



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ/ VŠEOBECNÁ SESTRA

Autor: Lucie Barnášová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne 14. 8. 2017

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí Mgr. Janě Maňhalové za vedení mé bakalářské práce, za její rady a připomínky, které mi k ní poskytla a za nepřeborné množství trpělivosti, které se mnou projevila.

Možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství

Abstrakt

Multikulturní ošetrovatelství je koncept, jehož počátek může být vysledován do 50. let minulého století. Započal díky Madeleine Leiningerové a od té doby se dál úspěšně vyvíjí. Kvůli němu započala celá řada modelů zaměřujících se na tento aspekt ošetrovatelství.

Prvním cílem této práce je analyzovat dostupnou literaturu týkající se využití kulturně specifických modelů. Druhým je zmapovat možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství. A posledním cílem je vytvořit informační materiál týkající se možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství.

Nejprve tato práce popisuje některé teoretické základy – co je to kultura a jiné pojmy s ní spojené. Pak popisuje 7 kulturně specifických modelů – model Leiningerové, model Gigerové-Davidhizarové, Blochův průvodce, model Campinhy-Bacotové, model Papadopoulosové, Tilkiové, a Taylorové, model Purnella a jako poslední model Schimové, Doorenbosové, Benkertové a Millerové.

Po popsání teoretických základů mapuje tato práce využití kulturně specifických modelů v praxi. K tomu byly použity knižní i internetové zdroje. Skrze ně jsme získali data o četnosti použití těchto modelů a o tématech, na která se zaměřovaly. Tato práce pak tyto data shrnuje a poukazuje na možné využití kulturně specifických modelů v ošetrovatelství v zahraničí, stejně tak jako místně.

Tato práce je navržena tak, aby sloužila jako informační materiál pro studenty zdravotnických oborů a stejně tak již pracující sestry.

Klíčová slova: sestra; model; multikulturní; ošetrovatelství; praxe.

Possibilities of using the culturally specific models in current nursing

Abstract

Multicultural nursing is a concept, that can track its beginning to the 50s of the last century. It started thanks to Madeleine Leininger and has been successfully evolving ever since. Because of it, a whole line of models focused on this aspect of nursing, has began.

The first goal of this thesis is to analyze available literature regarding the use of the culturally specific models. The second one is to map out the possibilities of the use of the culturally specific models in current nursing. And the last goal is to create an informative material regarding the possibility of the use of the culturally specific models in current nursing.

At first, this thesis describes some theoretical bases – what is a culture and some other terms connected to it. Then it describes 7 culturally specific models – Leininger model, Giger-Davidhizar model, Bloch's assesment guide, Campinha-Bacote model, Papadopoulos, Tilki and Taylor model, Purnell model and as the last one Schim, Doorenbos, Benkert and Miller model.

After describing the theoretic bases, the thesis maps out the use of the culturally specific models in practice. For it, literary and online resources were used. Through them, we gained the data about the frequency of the use of these models and the topics they were focused on. This thesis then summarises the data and points out the possible uses of the culturally specific models in nursing abroad and on-site alike.

This thesis is constructed to serve as an informational material for students of healthcare practices and working nurses alike.

Key words: nurse; model; multicultural; nursing; practice.

Obsah

Úvod.....	10
1 Cíle práce.....	11
2 Operacionalizace pojmů	12
3 Metodika.....	13
4 Pojmosloví.....	15
4.1 Transkulturní ošetrovatelství.....	15
4.2 Koncepční modely	15
4.3 Definice kultury	16
4.4 Pohled na kulturu emický a etický	17
4.5 Kulturní hodnoty	17
4.6 Kulturní šok.....	17
4.7 Etnicita	18
4.8 Kulturní předsudek.....	18
4.9 Kulturní diverzita	19
5 Ošetrovatelské modely	20
5.1 Model Madeleine Leiningerové – Model vycházejícího slunce/ teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče.....	20
5.1.1 Metaparadigmata dle Leiningerové	21
5.1.2 Model vycházejícího slunce	21
5.2 Model Gigerové – Davidhizarové – Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče	22
5.2.1 Komunikace.....	23

5.2.2	Prostor.....	25
5.2.3	Sociální začlenění.....	25
5.2.4	Čas.....	26
5.2.5	Vliv výchovy a prostředí.....	26
5.2.6	Biologické variace.....	27
5.2.7	Metaparadigma.....	27
5.2.8	Vnitřní struktury, vazby a pojmy modelu.....	28
5.3	Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním.....	29
5.3.1	Kategorie kulturní.....	29
5.3.2	Kategorie sociologické.....	30
5.3.3	Kategorie psychologické.....	30
5.3.4	Kategorie biologicko-fyziologické.....	30
5.4	Model Josephy Campinhy-Bacotové – Model rozvíjení kulturní způsobilosti.....	31
5.4.1	Kulturní uvědomění.....	31
5.4.2	Kulturní vědomosti.....	32
5.4.3	Kulturní dovednosti.....	34
5.4.4	Setkání se s kulturou.....	35
5.4.5	Kulturní přání.....	35
5.4.6	Vztah mezi premisami.....	36
5.5	Model Papadopoulosové, Tilkiové a Taylorové – Model pro rozvíjení kulturní kompetence.....	36
5.5.1	Fáze první – kulturní uvědomění.....	36
5.5.2	Fáze druhá – kulturní znalosti.....	37

5.5.3	Fáze třetí – kulturní citlivost.....	37
5.5.4	Fáze čtvrtá – kulturní kompetence	38
5.6	Purnellův model – Model pro rozvíjení kulturní kompetence	38
5.6.1	20 základních předpokladů Purnellova modelu	38
5.6.2	Čtveřice makro aspektů modelu	40
5.6.3	Mikro aspekty modelu - 12 domén.....	41
5.7	Model Schimové, Doorenbosové, Benkertové a Millerové – Kulturně shodná péče: Složení puzzlí.....	43
5.7.1	Kulturní rozdílnost.....	43
5.7.2	Kulturní uvědomění.....	44
5.7.3	Kulturní citlivost.....	45
5.7.4	Kulturní kompetence	46
5.7.5	Vrstva pacienta	47
5.7.6	Čtyřmi kroky k intervenci	48
6	Využití v praxi.....	50
6.1	Využití v ošetřovatelském procesu	50
6.1.1	Fáze první – zhodnocení.....	50
6.1.2	Fáze druhá – diagnostika	51
6.1.3	Fáze třetí – plánování	52
6.1.4	Fáze čtvrtá – realizace	53
6.1.5	Fáze pátá – Vyhodnocení	53
6.2	Využití ve světě.....	56
6.3	Využití v ČR	57

7	Závěr.....	63
8	Literatura a prameny.....	65
9	Seznam příloh a obrázků	70

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství“ jsem si zvolila, jelikož mi toto téma připadá mimořádně aktuální.

V současnosti jsou možnosti cestování téměř neomezené, což následně znamená, že za dobu své působnosti ve zdravotnických zařízeních této, či jiné země, budeme nuceni poskytovat ošetrovatelskou péči i lidem odlišujícím se od nás národností, jazykem, celou svou kulturou. Pro poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče ale nestačí pouze uspokojovat fyzické potřeby takového pacienta. V rámci holistického přístupu myslíme kromě potřeb fyzických ještě na potřeby psychologické, sociální a v rámci jiné kultury též na kulturní specifika spojená s péčí o takového klienta.

Jak takovou péči ale poskytnout? Právě s tím nám radí multikulturní modely a na nich založené studie a práce, kterými se v této práci dále zabýváme.

1 Cíle práce

Pro tuto práci byl stanoven cíl analyzovat dostupnou literaturu týkající se možnosti využití kulturně specifických modelů. Dalším cílem bylo zmapovat možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství. A posledním cílem bylo vytvořit informační materiál týkající se možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství.

2 Operacionalizace pojmů

V souvislosti s vypracováním práce se vyskytly termíny požadující bližší specifikaci.

