odeznění symptomů onemocnění od doporučení lékaře ustupují. Je tedy zásadní apelovat na dodržování léčebného režimu a upozornit pacienta na možné následky (Ivanová et al., 2005). Důležité je především profesionální, vstřícné, přívětivé a milé

vystupování zdravotnického personálu (Nováková, 2012). V oblasti poskytování informací je třeba myslet na podání informací rodině, obvykle muži, jakožto hlavě rodiny. V jisté nepříjemnosti může vygradovat značný strach Romů z bolesti a smrti, a to i v případě, že jejich zdravotní stav není vážný. Strach se obvykle projevuje velmi emotivně za doprovodu hlasitého sténání (Ivanová et al., 2005).

Ukrajinská minorita

Ukrajinci již představují v České republice tradiční minoritu. Jejich počet na našem území se výrazně zvýšil po první světové válce, následně po ukončení druhé světové války. Dále po roce 1989, kdy se Česká republika stala pro Ukrajince cílovou destinací za účelem získání finančních prostředků (Ivanová et al., 2005). V současné době se Česká republika stala útočištěm Ukrajinců, kteří na naše území prchají před aktuálně probíhající válkou na Ukrajině. Počet ukrajinských obyvatel v České republice se mění každým dnem. Za účelem pomoci těmto osobám vláda schválila Program pomoci občanům Ukrajiny prchajícím před válkou (Dlubalová, 2022).

Ukrajinci se od Čechů liší především v míře religiozity a národní hrdosti, která je u nich mnohem výraznější (Hudáčková, 2012). Jejich kultura má kořeny především v křesťanských tradicích, a to převážně z pravoslaví, ale také z řeckého katolictví. Na Ukrajinské kultuře je znatelný také ruský vliv. Z náboženství je nejvíce zastoupeno právě pravoslavné náboženství a v západních oblastech Ukrajiny řeckokatolické a římskokatolické náboženství. Náboženské svátky jsou většinou Ukrajinců oslavovány dle juliánského kalendáře, který je oproti námi užívanému gregoriánskému kalendáři aktuálně opožděn o třináct dní (Plevová, 2019).

Ukrajinské rodiny bývají uzavřené. Hlavou rodiny je muž, uznávána je také matka a starší členové rodiny. Finanční zabezpečení rodiny bývá úkolem muže. Právě z tohoto důvodu mnozí odjíždí pracovat do zahraničí, kde mají lepší možnost vydělat peníze pro svou rodinu (Plevová, 2019). Neutěšené sociální poměry na Ukrajině mají přímý vliv na pokles počtu dětí v rodině. Právě proto se dále v souvislosti s nedostupností antikoncepce lze na Ukrajině setkat s umělým přerušением těhotenství i v pokročilejších stádiích těhotenství. Sociální poměry mají vliv také na omezenou možnost středoškolského a vysokoškolského vzdělávání (Ivanová et al., 2005).

V oblasti komunikace se u Ukrajinců setkáváme s ukrajinštinou, která je jejich národním jazykem. V úředních záležitostech je běžná také ruština a v oblasti Krymu dále tatarština (Evans, 2010). Ukrajinci žijící v České republice mají často omezenou

znalost českého jazyka a současně také jiných západních jazyků (Plevová, 2019). Znalostí anglického jazyka disponují spíše příslušníci mladší generace pocházející z centra Ukrajiny (Hudáčková, 2012). Právě komunikace může z tohoto důvodu při hospitalizaci představovat největší problém (Ivanová et al., 2005). Verbální projev je běžně doprovázen výraznou gestikulací. Celkový projev bývá přímočarý a doprovázený očním kontaktem, který značí respekt a důvěru. Své emoce vyjadřují otevřeně mezi rodinnými příslušníky. Mimo rodinný kruh mohou být obezřetní při hádce, pláči či smíchu (Plevová, 2019).

V souvislosti s hospitalizací běžně nevyžadují žádné specifické požadavky (Ivanová et al., 2005). Výjimku v některých případech představuje dodržení půstu, který vychází z pravoslavného náboženství (Hudáčková, 2012). Obvykle se emocionálně příliš neprojeví, jsou ukázněni a přijímají léčebný režim, stejně tak režim oddělení (Ivanová et al., 2005).

Vietnamská minorita

Vietnamští občané se v České republice začali usazovat v několika vlnách. Mezi prvními Vietnamci cestujícími na naše území byli studenti a učni, kteří v padesátých letech minulého století migrovali za účelem vzdělání. Avšak mnozí z nich se po ukončení studia vrátili zpět domů. Druhá vlna proběhla na začátku devadesátých let minulého století, během které migrovali Vietnamci s cílem získat živnostenský list, dlouhodobý pobyt a zahájit zde podnikání (Plevová, 2019).

Obyvatelé Vietnamu hovoří vietnamštinou, která je jejich úředním jazykem. Má několik dialektů, konkrétně Bac, Nam a Hue. Často používaná je také francouzština a čínština (Ivanová et al., 2005). Tradičně se Vietnamci zdraví lehkým úklonem hlavy se spojenými rukami. Podání rukou je spíše výjimečné mezi muži ve velkých městech, kteří tento pozdrav přejali ze západních zemí. Výrazem přátelství mezi muži může být vzájemné držení se za ruce na veřejnosti. Zásadní roli hraje neverbální komunikace, která je preferována před komunikací verbální. Například úsměv nahrazuje pozdrav, omluvu či poděkování. Pokývnutí hlavy značí souhlas, pozdrav nebo dohodu. Naopak nesouhlas, nevhodnost či nízký takt je vyjádřen mrkáním. Citlivá a nepříjemná témata řeší Vietnamci ve snaze vyhnout se konfliktu spíše nepřímou. Zástupci vietnamské minority, kteří v České republice pobývají kratší dobu, obvykle neovládají český jazyk, což může být jeden z problémů v souvislosti s hospitalizací (Plevová, 2019).

Převládajícím náboženským směrem je ve Vietnamu buddhismus, který je zastoupen přibližně v šedesáti procentech. Dále následuje konfucianismus, taoismus a křesťanství. Jsou provázeni myšlenkou směřující k dosažení nirvány, tedy stavu absolutní blaženosti. Důležitá je pro ně také rovnováha síly jang a jing, kdy jang značí světlo, teplo a sucho. Naopak jing představuje tmu, chlad a vlhko (Ivanová et al., 2005). Vietnamské svátky se od našich liší. Příkladem může být tradiční oslava příchodu Lunárního nového roku Nguyen Dan, který se řídí vietnamským lunárním kalendářem. Dalšími významnými svátky jsou například Den bloudících duší, Thanh Minh neboli Svátek mrtvých či Trung Thu, který je významný především pro děti (Ministry of foreign affairs Vietnam, 2016).

Vietnamské rodiny bývají patriarchální. O rodině rozhoduje hlava rodiny, tedy nejstarší muž nebo prvorozený syn. Ten zároveň poskytuje rady a má vliv na všechny členy v rodině. Vietnamské ženy nemají rovnocenná práva jako muži a jejich rolí bývá péče o domácnost. Po narození dítěte se některé ženy stávají hlavou rodiny v nepřítomnosti otce (Tóthová et al., 2010). Rodina je v životě Vietnamců velmi důležitá a obvykle bývá rozšířená. Majetek a kontrolu nad rodinou přebírá prvorozený syn. Důraz je kladen na výchovu, která vede k samostatnosti a nezávislosti potomků, posléze na vzdělání. Stejně tak je velice důležité předávání tradic, úcta k rodičům a starším, poctivost, tiché vystupování a slušnost (Ivanová et al., 2005).

V oblasti stravování převažuje ve vietnamské kuchyni rýže, která bývá podávána s každým jídlem. Dále rybí a drůbeží maso, ovoce a zelenina (Ivanová et al., 2005). Avšak běžné jsou také pro nás netradiční suroviny jako například hadí krev, kachní embrya, psí maso nebo brouci (Plevová, 2019). Naopak se vyhýbají mléčným výrobkům. Rovnováha ve skladbě potravin vede ke zdraví. Jedním z tradičních rituálů vietnamské kultury je pokládání ovoce a vonných tyčinek před oltáře s fotografiemi, čímž uctívají své předky (Ivanová et al., 2005).

V průběhu hospitalizace, či ve styku se zdravotníky bývají Vietnamci trpěliví, tiší a působí submisivním dojmem. V roli pacienta bývají skromní, obvykle nemají žádné připomínky a respektují zdravotníky (Plevová, 2019). Nemoc vnímají jako nerovnováhu mezi silami jing a jang, proto v jsou v tradiční vietnamské kultuře mnohdy vyhledávání léčitelé. Ti obvykle léčí pomocí bylin a spirituálních léčebných obřadů. Tradiční praktiky zahrnují také baňkování, vypalování a vyštípování. O vážnosti stavu pacienta je vhodné informovat nejprve hlavu rodiny. S tou pacienti obvykle konzultují i možnosti jejich léčby. Během poskytování péče je důležité zohlednit stud Vietnamců. Pokud to

stav pacienta dovoluje, je vhodné zajistit pro vyšetření soukromou místnost. Hygienickou péči si tyto pacienti nejraději zajišťují sami nebo s dopomocí rodinného příslušníka. Problematický může být management tišení bolesti. Mnohdy se bojí závislosti na těchto lécích, a proto je odmítají. Všeobecně dávají vietnamští pacienti přednost domácí léčbě a alternativním metodám. Pomoc tedy vyhledávají až v akutních stavech. (Ivanová et al., 2005).

1.2 Intenzivní ošetrovatelská péče

1.2.1 Charakteristika intenzivní ošetrovatelské péče

Oddělení intenzivní péče je určeno pacientům, kteří jsou přímo ohroženi potenciálním nebo již aktuálním selháním jednoho či více orgánů. Dále také těm pacientům, kteří jsou v bezprostředním riziku selhání základních životních funkcí, či pacientům, u kterých již k selhání došlo (Kapounová, 2020).

Při pohledu do historie lze zjistit, že počátek konceptu intenzivní péče pramení již v průběhu Krymské války, kdy Florence Nightingale oddělovala vojáky s vážným zraněním od těch, kteří byli zraněni méně. Tento postup třídění pacientů začala praktikovat roku 1854 a snížila tím mortalitu svých pacientů z 40 % na 2 % (Bartůněk et al., 2016). První samostatná jednotka intenzivní péče byla založena roku 1953 v Kodani jako reakce na poznatky získané v průběhu epidemie poliomyelitidy (Ševčík et al., 2014).

Rozsah poskytované intenzivní péče je možné obecně rozdělit do tří stupňů. Do třetího tedy nejvyššího stupně spadají pacienti, kterým selhávají dvě a více orgánových funkcí. Jejich přežití závisí na farmakologické a přístrojové podpoře (Bartůněk et al., 2016). Druhý stupeň je zastoupen pacienty se selháním jedné životní funkce, jež potřebují monitoring, farmakologickou a přístrojovou podporu. První stupeň intenzivní péče zahrnuje pacienty, kteří jeví známky orgánové dysfunkce, a potřebují tedy nepřetržitý monitoring a menší farmakologickou a přístrojovou podporu (Kapounová, 2020).

Do tří stupňů lze také rozdělit pracoviště resuscitační a intenzivní medicíny (PRIM). Ve velkých výukových nemocnicích se nacházejí PRIM třetího stupně. Ty poskytují vysoce specializovanou komplexní intenzivní péči zahrnující náročné specializované diagnostické, monitorovací a terapeutické postupy. PRIM druhého stupně disponují větší všeobecné nemocnice. Ty se od PRIM třetího stupně liší tím, že

neposkytují úplnou komplexní podporu orgánů a plné spektrum monitorování. PRIM prvního stupně poskytuje základní monitoring, neodkladnou resuscitaci a krátkodobou umělou plicní ventilaci (Ševčík et al., 2014).

Pracoviště intenzivní medicíny se mohou také orientovat oborově. Tyto oborové a specializované jednotky intenzivní péče přináší benefit komplexnosti přístupu a návaznosti péče (Zadák et al., 2017). V rámci oborového zaměření pracovišť intenzivní medicíny je možné setkat se například s neurologickými, traumatologickými, kardiochirurgickými, popáleninovými či chirurgickými jednotkami intenzivní péče. Avšak v mnohých státech jsou preferovány multidisciplinární jednotky intenzivní péče. Výjimku představují pouze koronární jednotky, dialyzační jednotky a novorozenecké jednotky intenzivní péče (Ševčík et al., 2014).

Požadavky na personální zajištění pracovišť intenzivní péče jsou větší než na jiných odděleních. Samozřejmostí je vedoucí lékař a staniční sestra. Lékařský personál musí disponovat kvalifikací v intenzivní medicíně. Zdravotní sestra v intenzivní péči musí mít plné vzdělání v ošetrovatelství s následnou specializací v péči o kriticky nemocné pacienty. Počet zdravotnického personálu na oddělení se poté liší dle úrovně poskytované péče (Ševčík et al., 2014).

Pro anesteziologicko-resuscitační oddělení, koronární jednotky a jednotky intenzivní péče se návštěvní řád řídí speciálním režimem, který může být v souvislosti s transkulturním ošetrovatelstvím problematický. Návštěvy by u lůžka pacienta měly být pouze v omezené časové době. Na standardních odděleních může pacient přijímat návštěvy obvykle mezi čtrnáctou a sedmnáctou hodinou, pokud není po domluvě s ošetřujícím lékařem stanoveno jinak. Doporučena je pouze přítomnost maximálně dvou osob u lůžka na dobu úměrnou zdravotnímu stavu pacienta. Dále na těchto odděleních nejsou vhodné návštěvy osob mladších patnácti let (Vnitřní řád Nemocnice České Budějovice, a.s., 2016).

1.2.2 Komunikace v intenzivní péči

Schopnost komunikace je zásadní nejen při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale také při utváření vztahů mezi sestrou a pacientem (Kapounová, 2020; Tomová a Křivková, 2016). K vytvoření důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem je zapotřebí opravdovosti, trpělivosti, otevřenosti, srozumitelnosti, jasnosti a výstižnosti (Tomová a Křivková, 2016).

Obecným předpokladem pro úspěšnou verbální komunikaci s pacientem je jednoduchost, tedy zdržet se odborných termínů a detailních technických popisů. Zároveň je důležité si ověřit, zda pacient všem informacím správně porozuměl. Dále je důležitá stručnost, neboť zbytečná slova mohou v pacientovi vyvolat nedůvěru. V situaci, kdy pacient pociťuje tělesný diskomfort, je citlivější na čas a stručná informace působí profesionálněji. Avšak nelze stručnost zaměňovat se strohostí, či neochotou mluvit (Venglářová a Mahrová, 2006). Dalším předpokladem je reciprocita, v tomto případě vyjádřena dostatečným časem pro dotazy. Jedná se o vzájemně vyrovnaný časový i prostorový požadavek na vyjádření v komunikační situaci (Tomová a Křivková, 2016). Podstatná je také zřetelnost a jasné vyjádření podstaty věci. Je vhodné zdržet se osobních názorů. Během rozhovoru by se sestra měla nejen přizpůsobit komunikační úrovni pacienta, ale také aktuální situaci a reakcím nemocného (Venglářová a Mahrová, 2006). Posledním předpokladem pro úspěšnou komunikaci je vhodné načasování při dostatku soukromí, času a klidu (Kapounová, 2020).