Jedná se například o slovo model. Dle Pavlíkové (2006) se jedná o soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení, která jsou následně integrovány do smysluplné konfigurace. Jeho účelem je poskytnout orientaci pro praxi, vzdělávání a výzkum.

Multikulturalismus je dalším termínem, kterým se práce zabývá. Dle Ivanové et al. (2005) se jedná o žádost na rovné uznání všech lidí i s jejich kulturami. Jedná se o výraz základní a hluboko sahající potřeby bezpodmínečného přijetí, vlastní všem lidem. Kutnohorská (2013) doplňuje, že při multikulturním ošetřovatelství dochází k srovnávacímu studiu – snažíme se nalézt jak zvláštnosti, tak i sdílené hodnoty rozličných kultur vázajících se ke zdraví.

S tímto termínem je ale spojen termín další, a to sice transkulturalismus. Pro ten je dle Ivanové et al. (2005) příznačné stavění do popředí oboustranné komunikace mezi majoritou a minoritou nacházející se v dané společnosti. Kutnohorská (2013) o transkulturním ošetřovatelství píše, že jeho zaměřením je porozumění jiným kulturám následně k nim vázaným specifickým potřebám v ošetřovatelské péči.

3 Metodika

Jedná se o výzkumnou práci zpracovanou jako teoretickou přehledovou práci. Za účelem získání potřebných dat byla použita technika kvalitativního výzkumného šetření provedena skrz techniku sekundární analýzy relevantních zdrojů. Pro proběhnutí systematického shromáždění materiálu došlo k jeho analýze, zhodnocení a vypracování konečného výsledku (Bártlová et al., 2008).

K získání dat došlo skrz primární zdroje – zejména odborných monografií, stejně jako vědeckých periodik a zahraniční literatury. Monografie a periodika byly vyhledány v Akademické knihovně Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, ve studovně Vltava Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, stejně tak jako pomocí internetového vyhledávání uskutečněného v databázích GoogleBooks, GoogleScholar a Theses, pomocí klíčových slov sestra, model, multikulturní, ošetrovatelství, praxe.

V literárních zdrojích byla vyhledávána především témata jako kultura, s ní spojené pojmy, kulturně specifické modely a využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství v jakékoliv podobě.

Práce tak popisuje a poskytuje vysvětlení právě kultury a s ní spojených pojmů, načež se zaměřuje na popsání a vysvětlení jednotlivých kulturně specifických modelů. Po nich již následuje popis dat nalezených v monografiích, článcích v periodikách i odborných pracích na příbuzné téma. V monografiích jsou zahrnuta díla autorů, jako je Archalousová, Slezáková, Bártlová, Sadílek, Tóthová, Burnard, Gill, Dayer-Berensonová, Galantiová, Kutnohorská, Leiningerová, McFarlandová, Papadopoulusová a další (viz seznam literatury).

Co se odborných periodik týče, z českých byl použit časopis Sestra a Kontakt. Práce ale čerpala hlavně z periodik zahraničních, proto se v jejích zdrojích objevují Journal of Transcultural Nursing, American Journal of Nursing Research, Journal of Nursing and Care, British Journal of Nursing, Journal of Compassionate Health Care a Journal of Social Work in the End-of-life and Palliative Care.

Z prací, využitých při mapování české ošetrovatelské scény, čerpala práce od autorů jako Dolák, Dolíhalová, Dostálová, Hanusová, Hapatyková, Hrázská a další (viz seznam literatury).

Sběr těchto dat pak probíhal v období od března 2017 do srpna 2017.

4 Pojmosloví

4.1 *Transkulturní ošetrovatelství*

Jak už jsme zmiňovali výše – Kutnohorská (2013) popisuje tento fenomén jakožto přístup zaměřující se na pochopení kultur a z nich vycházejících specifických potřeb v oblasti péče o nemocného. Ivanová (2005) pak tvrdí, že je pro něj příznačné to, že středem pozornosti je nikoliv kultura, ale interakce a domluva mezi majoritou a minoritou. Rayová (2016) píše, že se jedná o kulminaci hned několika sil a to sice globalizace, péče, holistického ošetrovatelství, ošetrovatelských paradigmat a způsobů znalostí, kultury, transkulturního vědomí, transkulturní péče, zdraví a multikulturalismu a transkulturality. Pak je zde ještě popis Plevové et al. (2011), která o něm píše, že se jedná o obor jak teoretický, tak praktický, jehož účelem je srovnávat. Jeho zaměření je pak holistické na kulturu, péči, vzory zdraví a onemocnění lidí, ovšem s přihlédnutím k rozdílům a podobnostem co se jejich kulturních hodnot týče, stejně jako jejich přesvědčení a životních zvyklostí. Za cíl si pak dává poskytování kulturně shodné, citlivé a kompetentní péče spolu s podporou jak ve zdraví, tak v nemoci.

4.2 *Koncepční modely*

A proč jsou tedy v souvislosti s transkulturním ošetrovatelstvím důležité modely? Jaký je jejich význam pro nás? Jedná se o fenomén, který vznikl už díky přispění Florence Nightingalové a jejího vůbec prvního modelu zaměřujícího se na ošetrovatelskou péči. Pavlíková (2006) o modelech píše jako o různých pohledech na ošetrovatelskou péči. Fawcettová a DeSanto-Madeyová (2012) pak koncepční model definují jako řadu relativně abstraktních a obecných konceptů.

Je tedy samozřejmé, že s ohledem na nejrůznější zaměření a specifika ošetrovatelské péče začaly vznikat i různě zaměřené modely dle toho, čeho si jejich autorky za svou konkrétní ošetrovatelskou praxi a se svými konkrétními zkušenostmi, všimly. Důsledkem byl tedy vznik vůbec prvního kulturně zaměřeného ošetrovatelského modelu, se kterým v 50. letech 20. století přišla Madeleine Leiningerová na základě pozorování chování dětí z odlišných kultur hospitalizovaných na její pracovní jednotce. Tím byl odstartován vznik mnoha dalších modelů souvisejících s kulturou – ať už se jedná o modely zaměřené přímo na pacienty, či na modely zaměřené na sestru, mající jim poskytovat kulturně způsobilou péči.

Základním rysem modelu, samotný důvod jejich existence, je totiž býti pro sestru systematickou strukturou, něčím, co poskytuje zdůvodnění vykonávaných činností, namísto, abychom se slepě řídili intuicí. Mají nám ukazovat směr, kterým hledat a jak řešit praktické problémy. A následně nám poskytují i všeobecná kritéria ku poznatku, že došlo k vyřešení problému. Pokud to tedy shrneme, jsou užitečné organizací myšlení, též ke sledování a ve vyložení si toho, co vidíme a zjišťujeme (Pavlíková, 2006). Toto je samozřejmě pravda pro všechny modely, ale u těch následujících jsou všechny tyto skutečnosti kulturně zaměřené.

A čím konkrétně nám v současném ošetrovatelství mohou být zrovna kulturně specifické modely užitečné? Právě tím se budeme zabývat v následujícím textu.

4.3 Definice kultury

Kultura je věcí nestálou. Stejně jako řeč, se i její další aspekty neustále mění a vyvíjí. Svůj vliv na ni mají například technologie, na výzkumu založené důkazy, politické změny, finanční klima, konflikty nebo dokonce i móda (Burnard a Gill, 2009).

Dle Špirudové et al. (2006) jde o studování, ale též i sdílení a přenášení vědomostí z kulturních materiálů a duchovních artefaktů dané skupiny, obecně předávaných z generace na generaci. U těch tak díky tomu dochází k ovlivnění myšlení, rozhodování i činů napříč životem.

Slovo kultura může ovšem poukazovat nejen na to, jak se samotní jedinci chovají, ale i jak probíhá jejich interakce a jak spolu žijí ve společenství: jejich pohled na náboženství a praktiky s ním spojené, způsob, jakým své společenství organizují, jakým vytvářejí zákony, učí ostatní, dokonce i to, jak spolu komunikují (Burnard a Gill, 2009).

Špirudová et al. (2006) dále uvádí nejrůznější znaky kultury. Mezi ně patří například nejrůznější normy či ideály. Též uvádí vidění světa získané onou konkrétní kulturou. Poukazuje na to, že jedinci z této kultury jejich dodržování poskytuje pocity sounáležitosti, bezpečí i řádu.

Nesmíme zapomenout na pravidla chování kultury – ať už jsou zjevná, či skrytá – a nejrůznější očekávání v závislosti na dané kultuře (Špirudová et al., 2006).

Též musíme zmínit materiální a duchovní artefakty či předměty. Jedná se např. o charakteristický styl staveb, oblékání, mluvy ba i přípravy jídel apod. (Špirudová et al., 2006).

Kersey-Matusiaková (2012) ve své knize píše, že musíme vzít v úvahu, že pacient nepatří pouze do jedné kultury. Zahrnuje totiž sice jedincovo zázemí, ale taktéž jiné kulturní skupiny, ke kterým se jedinec sám může přidat a které pak mohou mít vliv na jeho zdraví.

4.4 Pohled na kulturu emický a etický

Emický pohled značí, že na kulturu nahlížíme jako její příslušníci, ale „zevně“. Je zapotřebí sdílnost a pochopení. Má velký význam pro zdravotnické pracovníky při péči o P/K z jiné kultury (Špirudová et al., 2006).

Sedláková (2014) nám radí dívat se na danou kulturu jakožto „domorodec“, zatímco u etického z pohledu „vědce“, v souladu s čímž je i Špirudová et al. (2006), která nás při tomto pohledu označuje za nezaujatého/nezávislého pozorovatele.

Náhlovský (2010) též popisuje etický pohled jakožto pohled nesoucí sebou riziko cítění se nadřazený dané kultuře a tudíž poukazuje na vznik možných chyb. O emickém pohledu pak dále udává, že vyvozuje závěry z pohledu kultury, o kterou se jedná.

4.5 Kulturní hodnoty

Můžeme je charakterizovat jako interní a externí řídicí síly dávající smysl a řád přemýšlení, rozhodování a též činnostem jedince či skupiny (Špirudová et al., 2006).

Dle Vojtové (2006) lze tento pojem charakterizovat jakožto komplex elementů - hmotných i nehmotných - které vznikají postupem vývoje osídlení, tradic vyplývajících dle charakteru oblasti a tradic na ní vázaných.

4.6 Kulturní šok

Týká se lidí ocitnuvších se v prostředí kulturně odlišném od jejich běžného. To může vyvolat dezorientaci i neschopnost přiměřené reakce vůči dalším lidem či situacím pro jejich odlišné způsoby (Špirudová et al., 2006).

Burnard a Gill (2009) ho popisují jako postupné uvědomění si rozdílu mezi sebou a ostatními (způsobujícím právě zmatenost a úzkost) – v tomto případě mezi pacientem a nemocničním personálem, náležitým ještě ke všemu do jiné země se svou vlastní kulturou.

Uvolnění tak nastává až v případě, že se začneme přizpůsobovat tomu, jak lidé v našem okolí provádějí činnosti a tomu, jak se chovají (Burnard a Gill, 2009).

Kutnohorská (2013) ve své knize uvádí fáze kulturního šoku dle Kalerva Oberga:

Fáze 1., zvaná též „honeymoon“, označuje dny naplněné euforií - člověk je neznámou kulturou okouzlen až fascinován. **Fáze 2.**, též „crisis“, stojí pro obrat od tohoto postoje. Člověk si uvědomuje, že nezapadá, pociťuje frustraci, úzkost až hněv. **Ve fázi č. 3**, „recovery“, se z předchozích pocitů probírá s odhodláním se v nové situaci orientovat, naučit se kultuře a chovat se úměrně k ní. **4. fáze**, „adjustment“, pak značí adaptaci, fungování osoby v jejím nynějším prostředí.

4.7 Etnicita

Bývá často vydávána za synonymum kultury, nicméně se jedná o rasovou identitu, často rozdělovánu dle barvy pokožky, či kvůli jiným zjevným rysům (Špirudová et al., 2006).

Kutnohorská (2013) uvádí, že etnicita nemá žádnou jednoznačnou definici, nicméně je to důležitý prvek pro identitu každé osoby. Charakterizuje ji jako navzájem propojený systém kulturních, rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, stejně jako historických osudů a představ o společném původu, které spolu navzájem působí a modelují etnické uvědomování si sebe sama každého člověka.

4.8 Kulturní předsudek

Je to označení přísného postoje či stanoviska ohodnocení člověka s jinou kulturou. Jedná se zejména o odlišné hodnoty, víru, či způsob, jakým zvládá nejrůznější situace, včetně rozhodování se v nich (Špirudová et al., 2006).

Dobiášová (2008) o předsudcích ve své práci píše, že se jedná o již zafixovaný postoj, který je zformován předem a projevuje se bez ohledu na jedinečnost toho, proti čemu je zaměřen.

Kosek (2011) pak dodává, že při tomto fenoménu dochází k odmítavému až nepřátelskému postoji vůči osobě jen proto, že patří do jisté skupiny – a tudíž má zřejmě vlastnosti oné skupiny.

4.9 Kulturní diverzita

Jde o rozličnost kulturních skupin, o jejich rozdíly v oblastech jazyka, hodnot, víry apod. (Špirudová et al., 2006).

Kutnohorská et al. (2011) mluví o kulturních variacích. Rozdíl vysvětlují na příkladu, kdy v Latinské Americe je žvýkání koky považováno za normální, v jiných kulturách je odsouzeníhodné.

5 Ošetřovatelské modely

Co se transkulturních modelů týče, dochází k jejich rozvoji už přes 50 let, a to sice od 50. let minulého století, kdy s vývojem prvního takového modelu započala, a nadále jej rozvíjela, Madeleine Leiningerová. Její model nesl pojmenování „Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče“ a byl prvopočátkem pro vznik dalších, kulturním směrem zaměřených, modelů, jako například modelu Gigerové – Davidhizarové. Zapomenout ale nesmíme ani na model „Rozvíjení kulturní způsobilosti“ od Josephy Campinhy-Bacotové a „Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním“ (Špirudová et al., 2006).

5.1 Model Madeleine Leiningerové – Model vycházejícího slunce/ teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče

Medeleine Leininger (*13. 7. 1925 – 10. 8. 2012) byla tím, kdo v roce 1960 poprvé definoval termín transkulturní ošetřovatelství. Tím položila základ rozvoji celého nového odvětví modelů, zaměřujících se na práci s jedinci z odlišného etnika, či kultury, na což až do doby jejího zásahu nebyl brán při poskytování ošetřovatelské péče větší zřetel. Z její práce i v současnosti stále vychází návrhy dalších modelů.

Její teorie byla vyvinuta na základě antropologie a ošetřovatelských principů. Poprvé ji zveřejnila roku 1985 v Nursing Science Quarterly. Jejím účelem je rozvinout transkulturní znalost a vykonávání ošetřovatelské péče, s tím, že jejím cílem je identifikovat způsoby, jakými se dá poskytnout kulturně vhodná péče lidem ať už rozdílných, nebo podobných kultur (Dayer-Berensonová, 2014).

Jedná se o teorii nezávisle rozvinutou na základě zkušeností a myšlení Madeleine Leiningerové. Ta na počátku vzniku své teorie identifikovala kulturu a péči jako hlavní dimenze, které v ošetřovatelství a péči o zdraví chybějí, jelikož zdravotní sestry a další zdravotničtí profesionálové neuznávali a nedoceňovali jejich důležitou roli v ozdravných a ošetřovatelských procesech, ani při medicínských výkonech (Leiningerová a McFarlandová, 2006).