Komunikace v intenzivní péči je velmi odlišná od komunikace na standardních odděleních. Vliv na tento fakt má nejen vážnost stavu pacienta, ale mnohdy také otázka života a smrti. Na odlišnosti komunikace se podílí také přístrojové vybavení, stresující prostředí a specifikum práce. Všechny tyto faktory mohou snadno narušit řetězec komunikace, což vede ke snížení kvality ošetrovatelské péče (Tomová a Křivková, 2016).

Pacienti v intenzivní péči se často potýkají se ztíženými podmínkami pro komunikaci. Důvodem může být například intubace, tracheostomie, porucha vědomí, vnímání či hybnosti (Bartůněk et al., 2016). Vážný stav těchto pacientů vyžaduje speciální formy komunikace. Zároveň je důležité mít na paměti, že každý pacient komunikuje jiným způsobem, a je tedy zásadní zvolit vhodnou formu komunikace (Kapounová, 2020).

U pacienta, který již není farmakologicky sedován, vzniká pro sestru vedle nutnosti monitorace, rozpoznávání potřeb pacienta, plnění ordinací a mnoho dalších také nutnost navázání kontaktu a komunikace (Tomová a Křivková, 2016). Existuje celá řada komunikačních technik, které lze využít, přičemž lze tyto alternativní metody kombinovat. Vhodnou komunikační metodu sestra volí s ohledem na zdravotní stav, psychické rozpoložení, momentální schopnosti a svalovou sílu pacienta. (Sole et al., 2013).

Jednou z těchto metod je například odezírání ze rtů v případě, že pacientovi neumožňuje mluvit tracheostomická kanyla. Jedná se pravděpodobně o nejrozšířenější techniku, která vyžaduje pouze dobrou artikulaci pacienta a jistou zkušenost ze strany sestry. Nutná je také vyšší míra trpělivosti na obou stranách (Kapounová, 2020).

Komunikace pomocí tužky a papíru je další z komunikačních technik, které lze využít. Jedná se o poměrně jednoduchou a dostupnou metodu, která však pro pacienta může být vzhledem ke ztrátě svalové síly vyčerpávající. Tato metoda slouží spíše ke sdělení krátkých a heslovitých informací (Tomová a Křivková, 2016).

Časově náročnější možností komunikace je abecední tabulka, která slouží spíše k doplnění jiných komunikačních technik v případě neporozumění sdělovaným informacím. Výhodu však přináší rodinným příslušníkům, kteří často neumějí odezírat ze rtů, neboť v tom nejsou trénováni. Princip spočívá v ukazování jednotlivých písmen pacientem, ze kterých pak sestra či rodinný příslušník skládají slova (Kapounová, 2020).

Modifikovanou, modernější verzí abecední tabulky je magnetická abecední tabulka s čísly a písmeny. Benefit přináší nejen v podobě větší rychlosti sdělení, ale také v nutnosti zapojení horních končetin a jemné motoriky. Je tedy často využívána jako forma ergoterapie k znovuzískání koordinace pohybů, jemné motoriky, vytrvalosti a vnímání významu slov (Tomová a Křivková, 2016; Kapounová, 2020).

Ke komunikaci je také možné využít jednoduché, předem domluvené pohyby, které slouží především k rychlé komunikaci. Například pokud je pacientovi zima, překříží ruce přes hrudník. Naopak pokud je mu příliš velké teplo, rukou si otře čelo. Pohyb ruky směrem k ústům obvykle značí, že má pacient žízeň, a například poklepáním pravé ruky na levé zápěstí se pacient ptá, kolik je hodin (Kapounová, 2020).

U zručnějších a počítačově gramotných pacientů lze komunikovat pomocí počítačových programů a aplikací. Použít lze chytrý telefon, tablet či počítač. Jedná se však o jistý nadstandard pro pacienta v intenzivní péči. Tato metoda zároveň skýtá možnost výukových kartiček, piktogramů či elektronické tužky (Tomová a Křivková, 2016).

Další hojně využívanou komunikační alternativou jsou piktogramy neboli komunikační karty. Jedná se o obrázky, které zobrazují nejčastější přání a potřeby pacientů. Současně je mnoho karet doplněno o popis v několika světových jazycích, což přináší velký benefit pro komunikaci s pacienty jiné národnosti (Kapounová, 2020).

Komunikace s pacientem v intenzivní péči je také do značné míry ovlivněna vážností situace, ve které se pacient právě nachází. Pacient čelí bolesti, prochází řadou vyšetření a výkonů, jeho soběstačnost je do značné míry omezena, je izolován od svých blízkých a mnozí z pacientů také prožívají zhoršení stavu svých spolupacientů. Všechny z těchto aspektů mohou vést ke stavům úzkosti, deprese, nespolečnosti a odmítání komunikace se svým okolím (Venglářová a Mahrová, 2006). Na komunikaci má dále vliv aktuální fáze prožívání život ohrožujícího onemocnění, které popsala MUDr. Elizabeth Kübler-Rossová. Jedná se o dlouhodobý proces skládající se z šesti fází. Konkrétně se jedná o šok, popření, vztek a negativismus, vyjednávání, deprese a akceptace reality onemocnění (Kübler-Rossová, 1993).

V intenzivní péči se také setkáváme s určitými okruhy obav, kterým pacienti často čelí. Tím, že si je sestra předem uvědomí a připraví se na ně, získá lepší výchozí situaci pro dobrou komunikaci. Obavy nemocných se často týkají nedostatku zájmu a opuštěnosti, strachu z dalšího průběhu onemocnění, vyšetření, zákroků a nových symptomů. Dále se pacienti často obávají změny tělesného schématu, ztráty části těla a potažmo potenciálního nepřijetí okolím. Trápí je také představa ztráty schopnosti ovládat tělesné funkce, sníženého stavu vědomí a schopnosti sebeovládání. Obavu představuje také smrt a okolnosti spojené s umíráním (Venglářová a Mahrová, 2006).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat úroveň kulturní kompetence v intenzivní ošetrovatelské péči.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v intenzivní ošetrovatelské péči?

Výzkumná otázka 2: Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v intenzivní ošetrovatelské péči?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část diplomové práce nesoucí název „*Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči*“ byla zhotovena metodikou kvalitativního výzkumného šetření. Data byla získána pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Do výzkumného šetření se zapojilo celkem deset všeobecných sester z anesteziologicko-resuscitačních oddělení, jednotek intenzivní péče a oddělení intermediární péče. Vlastní výzkumné šetření, které bylo realizováno v únoru až červnu roku 2022, probíhalo se svolením pověřené osoby příslušné nemocnice, nebo se svolením jednotlivých sester v případě, že byl rozhovor realizován mimo areál nemocnic. Jednotlivé rozhovory byly provedeny po předchozí domluvě s každou z dotazovaných všeobecných sester. Informantky byly také předem informovány o zachování jejich absolutní anonymity. Zároveň byly také seznámeny s tématem, cílem a průběhem výzkumného šetření.

Podklad pro vedení polostrukturovaných rozhovorů, který je uveden v příloze č. 1, byl schválen etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Schválení podkladu k rozhovorům je k náhledu v příloze č. 2. Před zahájením samotného výzkumného šetření byla provedena pilotáž pro ověření srozumitelnosti otázek a relevantnosti odpovědí informantů. Úvod rozhovoru tvořily otázky pro získání identifikačních údajů informantů. Poté následovalo dvacet devět otázek s celkem třinácti podotázkami. Ty byly zaměřeny na péči o pacienty minoritních kultur, specifika transkulturního ošetrovatelství v intenzivní péči, vzdělávání sester v této oblasti a celkové zkušenosti sester s transkulturním ošetrovatelstvím. V případě potřeby byl rozhovor rozšířen doplňujícími otázkami. Celý rozhovor byl koncipován tak, aby dokázal poskytnout odpovědi na naše výzkumné otázky, které byly předem stanoveny a zároveň co nejlépe zmapoval zkušenosti sester v intenzivní péči s péčí o pacienty minoritních kultur.

Během jednotlivých rozhovorů byl po předchozím souhlasu informantek pořízen zvukový záznam, který byl použit pro doslovný přepis všech rozhovorů. Výjimkou byl rozhovor s informantkou S10, která si nepřála pořízení zvukového záznamu. Odpovědi byly tedy zapisovány bezprostředně v průběhu rozhovoru. Přepisy byly využity pro další zpracování získaných odpovědí metodou otevřeného kódování, technikou barvení textu. Pomocí této techniky byly stanoveny čtyři kategorie a deset podkategorií.

Náš výzkum se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo GAJU 046/2021/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen deseti všeobecnými sestrami z oddělení anesteziologicko-resuscitačních, jednotek intenzivní péče a oddělení intermediární péče. Sestry byly vybrány a posléze osloveny na základě tří kritérií. Prvním bylo kvalifikace všeobecné sestry, druhým kritériem byl výkon tohoto zaměstnání v intenzivní péči. Třetím kritériem byla zkušenost s péčí o pacienta minoritní kultury. Výzkumné šetření probíhalo se sestrami z čtyř různých nemocnic v krajích Vysočina, Jihočeském kraji a Olomouckém kraji. Pro zachování anonymity není uvedena konkrétní specifikace daných nemocnic. Ze stejného důvodu jsou informantky označovány jako „S1- S10“ (sestra 1 – sestra 10).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Základní identifikační údaje

	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková délka praxe	Délka praxe v intenzivní péči	Oddělení
S1	Žena	37 let	Dis.	14 let	14 let	ARO
S2	Žena	45 let	Bc.	27 let	22 let	ARO
S3	Žena	45 let	SZŠ	27 let	27 let	ARO
S4	Žena	26 let	Mgr.	4 roky	3 roky	JIP
S5	Žena	28 let	Mgr.	5 let	3,5 roku	JIP
S6	Žena	45 let	Bc.	5 let	4 roky	JIP
S7	Žena	26 let	Mgr.	2 roky	1 rok	JIP
S8	Žena	40 let	Bc.	15 let	13 let	IMP
S9	Žena	54 let	SZŠ	34 let	28 let	IMP
S10	Žena	27 let	Dis.	7 let	3 roky	IMP

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1 shrnuje základní údaje o všech informantech, kteří se zapojili do výzkumného šetření. Výzkumný soubor byl tvořen celkem deseti ženami. Tři z nich pracují na oddělení anesteziologicko-resuscitačním (ARO), čtyři informantky pracují na jednotce intenzivní péče (JIP) a tři informantky pracují na oddělení intermediární péče (IMP). Celková délka praxe informantek je od dvou do třiceti čtyř let. Jejich délka praxe v intenzivní péči se pohybuje v rozmezí od jednoho roku do dvaceti osmi let. Dvě z informantek jsou středoškolsky vzdělané. Dvě informantky dosáhly nejvyššího

vzdělání na vyšší odborné škole. Tři informantky dosáhly bakalářského titulu a tři z informantek magisterského titulu.

4.2 Kategorizace získaných dat

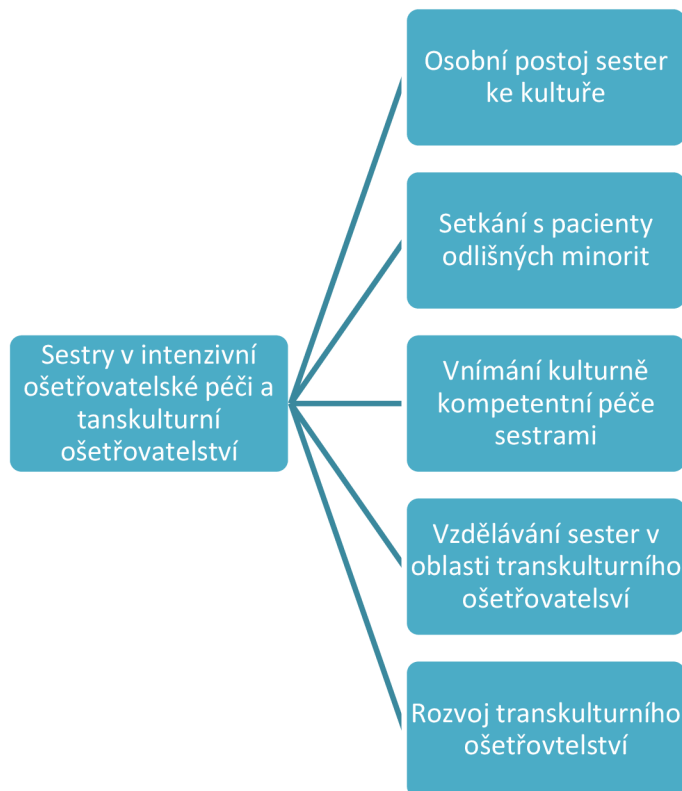
Tato kapitola se věnuje popisu výsledků našeho výzkumného šetření, které byly získány pomocí již zmiňovaných polostrukturovaných rozhovorů s celkem deseti informanty. Výsledky jsou rozčleněny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Seznam kategorií a podkategorií

1. Sestry v intenzivní ošetrovatelské péči a transkulturní ošetrovatelství
 - 1.1. Osobní postoj sester ke kultuře
 - 1.2. Setkání s pacienty odlišných minorit
 - 1.3. Vnímání kulturně kompetentní péče sestrami
 - 1.4. Vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství
 - 1.5. Rozvoj transkulturního ošetrovatelství
2. Komunikace a transkulturní ošetrovatelství
 - 2.1. Komunikace s pacienty odlišných minorit
 - 2.2. Využití tlumočnicka při poskytování péče
3. Pacienti odlišných minorit v intenzivní péči
 - 3.1. Zkušenosti sester s pacienty odlišných minorit
 - 3.2. Specifika transkulturního ošetrovatelství v intenzivní péči
 - 3.3. Transkulturní ošetrovatelství v akutních stavech
4. Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči

Kategorie 1 – Sestry v intenzivní ošetrovatelské péči a transkulturní ošetrovatelství

Schéma 1: Sestry v intenzivní ošetrovatelské péči a transkulturní ošetrovatelství



Následující kategorie je rozčleněna na pět podkategorií, které jsou znázorněny ve schématu 1. V samotném začátku je důležité zjistit, jak samotné informantky kulturu vnímají, čímž se zabývá podkategorie 1.1. Osobní postoj sester ke kultuře. Následující podkategorie 1.2. Setkání s pacienty odlišných minorit uvádí, s jakými minoritami se informantky setkávají a jak často. Podkategorie 1.3. Vnímání kulturně kompetentní péče sestrami přibližuje, co si informantky pod tímto pojmem představují a jak kulturně kompetentní péči vnímají. Další podkategorie 1.4. Vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství popisuje, jakým způsobem sestry získávají informace v této oblasti. Poslední podkategorie 1.5. Rozvoj transkulturního ošetrovatelství popisuje, jaké změny v této oblasti informantky zaznamenaly za dobu jejich praxe.

Podkategorie 1.1. – Osobní postoj sester ke kultuře

Vzhledem k tématu našeho polostrukturovaného rozhovoru bylo zásadní zjistit, jak informantky pojem kultura vnímají. Osm informantek vnímá kulturu shodně, a to jako soubor zvyků a tradic. V samotném rozsahu vnímání kultury se však informantky mírně odlišují. S1 do kultury zahrnuje také místo, kde daný člověk žije; S2 dodává náboženství, životní postoje, chování a výchovu; S3 stravovací návyky a odlišné postoje k ženám v jednotlivých kulturách; S4 životní styl a hodnoty; S5 předměty předávané generacemi; S7 materiální náležitosti, architekturu a náboženství; S8 dědictví z minulosti, hudbu, divadlo, architekturu a malířství. To dokládá například odpověď informantky S3: *„Kultura jsou podle mě návyky, zvyklosti, tradice, stravovací návyky, třeba i odlišný postoje k ženám v jiných kulturách.“* Dále například výrok sestry S5: *„Kulturu si představuji jako soubor nějakých hodnot, soubor i chování, možná i předmětů, co jsou pro danou skupinu obyvatel nějakým způsobem cenný, předávají se z generace na generaci.“* Odlišná je pouze odpověď informantky S9, která ke kultuře zaujímá spíše negativní názor, což dokládá její odpověď: *„Podle mě je to nesmysl, já bych to tak jako pojala podle toho, jak se mají lidi k sobě chovat, jaký mají základy z rodiny.“* Poslední informantka S10 udává, že pojmy zmíněné v první otázce rozhovoru, konkrétně kulturu, náboženství, etnickou skupinu, minoritní a majoritní nezná: *„Upřímně nevím ani jeden z těch pojmů. Náboženství pro mě znamená víru, věřit v něco. A jako etnickou skupinu vidím třeba Asiaty, nějakou rasu. A zbytek nic, nevím.“*

Podkategorie 1.2. - Setkání s pacienty odlišných minorit

Nejčastější minoritou, se kterou se sestry v intenzivní péči setkávají, jsou Romové, což udávají sestry S1, S2, S3, S4, S7, S8, S9, S10 a S5, která jako jediná současně s Romy udává také Vietnamskou minoritu. Pouze informantka S6 uvádí, že se nejčastěji setkává s minoritou sociálně slabších obyvatel. Mezi další minoritní skupiny pacientů patří zahraniční pacienti. Sestry konkrétně uvádějí Vietnamce (S3, S4, S5, S8), Japonce (S1), Ukrajince (S2, S3, S5), dále pacienty z Maďarska (S3, S10), Rakouska (S4, S5), Německa (S4, S10), Polska (S6, S10), Velké Británie (S7, S10), Francie (S4), Ruska (S5), Španělska (S5), Itálie (S5), USA (S6), Indie (S10) a Saúdské Arábie (S3). Informantky S2, S3, S8 a S10 dále zmiňují zkušenost s pacienty jež patří ke Svědkům Jehovovým. Zkušenost s minoritou vězňů udává sestra S9. Informantky S8 a S9 dále

zmiňují péči o pacienty odlišné víry. Právě tyto informantky zároveň dodávají, že mnohdy nevědí, že pacient patří k odlišné minoritě, pokud to sám neuvede, což dokládá odpověď sestry S8: „*Pak povětšinou buď se to ani nedozvím, že ten člověk patří k jiné minoritě. Velice sporadicky se setkávám s příslušníkem jiné víry, protože se to ani nedozvím, neřekne mi to ten pacient. Dozvím se to jenom, když třeba je to nějaká situace výjimečná, ohledně krve nebo tak podobně.*“

Z rozhovorů je patrné, že sestry nepečují o pacienty odlišných minorit každý den. Nejčastější kontakt s těmito pacienty udává informantka S5, a to jednou týdně: „*Řekla bych, že docela často, minimálně tak jednou do týdne.*“ Následuje sestra S6 s četností třikrát měsíčně, dále informantky S3, S4 a S8, které se setkávají s těmito pacienty přibližně jednou za jeden až dva měsíce. Odpověď S3: „*My se u nás s minoritními skupinami až tak moc neseťkáváme. Bývá to hodně nárazové. Ale tak jednou za dva měsíce bych řekla.*“ Ostatní informantky udávají spíše výjimečný a sporadický pobyt těchto pacientů na jejich odděleních. Tuto skutečnost dokládá například odpověď S2: „*Sporadicky, my to tady moc neřešíme. Jestli tady třeba je spousta těch pacientů, že třeba mají tu svou víru, tak my s tím nemáme moc co řešit. Když nás někdo požádá o nějaký specifický zacházení, tak tomu vyjdeme vstříc, ale to jsou střípky těch pacientů, u kterých řešíme nějakou specifiku oproti péči o běžný pacienty.*“

Podkategorie 1.3. – Vnímání kulturně kompetentní péče sestrami

V rámci této podkategorie bylo důležité zjistit, jak sestry kulturně kompetentní péči vnímají a co si pod tímto pojmem představují. Pouze pět informantek, konkrétně S2, S3, S4, S5 a S7, udává, že kulturně kompetentní péči vnímají jako péči o pacienta, která zohledňuje specifika jeho kultury. Příkladem je odpověď S2: „*Bude respektovat veškeré potřeby toho pacienta i v téhle sféře, jako jsou kulturní, spirituální a tak dále prostě.*“ a odpověď informantky S7, která zároveň zdůrazňuje nutnost znalosti specifík daných minorit: „*Já si to spojuji s tím, že by sestry měly znát charakteristiky těch menšin, těch odlišných etnik. Znat specifika péče o ty odlišné kultury. Sestry by měly být školené a mít ty informace.*“ Podobně vnímá kulturně kompetentní péči také informantka S8, která ale klade větší důraz na konkrétní přání pacienta, které je třeba respektovat: „*Podle mě by měla vypadat tak, že musím ctít přání toho pacienta za jakýchkoliv podmínek. Takže když zjistím nebo je mně řečeno, že něco ten pacient opravdu nechce nebo nemůže, tak ať mi přijde ten jeho důvod jakkoliv malicherný, tak prostě to musím*

brát jako to nejdůležitější pro toho pacienta. Takhle to chce a tečka prostě, přes to nejede vlak. Když mám pocit, že mi miň rozumí, musím to zajistit tak, abych měla tu zpětnou vazbu, abych věděla, že ten člověk tomu porozuměl.“ Sestra S6 popisuje, že kulturně kompetentní péči vnímá stejně jako individuální péči, která se odvíjí od chování daného pacienta: *„Když potkám toho pacienta, mám ho na starost, tak prostě zjišťuji, jaký ten člověk je. Podle toho chování a podle komunikace se k němu pak já chovám.*“ Informantka S10 popisuje tuto péči spíše jako právo všech na stejnou péči: *„Tak asi je to o přístupu k té kultuře, k těm národnostním menšinám. Asi by měla být poskytnutá péče všem bez ohledu na to, jaké je národnosti. Ta péče by měla být poskytnutá všem. Prostě všichni mají nárok na stejnou péči.*“ Zcela odlišně odpověděla informantka S1, která klade důraz na přizpůsobení se pacienta místní kultuře: *„No já si myslím, že když sem někdo přijede, tak by se měl přizpůsobit té naší kultuře a našemu náboženství. Ne že já se budu přizpůsobovat jemu. Prostě já se přizpůsobím jim, když v tom jejich státě budu, tak oni by se měli přizpůsobit té naší kultuře a našim návykům ve špitále. Měli by se spíš oni snažit se přizpůsobit té kultuře kde jsou, a ne ta kultura jim.*“ Poslední informantka S9 udává, že pojem kulturně kompetentní péče nezná.

Za zajímavé lze považovat, že ačkoli informantky tento pojem znají, péče o pacienty odlišných minorit se pro ně liší převážně pouze v obtížnější komunikaci v souvislosti s pacienty mluvícími cizím jazykem. To udávají S1, S9, S5, S8 a S3, která odpověděla takto: *„Když jsou to ti cizinci, tak v komunikaci, ale jinak bych řekla, že ta péče je pro všechny stejná.*“ Další odlišnost pro ně představuje odmítání krevních transfuzí Svědky Jehovovými, což zmiňují S2 a S8. Odlišnost v roli rodiny v průběhu hospitalizace vnímá pouze informantka S4: *Odlišná je asi v kontaktu s rodinou, kdy třeba zrovna Romové, tak problém je v tom, že sem nemůžeme pustit všechny. Takže ta rodina pořád volá a ta komunikace je náročnější.*“ V náročnosti vícečetných návštěv se také shoduje sestra S7, která dále popisuje odlišnost ve vnímání bolesti, zvyčích, tradicích a podávání informací: *„Tak určitě byla odlišná. Každý máme tu kulturu jinou, jiné zvyky, jiné tradice. I třeba to vnímá bolesti je odlišné. Romové jsou hodně citliví na bolest. Musí se jim dost opakovat informace. A oni si hodně potrpí na rodinu, takže když za nima přišla rodina, nebyl to jeden člen, ale bylo to členů deset. Musí být člověk víc trpělivý.*“ Je však nutné podotknout, že zmíněné odlišnosti sestry zmiňují pouze v přímé otázce, v čem je pro informantky péče o tyto pacienty odlišná. Konkrétní specifika, se kterými se informantky setkávají, jsou dále popsány v následujících kategoriích.

Podkategorie 1.4. – Vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství

Tato podkategorie má za cíl popsat, jak sestry získávají informace z oblasti transkulturního ošetrovatelství a zda považují vzdělávání v této oblasti za důležité.

Osm z deseti informantek udává, že informace o transkulturním ošetrovatelství získaly v průběhu studia. Informantky S3 a S9, které jsou zároveň jediné bez vysokoškolského vzdělání, uvádějí, že se v této oblasti nikdy nevzdělávaly, to dokládá výrok S3: *„My jsme se ve škole tohle neučili. Takže maximálně co člověk za ty roky pochytil většinou od mladších kolegyň. Ale vyloženě že bych se o tom učila, tak to ne. Tyhle znalosti získávám spíš jenom od kolegyň, když se o tom bavíme.“* Pouze informantka S2 popisuje další možnosti získávání vědomostí mimo studium: *„Něco ze školy, ale za nás to ještě moc nebylo. Ale jinak sleduju média, čtu nějakou literaturu a člověk se taky učí konzultacemi s jinýma odděleníma, taky jsou konference a kazuistiky. A taky na intranetu jsou směrnice ohledně cizinců a tady toho.“* Všechny z dotazovaných sester zároveň uvádějí, že se neúčastní školení či vzdělávacích kurzů v této oblasti v rámci zaměstnání, přičemž pouze čtyři informantky by byly ochotny se v této problematice dále vzdělávat. Jedná se o sestry S4, S7, S9 a S2, která odpověděla takto: *„Asi jo, ale v rámci časových možností. A toho času tolik prostě není.“* Zbylé sestry uvádějí, že se nechtějí v problematice transkulturního ošetrovatelství dále vzdělávat, což S8 zdůvodňuje takto: *„Že bych nastoupila na nějaký kurzy a dál bych se tomu věnovala takhle, to si úplně nemyslím. Myslím si, že mě život proškolí i na základě toho, co se teď děje, sám.“*

Za zajímavé lze považovat, že čtyři ze sester nepovažují vzdělávání v této oblasti za důležité a prospěšné, což S5 zdůvodňuje takto: *„Asi by každá sestra měla umět aspoň jeden světový jazyk. Ale učit se přímo, kdo má jaký potřeby, že tenhle chce jenom čerstvý jídlo, tenhle se chce modlit, tak to ne. Nemyslím si, že v momentě, kdy jim jde o zdraví, tak je tohle důležitý. Myslím si, že sestry by se měly učit jiný věci.“* Tento názor sdílí dále S1, S3 a S9, která říká: *„Já si myslím, že na moji odbornou práci zdravotní sestry to nemá vliv.“* Opačný názor zastávají S2, S6, S7, S8, S10 a S4, jejíž opověď zní následovně: *„Určitě se s takovými lidmi neseťkáváme tak často a pak nás to může překvapit. Když jsou to takové ty základní minority, tak s těma se seťkáváme, ale potom, když to není tak častá minorita, tak by určitě nebylo špatný ty informace mít.“* S8 dále vnímá důležitost vzdělávání v souvislosti se zvyšujícím se počtem kultur v Evropě: *„Určitě jo. Protože Evropa je pořád víc multikulturní a těch pacientů tady*

bude pořád víc. Takže i tyhle znalosti budou pořád víc potřeba, a hlavně ty jazyky.“ Vzdělání je dle informantky S6 zároveň přínosné pro komfort sester tím, že jsou připraveny na možné reakce či chování pacientů, které pro naši kulturu nejsou zcela běžné, což dokládá její odpověď: *„Určitě je. Potom má člověk aspoň nadhled nad těma kulturama. Že může i očekávat, že ten kontakt bude zápornej. Že ta sestra potom ví, že pro něj to může být normální.“*

Podkategorie 1.5. – Rozvoj transkulturního ošetřovatelství

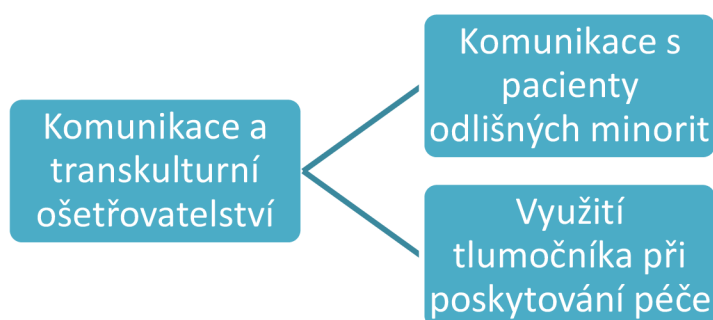
Tato podkategorie popisuje změny, které informantky zaznamenaly při poskytování péče pacientům odlišných minorit za dobu své praxe. Změny v této oblasti vnímají sestry S2, S3, S5, S6 a S8. Jedním z důvodů je větší počet hospitalizací těchto pacientů, což udávají S6 a S2, která změny popisuje takto: *„Tak asi jak se víc otevírá ta Česká republika, že za těch třicet let jsme úplně jinde, tak určitě se víc setkáváme s cizincema i jinejma kulturama. Takže určitě se to všechno mění.“* S6 zároveň doplňuje větší míru vzdělávání a zkušeností: *„Ale jo, jde to dopředu. Ve škole se to člověk učí, takže už o nich člověk taky něco ví. Taky už tu žije hodně lidí cizí národnosti, takže už to bereme jako že je to normální. Jsme na to víc zvyklí a víc víme, jak k nim přistupovat.“* S větším množstvím informací souhlasí také informantka S3. Další změny informantky S3, S5 a S8 zaznamenaly v oblasti komunikace s pacienty mluvícími cizím jazykem. Svou zkušenost S3 popisuje takto: *„Určitě třeba k lepšímu v tom, že máme ty komunikační karty a víc se o tom multikulturním ošetřovatelství mluví. Takže už o tom máme víc těch informací. Že máme i možnosti těch dobrovolníků, co překládají.“* Sestra S8 spolu s komunikací vnímá také změny v oblasti managementu: *„Mám určitě pocit, že to jde dopředu. Myslím si, že na to myslí i management mnohem víc. Třeba máme překladatele, teď to vidím v souvislosti s ukrajinskou krizí, že se lusklo prstem a hned máme slovníček, kterej je tady k dispozici. A že celkově ta reakce na tyhle situace je mnohem rychlejší.“*

Sestry S1, S4, S7 a S10 naopak žádné změny v průběhu jejich praxe nezaznamenaly. To dokládá například odpověď S7: *„Absolutně ne. Nevím, jestli se to týká jenom naší nemocnice, ale žádnou změnu jsem nezaznamenala.“* Možnou příčinu absence změn popisuje S4, která poukazuje na neochotu některých sester poskytovat kulturně kompetentní péči: *„To asi ne. A i se obávám, že chování některých sester se prostě nedá změnit, že nejsou ochotný tohle jakkoliv měnit a nějakým způsobem*

zlepšovat. “ Na pomezí je odpověď sestry S9, která neshledává změny ze strany vedení nemocnice, ale pociťuje negativní změnu ze strany pacientů: „*Ted' jsou ty pacienti arogantnější, teda mluvím o cikánech. Víc se ohánějí zákonama a když jim něco vytknu, tak je to hned diskriminace. I když třeba jenom chci, aby tu dodržovali léčebný režim. Ale jinak třeba ze strany vedení nejsou žádný změny si myslím.*“ Je však nutné poukázat na poměrně krátkou dobu praxe informantky S4, která udává celkovou délku praxe čtyři roky a informantky S2, jejíž délka praxe je dva roky.