5.1.1 Metaparadigmata dle Leiningerové

Většina ošetrovatelských modelů má 4 metaparadigmata, a to sice osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Nicméně Leiningerová pociťovala, že „ošetrovatelství“ je ve své definici příliš omezené a proto ho nahradila „péčí“. Též pociťovala, že pojem osoba je příliš omezující a moc kulturně vázaný. Stejně tak „prostředí“ nahradila „kontextem prostředí“, který tak zahrnuje události s významem a interpretací závisící na specifických fyzických, ekologických, sociopolitických a kulturních pozadích (Dayer-Berensonová, 2014).

Svou prací tak dala vzniknout svému „modelu vycházejícího slunce“ – jak daly modelu jméno její idey a jednotlivé složky její teorie znázorněny právě v této podobě. Mezi lety 1955 – 1985 docházelo k jeho postupným úpravám spolu s rozvíjením teorie. Upřesňují se tak vztahy teorie a kulturních faktorů, které mohou mít vliv na péči o člověka dané kultury (Žiaková, 2007).

5.1.2 Model vycházejícího slunce

Do jádra svého vycházejícího slunce umístila Leiningerová zdraví člověka jakožto holistické bytosti. To je ovlivněno znaky, modely i praktikami péče jeho kultury. Tato péče je pak ovlivněna dalšími faktory a to sice faktory technologickými, stejně jako náboženskými a filozofickými, dále rodinnými a společenskými, stejně jako environmentálním kontextem, jazykem a historií daného etnika. Nesmíme zapomenout ani na faktory právní a politické, též ekonomické a v neposlední řadě faktory vzdělávací, všechny tyto faktory znázorněné jako paprsky slunce. To vše ovlivňuje kulturní hodnoty a životní styl našeho pacienta a následně jeho světový názor, stejně jako rozměr kulturní a sociální struktury a kulturní péči (Leiningerová a McFarlandová, 2006).

Rozděleno je i samotné poskytování ošetrovatelské péče. Nesmíme totiž zapomenout, že tu mohou poskytovat jednotlivci a my ji též můžeme poskytovat jednotlivcům, ale stejně tak i rodinám pacientů, jejich komunitám, či institucím v rozdílných zdravotních systémech. Každopádně v ošetrovatelské péči můžeme vidět **system tradiční**, ve kterém je péče poskytována členy té samé subkultury, kam patří náš pacient. Je možné ho najít též pod názvy lidový, či laický. Dalším je **system profesionální**. Ten převládá

v institucích, kde ovšem prezentuje zejména názory etnických většin a ne lidí z dotyčné subkultury (Žiaková, 2007).

Tyto systémy pak mohou poskytovat **3 druhy ošetrovatelské péče**, dle toho v jakém stavu je zdraví pacienta. **První** pomáhá zdraví uchovat, či ho získat. Tento způsob péče je zaměřen jak na zdravé, tak na nemocné. Těm prvním napomáhá k zachování zdraví a druhým k jeho opětovnému získání. Špirudová et al. (2006) vyjádřila, že pro zdravé to znamená vykonávání podpůrných aktivit, zatímco nemocným je pomáháno se zotavovat ze svých těžkostí.

Druhý umožňuje adaptaci. V tomto případě adaptaci spojenou se způsoby nové kulturní péče. Může se jednat o přizpůsobování se mateřství, či naopak úmrtí v rodině, ale úplně nejčastější role je jednoduše role pacienta. Nesmíme zapomenout, že zdravotnictví je kulturou samo o sobě. Sestra tak pomáhá skloubit kulturu pacienta s kulturou přítomnou ve zdravotnickém zařízení (Leiningerová a McFarlandová, 2006). Špirudová et al. (2006) nám připomíná, že pacient z jiné kultury může shledat, že je pobytem ve zdravotnickém zařízení omezen v náboženských rituálech, není tam možný takový kontakt s rodinou, jak byl zvyklý, či je kulturně odlišná podávaná strava. Sestra má pak za úkol sjednat kompromis mezi potřebami pacienta a řádem zařízení.

Třetí, poslední, způsob péče pomáhá uskutečňovat změnu. Dostává se ke slovu v případech, kdy je třeba uzpůsobit či úplně změnit způsob, jakým se o své zdraví pacient stará (Leiningerová a McFarlandová, 2006). Zde Špirudová et al. (2006) uvádí jako příklad pacientovi stravovací návyky. Pakliže je třeba změnit jídelníček kvůli předepsané dietě, vezmeme v potaz i zvyklosti pacientovi kultury a společně najdeme kompromis.

Vše co se odehrává tak musí v konečném důsledku vést ke kulturně shodné ošetrovatelské péči (Leiningerová a McFarlandová, 2006). Vyobrazení modelu viz Příloha č. 1.

5.2 Model Gigerové – Davidhizarové – Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Jedná se o model dvou amerických autorek Joyce Newman Gigerové, a Ruth Elain Davidhizarové, vytvořený za účelem transkulturního hodnocení. Inspirací mu byl právě model transkulturního ošetrovatelství od Medeleine Leiningerové. Ten byl ovšem

sestrami v ošetrovateľskej praxi často kritizován, neboť bylo obtížné začlenit jej do každodenní péče o kulturně odlišné pacienty a do spolupráce s jejich rodinami (Špirudová et al., 2006).

Roku 1988 byl tak vytvořen tento model, který usnadňuje hodnocení a poskytování ošetrovateľské péče o jiná etnika. Umožňuje též sestřám průběžné hodnocení kulturních proměnných ošetrovateľského procesu a jejich vlivů na chování jedinců. Dalším jeho plus je rychlejší a lehčí posouzení potřeb pacienta stran ošetrovateľské péče – ulehčuje tak výběr intervencí vhodných pro pacientův současný stav s ohledem na kulturní odlišnosti (Špirudová et al., 2006).

Dostálová (2007) zmiňuje, že základní předpoklad tohoto modelu, je unikátnost každého jedince, podepřena třemi pilíři: kulturou, etnicitou a náboženstvím.

Líšková et al. (2006) pak popisuje hlavní myšlenky modelu se zaměřením na koncepci ošetrovateľství, kulturně ohleduplnou péči, respektování kultury člověka, vytváření akceptovatelného prostředí v zdravotnických zařízeních a ještě na vztah mezi zdravotním stavem člověka a jeho chováním v dané kultuře.

Dle Dayer-Berensonové (2014) poskytuje tento model základ hodnocení zaměřeného na šest kulturních fenoménů, které ovlivňují každodenní péči o pacienta jakožto kulturně svébytného jedince, a to sice komunikaci, prostor, sociální začlenění, čas, kontrolu prostředí a biologické odlišnosti, které pak Gigerová s Davidhizarovou nadále rozpracovaly.

5.2.1 Komunikace

Andrewsová a Boylová (2008) ji definují jakožto organizovaný, vzorovaný systém chování regulující a umožňující interakci mezi pacientem a sestrou.

Špirudová et al. (2006) popisuje komunikaci jakožto hodnotu v kultuře přenášenou a ochraňovanou, skrze kterou je kultura sama vyučována.

Proto je do těchto fenoménů zahrnuta, jelikož pro efektivní zdravotnickou péči je zásadní efektivní komunikace. Správná komunikace je motivací pro sestru i pacienta – takto lépe informovaného a schopného se více zapojovat - a vede ke zlepšení jeho zdravotního stavu (Dayer-Berensonová, 2014).

Swotová (2008) mluví o důležitosti navázání důvěry mezi zdravotníkem a pacientem při komunikaci. Pokud se nám takový vztah povede navázat, je pravděpodobnější, že pacient se spíše otevře v ohledu ke svým osobním informacím, hodnotám, kulturním zvyklostem.

Gigerová a Davidhizarová (2002) samy uvádí, že právě komunikace je často nejvýznamnějším problémem, co se týče práce s klienty z jiného kulturního prostředí.