Kategorie 2 – Komunikace a transkulturní ošetrovatelství

Schéma 2: Komunikace a transkulturní ošetrovatelství



Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Cíl této kategorie je popsat komunikaci s pacienty odlišných minorit, a to ve dvou podkategoriích, které jsou znázorněny ve schématu 2. Podkategorie 2.1. Komunikace s pacienty odlišných minorit popisuje, jakým způsobem sestry komunikují s těmito pacienty. Následující podkategorie 2.2. Využití tlumočnicka při poskytování péče přibližuje míru využití služeb tlumočnicka při poskytování péče.

Podkategorie 2.1. – Komunikace s pacienty odlišných minorit

Jak bylo již popsáno v teoretické části této práce, komunikace s pacienty odlišných minorit nese mnohá specifika, například z oblasti neverbální komunikace. Ty však při poskytování péče zohledňují pouze dvě z dotazovaných informantek, konkrétně S7 a S4, která odpověděla následovně: „*Snazím se třeba zamýšlet, protože jsem zvyklá*

koukat se do očí, sahat na ty lidi, a snažím se nad tím přemýšlet, že jim to může třeba vadit.“

Z rozhovorů vyplývá, že v rámci komunikace s pacienty odlišných minorit sestry, s výjimkou informantek S7 a S4, vnímají rozdíl v komunikaci pouze s pacienty mluvícími cizím jazykem. Právě jazykovou bariéru vnímají informantky S1, S3, S5, S8, S9 a S10 jako překážku při poskytování péče těmto pacientům. To dokládá odpověď S8, která na otázku, s jakými překážkami se při poskytování péče těmto pacientům setkává, odpověděla následovně: *„Když je to cizojazyčný pacient, tak samozřejmě narážím na svou ne úplně dobrou schopnost komunikovat s cizím jazyku.*“ Informantka S5 zároveň dodává, že jazyková bariéra může být překážkou v poskytování kulturně kompetentní péče: *„Pokud se s nima dokážu domluvit, že tam není taková ta úplná komunikační bariéra, když tady jsou dlouhodobě a dokážeme se domluvit, tak je to o hodně snazší se na něčem domluvit, něco vykomunikovat. Ale jako v případě, že tam byl opravdu nějaký ten Španěl a já španělsky opravdu nemluví, tak od něj těžko zjistím, jestli má jiný potřeby.*“ Jazyková bariéra také představuje překážku tím, že u některých sester vyvolává strach z kontaktu s daným pacientem. To udává informantka S1: *„No tak pro mě jsou nejhorší ty jazyky, takže se k nim bojím chodit. Já prostě nejsem schopná jim to vysvětlit, je to problém, takže se snažím domluvit tak jako rukama nohama nebo to dám do překladače. Ale bojím se k nim chodit, když vím, že mám cizince, tak tam prostě nechci.*“ Tuto zkušenost popisuje také sestra S7: *„Tím, že umím anglicky jsem ani s cizinci neměla nikdy problém. Ale z mé zkušenosti vím, že ty sestry, který neumí anglicky, tak pak ani nechtějí chodit k těm pacientům, a to je problém.*“

V souvislosti s poskytováním péče pacientům, kteří nemluví česky, nás zajímalo, jakými světovými jazyky informantky hovoří. Sedm informantek udává, že má znalost základních frází v cizím jazyce. Základní němčinu ovládají informantky S1, S2, S3 a S9, základní úroveň anglického jazyka udávají S2, S5, S6, S9 a S10, základy ruského jazyka ovládají S2 a S9. Schopnost plynulé komunikace v angličtině udávají informantky S4 a S7, která zároveň ovládá plynulou němčinu. Pouze sestra S8 nehovoří žádným cizím jazykem.

V případě, že sestry pečují o pacienta mluvícího pouze cizím jazykem, využívají hned několik způsobů k dosažení dostatečné úrovně komunikace, které sestry kombinují dle situace. Pomoci může překladač v mobilním telefonu, který při kontaktu s pacientem využívá celkem pět informantek, a to S1, S3, S4, S5 a S6. Jako další možnost udávají sestry oslovení jiné kolegyně, která daným jazykem hovoří. Tento

způsob řešení udávají S2, S3, S4, S9 a S5, která současně udává zkušenost s oslovením sestry z jiného oddělení: „*Ale spíš máme v kolektivu třeba Ukrajinku, takže ta nám hodně pomáhá a jednou jsme si i zavolali z jinýho oddělení sestřičku Vietnamku, která nám překládala. Takže když to jde, sháníme někoho z našeho nebo jinýho oddělení, protože je to rychlejší.*“ V některých případech jsou tito pacienti cíleně přiřazeni do péče sestry, která ovládá daný jazyk, což vyplývá z odpovědi S3: „*Když je na směně sestra, která umí tím jazykem, tak se snažíme, aby ho měla na starosti ta, která se domluví nejlíp.*“ Nejčastěji uváděným způsobem řešení této situace je požádání o tlumočení některého z lékařů daného oddělení, což udávají informantky S1, S3, S4, S5 S6 a S8. Roli tlumočnicků v některých případech zaujímá také rodina, či jiná blízká osoba, což vyplývá z odpovědi informantek S2, S3 a S9. Informantka S3 současně s možností tlumočení rodinného příslušníka popisuje zkušenost s tlumočením osoby jiné než blízké a zároveň poukazuje na problematiku tlumočení nejen pacientům, ale také rodinným příslušníkům: „*Naposledy si vybavuju, že jsme měli pacienta Vietnamce, tak s jeho manželkou na návštěvu jezdil pán, co s ní prodával v obchodě a ten uměl česky, takže to té manželce překládal. Ten její manžel u nás byl v umělém spánku, tak na toho jsme mluvili česky. Když se pak probouzel, tak už i přijel někdo z rodiny, kdo česky uměl a překládal mu co bylo potřeba.*“ Při komunikaci zastává svou roli také neverbální komunikace. Způsob komunikace pomocí gest udávají informantky S1, S6, S9 a S10. Tuto situaci S1 popisuje následovně: „*Když to stačí, tak se snažím domluvit gestama. A taky jim to hodně ukazuju. Když jdu s injekcí, tak jim prostě tu injekci ukážu. Takže prostě rukama nohama nebo si zavolám doktora, ať mi to přeloží.*“ Usnadnit komunikaci může také připravení si základních frází a slov v příslušném jazyce, což vyplývá z odpovědi S4 a S8: „*Šťěstí přeje připraveným, a tak mám přeložený do angličtiny nejdůležitější věty pro sestřičku. To si беру s sebou, protože někdy nějaký slovíčko zapomenou. Tak aspoň v angličtině to mám a v němčině to dávám dohromady.*“ V praxi se lze setkat také s komunikačními kartami, které však dle odpovědi využívají pouze S5 a S3, která také upozorňuje na jejich úskalí pro využití v intenzivní péči: „*U nás v nemocnici je to zařízený i tak, že máme cizojazyčný karty, kde jsou fráze česky a jsou přeložený do různých jazyků. Ale týká se to spíš jenom diagnostiky, ošetřovatelství, seznámení s chodem oddělení, ale otázky pro potřeby ARO oddělení tam nejsou. Takže my hodně používáme překladače v telefonu.*“ Z odpovědi všech informantek je patrné, že sestry pro komunikaci nevyžívají pouze jednu z výše zmíněných možností, ale kombinují je dle potřeby a situace, což vystihuje například

odpověď S5: „Dost často to jde zvládnout nějakou lámanou angličtinou nebo v lepším případě je na směně sestra, která umí anglicky nebo německy a překládá. Starší doktoři pomůžou tím, že zvládnou mluvit rusky, což taky dost pomůže, že jim to třeba vysvětlí oni. Mladší doktoři zase umí většinou dobře anglicky. A na něco máme aspoň minimálně v základních jazycích třeba komunikační karty. A hodně dobře je Google překladač, že prostě aspoň něco dokážeme nějakým způsobem domluvit i když to není asi úplně ideální.“

Za zajímavé lze považovat, že dle zkušeností informantek S2 a S3 probíhá komunikace se sedovaným pacientem v českém jazyce, ačkoli je pacient cizinec, což dokládá odpověď S2: „No ale u nás jsou ty lidi hodně v umělém spánku, a to na ně mluvíme česky i když víme, že nám úplně nerozumí.“

Podkategorie 2.2. – Využití tlumočnicka při poskytování péče

Služby tlumočnicka jsou v současné době v nemocnicích běžně dostupné, což vyplývá z odpovědí devíti z dotazovaných informantek. Ty se shodují v tom, že mají ve svém zaměstnání možnost využít službu tlumočnicka. Pouze informantka S7 udává, že nemá tuto možnost: „Nesetkala jsem se s tím, ale vím, že v jiných nemocnicích to funguje. U nás ale v menší nemocnici nemáme tuhle možnost. Ale přínosné by to určitě bylo. Vzhledem k tomu, že je tam spousta sester, který neumí jazyk, tak by to bylo určitě užitečné.“

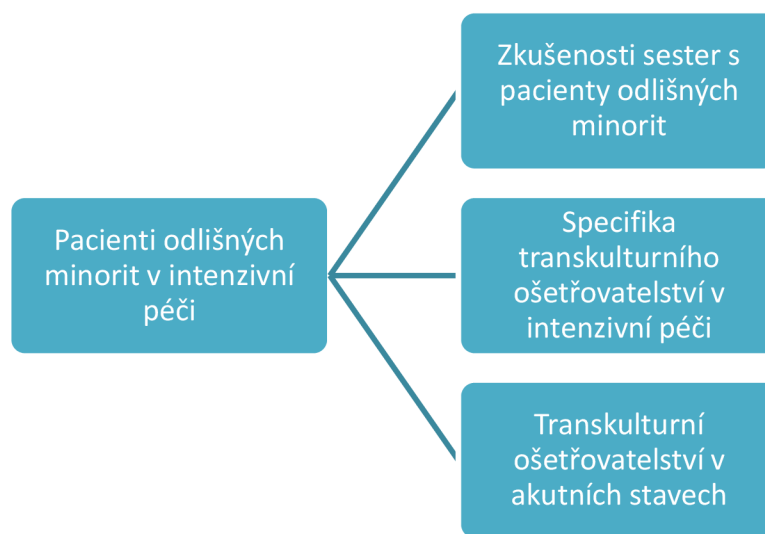
V průběhu poskytování péče udává šest informantek zkušenost s tlumočením profesionálním tlumočnickem. V praxi využily tuto možnost informantky S1, S2, S3, S5, S8 a S9. Všechny se však shodují ve spíše sporadickém využití tohoto způsobu komunikace s pacientem. Upřednostňováno je spíše tlumočení lékařem či rodinným příslušníkem a tlumočnick bývá spíše krajní možností, což dokládá odpověď S1: „Jo, dá se zařídit. Ale tady prostě většinou ty doktoři umí. Jsou tady doktoři, který mluví anglicky, německy a francouzsky. Takže tyhle jazyky. Tlumočnick tu byl akorát u Japonce, a to bylo dobrý.“ Dále odpověď S2: „Měli jsme tu tlumočnicka, ale většinou tu komunikaci zajišťovala rodina toho pacienta. Ale není to, že by tu ten tlumočnick byl 24 hodin denně.“ Informantky S4, S6 a S10 udávají, že ačkoli mají možnost využít služby tlumočnicka, tak ji nikdy nevyužily, a to z důvodu, že ji nikdy nepotřebovaly, což udává S6: „Máme tu možnost, ale nikdy jsem to nevyužila, nebylo potřeba.“ Informantka S10 však dodává, že důvodem také bývá nedostatek motivace k zajišťování

služeb tlumočnicka, které přináší další práci. To dokládá následující rozhovor (S10 - informantka, T - tazatelka): S10: „*Ano, máme, ale nikdy jsem to nevyužila.*“ T: „*A bylo by to dle Vás v některých případech přínosné?*“ S10: „*Jo to asi bylo.*“ T: „*Proč jste tedy tlumočnicka nikdy nevyužila?*“ S10: „*Protože se nikomu nechce tohle řešit.*“

Velice zajímavá je možnost využití tlumočení personálem nemocnice, který ovládá daný jazyk a přihlásí se jako dobrovolník. Kontakt na tyto dobrovolníky je dostupný na všech odděleních a slouží k tlumočení v případě, že tlumočnick není v danou chvíli k dispozici. Možnost využití této služby popisuje S3: „*Taky máme možnost, že máme kontakty na různé zaměstnance nemocnice, kteří umí cizí jazyky a máme možnost jim zavolat, aby překládali. Že pomáhají s překládáním, než je k dispozici tlumočnick.*“

Kategorie 3 – Pacienti odlišných minorit v intenzivní péči

Schéma 3: Pacienti odlišných minorit v intenzivní péči



Cílem této kategorie je popsat realitu transkulturního ošetřovatelství v podmínkách intenzivní péče. Jak je patrné ze schématu 3, kategorie je členěna do tří podkategorií. První podkategorie 3.1. Zkušenosti sester s pacienty odlišných minorit přibližuje, jaké jsou zkušenosti informantek s těmito pacienty. Následující podkategorie 3.2. Specifika transkulturního ošetřovatelství v intenzivní péči popisuje mimo jiné edukaci pacientů a další specifika. Poslední podkategorie 3.3. Transkulturní ošetřovatelství v intenzivních stavech udává, do jaké míry je možné realizovat kulturně kompetentní péči v život ohrožujících stavech.

Podkategorie 3.1. – Zkušenosti sester s pacienty odlišných minorit

Se kterými minoritami se sestry v intenzivní péči setkávají, bylo již popsáno v podkategorii 1.2. Setkání s pacienty odlišných minorit. Cílem této podkapitoly je popsat specifika, se kterými se sestry setkávají, jak případná specifika zjišťují a v čem je tato péče odlišná.

Pouze dvě z informantek, konkrétně S2 a S9 udávají, že se během své praxe setkaly se specifickými požadavky pacientů, které jsou spojeny s jejich kulturou. Zkušenost sestry S2 mimo jiné spočívá v kombinaci léčby s alternativními způsoby: *„I jsme se setkali s tím, že rodina pacientovi vařila a nosila mu jídlo, na který je zvyklý. I jsme tu měli třeba jehličkování nebo Bachovy esence, ale to všechno už je po domluvě s lékařem.“* Zkušenost informantky S9 je následující: *„Jednou tu byl Japonec, byl strašně slušnej, měl pokoj pro sebe a měl ho hodně vyzdobenej. Měl tam spoustu těch jejich balónků a střapců. Jídlo měl teda normálně naše, protože to ještě nebylo tak rozjetý jako teď. A k tomu právě chodil tlumočnick. A já si myslím, že po dohodě s jídelnou se dá asi objednat speciální jídlo. Jako nedělala jsem to, ale asi by s tím nebyl problém.“* Obě z informantek se v odpovědích dotkly mimo jiné také specifík ve stravování. Ty však během poskytování péče zohledňují pouze dvě z deseti informantek, a to informantky S4 a S2, která udává: *„Respektujeme i třeba vegany, prostě jim nedáváme nějaký výrobky s tou živočišnou složkou, ale resová péče je v tomhle ohledu hodně specifická, takže jde v první řadě o to, abychom prostě pacientovi nepřitížili a abychom naopak ten jeho zdravotní stav vylepšovali.“* Zcela opačná je odpověď informantky S3, která udává nemožnost specifické stravy v určitých případech: *„Co se týče stravy, tak mají většinou výživu sondou nebo do žíly, takže v tomhle si taky nemůžou vybrat.“*

Poměrně malá zkušenost s kulturně specifickými požadavky může být způsobena faktem, že pouze tři z našich informantek, konkrétně S4, S7 a S8, aktivně zjišťují specifické požadavky. Postup jejich zjišťování S4 popisuje následovně: *„Dohledávám si to na internetu nebo v učebnicích. Taky se třeba ptám kolegyně, který jsou právě z Ukrajiny. Ale když najdu tu informaci na internetu, tak si to ještě ověřuju u těch lidí, jestli to tak fakt je.“* Důležité informace je mimo jiné možné zjistit také od rodinných příslušníků, jak popisuje S7: *„Tak určitě z internetu, tam jsem si vždycky zjišťovala ty informace. Taky ze školy mám informace. A určitě se zeptám pacienta na jeho zvyky.“*

Když mě pacient o něco požádá, tak vždycky jde najít nějaký kompromis. A samozřejmě komunikace s rodinou. Vždycky se snažím jim vyjít maximálně vstříc. Myslím si, že tohle by tady prostě mělo být, ten respekt a ty kompromisy. Samozřejmě do určité míry a vždycky se s tím pacientem nějak domluvit tak, abychom se vzájemně chápali a respektovali. Aby chápal on mě, když prostě něco nepůjde a zároveň já se snažila pochopit jeho.“ K aktivnímu způsobu zjišťování těchto specifik se přiklání také informantka S8, která zároveň dodává, že mnoho požadavků vyplyne postupně ze situace: *„Mám to ze školy. Ze studia multikulturního ošetrovatelství na škole a na to tak nějak navazuju. Co se týká kultury jako takové, tak občas filozofická knížka mi připadne do ruky, něco z televize a to je tak všechno. A když se tam ten konkrétní pacient ocitne, tak si s ním promluví, když to jde. Třeba co se týká těch Svědků Jehovových, který mi přišli pod ruku, tak to byli otevření lidé a na ty otázky, na které jsem se ptala, tak na ty odpověděli. A zbytek čekám, že to vyplyne ze situace.“* Právě s vyčkáváním na vyplynutí případných požadavků ze situace se ztotožňuje celkem pět informantek, konkrétně již zmiňovaná S8, dále S2, S6, S10 a S5, která odpověděla takto: *„Ale jako nezjišťuju, jestli jim vadí třeba jestli k nim přistupuju zprava nebo zleva, a ani se teda jako aktivně neptám, jestli třeba muslimové se chtějí pomodlit a tak, tohle prostě nezjišťuju. Když vidím, že jim něco vadí, tak se jich zeptám, co potřebujou jinak nebo co přesně jim vadí a proč. Že třeba nám to přijde úplně normální, ale jim třeba na tom záleží abychom to dělali jinak nebo aby například muslimky opravdu ošetřovala žena. Něco prostě člověk ví, ale něco si prostě musej říct sami. A potom si myslím, že pokud to není něco, co je vyloženě proti řádu nemocnice, tak to potom jde zařídit.“* Informantky S1, S3 a S9 přímo udávají, že pokud pacient má takovéto požadavky, musí o ně sám požádat. Informantka S3 přímo udává: *„My se staráme o všechny stejně. Když má ten pacient nějaký požadavek, tak pokud je to možné, snažíme se mu vyhovět, ale že bych se jich ptala, jestli mají speciální požadavky k jejich kultuře, tak to ne. Lidem třeba říkáme, že můžou donést obrázky rodiny nebo obrázky od dětí nebo i třeba obrazy spojený s vírou, tak to jim tam různě vystavujeme na tom boxu.“* Právě ve stejném přístupu ke všem pacientům se v souvislosti s péčí na anesteziologicko-resuscitačním oddělení shodují všechny tři informantky z oddělení tohoto typu, tedy sestry S1, S2 a S3. Dále se setkáváme se zkušeností, že specifické požadavky pacientů a celková zkušenost s těmito pacienty se odvíjí od jejich individuality, nikoli kulturní příslušnosti. V tom se shodují zkušenosti sester S1, S3, S7 a S8. Příkladem může být zkušenost informantky S3 s reakcí pacientů na bolest: *„Tohle je všechno individuální a taky záleží, jaká ta bolest*

je. Nemyslím si, že by to souviselo s kulturou. I když máme pacienty Čechy, tak každý reaguje jinak a taky je to stejná kultura.“

Další odlišnost shledávají sestry v oblasti edukace pacientů mluvících cizím jazykem. Pět informantek se shoduje, že vzhledem ke komunikační bariéře bývá proces edukace obtížnější a časově náročnější. Na této zkušenosti se shodují informantky S3, S4, S7, S10 a S5, která se zároveň domnívá, že edukace není v takovém případě tolik efektivní: *„Jako informace by měli dostat stejný, ale jak jim to prostě podat. Když rozuměj česky, tak si myslím, že informace i edukace jsou ve stejném rozsahu. Ale když česky nerozuměj, tak je to problém. Určitě si z toho miň odnesou. Dobrý je, že aspoň informovaný souhlasy máme v nějakých základních cizích jazycích.“* Informantka S7 potvrzuje zkušenost s omezenou edukací pacientů mluvících pouze cizím jazykem a zároveň jako jediná zmiňuje zohlednění kulturních specifik v edukačním procesu: *„Určitě. Každá ta skupina má jiné to vnímání času, že některým skupinám se to musí více vysvětlit a opravdu se ujistit, zda rozumí. A když jde o cizince a není na oddělení zrovna sestra, která umí anglicky, tak samozřejmě ta edukace bude omezenější.“*

Komunikační bariéra nepředstavuje problém pouze pro ošetrovatelský personál, ale také pro samotné pacienty. Dle zkušeností sester S1, S3, S4, S8 a S10 působí komunikační bariéra pacientům značný diskomfort a v některých případech také strach. Svou zkušenost S8 popisuje takto: *„Řekla bych, že jakmile ten pacient je v tu chvíli bez tlumočnicka a nerozumí těm věcem, který se okolo něj dějou, tak určitě má větší strach než člověk, kterej rozumí tomu okolí a rozumí personálu.“* Příkladem může být také odpověď S3: *„Akorát u cizinců je znát, že jsou klidnější, když je tam někdo, kdo jim přeloží kde jsou a co se děje. Ale to je pochopitelné. Taky bych měla strach, kdybych se najednou vzbudila v nemocnici, nevěděla bych kde jsem, co se děje a nikomu bych nerozuměla.“* V takovém případě informantka S4 zároveň upozorňuje na omezenou možnost verbálně uklidnit tyto pacienty: *„Někdy u těch cizinců, když nerozumí, tak je vidět, že chtějí být mezi svýma. Já jim dokážu v cizím jazyce předat ty základní, důležitý informace. Ale ty drobnosti, třeba povzbuzení, který normálně v češtině řeknu, tak to až tak nedokážu. Maximálně je to nějaká osekaná fráze, která asi nemá takový efekt. Že ta podpora z naší strany tam asi není úplně stejná.“*

Nejčastěji uváděnou zkušeností je zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. S touto zkušeností se setkalo sedm z deseti informantek, konkrétně S2, S3, S4, S5, S7, S8 a S10. Sestry se zároveň shodují v kladném hodnocení této zkušenosti, což dokládá odpověď S5: *„Když si rozumíme a vyjasníme si, co můžou oni a co děláme my, tak mi to*

rozhodně nevádí. Ty lidi to hodně uklidní, taky to pomůže s tou ošetrovatelskou péčí, že jim třeba namažou záda, rehabilitujou s nima. To je super.“ S3 zároveň dodává, že právě zapojení se do ošetrovatelské péče může mít pozitivní vliv na psychiku rodinných příslušníků nemocného: „Setkáváme se s tím, že třeba je necháváme nakrmit, nebo promazat olejem na tělo a tak. Že ty lidi jsou pak šťastný, že pomohli a že pro toho člověka něco udělali. Že i když je to maličkost, tak jim to často hodně psychicky pomůže.“

Přítomnost rodiny může být zároveň přínosná pro zotavovací proces, a především psychickou pohodu pacientů. Na tom se shodují informantky S3, S7 a S6, která udává: *„Když jsou ti pacienti hodně nemocní, že jsou na tom špatně, tak aby se ta psychika zlepšila a aby měl ten pacient trošku snahu a našel sílu, aby se uzdravoval, tak ta rodina hraje velkou roli a když to jde, tak tu rodinu pouštíme co nejčastěji. A na těch lidech je to vidět, celkově na tý psychice, že jim pomáhá, když tam ta rodina s nima je.“*

V souvislosti s náboženským vyznáním udávají informantky S2, S3 a S4 zkušenost s návštěvami faráře, kněze či kaplana u lůžka pacienta. To dokládá odpověď S3: *„Respektujeme u pacientů, když jsou věřící, tak respektujeme třeba dojít ke knězovi, nebo k nám dojde kněz nebo nějaký jiný zástupce nějaký církve.“* Právě v souvislosti s náboženským vyznáním informantky S2 a S4 udávají aktivní nabízení této možnosti, S4: *„Setkala jsem se maximálně s tím, že se ty lidi chtěli pomodlit nebo aby přišel kaplan. V tom z mojí strany není problém. Ale vím, že tu jsou kolegyně, který tohle neberou. Já i třeba nabízím kaplana nebo psychologickou pomoc.“*

V oblasti péče o umírajícího pacienta se informantky nejčastěji setkávají s přáním rodiny rozloučit se s daným pacientem, případně být po jeho boku až do samotného konce. Tuto zkušenost udává pět informantek, a to S1, S6, S7, S8 a S3, která popisuje svou zkušenost takto: *„Ano, někdy tam s nima ta rodina chce být až do konce a rozloučit se. Tak pokud to jde, tak to umožňujeme. Někdy pokud už ten pacient umřel, tak se chtějí ještě přijet aspoň rozloučit.“* V souvislosti s umíráním se dále sestry setkávají s přáním přivolat kaplana či faráře, což udávají S4, S5 a S6, která popisuje obě zmíněná přání: *„Ano, jeden pacient nám umíral a jeho mamka tam chtěla být až do konce. A asi jednou jsem se setkala s tím, že jsme volali faráře.“* Informantka S9 popisuje také zkušenost s odvezením pacienta do rodinného prostředí: *„Asi dvakrát jsem zažila, že si vzala rodina člověka domů umřít.“*

Podkategorie 3.2. – Specifika transkulturního ošetrovatelství v intenzivní péči

Tato podkategorie se zabývá specifiky intenzivní péče v souvislosti s transkulturním ošetrovatelstvím. Hlavním specifikem, na kterém se shodují informantky S2, S3, S4, S5, S6 a S7, je celkové omezení pacienta z důvodu kontinuální monitorace a léčebného režimu. Tuto skutečnost popisuje S7: „*Možná v tom, že na standardu jsme povolili víc těch rodinných příslušníků. A hlavně pacient v intenzivní péči je napojený na přístroje a podobně a nebudeme mu umožňovat modlit se pětkrát za den, což by na tom standardu umožněné být mohlo. Takže se to určitě liší v tom, že na JIPce bude mít omezenější možnosti vykonávat to, na co je zvyklý.*“ To udává také S4, která zároveň zmiňuje občasnou časovou tíseň, kdy sestry nemají dostatek času: „*Na standardním oddělení nemají tolik léků, arterky, centrály. Tím, že tady je ta péče specializovanější, tak je to horší na vysvětlování. Taky nemůžou mnohem víc věcí. Ti pacienti jsou neustále na monitoru a spousta z nich nemůže ani opustit lůžko. Že tady těch hadiček a všeho je víc, takže je to náročnější na to vysvětlování a celkovou organizaci tady těch věcí. A i z hlediska času. Někdy ten čas na tyhle věci je. Ale když se mi někdo hodně zkomplikuje nebo když máme několik akutních příjmů, tak i když mám třeba jenom dva pacienty, tak není čas tohle řešit. Ale je to o ochotě toho personálu. Těch deset minut se najde vždycky, ale záleží na ochotě. Ale né vždycky je čas to obsáhnout tak, aby bylo všechno z pohledu té kultury správně.*“ Informantka S2 však dodává, že i přes nutnost monitorace a dodržování léčebného režimu je nezbytné zohledňovat kulturní specifika každého z pacientů: „*V intenzivní péči je určitý obraz toho pacienta, ale nezajímají nás jenom monitory a hadičky. Takže pokud tomu pacientovi hrozí nějaký duševní trauma, třeba právě z toho, že nerespektujeme jeho zvyky, tak i tohle nás musí zajímat, nemůžeme to vytěsnit.*“

Další specifikum udávají S2 a S3, které uvádějí, že jejich pacienti například nesmí nosit šperky. S3 zároveň dodává, že také intimita pacienta bývá narušena více než na standardních odděleních: „*Ale ARO je v tomhle hodně specifický, že jsou ti pacienti hodně omezení. Že nesmí mít žádný šperky, ty se při příjmu okamžitě sundávají a můžou to mít maximálně někde u lůžka. Co se týče intimity, tak se jí samozřejmě snažíme dodržovat, ale taky je to u nás jiný. Že ta jejich intimita je hodně narušená, když musíme sledovat drény, rány, všechny vstupy a celkově.*“