To, že pacient a sestra mluví odlišným jazykem a nedokáží se spolu domluvit, bývá samozřejmě velkým problémem. I tak, pokud je mluvené a psané slovo pro oba nesrozumitelné, dá se využít dalších aspektů komunikace, jako je mimika, gesta, postoj či využití prostoru, spolu s obrázky (Dayer-Berensonová, 2014).

Dostálová (2007) nás kromě toho upozorňuje na sociokulturní a osobní aspekty komunikace s pacientem – na jeho hlas, rytmus a rychlost řeči, stejně jako na výslovnost, možný význam ticha a význam použitých dotyků.

Mohou se ovšem naskytnout případy, kdy je řeč sdílená, ale kulturní orientace tak odlišná, že se sestra a pacient nejsou zpočátku schopni domluvit díky nedorozuměním. Každopádně se jedná o problém, který musí být brzy vyřešen, jelikož pokud pacient cítí, že se se sestrou nedomluví, může se stáhnout, přestat spolupracovat, či být až nepřátelský (Dayer-Berensonová, 2014).

Galantiová (2008) v tomto ohledu zmiňuje idiomy. Jedná se o výrazy, které pro danou kulturu mají předem daný význam. Ovšem ti, kteří se jazyk této kultury učili jako druhý a nejsou na tento výraz upozorněni, o jeho významu nevědí a mohou si ho proto mylně vyložit.

Problém rovněž nastává, pokud má jedno slovo ve více státech více odlišných výrazů. Jedinečné situace rovněž nastávají, když má pro pacienta slovo jiné mínění. Například při předávání výsledků uvádí pacienti jako matoucí slovo „pozitivní“. Zdravotničtí pracovníci v těchto případech mínili pozitivní výsledky s tím, že podezření se potvrdilo a choroba tam skutečně je. Zato pacienti si slovo pozitivní vykládali tak, že je to „dobré“ a že jsou tedy v pořádku (Galantiová, 2008).

Existují i případy, kdy bylo stejné slovo v rozdílných jazycích. Zde je od Galantiové (2008) uveden příklad filipínské sestry, starající se o syna mexických rodičů. Došlo

mezi nimi k nedorozumění ohledně slova *puto*. Ve španělštině toto slovo znamená gigolo. Rodiče pacienta proto požadovali změnu sestry starající se o jejich dítě, dokud sama sestra nevysvětlila, že na Filipínách slovo *puto* znamená rýžový dort.

Swotová (2008) zdůrazňuje při komunikaci s pacientem nutnost otevřené mysli. Tím se můžeme vyvarovat negativní reakce ohledně jistých kulturních zvyklostí, které nám, pocházejícím z jiné kultury, sice nemusí dávat smysl, ale pacientovi připadají jako samozřejmost. Pacientovi pak podle ní zvyky jeho kultury nevymlouváme, nýbrž k nim navrhujeme přidání řádných zdravotnických postupů.

5.2.2 *Prostor*

Co se prostoru týče, jedná se o pojem, kterým označujeme vzdálenost mezi lidmi během jejich interakce. Gigerová a Davidhizarová (2002) mluví o čtyřech odlišných zónách: intimní, osobní, sociální a veřejné.

Každá kultura má jiný pohled na to, jak moc prostoru je při komunikaci třeba. Gigerová a Davidhizarová identifikovaly čtyři aspekty chování v souvislosti s prostorem, které musí být vzaty v potaz, abychom docílili správné interakce. Jedná se o blízkost k druhé osobě, vztah k objektům v okolí, postoj a pohyb v prostředí. Jedná se o aspekty, důležité zejména pokud zažívají členové rodiny emocionální nestabilitu (Dayer-Berensonová, 2014).

Dále Gigerová a Davidhizarová (2002) uvádí, že pokud dojde k narušení osobního až intimního prostoru pacienta, můžeme způsobit nejen nepohodlí, ale rovněž odmítnutí péče pacientem či to, že se k nám pro následnou péči již nevrátí.

5.2.3 *Sociální začlenění*

Sociální začlenění referuje o způsobu, jakým se kulturní skupina organizuje kolem rodinné skupiny. Mezi mnoha kulturními skupinami najdete potřebu zachovat sociální shodu. Sociální organizace jsou členěné do mnoha skupin jakožto rodina, náboženství, etnicita, rasa stejně jako zájmové skupiny. Stejně tak existují sociální bariéry jako nezaměstnanost, sociálně-ekonomický status, či zdravotní pojištění (Dayer-Berensonová, 2014). Dostálová (2007) komentuje, že společnost je schopna své členy na základě těchto věcí diskriminovat.

Může se rovněž stát, že ačkoliv má člověk přístup ke zdravotní péči, neznamená to, že bude dodržovat trend většinové společnosti ohledně zdravého životního stylu a snížení rizika zranění. Ani to neznamená, že i když ve zdravotnickém zařízení odsouhlasí navrhovaný léčebný postup, nebude po propuštění spoléhat na babské rady a alternativní způsoby léčby (Dayer-Berensonová, 2014).

5.2.4 Čas

Čas nemusí být svou důležitostí ihned patrný, nicméně se jedná o důležitou součást mezilidské komunikace. Je vnímán rozdílně osobami z odlišných kultur – zatímco západní kultura se často spoléhá na hodinky a dodržování času schůzek, jsou kultury, které považují za důležitější místa a osoby, nežli čas socializace (Dayer-Berensonová, 2014). Činnosti u nich začnou, když skončila předchozí společenská událost a přílišné lnutí k času je často považováno za hrubé. Jiné kultury tak mohou mít časovou orientaci zaměřenou spíše na minulost – dle Galantiové (2008) se jedná například o Číňany (byť se dle autorky postupně začínají přesouvat k orientaci na budoucnost svou snahou o snížení populace), Brity a Rakušany – ale i přítomnost, či budoucnost (Dayer-Berensonová, 2014).

Gigerová a Davidhizarová (2002) dále popisují, že vnímání času je důležité i u preventivně zaměřené péče. Ta totiž vyžaduje alespoň minimální orientaci na budoucnost, motivaci budoucí odměny. Galantiová (2008) to popisuje na příkladu pacienta, který nevidí smysl požívat tablety proti vysokému krevnímu tlaku, jakožto prevenci mrtvice či infarktu, pokud se právě v tu chvíli cítí být v pořádku. Obzvláště zdráhaví pak podle ní takoví pacienti jsou, pokud jsou tabletky drahé nebo mohou způsobovat nežádoucí vedlejší účinky.

5.2.5 Vliv výchovy a prostředí

Dostálová (2007) ve své práci vyjadřuje, že prostředí není jen místo, kde jedinec žije.

Ovládání prostředí jakožto pátý fenomén referuje ke schopnosti dané osoby kontrolovat přírodu a plánovat a řídit faktory v prostředí, které by je mohly ovlivnit. Jsou kultury, kde lidé věří spíše ve vnější kontrolu, a tudíž se zde může vyskytovat názor, že vyhledat zdravotní pomoc je zbytečné (Dayer-Berensonová, 2014).

Špirudová et al. (2006) situaci upřesňuje s tím, že pokud náš pacient věří vlivům externím, jakožto například Bůh, příroda nebo osud, je menší pravděpodobnost, že se rozhodne vyhledat zdravotnickou péči, která je jím pak vnímána jako zbytečná. Na stranu druhou, pokud věříme, že můžeme nějakým způsobem ovládat přírodu a ovlivňovat environmentální faktory a tedy jsme to my, kdo o nás rozhoduje, cítí tyto pacienti ve vyhledání zdravotní péče smysl.

5.2.6 *Biologické variace*

Biologické variace, a to obzvláště ty genetického rázu, existují mezi individui v jiných etnických skupinách. Jedná se rovněž o důležitou znalost například v oblasti, kde rasová odlišnost ovlivňuje metabolismus a účinek léků (Dayer-Berensonová, 2014).