Podmínky intenzivní péče však mohou přinést větší časové možnosti pro individuální požadavky každého pacienta, a tudíž tedy i na kulturní specifika. To

udávají sestry S2, S4, S5 a S7. Důvodem je menší počet pacientů v porovnání s množstvím personálu, což dokládá odpověď S2: „*Výhoda je, že máme každá jednoho, maximálně dva pacienty, takže na něj máte víc čas a spoustu věcí můžete i vytušit mezi řádky, co ten člověk potřebuje. Poznáte toho pacienta víc než na standardu, kde ta sestra má na starosti klidně patnáct pacientů. Takže ten prostor tu je.*“ Úskalí však představují neplánované příjmy pacientů a komplikace zdravotního stavu, kdy se časové možnosti omezují, jak je patrné z výše uvedené odpovědi S4 a také S7: „*Ale zase z mé zkušenosti na tom standardním oddělení já jsem neměla čas. Tam bylo milion příjmů denně, milion práce, tam jsem se nezastavila a tam jsem se určitě nemohla individuálně věnovat pacientům. Ale jakmile jsem přešla na intenzivní péči, tam jsem zjistila, že ta práce je nárazová. Tam mám na starosti dva až tři pacienty, to se dá v pohodě zvládat. Ale jakmile se něco pokazilo, bylo něco akutního, tak se prostě skákalo kolem toho jednoho člověka. Takže pokud není nic akutního a ti pacienti jsou stabilizovaní, tak je větší prostor vykonávat péči o ty minoritní skupiny. Ale zase ne v takovém rozsahu, jako na tom standardním oddělení z toho důvodu, že ti pacienti jsou omezení jenom na to lůžko.*“

Specifické jsou také možnosti návštěv. Informantky S2, S3, S4, S6 a S7 se shodují na režimu maximálně dvou až tří osob u lůžka a pouze na omezenou dobu. S2 svou zkušenost popisuje takto: „*My sice můžeme pouštět maximálně dva lidi k pacientovi a na určitou omezenou dobu, ale samozřejmě se můžou prostrídat. Takže ten kontakt tam je. Akorát děti do patnácti let k nám nesmí vůbec, protože i pro ně by to bylo traumatizující.*“ Zkušenost informantky S4 je shodná a zároveň dodává možný negativní vliv návštěv na ostatní pacienty: „*Hlavně jsou tu i lidi, kdy jsou po velkých operacích a když je ta návštěva potom hlučná, tak to je náročný i pro pacienty, co jsou okolo. Takže pouštíme návštěvu po dvou, maximálně po třech. Ale vždycky se snažíme vyhovět. I třeba pouštíme mimo návštěvní dobu, pokud to jde.*“ Úskalí početných návštěv popisuje také S5: „*My máme pokoje tak po čtyřech lidech a když tam přijde najednou šestičlenné osazenstvo k jedné posteli, tak zaprvé nejen že tam není k hnutí a nemůžeme k přístrojům, monitorům, tak to prostě ruší klid i těch ostatních pacientů. Když jsou ty pacienti na boxu, tak je to jedno, to se nějak domluvíme, ale takhle je to prostě blbý.*“

Podkategorie 3.3. – Transkulturní ošetřovatelství v akutních stavech

Cílem této podkategorie je popsat, jakým způsobem jsou zohledňovány kulturní specifika pacientů v akutních, život ohrožujících stavech. Osm informantek se shoduje, že v takových případech je primární vyřešit akutní stav, ve kterém se pacient ocitl a kulturní specifika v tu chvíli nejsou zohledňována s výjimkou intervencí, se kterými pacient nesouhlasí. Tuto skutečnost udávají S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S9. Takovou situaci S6 popisuje následovně: *„Tak v tady tom směru je nejdůležitější udržet člověka při životě, ať se týká kultura, nekultura, tady je důležitý ten život zachránit. A až když je ten člověk stabilizovaněj, tak se řeší ty jeho další požadavky.“* Dalším příkladem může být odpověď S5: *„Řekla bych, že se to moc nezohledňuje. Ne že by někdo dělal vyloženě proti jejich vůli, ale v momentě, kdy jde o život, tak se tohle neřeší.“* Informantka S7 navíc dodává, že v takovýchto situacích zdravotnický personál nenapadne tato specifika zohledňovat: *„Jde to velmi těžko. Pokud se musí něco řešit akutně, tak spousta zdravotníků ani nepomýšlí na to a není ani čas řešit, že třeba muslimku by měla ošetřit pouze žena. Že pokud by na to třeba z rodiny nikdo neupozornil, tak v akutní situaci nás to ani moc nenapadne. Ale celkově i myslím, že my k tomuhle máme hodně konzervativní přístup. Že takhle se to prostě dělalo vždycky a nějaký multikulti přístup se prostě neprosadí.“*

V urgentních situacích je také problematický nedostatek času například v souvislosti s tlumočením, což udává informantka S8: *„Týká se to tady třeba kardiologie, pokud hrozí infarkt myokardu, musí se okamžitě vyrazit na ošetření do katetrizační laboratoře, což nám ten čas bere. Třeba na sehnání tlumočnicka a zajištění cizojazyčných souhlasů s vyšetřením a na vysvětlení všeho dává mnohem kratší dobu. Takže si myslím že v tom rozdíl je, že prostě není čas.“*

Dále se však informantky S2, S3 a S8 shodují, že v takovýchto situacích je i pro pacienta primární potřebou se uzdravit a kulturní specifika pro něj v daný moment nejsou důležitá. Tuto zkušenost popisuje S3 takto: *„Ta péče u nás je jiná, že ty lidi nemají tolik možností a celkově mají jiný potřeby než na těch standardech. Že řeší hlavně to, aby se uzdravili a tyhle věci v tu chvíli tolik neřeší. Že asi kdyby byli na standardu před plánovaným výkonem, tak tady to je pro ně víc důležitý než u nás, kde v podstatě bojují o život.“* S touto odpovědí souhlasí zkušenost S8: *„A co se týká třeba nějakých rituálů, nebo pomodlení se, tak člověk musí být obeznámen s tím, že aktuálně*

mu jde o život, což po většina těch pacientů, který přijíždí na koronární jednotku, tak přijíždí rychlou záchrannou službou, a to už by měli vědět, že ten stav je závažný. A tohle by tomu pacientovi měl lékař znova zdůraznit, že v tuhle chvíli, kdy teda odjíždíme do katetrizační laboratoře, jde o minuty. A pokud pacient si je vědom svého zdravotního stavu, je lucidní, a i přesto si tohle přeje, tak by mu to lékař a zdravotnický personál samozřejmě měli umožnit. Ale nesetkala jsem se s touhle situací, že by někdo s bolestí na hrudi tohle vyžadoval, všichni v tu chvíli hlavně chtějí, aby bylo všechno zase v pořádku a aby se jim ulevilo.“

Kategorie 4 – Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči

Jak bylo již popsáno v teoretické části práce, kulturní kompetence je definována jako schopnost poskytovat účinnou péči s ohledem na kulturní přesvědčení, chování a potřeby jedince. Jedná se o syntézu mnoha znalostí a dovedností, které jsou získávány nejen v průběhu profesního, ale i osobního života, přičemž proces jejich získávání nikdy nekončí (Papadopoulos, 2006). Úroveň kulturní kompetence sester se tedy prolíná celou empirickou částí práce. Cílem této kategorie je přiblížit vnímání kulturních kompetencí sestrami a uvést návrhy sester pro zlepšení transkulturního ošetrovatelství.

Jak vyplývá z definice kulturní kompetence, její nedílnou součástí jsou znalosti. V souvislosti s touto informací je zajímavé, že pět informantek udává, že nezná pojem kulturní kompetence a neví, co si pod tímto pojmem představit. Jedná se o informantku S1: *„Tenhle výraz jsem nikdy neslyšela, nevím vůbec. Jakoby asi nějaká kompetence v té kultuře.“*, dále S2: *„Upřímně si pod tím nic nedokážu představit. Nevím, co to je.“*, S3: *„Tak to vůbec nevím. Tohle jsem asi nikdy neslyšela, takže vůbec nevím.“*, S5: *„Tak to už je hodně dlouho, co jsem tohle slovo slyšela a netuším teď.“* a S9: *„Nemůžu to popsat, protože nevím, co to obsahuje. Já tady přece nejsem od toho, abych tady tohle posuzovala. Nenapadlo mě, že to budu potřebovat k tomu, abych někomu píchla kanylu.“*

Dále se vnímání kulturních kompetencí informantkami rozchází. Sestra S4 popisuje tento pojem následovně: *„Asi je to pro mě nějaká schopnost umět jednat tak, abych toho člověka dokázala ať už ošetřit, komunikovat s ním a udělat to tak, aby pro něj to bylo přijatelný v rovině té kultury, kterou on má.“* Tato informantka také dodává, jakým způsobem se zamýšlí nad svými kulturními kompetencemi: *„Zamýšlela, třeba když je tu někdo takovej, tak se snažím myslet, jestli jsem nemohla dělat něco jinak nebo něco víc.“*

Třeba když mám toho člověka tři dny za sebou, tak co můžu udělat, do toho druhýho dne si snažím zjistit ty informace. Zkusit se dorozumět, když ten pacient nemluví česky.“ Podobným způsobem vnímá kulturní kompetenci také informantka S7: *„Já to vidím tak, že je to schopnost pečovat o pacienty jiných kultur kvalitně, dobře.*“ Poměrně odlišný je popis kulturní kompetence sestrou S8: *„S pojmem kulturní kompetence jsem se setkala, ale ne tak hmatatelně. Asi jsem jenom zaslechla tohle úsloví. Ale vnímám to tak, že máme být otevřený kulturním změnám. Jakoby v tom směru, že prostě Evropa je multikulturní. Taky je třeba brát i všechny náležitosti spojený s kulturou jiných zemí.*“ Informantka S6 popisuje kulturní kompetenci takto: *„Že by sestra měla vědět, z jaký kultury ten pacient pochází, a snažit se mu vyjít vstříc. Aby ten pacient měl snazší ten pobyt v nemocnici, líp se uzdravoval a líp spolupracoval.*“ Poslední Informantka S10 vnímá kulturní kompetenci jako poskytování péče všem bez ohledu na kulturní příslušnost: *„No tak asi prostě poskytovat všem tu péči, že by sestra měla poskytovat péči všem bez rozdílu.*“

Zajímavá jsou doporučení pěti z informantek pro zlepšení poskytování péče těmto pacientům. Dvě z informantek se mimo jiné shodují na nutnosti zlepšení komunikace s pacienty mluvícími cizím jazykem, konkrétně S4: *„Asi změny jo, ale nejsem si jistá tím personálem, jestli by se tím řídil. Ale asi třeba aspoň tu mít vypsaný základní fráze v jiných jazycích by bylo fajn. A i nějaký školení by bylo dobrý.*“ a S5: *„Možná aspoň znalost toho jazyka.*“ Stejně jako sestra S4, tak také informantka S7 navrhuje pro zlepšení kulturně kompetentní péče školení pro personál: *„Edukaci, vzdělávací programy. Každý rok chodíme na stejné školení na KPR a dezinfekci rukou. Kdyby se místo toho udělala školení na multikulturní ošetřovatelství, tak by to určitě bylo přínosné. Otázkou ale je, jaký by byl zájem o to.*“ Právě na nutnost vzdělání v této oblasti upozorňuje S2: *„Tady je všechen personál vzdělanej minimálně na vyšší odborný škole. A určitě se o tady těch věcech dneska jedná. Takže všichni nějakou tu přípravu máme. A když víme, že tady takovej pacient je, tak se informujem, snažíme se udělat to tak, abychom ho nějak neohrozili v té jeho duševní pohodě.*“ Další návrh pro zlepšení přináší S6: *„Prostě hlavně se pokusit vcítit do toho člověka a pokusit se mu ten pobyt tam zpříjemnit.*“ a S2: *„Hlavně komunikovat mezi sebou, respektovat toho pacienta a snažit se o to porozumění.*“ Informantka S8 navrhuje zjištění zpětné vazby od těchto pacientů pro navržení případných změn: *„Asi by mě zajímalo, jestli jsou ty pacienti spokojení, nebo ne. Až pak podle toho bych se já postavila k tomu, co by bylo potřeba zlepšit.*“

Z odpovědí informantek vyplývá, že jejich vnímání kulturní kompetence je různorodé. Z rozhovorů s jednotlivými informantkami je také patrné, že úroveň jejich kulturní kompetence se odvíjí od jejich celkového postoje k této problematice.

5 Diskuse

Ošetrovatelství a kultura jsou spolu neodmyslitelně spjaty, a to nejen proto, že péče o člověka pramení z předávaných tradic léčby, ale také proto, že zanedbání kulturních tradic při poskytování péče může mít neblahé následky v podobě pasivity pacienta (Kutnohorská, 2013; Tavallali et al., 2017).

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat úroveň kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči, neboť v situacích, kdy je stav pacienta kritický a hrozí jeho smrt, se náboženské a kulturní potřeby zvyšují (Tavallali et al., 2017). V rámci našeho výzkumného šetření jsme se však setkali s opačnou zkušeností informantek. Ty udávají, že v případě ohrožení života je pro pacienta primární potřebou se uzdravit, a proto pacienti nevyžadují zohledňování kulturních potřeb. Informantka S3 právě v této oblasti vidí specifikum intenzivní péče. Domnívá se, že například v případě plánovaných hospitalizací, během kterých není pacient v přímém ohrožení života, jsou pro pacienta kulturní potřeby významnější než v situacích, kdy se pacient v kritickém stavu ocitá na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Domníváme se však, že tato skutečnost může být zapříčiněna nedostatečným zájmem zdravotnického personálu o kulturní potřeby pacientů. V mnohých případech sestry čekají, až kulturní potřeby pacient sám projeví nebo až vyplynou ze situace, což vyplývá z odpovědí celkem pěti informantek. Tento přístup zdravotníků může být však problematický, neboť projev respektu a zájmu zdravotníků má vliv na pocit bezpečí a jistoty pacientů, díky kterému se nebojí klást otázky a nestávají se pouze pasivními příjemci ošetrovatelské péče (Tavallali et al., 2017). Někteří pacienti jsou izolovaní, tišší a snaží se nedávat najevo svou odlišnost, takže si zdravotnický personál ani nevšimne, že se jedná o pacienta odlišné kultury, či že vyžaduje jakákoli kulturní specifika (Amiry a Heydari, 2017).

V návaznosti na cíl diplomové práce byla jako první stanovena tato výzkumná otázka: „Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v intenzivní ošetrovatelské péči?“ Pro odpověď na tuto otázku je nejprve důležité definovat pojem kulturní kompetence. Tu Papadopoulos (2006) popisuje jako schopnost poskytovat účinnou péči s ohledem na kulturní přesvědčení, chování a potřeby jedince. Jedná se o syntézu mnoha znalostí a dovedností, které jsou získávány nejen v průběhu profesního, ale i osobního života, přičemž proces jejich získávání nikdy nekončí (Papadopoulos, 2006). Samotný pojem kompetence je v tomto kontextu vnímán jako soubor znalostí, dovedností, zkušeností,

metod, postupů a postojů, které slouží k úspěšnému řešení úkolů a životních situací (Hladík, 2010).

V rámci našich rozhovorů jsme se dotkli všech oblastí, které kulturní kompetence zahrnují. Jak z definice vyplývá, pro poskytování kulturně kompetentní péče jsou nezbytné vědomosti zdravotnických pracovníků v této oblasti. V českém vzdělávacím systému jsou studenti připravující se na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra transkulturnímu ošetřovatelství vyučovány. Tento teoreticko-praktický předmět se zabývá vybranou pojmovou terminologií, multikulturní diagnostikou, základními charakteristikami a kulturou minoritních skupin. Zdůrazňuje význam transkulturního přístupu sestry v ošetřovatelské péči, umožňuje pochopit odlišné hodnoty, jazykové bariéry i sociokulturní bariéry a přesvědčení pacienta (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2021).

Problematickou skupinu v tomto ohledu představují všeobecné sestry, které působí v klinické praxi mnoho let a v době jejich studia nebylo transkulturnímu ošetřovatelství vyučováno. V rámci našeho výzkumného souboru tuto skupinu zastupují informantky S3, která v klinické praxi působí již 27 let, a informantka S9, která v praxi působí 34 let. Ani jedna z těchto informantek zároveň není vysokoškolsky vzdělaná. Právě tyto sestry udávají, že této problematice nebyly nikdy vyučovány a informace získávají pouze prostřednictvím kolegyň. V souvislosti s touto skutečností se domníváme, že by bylo vhodné zařadit kurzy transkulturního ošetřovatelství do kurzů celoživotního vzdělávání nabízených zaměstnavateli. Otázkou však je, s jakým zájmem by se případné kurzy setkaly, neboť všechny z informantek udávají, že se nikdy žádného kurzu či školení v této oblasti neúčastnily, a celkem šest informantek udává, že by ani nebyly ochotné se v této oblasti dále vzdělávat. Přičemž čtyři z informantek se zároveň domnívají, že vzdělání v této oblasti není důležité či prospěšné. Tento argument většinou dokládají tvrzením, že sestra pro výkon své profese tyto znalosti nepotřebuje. Tento argument je však v přímém rozporu s výzkumem, který publikovali Kaihlanen et al., (2019) jenž udává, že vzhledem k faktu, že získávání kulturních kompetencí je celoživotní proces, je důležité pokračovat v získávání znalostí i po ukončení studia. Přičemž vhodným způsobem je právě účast na kurzech a seminářích se zaměřením na tuto problematiku. Právě školení mají pozitivní vliv na získávání vědomostí a zlepšení stávající praxe. Mimo jiné také přináší příležitost uvědomit si své vlastní kulturní rysy, změnit svůj způsob myšlení a získat nový pohled na vlastní komunikační praktiky (Kaihlanen et al., 2019). I my se domníváme, že znalosti v této oblasti jsou pro každou sestru nezbytné,

neboť vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu pacientů odlišných kultur je třeba v praxi aplikovat multikulturní ošetrovatelství. K dosažení tohoto cíle je třeba znát hodnoty, postoje, chování a kulturu jednotlivých pacientů. V opačném případě může sestra nevědomky poškodit pacientovu důstojnost. Je zásadní znát a respektovat pacientův žebříček hodnot, rozdílné vnímání intimity, pojetí lidského těla či potřebu kontaktu s rodinou (Dingová Šliková et al., 2018).

Další složku kulturních kompetencí představují schopnosti, přičemž naše rozhovory se týkaly především schopnosti komunikace. Ačkoli se jedná o základní předpoklad k poskytování účinné ošetrovatelské péče, může komunikace působit větší problémy, než se zdá. Právě tato oblast může představovat problém v případě, že se do nemocniční péče dostane jedinec, který neovládá jazyk země, ve které se právě nachází. V takovém případě pacient může jen velmi těžko popsat své problémy a porozumět instrukcím. Tato situace může vést až k frustraci a u pacienta vyvolat strach, pocit úzkosti, agresi či smutek (Trachtová et al., 2018). S tímto tvrzením se ztotožňují i naše informantky. Právě komunikační bariéra pro celkem šest informantek představuje překážku při poskytování kulturně kompetentní péče. Komunikační bariéra však nepředstavuje problém pouze pro ošetrovatelský personál, ale také pro samotné pacienty. Dle zkušeností pěti informantek působí komunikační bariéra pacientům značný diskomfort a v některých případech také strach. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry nejsou dostatečně vybaveny znalostí cizích jazyků a komunikace s pacienty je proto velice omezená a komplikovaná. Dvě z informantek dokonce popisují zkušenost, že komunikační bariéra vede sestry k omezení kontaktu s pacientem, neboť jsou pro ně tato setkání nepříjemná. Považujeme však za pozitivní, že komunikační bariéra je u našich informantek jediným důvodem k omezení kontaktu s pacientem odlišné kultury, neboť například Amiry a Heydari (2017) popsují několik dalších problematických oblastí, které však naše informantky nereflektují. Právě z tohoto výzkumu, který Amiry a Heydari publikovali roku 2017 vyplývá, že pro mnohé sestry je velice nepříjemné pečovat o pacienta odlišné kultury. Hlavní problém představuje neznalost odlišné kultury, která vede k mnohým nepříjemným situacím nejen pro sestru, ale i pacienta. Sestry například popisují situaci, ve které neví, do jaké míry je pro pacienta nepříjemný fyzický kontakt. Další problém představuje jazyková bariéra či rozdílné náboženství, kdy je pro některé dotazované sestry nepříjemné pečovat o pacienty určitého náboženství (Amiry a Heydari, 2017).

Lze stanovit několik obecných zásad a specifik, na které by měl zdravotník při komunikaci s pacientem odlišné kultury brát zřetel. V první řadě se jedná o specifika verbální komunikace. Řadíme do nich způsob oslovování, způsob sdělování informací a rozdíly v tykání a vykání. Následně je důležité znát specifika neverbální komunikace. Především způsob pozdravu, konkrétně podání ruky a četnost dotyků (Burda a Šolcová, 2015). Z našeho výzkumného šetření bohužel vyplývá, že pouze dvě z informantek zohledňují tato specifika při komunikaci s pacientem. Domníváme se, že vzhledem k tomuto zjištění je třeba právě na tuto oblast klást větší zřetel při výuce transkulturního ošetrovatelství. Zbylé informantky popisují odlišnosti v komunikaci pouze s pacienty mluvícími cizím jazykem, a to pouze v oblasti dorozumění se, nikoli však v oblasti kulturních specifik.

Míra kulturně kompetentní péče se posléze odvíjí od konkrétních požadavků pacientů. Informantky se shodují na tom, že pokud jsou požadavky pacientů v souladu s řádem oddělení, léčebným režimem a nemohou jakkoli zhoršit pacientův zdravotní stav, snaží se pacientovi vyjít vstříc či najít vhodný kompromis. Diskutabilní však je, do jaké míry projevují pacienti svou kulturu vzhledem k faktu, že mnohé sestry aktivně nezjišťují kulturní specifika, jak bylo popsáno již v úvodu diskuse a výzkumné části práce. Dalším faktorem, který bezpochyby ovlivňuje úroveň kulturně kompetentní péče je právě komunikační bariéra. Neboť jak bylo detailně popsáno ve výzkumné části práce, je v případě pacienta mluvícího cizím jazykem obtížné dorozumět se. Dá se tedy předpokládat, že za takovýchto podmínek pacienti nemají dostatečnou možnost a prostor popsat svá kulturní specifika, a ta proto nejsou při poskytování péče zohledňována.

Druhá výzkumná otázka, která byla v návaznosti na cíl diplomové práce stanovena, zní následovně: „Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v intenzivní ošetrovatelské péči?“

Z hlediska specifik minorit, se kterými se sestry v rámci hospitalizace setkávají, lze dle výsledků výzkumného šetření říci, že nejčastější kulturní výzvy pro sestry představují výzvy spojené s romskou minoritou. Specifika nejen romské minority byla popsána v teoretické části práce a v rámci diskuse budeme spíše popisovat kulturní výzvy v obecnější rovině. Další výzvy představují dle odpovědí informantek pacienti pocházející z Japonska, Ukrajiny, Asie, Saúdské Arábie, Maďarska, Francie, Rakouska, Německa, Ruska, Španělska, Itálie, USA, Polska, Velké Británie a Indie. Další skupinu

představují pacienti hlásící se ke Svědkům Jehovovým. Jedná se o minority, které informantky uvedly v rámci rozhovorů.

Informantky se shodují v tom, že hospitalizace pacientů odlišných minorit je spíše sporadická a většinou se neliší od hospitalizace ostatních pacientů, neboť tito pacienti nevyžadují žádná specifika spojená s kulturou. Dá se tedy říci, že ačkoliv jsou kulturní výzvy přítomny, sestry je nevnímají z toho důvodu, že na ně sám pacient neupozorní.

Pacienti odlišných kultur mohou mít odlišné názory na zdraví a nemoc, příčiny nemocí a způsob léčby, který vychází z kulturně-zdravotnických tradic daného společenství. Může se jednat o rozdílné stravovací návyky, životní styl, náboženské normy, lidové léčitelství či rodinné tradice (Ptáček et al., 2014). Dá se říci, že transkulturní ošetřovatelství se v klinické praxi pohybuje v bludném kruhu. Vzhledem k pasivnímu přístupu sester a nedostatečnému projevu kulturních potřeb pacienty sestry nevidí přítomnost kulturních výzev, dokud je na to pacienti či rodina neupozorní.

Specifickou výzvu představuje právě povaha intenzivní péče, která pro svůj striktní řád přináší velká omezení pro individuální potřeby všech pacientů. Právě na to upozorňují sestry nejčastěji. Z důvodu nutnosti nepřetržité monitorace, kontinuálního podávání léčiv a striktního léčebného režimu, který mnohdy nedovoluje pacientovi opustit lůžko, jsou možnosti kulturních specifíků značně omezené. V tomto ohledu představuje intenzivní péče nepříznivé podmínky například pro rodinné příslušníky, kteří mohou pacienta ve většině případů navštěvovat pouze v počtu dvou osob na velmi omezenou dobu. Na tuto skutečnost poukazují také Listerfelt et al. (2019). Dle jejich výzkumu pro sestry představuje výzvu především péče o rodinné příslušníky. Jednotky intenzivní péče se v porovnání se standardními odděleními vyznačují svým pevným řádem, větším počtem pacientů v jedné místnosti a většími nároky na péči. Právě přítomnost většího počtu rodinných příslušníků po delší dobu vnímají sestry jako problém, který má dopad nejen na chod oddělení, ale také na ostatní pacienty. Jedná se také o logistický problém, který spočívá v nedostatku fyzického prostoru v bezprostředním okolí lůžek pacientů (Listerfelt et al., 2019). Z našeho výzkumného šetření však vyplývá, že pokud pacienta navštěvují pouze dvě až tři osoby na omezenou dobu, nemá ve většině případů přítomnost návštěv negativní dopad na chod oddělení. Možnost vícečetných návštěv udává pouze jedna z informantek, která však poukazuje na výše zmíněné problémy s tím spojené.

Problematické může být také setkání pacientů odlišných kultur. Některé z výraznějších projevů emocí pacientů či jejich rodinných příslušníků mohou pro ostatní

pacienty představovat narušení klidného prostředí pro proces zotavení. V některých případech je může tato situace uvést do nejistoty a k pocitu diskomfortu (Listerfelt et al., 2019). Za příznivé považujeme, že s touto skutečností se setkala pouze jedna z našich informantek. Ta popisuje negativní vliv návštěv na ostatní pacienty v případě, že je návštěva příliš hlučná. V takovém případě je úkolem sestry zkoordinovat klidný průběh návštěvy.

Nejzásadnější výzvu pro sestry představuje komunikace s pacienty mluvícími pouze cizím jazykem, jak bylo již popsáno ve výzkumné části práce a předchozí části diskuse. Zvláštní problematiku v oblasti komunikace představují služby tlumočnicka. Opatření k odstranění komunikačních bariér při poskytování transkulturní péče zahrnují především zajištěné a financované interkulturní tlumočnické služby. Mimo jiné je třeba zvážit možnost telefonní tlumočnické služby, a to v nouzových situacích, protože pouze tlumočením lze dosáhnout kvalitní léčby a získat zákonem požadovaný informovaný souhlas. Nedostatek odpovědnosti a porozumění v nouzových situacích může být pro pacienty traumatizující a je stresující i pro zdravotníky. Dále je třeba si uvědomit, že komunikace pomocí gest není zcela dostačující (Origlia Ikhilor et al., 2019). Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření musíme však konstatovat, že služby tlumočnicků jsou využívány spíše sporadicky. Tlumočnicka nejčastěji nahrazuje rodina či lékaři, kteří ovládají příslušný cizí jazyk. V intenzivní péči jazyková bariéra komplikuje situaci, která je již sama o sobě velmi náročná. Vysvětlení pojmů specifických pro intenzivní péči je mnohdy obtížné i v běžných situacích, při kontaktu s pacientem mluvícím jiným jazykem je tato situace ještě o to náročnější. Vzniklá situace, kdy sestra nemůže bezprostředně pacientovi či jeho rodině poskytnout potřebné informace, se jeví jako frustrující pro všechny zúčastněné. Z důvodu nedostatku profesionálních tlumočnicků jsou překladatelské služby k dispozici téměř výhradně pro setkání lékařů, nikoli pro každodenní setkání s příbuznými. Zdravotníci se proto uchylují k tlumočení prostřednictvím rodinných příslušníků, které ale může být problematické. Problém může vzniknout při nedostatečné znalosti jazyka rodinným příslušníkem, či jeho špatném pochopení odborných termínů a souvislostí. Riziko představuje také zatajování informací rodinným členem (Listerfelt et al., 2019). I my souhlasíme s tím, že není vhodné využívat pro tlumočení rodinné příslušníky. Tlumočení lékaři se tedy jeví jako vhodný kompromis, neboť tlumočníci nejsou k dispozici po celý den a zajištění těchto služeb bývá časově náročné, což je v souvislosti s akutními stavy značně problematické. Domníváme se však že v budoucnu by měl být kladen větší důraz na to, aby sestry

ovládaly cizí jazyky, neboť ani lékař nemůže být u lůžka přítomen neustále a překládat vše potřebné. Za velice přínosné považujeme řešení, které v rámci svého zaměstnání popisuje informantka S3. Zaměstnanci nemocnice, kteří plynule hovoří cizím jazykem a jsou schopni tlumočit při poskytování péče jsou uvedeni v počítačovém systému a jejich telefonní čísla jsou tedy k dispozici na každém oddělení. V případě hospitalizace pacienta mluvícího pouze cizím jazykem stačí zavolat konkrétnímu zaměstnanci, který může přijít v mnohem kratším časovém úseku nežli profesionální tlumočnick.