Špirudová et al. (2006) ve své knize uvádí, že 99,9% genů je pro všechny shodných. Co ale zbývajících 0,1%? Ty se projevují nejrůznějšími způsoby.

Etnicko-farmakologický výzkum odhalil, že etnicita velmi ovlivňuje účinek léků. Genetické odlišnosti jistých enzymů totiž způsobují odlišné lékové odpovědi. K tomu i jisté etnické skupiny mají více odlišností, než jiné (Dayer-Berensonová, 2014).

Špirudová et al. (2006) k tomuto uvádí například větší citlivost Číňanů na kardiovaskulární účinky Propranololu.

K biologickým odlišnostem obecně můžeme zařadit stavbu těla nebo velikost, barvu kůže, genetické odlišnosti, náchylnost k onemocnění, a výživové varianty (Dayer-Berensonová, 2014). Vyobrazení modelu viz Příloha č. 2.

5.2.7 *Metaparadigma*

V tomto modelu nesmíme rovněž zapomínat na metaparadigma. To v tomto případě zahrnuje pět bodů. Tím prvním je dle Špirudové et al. (2006) **transkulturní ošetřovatelství**, jak nazýváme praxi, která je kulturně kompetentní a orientovaná na klienta a zároveň je podložena výzkumem. Gigerová a Davidhizarová (2002) ho popisují prostě jako kulturně kompetentní praxi, která má ve středu zájmu pacienta a je zaměřena na výzkum.

Dalším bodem je **kulturně kompetentní – čili způsobilá – péče**. Tu Špirudová et al. (2006) vnímá jako dynamický, plynoucí, kontinuální proces, s jehož pomocí poskytuje

jednotlivec, systém nebo zdravotnické zařízení péči, která je podložena vědomostmi kulturního dědictví, hodnot, postojů a chování právě těch, kterým ji poskytujeme.

Gigerová a Davidhizarová (2002) dodávají, že z kulturní kompetence pro nás vyplývá vyšší, sofistikovanější úroveň jak poznávacích dovedností, tak i psychomotorických schopností, stejně jako postoje a osobního přesvědčení. Dále doplňují, že aby si člověk ale takovou kulturní kompetenci zvládl vytvořit, je pro něho nutné v praxi používat poznatky získané z konceptuálních a teoretických modelů týkajících se právě péče, která je kulturně vhodná. Získání této dovednosti pak sestře dopomáhá k dopátrání se intervencí vhodných a ohleduplných, co se kultury, a jí ovlivněných potřeb pacienta, týče.

Dále se zabýváme **kulturní jedinečností individuů**. Neboť každý jedinec je unikátní i co se kultury týče a je tedy výsledkem minulých zkušeností, stejně jako hodnot a norem své kultury (Špirudová et al., 2006).

Na řadě je tak **kulturně citlivé prostředí**. Jak Špirudová et al. (2006) správně podotýká, zdravotnickou péči poskytujeme v nejrůznějších zdravotnických zařízeních.

Ale bez ohledu na místo a úroveň poskytované péče, sestře může k naplánování a provedení kulturně kompetentní léčby dopomoci jakákoliv znalost pacientovi kultury – ať už primární, sekundární nebo terciální (Gigerová a Davidhizarová, 2002).

A jako poslední zmiňujeme **zdraví a zdravotní status**. To Gigerová a Davidhizarová (2002) popisují jako založené na chování, které je pro danou kulturu specifické jak během období nemoci, tak během období zdraví.

Tento bod je založen na tom, že pro zdraví každého jednotlivce mají velký smysl jeho kulturní hodnoty, víra, stejně tak jako postoje (Špirudová et al., 2006).

5.2.8 Vnitřní struktury, vazby a pojmy modelu

Model těchto dvou dimenzí je založen na řadě předpokladů. O jaké předpoklady se jedná? Gigerová a Davidhizarová (2002) píší, že kultura je vzorová odpověď chování, která se u člověka vyvíjí časem jakožto výsledek procesu, při kterém se do naší mysli vtisknou sociální a náboženské struktury, stejně tak jako intelektuální a umělecké projevy. Špirudová et al. (2006) též vyjadřuje, že kultura rovná se výsledek mechanismů, které si

osvojujeme, které však mohou mít základ už vrozený, nicméně jsou ovlivňovány skrze interní a externí stimuly. Dále udává, že je modelována hodnotami, stejně jako vírou, normami a praktikami sdílenými členy oné skupiny. V praxi tak udává směr našemu myšlení, akcím a bytí jako takovému, tvoří vzorec vyjadřování naší existence, nadále předávaný z generace na generaci. Jako poslední nám říká, že se jedná o věc dynamickou, s přeměnami, svou aktivitou, ale též pasivitou.

5.3 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním

Jedná se o model zaměřující se na posouzení jedince a jeho rodiny v období onemocnění, hospitalizace, i péče ambulantní (Hrázská, 2013). Podobá se modelu Gigerové - Davidhizarové, je však jinak strukturovaný a má specifitější zaměření, co se identifikace etnicko-kulturních specifik, důležitých pro poskytování péče pacientovi, týče (Špirudová et al., 2006).

A jaké kategorie tedy Bloch popisuje? V rámci holismu jsou rozděleny na sociologické, psychologické, biologicko-fyziologické a s ohledem na téma je dodána kategorie kulturní – kde zjišťujeme i názory pacienta co se týče zdraví a emických zdravotnických praktik. K těmto kategoriím tak přirozeně patří i podkategorie, ve kterých si klademe otázky, kterými už pak zjišťujeme potenciálně důležité a užitečné informace o pacientovi (Špirudová et al., 2006).

5.3.1 Kategorie kulturní

Co se konkrétních podkategorií týče, například v kategorii kultury máme podkategorii zabývající se zvyky, návyky, hodnotami a názory pacienta. Pacient nám má popsat zvyky, návyky, hodnoty a názory, stejně tak jako praktiky ohledně narození, samotného života, a rovněž i smrti, zdraví a choroby. Nadále taktéž času a zdravotní péče, na kterou je pacient zvyklý (Špirudová et al., 2006).

Hrázská (2013) dodává i chování, které je pacientovou kulturou hodnocené. Tam spadá třeba význam připisovaný soukromí, stejně jako zdvořilosti, úctě k seniorům, chování spjaté s rodinnou rolí, sexualita, ale i etika práce.

5.3.2 Kategorie sociologické

V kategorii sociologické sestry zjišťují ekonomické zajištění pacienta spolu s rodinou. Stejně tak zjišťujeme úroveň vzdělání, či sociální síť pacienta – myšleno jakožto vzdálenější příbuzné, spolužáky apod. Rovněž zjišťujeme, jakou míru podpory můžeme očekávat, že rodina pacientovi poskytne (Špirudová et al., 2006).

Hrázská (2013) dodává i vzdělanost – její úroveň má totiž souvislost s nejvyšším dosaženým vzděláním pacienta a tudíž i s pocity ohledně jeho postavení ke zdravotníkům o něj pečujícím. Zjišťujeme i případnou nápomocnost členů rodiny.

5.3.3 Kategorie psychologické

Co se psychologických charakteristik týče, otázky se zaměřují na zjištění sebehodnocení – čili identity – pacienta. Snažíme se zjistit, jakou mentalitu a chování můžeme očekávat od jeho dané etnické a kulturní skupiny. Též se vyptáváme na případné náboženství pacienta, které může mít vliv na vnímání zdraví a choroby. A v neposlední řadě se zabýváme otázkou, jakou reakci asi může pacient z dané kultury mít na stres a na omezení, která z jeho onemocnění vyplývají (Špirudová et al., 2006).

Hrázská (2013) nám připomíná i otázku, jak se pacient vyrovnává s jednáním personálu posuzujícího lidi dle stereotypů, stejně jako pacientův přístup k vyrovnávání se s rasismem.