V rámci shrnutí výsledků výzkumného šetření bychom v první řadě chtěli upozornit na stále se zvyšující potřebu transkulturního ošetřovatelství v praxi, kterou pociťují i dotazované informantky. Za pozitivní výsledek považujeme, že tento pojem se již běžně diskutuje nejen na akademické půdě, ale také v klinické praxi. Přístup k této problematice je však zatím spíše individuálního rázu. Z našich rozhovorů je jasně patrné, že na úroveň kulturní kompetence má přímý vliv osobní postoj a ochota jednotlivých informantek. Z některých rozhovorů jasně vyplývá, že konkrétní informantka zaujímá negativní postoj k celé problematice a nezajímá se tedy o kulturní potřeby pacientů, které při péči nezohledňuje. Jiné informantky vnímají důležitost kulturně diferencované péče a samy aktivně vyhledávají kulturní potřeby pacientů, které se v podmínkách intenzivní péče snaží co možná nejlépe uspokojit. Jako jediné východisko se tedy jeví osvěta zdravotnických pracovníků v této oblasti, a to nejen u právě studujících budoucích zdravotnických pracovníků, ale také u těch, kteří se již pohybují pouze v klinické praxi. Z výzkumného šetření totiž jasně vyplývá, že pokud si je informantka vědoma důležitosti kulturně kompetentní péče a možných negativních dopadů na pacienta, poskytuje kulturně kompetentní péči na vyšší úrovni.

6 Závěr

Cílem této práce, nesoucí název „Kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči“, bylo zmapovat úroveň kulturní kompetence v intenzivní ošetrovatelské péči. Práce se zabývá reálnými zkušenostmi s transkulturním ošetrovatelstvím sester v intenzivní ošetrovatelské péči, jejich postoji k této problematice a také vzděláváním v oblasti multikulturního a transkulturního ošetrovatelství. V návaznosti na vytyčený cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Ty byly zaměřeny na míru kulturních kompetencí sester v intenzivní ošetrovatelské péči a na kulturní výzvy, které jsou přítomny u těchto sester.

V souvislosti s rostoucí mírou migrace a rozvojem turismu se téma transkulturního ošetrovatelství stává stále více aktuálním. Ačkoli se sestry v intenzivní ošetrovatelské péči nesetkávají s pacienty odlišných minorit na denní bázi a dle jejich slov se jedná o spíše sporadická setkání, je nutné klást stále větší důraz na vzdělávání sester v této oblasti a na výuku cizích jazyků. Cílem této práce bylo nahlédnout na reálnou situaci v intenzivní péči ve vztahu s kulturně kompetentní péčí, což bylo splněno.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že každá ze sester již pečovala o pacienta odlišné kultury. Největší překážku pro poskytování kulturně kompetentní péče představuje jazyková bariéra, která se dostala do popředí všech z našich rozhovorů. Právě nemožnost efektivní komunikace přináší diskomfort nejen sestřím, ale má negativní dopad také na samotné pacienty. Další problém představují omezené možnosti poskytování kulturně kompetentní péče v podmínkách intenzivní péče v souvislosti s vážností zdravotního stavu pacienta, kontinuální monitorací a náročným léčebným režimem. Celková úroveň kulturní kompetence jednotlivých sester se odvíjí především od jejich postoje k této problematice. Právě postoje našich informantek k tématu transkulturní ošetrovatelské péče se různí, ale převládá neutrální postoj, který se projevuje spíše pasivním přístupem ke kulturně kompetentní péči, a je tedy nutné apelovat na aktivní přístup k poskytování kulturně kompetentní péče.

Za úvahu stojí zvýšit motivaci sester k poskytování kulturně kompetentní péče, také je v této oblasti více edukovat a šířit osvětu i mezi sestry, které již působí pouze v klinické praxi. Problematickou skupinu v tomto ohledu představují ty sestry, které v rámci svého vzdělávání nebyly v této oblasti nikdy edukovány. Domníváme se, že z výsledků našeho výzkumného šetření je patrné, že znalosti sester v této oblasti jsou

spíše okrajové a že si sestry mimo jiné neuvědomují možné důsledky zanedbání této oblasti péče.

V praxi může práce sloužit jako studijní materiál nejen pro studenty nelékařských zdravotnických oborů, ale také pro sestry, které již působí v klinické praxi a intenzivní péči. Téma kulturně kompetentní péče v intenzivní ošetrovatelské péči není zatím příliš častým cílem výzkumné činnosti. Naše výsledky poukazují na problematické oblasti při poskytování kulturně kompetentní péče v intenzivní péči a mohou tedy sloužit k procesu zvyšování úrovně kulturní kompetence sester v intenzivní ošetrovatelské péči.

7 Seznam literatury

1. ALMEIDA, G.M.F. et al., 2021. Theoretical reflections of Leininger's cross-cultural care in the context of Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm.* 42(spe), no page, doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200209.
2. AMIRI, R., HEYDARI A., 2017. Nurses' Experiences of Caring for Patients with Different Cultures in Mashhad, Iran. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research.* 22(3), 232-236, doi: 10.4103/1735-9066.208156.
3. ANTÓN-SOLANAS, I. et al., 2021. Nursing students' experience of learning cultural competence. *PloS One.* 16(12), no page, doi: 10.1371/journal.pone.0259802. eCollection 2021.
4. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných modelů do klinické a komunitní praxe.* Hradec Králové: Nucleus HK. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
5. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče.* Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
6. BAŠTECKÁ, B. et al., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy.* Praha: Grada. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče, 1. díl.* Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. *Cizinci v ČR v letech 2004 – 2020 (stav k 31.12.)*, 2021a. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2021-08-06]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R01_2020.pdf/ff126a2b-2698-4b3c-a180-db977090564d?version=1.0.
9. *Culture*, 2016. [online]. Ministry of foreign affairs Vietnam. [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: https://www.mofa.gov.vn/en/tt_vietnam/nr040810155004/.
10. ČENĚK, J. et al., 2013. *Interkulturní psychologie, současný výzkum a aplikace.* Brno: Mendelova univerzita v Brně. 140 s. ISBN 978-80-7375-750-2.
11. ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie, vybrané kapitoly.* Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.
12. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře.* Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

13. DLUBALOVÁ, K., 2022. *Vláda schválila Program pomoci občanům Ukrajiny prchajícím před válkou*. [online]. Ministerstvo vnitra České republiky [cit. 2022-05-13]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/vlada-schvalila-program-pomoci-obcanum-ukrajiny-prchajicim-pred-vaalkou.aspx>.
14. EVANS, A. 2010. *Ukraine*. Chalfont St Peter: Bradt. 3. issue. 440 p. ISBN 978-1-84162-311-5.
15. GAYA-SANCHO, B. et al., 2021. Perception and Experience of Transcultural Care of Stakeholders and Health Service Users with a Migrant Background: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(19), no page, doi: 10.3390/ijerph181910503.
16. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13 (3), 185-188, doi: 10.1177/10459602013003004.
17. GIGER, J. N., 2014. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis: Elsevier. 736 p. ISBN 978-0-323-08379-9.
18. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
19. HLADÍK, J., 2010. Konstrukce a modely kulturních kompetencí. *Pedagogická orientace*. 20(4), 27-47. ISSN 1211-4669.
20. HUDÁČKOVÁ, A., 2012. Ukrajinská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 53-83. ISBN 978-80-7387-645-6.
21. IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
22. KAIHLANEN, A. et al., 2019. Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*. 50(1), no page, doi: 10.1186/s12912-019-0363-x.
23. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči, 2., aktualizované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
24. KLAPETEK, M., 2008. *Komunikace, argumentace, rétorika*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2652-6.
25. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie, 3. díl: Učebnice pro sociální činnost*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.

26. KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 1993. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
28. *Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra*, 2021. [online]. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16448/35678/KS-V%C5%A1eobecn%C3%A1-sestra.pdf> .
29. LISTERFELT, S. et al., 2019. Facing the unfamiliar: Nurses' transcultural care in intensive care - A focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 55(?), no page, doi: 10.1016/j.iccn.2019.08.002.
30. LOFTIN, C. et al., 2013. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *The Scientific World Journal*. No page, doi: 10.1155/2013/289101.
31. LUNDIN, C. et al., 2018. Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC International Health and Human Rights*. 18(1), no page, doi: 10.1186/s12914-018-0157-3.
32. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 21-52. ISBN 978-80-7387-645-6.
33. ORIGLIA IKHILOR, P. et al., 2019. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of advanced nursing*. 75(10), 2200-2210, doi: 10.1111/jan.14093.
34. PAPADOPOULOS, I., 2006. *Transcultural Health and Social Care*. Churchill Livingstone Elsevier. 368 p. ISBN 978-0-443-10131-1.
35. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
36. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství 1, 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
37. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství 2, 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

38. POWELL, DL., 2018. Determinants of Health: Cultural Competence Is Not Enough. *Creative nursing*. 24(1), 5-10, doi: 10.1891/1078-4535.22.1.5.
39. *Přistěhovalí z ciziny podle státního občanství (výběr zemí podle výše salda) v roce 2020*, 2021b. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2021-08-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/121739346/13006220q463.pdf/bf3bfb78-f015-43ba-b666-4af0d5205aba?version=1.3>.
40. PRŮCHA, J., 2004. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-885-6.
41. PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 3. vydání. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-709-1.
42. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
43. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
44. REPO, H. et al., 2017. The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs*. 28(1), 98-107, doi: 10.1177/1043659616632046.
45. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3.
46. SHIRAEV, E., LEVY, D., 2020. *Mezikulturní psychologie: kriticky a aplikovaně*. Praha: Academia. 612 s. ISBN 978-80-200-3112-9.
47. SOLE, ML. et al., 2013. *Introduction to Critical Care Nursing*. 6. vydání. St. Louis: Elsevier. 740 p. ISBN 978-0-323-08848-0.
48. SRIVASTAVA, R. H., 2006. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier. 368 p. ISBN 9780779699605.
49. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína, třetí přepracované a rozšířené vydání*. 1195 s. ISBN 978-80-7492-151-3.
50. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi*. [online]. Olomouc. [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: https://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf.
51. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

52. ŠTRACH, P., 2009. *Mezinárodní management*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2987-9.
53. TAVALLALI, A. et al., 2017. Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*. 31(1), 54-62, doi: 10.1111/scs.12314.
54. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
55. TÓTHOVÁ, V., 2000. *Ošetřovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
56. TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetřovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
57. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
58. TUOHY, D., 2019. Effective intercultural communication in nursing. *Nursing Standard*. 34(2), 45-50, doi: 10.7748/ns.2019.e11244.
59. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
60. *Vnitřní řád Nemocnice České Budějovice, a.s.*, 2016. [online]. NCB. [cit. 2022-02-18]. Dostupné z: https://www.nemcb.cz/upload/files/Vnit__ni__ad_NCB_www_C_27.5.2016.pdf.
61. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie, 2. přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
62. ZADÁK, Z. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství, 2., doplněné a přepracované vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

8 Seznam zkratk

PRIM- pracoviště resuscitační a intenzivní medicíny

JIP- jednotka intenzivní péče

ARO- anesteziologicko-resuscitační oddělení

IMP- oddělení intermediární péče

9 Seznam příloh

- Příloha 1 Podklad pro vedení polostrukturovaných rozhovorů s informanty
- Příloha 2 Schválení podkladu pro vedení polostrukturovaných rozhovorů etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity

Příloha 1 Podklad pro vedení polostrukturovaných rozhovorů s informanty

(Zdroj vlastní)

Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

Identifikační údaje:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je celková délka Vaší praxe?

Obecná část rozhovoru:

1. Co dle Vašeho názoru znamená pojem kultura, náboženství, etnická skupina, minoritní a majoritní skupina?
 - a. Mají podle Vás tyto pojmy něco společného, případně co?
2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s péčí o pacienty/klienty odlišné minority?
 - a. S P/K kterých minorit se setkáváte?
 - b. S kterou z těchto skupin se setkáváte nejčastěji?
 - c. V čem je pro Vás péče o tyto P/K odlišná?
3. Co pro Vás znamená kulturně kompetentní péče a jak by podle vás měla vypadat?
4. Popište mi prosím, co pro Vás znamená pojem kulturní kompetence? Jak tento pojem vnímáte?
5. Zamýšlel/a jste se někdy nad svými kulturními kompetencemi?
6. Jak Vás přijímali P/K odlišných minorit?
 - a. Jak probíhá Vaše příprava na setkání s těmito P/K?
7. Jak probíhá Vaše komunikace s P/K odlišné minority?
 - a. Upřednostňujete verbální či neverbální komunikaci?
 - b. Měl/a jste někdy problémy v oblasti komunikace?
8. Jakým způsobem komunikujete s P/K mluvícími cizím jazykem?
 - a. Jakými cizími jazyky mluvíte?
 - b. Který z nich nejčastěji využíváte při práci?
 - c. Účastníte se v rámci Vašeho zaměstnání školeních či vzdělávacích kurzů se zaměřením na zlepšení cizího jazyka?

9. Máte možnost ve svém zaměstnání využít služby tlumočnicka?
 - a. Pokud ANO – Využil/a jste je někdy?
 - b. Pokud NE – Domníváte se, že by služby tlumočnicka byly v rámci péče o Vaše P/K přínosné?
10. Jakým způsobem zjišťujete specifické požadavky na péči o tyto P/K?
11. S jakými překážkami se při poskytování péče těmto P/K setkáváte?
12. Pozorujete odlišnosti v oblasti edukace P/K z minoritní skupiny oproti majoritní?
13. Jakým způsobem jste získal/a teoretické znalosti o multikulturním ošetrovatelství?
14. Byl/a byste ochotna se v této oblasti dále vzdělávat?
 - a. Myslíte si, že je vzdělání v této oblasti důležité a prospěšné? Proč si to myslíte?
15. Účastníte se v rámci Vašeho zaměstnání školeních či vzdělávacích kurzů se zaměřením na multikulturní ošetrovatelství?
16. Jak dlouho pracujete na oddělení intenzivní péče?
17. Je péče o tyto P/K v intenzivním ošetrovatelství odlišná od péče na standardních odděleních, případně v čem?
18. Intenzivní medicína se vyznačuje svou neodkladností, jakým způsobem jsou zohledňovány a dodržovány specifické požadavky těchto P/K v urgentních situacích?
19. Existují situace, kdy nelze vyhovět specifickým požadavkům P/K či jeho rodiny? Pokud ano, jaké to jsou?
20. Vyznačují se tyto P/K odlišnou reakcí na akutní stav, ve kterém se ocitli? Pokud ano, jakou reakcí?
21. Jakým způsobem reagují tyto P/K na bolest?
22. Pozorujete u těchto P/K větší strach v průběhu hospitalizace?
23. Jaké změny jste zaznamenala při poskytování péče těmto P/K za dobu vaší praxe?
24. Jakou roli hraje při poskytování péče těmto P/K jejich rodina?
25. Jakým způsobem reagují tyto P/K na omezenou možnost kontaktu s rodinnými příslušníky?
26. Setkáváte se specifickými požadavky při poskytování péče umírajícímu P/K? Pokud ano, jaké to jsou?

27. Respektujete přání rodiny zapojit se do ošetrovatelské péče o P/K?
28. Jaké změny byste navrhl/a pro lepší poskytování péče těmto P/K?
29. Chtěl/a byste ještě něco doplnit?

Příloha 2 Schválení podkladu pro vedení polostrukturovaných rozhovorů etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity

(Zdroj vlastní)



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

VYJÁDŘENÍ 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)