5.3.4 Kategorie biologicko-fyziologické

Co se týče biologicko-fyziologické kategorie, posuzují se fyziologické charakteristiky rasy, též bereme v potaz případně rozdílný růst a vývoj. Můžeme narazit i na rozdíly v tělových systémech. Zajímá nás i fyziologie kůže, vlasů a sliznic a nesmíme zapomenout na choroby, které vykazují vyšší výskyt v jistých etnických a kulturních skupinách (Špirudová et al., 2006).

Hrázská (2013) nás upozorňuje na případnou roli barvy kůže při hodnocení změn barvy. Dále upozorňuje, že je vhodné se pacienta dotázat na požadovanou péči ohledně vlasů, ale i kůže a případná kulturní omezení.

5.4 Model Josephy Campinhy-Bacotové – Model rozvíjení kulturní způsobilosti

Jedná se o model rovněž navazující na model Leiningerové, vytvořený Josephou Campinhou-Bacotovou.

Zaměřením modelu je popsat kulturní kompetenci zdravotnických pracovníků (Dostálová, 2007).

Campinha-Bacotová (2002) o svém modelu uvádí, že pracuje s tím, že pracovník není nikdy kulturně způsobilý, neboť kulturní způsobilost je neustále plynoucí proces, stejně jako je plynoucí proces vývoj kultury. A jestliže se nepřestává vyvíjet kultura, jak můžeme svou kulturní způsobilost přestat rozvíjet my? Ve svém modelu proto jako hlavní konstrukty vyznačila **kulturní uvědomění, kulturní vědomosti a dovednosti**, stejně jako **setkání se s kulturou a kulturní přání**.

Dále si povíme o premisách tohoto modelu. Špirudová et al. (2006) píše o kulturní způsobilosti jako o procesu, nikoliv události. Pokračuje tím, že se efektivita takového procesu zvyšuje, jestliže se děje vprostřed etnických skupin, nežli při probíhání přes jiné kultury. Upozorňuje nás na existenci přímé úměrnosti mezi dosaženým stupněm kulturní způsobilosti a tím, do jaké míry jsme schopni poskytnout pacientovi péči dle jeho kultury uzpůsobenou. Na závěr dodává, že abychom mohli pacientům poskytnout efektivní a vhodné služby, je pro nás kulturní způsobilost klíčová.

5.4.1 Kulturní uvědomění

Campinha-Bacotová (2002) tento konstrukt popisuje jako sebe-zpytování a hloubkové probádání vlastního kulturního a profesního zázemí. Musíme nejdříve poznat svou vlastní předpojatost, předsudky a předpoklady o jedincích, kteří se od nás liší. Bez uvědomění si toho, jak moc nás naše kultura či profesní hodnoty ovlivňují, existuje riziko, že svému pacientovi budeme právě naše hodnoty vnucovat.

Hrázská (2013) dodává, že do tohoto procesu můžeme vstoupit v jakémkoliv úseku – tedy v jakémkoliv bodu modelu.

Špirudová et al. (2006) pak rovněž tuto premisu rozšiřuje o nejrůznější typy kulturního uvědomění. Píše například o typu **naivním**, kde si pracovník své předsudky neuvědomuje, tedy nemá ani ponětí o jejich případném dopadu. Pak máme **věčného**

zachraňovatele. Ten si pro změnu svou předpojatost uvědomuje, ale ve svém stereotypním, netolerantním chování pokračuje. Dalším na řadě je **únikář.** Ten si svůj předpojatý postoj také uvědomuje, ale buď uniká od rozhodování, nebo dělá vědomě rozhodnutí, kterými vhodné chování ignoruje. Existuje též **stavitel kulturních mostů.** Ten se chová jako vzor – s činy přiměřenými a vhodnými a chováním zacíleným na důležité věci. Je si tak vědom rizika, které přijímá a nese. A jako poslední si uvedeme typ **bojovníka.** Ten pro změnu útočí na všechny akce, činy či provedená opatření. Na všechno, co se děje, se dívá jako na nespravedlnost či bezpráví.

5.4.2 Kulturní vědomosti

Pod tento pojem umístila Campinha-Bacotová (2002) proces vyhledávání a získávání spolehlivých edukačních podkladů co se týče rozličných kulturních a etnických skupin. K získání tohoto informačního základu se podle ní musí pracovník soustředit na tři specifické problematiky.

První z nich jsou **se zdravím spojená přesvědčení a kulturní hodnoty.** Jejich získání zahrnuje porozumění pacientovu pohledu na svět. Ten nám vysvětlí, jak si pacient svou chorobu vykládá a jak to ovlivňuje jeho myšlení, konání a bytí vůbec. Druhou problematikou je **výskyt a rozšíření nemoci.** Zde musíme získat znalost ohledně pole biokulturní ekologie. Výskyt nemoci se totiž mezi etnickými populacemi liší a tak zdravotnický pracovník, který nemá náležitá epidemiologická data, která by usměrňovala jeho rozhodnutí ohledně léčby, zdravotní edukace a screeningu, nebude schopen pozitivně ovlivnit výsledky jím poskytnuté péče. A jako třetí se budeme zabývat **účinností léčby.** Pro tuto oblast získáváme znalosti z etnické farmakologie. Ta by nám měla osvětlit odchylky v metabolismu léků u jednotlivých etnických skupin (Campinha-Bacotová, 2002).

Campinha-Bacotová (2002) nezapomíná zdůraznit, že během získávání kulturních vědomostí si musíme uvědomovat, že žádný jedinec není stereotypem své kultury – naopak je unikátní směsí rozmanitosti nalezené v každé kultuře, jedinečným nahromaděním životních zkušeností a procesu přizpůsobení se jiným kulturám. A tak si musí zdravotnický pracovník vytvořit schopnost provedení kulturního zhodnocení u každého jednotlivého klienta, namísto, aby automaticky předpokládal, že ví o péči o něj první poslední v závislosti na jeho kultuře či etnické skupině.

Špirudová et al. (2006) k takto popsanému modelu Campinhy-Bacotové doplňuje, že takovýto výchovně-vzdělávací proces, nadále rozvíjející kulturní kompetenci, se realizuje ve dvou primárních rovinách, doplněných o třetí – tedy rozvoj dovednosti.

A ony dvě primární roviny? První z nich je **rovina sebeanalýzy**. Ta se od původního modelu nikterak moc neliší. Též se zde dozvídáme o sebeanalýze a sebepoznání jakožto klíčovém předpokladu pro vnímání odlišností mezi kulturami, etniky a individui samotnými. A rovněž si zde přečteme o nutnosti býti si vědomi své vlastní identity a příslušnosti, spolu s hodnotami a tradicemi (Hrázská, 2013).

Ale co rovina druhá? Tu Špirudová et al. (2006) nazvala **rovinou vzdělávání a výchovy**. Zdůrazňuje, že řadu důležitých informací je možno získat ze společenskovedních a humanitních oborů. Jako příklady uvádí sociologii, antropologii, filozofii, etiku, politiku aj.

Hrázská (2013) ještě dodává, že k pochopení mnoha jevů a událostí normálního života pacienta musíme poznat filozofii jejich života – tedy názory na život a svět, kteréžto se opírají o názory jejich kultury/etnika. Pokud tedy vyvstanou jakékoliv problémy kulturně společenského rázu, je zapotřebí analýzy na třech rovinách. První v rodině samotného pacienta spolu s jeho rodinou, ve druhé má své místo pacientova komunita (lokální společnost) a jako poslední rovina celospolečenská – tedy celá země.

Hrázská (2013) také mluví o čtyřech stádiích definovaných společně Campinhou-Bacotovou a Purnellem, kterými sestry musí projít během dohledávání vědomostí určitých kulturních skupin.

Mluví se zde o **nevědomé neschopnosti**, kdy sestra nemá povědomí o kulturních rozdílech, které existují mezi jí a pacientem. Dále se dozvídáme o **vědomé neschopnosti**, kdy si uvědomujeme chybějící vědomosti. Víme o důležité roli kultury v ošetrovatelském procesu, ale nevíme, jak tyto vědomosti plně využít. A pak se konečně přehoupneme na druhou stranu oné pomyslné barikády s **vědomou schopností**, kdy už se učíme o kultuře našeho pacienta, ověřujeme si nabyté vědomosti a poskytujeme kulturně adekvátní péči. Vynechat ale nesmíme ani **nevědomou schopnost**, kdy sestra kulturně adekvátní péči pacientům z nejrůznějšího prostředí zajišťuje již spontánně.

5.4.3 Kulturní dovednosti

Jedná se o schopnost sběru relevantních kulturních dat s ohledem na pacientův současný problém, stejně tak jako správně provedené, na kultuře založené, fyzické posouzení. V tomto procesu je zahrnuto *učení se* provedení kulturního zhodnocení a na kultuře založených fyzických zhodnocení (Campinha-Bacotová, 2002).

Kulturní dovednost je také vyžadována, pokud provádíme fyzické zhodnocení pacienta z jiného etnika. Pro sestru je zde velice důležitá vědomost toho, jak budou pacientovi fyzické, biologické a psychologické odlišnosti ovlivňovat její schopnost provést precizní a správné fyzické ohodnocení. Lišit se může například struktura těla, barva kůže nebo se může jednat o laboratorní odlišnosti (Campinha-Bacotová, 2002).

Hrázská (2013) dodává, že kulturní dovednosti lze rozvinout různě – může se jednat o pobyt jak ve vlastní zemi, tak v zahraničí, může se dít v rámci profese, ale vyloučen není ani osobní život. Možné jsou též studijní pobyty a stáže. Špirudová et al. (2006) ve své knize též píše o základním přístupu k orientaci v konkrétních situacích. Radí, abychom nechtěli být za každých okolností úspěšní, jelikož jsou věci, které prostě vyřešit nemůžeme. Pokračuje doporučením osmi otázek, podle kterých bychom od pacienta a jeho rodiny měli pochopit jejich vnímání situace. A jaké otázky to jsou?

„Co považujete za problém? Kde si myslíte, že je příčina problému? Proč si myslíte, že k tomu došlo? O jakou chorobu se podle vás jedná? Jak s ní pracovat? Jak bolestivá je choroba? Co se s tím dá dělat? Jaký druh léčby (péče) si myslíte, že by měl pacient dostat? Jaký benefit tento druh léčby (péče) má podle vašeho názoru pacientovi přinést? Co hlavní problémy choroby pacientovi způsobují? Čeho se nejvíce obáváte v souvislosti s touto chorobou?“ (Špirudová et al., 2006, s. 20-21)

Vyrovňávání se zdravotnických zařízení s péčí o kulturně/etnicky diverzifikovanou klientelu je různé. Někde působí tzv. **kulturní prostředníci**. Takový člověk, ačkoliv nemůže o všech kulturách vědět vše, se vzdělává a nadále rozšiřuje své obzory stran lidských kultur a etnik. Při své práci se pak řídí několika zásadami. S ostatními je zapotřebí jednat jako se sobě rovnými, nežli z pozice tlumočnicka či prostředníka. Je též zapotřebí získati souhlas klienta stran doprovázení kulturním prostředníkem. Rovněž je

nutno pracovat výhradně v klientově systému víry, nikoliv přenášet či šířit svou vlastní (Špirudová et al., 2006).

5.4.4 *Setkání se s kulturou*

Hrázská (2013) se o tomto vyjadřuje jako o naprosto běžné realitě zdravotnické praxe. Campinha-Bacotová (2002) sama udává, že jde o proces povzbuzující poskytovatele zdravotní péče k přímému jednání s pacienty, kteří jsou z kulturně odlišného zázemí. Dle Hrázské (2013) toto jednání následně vede ke zlepšování nebo poupravování názorů co se kulturních skupin týče, které si už pracovník vytvořil, čímž se dá zabránit vzniku stereotypů. Uvádí též, že aby nedošlo k případným komplikacím, musíme sladit oblasti, které jsou kulturně sporné – třeba přípravu zdravotnických pracovníků, provoz a prostředí daného zařízení, dle možných požadavků kultury pacienta.

Campinha-Bacotová (2002) nás ve své práci neopomíná upozornit, abychom se po setkání se třemi nebo čtyřmi členy určité etnické skupiny nepovažovali za experty. Je totiž možné, že zrovna tito jednotlivci nejsou úplně standardními reprezentanty uvedených přesvědčení, hodnot nebo zvyků jejich kulturní či etnické skupiny. To je dílem rozdílů uvnitř etnika, což znamená, že může být více rozdílů mezi jednou kulturní skupinou, než napříč dalšími kulturními skupinami.

Rovněž nesmíme opomenout zhodnocení pacientových potřeb, co se řeči týče. Někdy může být nutné využít služeb trénovaného překladatele, aby byla umožněna komunikace během rozhovoru s pacientem. Využití pomoci neprofesionálních překladatelů, přátel či členů rodiny se může ukázat jako problémové – už pro neznalost zdravotnické terminologie a nemocí. Tudíž se dá předpokládat chybný či nepřesný sběr dat (Campinha-Bacotová, 2002).

5.4.5 *Kulturní přání*

Obsah tohoto bodu modelu nám dobře vyjadřuje už jeho název – jedná se o přání být schopen poskytovat kulturně kompetentní péči. Je pro nás motivací spíše *chtít*, než *muset* se stát kulturně uvědomělým. Ukrývá v sobě koncept péče. Můžeme prohlásit, že se o pacienta staráme použitím kulturně specifických intervencí doporučených v literatuře (Campinha-Bacotová, 2002), ale skutečně to pomáhá právě našemu pacientovi?

Při reálné touze našemu pacientovi pomoci jsme otevření a flexibilní, akceptujeme rozdíly a stavíme na podobnostech (Špirudová et al., 2006), jsme ochotni se učit od ostatních jakožto kulturní informanti, rovněž se pokoušíme rozkrývat nepříjemná témata – například rasismus (Hrázská, 2013). Campinha-Bacotová (2002) uvádí, že v tomto typu učení se jedná o celoživotní proces, též nazývaný jako **kulturní skromnost**. Vyobrazení modelu viz Příloha č. 3.

5.4.6 Vztah mezi premisami

Co se vazeb mezi výše zmíněnými premisami týče, jsou mezi sebou navzájem závislé. Už dříve jsme zmiňovali, že do modelu lze vstoupit v jakémkoliv bodě. To ovšem neznamená, že body předchozí prostě přeskočíme. Naopak je nezbytně nutné se všemi pěti zabývat, nebo je, ještě lépe, prožít. Je to právě protnutí těchto pěti bodů, co vyobrazuje ten pravý proces kulturní kompetence (Campinha-Bacotová, 2002).

5.5 Model Papadopoulosové, Tilkiové a Taylorové – Model pro rozvíjení kulturní kompetence

Jedná se o model vytvořený roku 1994 Irenou Papadopoulosovou, Mary Tilkiovou a Ginou Taylorovou. Vznikl s cílem prosazení transkulturního vzdělávání už v době profesní přípravy studentek ošetřovatelství na povolání sestry (Tóthová et al., 2010).

Papadopoulosová (2006) udává, že kulturní kompetenci definovala jakožto kapacitu pro poskytování efektivní zdravotní péče vzhledem ke kulturním přesvědčením, chování a potřebám. Dle autorek modelu je kulturní kompetencí nejen proces, ale i výsledek.

Tato kompetence tak vyplývá ze spojení znalostí a dovedností získaných během života (Tóthová et al., 2010). Dohromady má model těchto 4 fází.

5.5.1 Fáze první – kulturní uvědomění

Fáze první, zvaná kulturní uvědomění, nejprve prověřuje osobní hodnotové základny a názory, jakožto principy používané v průběhu života a ku pomoci rozhodování se a úsudků. Neméně důležitým aspektem této fáze je kulturní identita. Zde si musíme uvědomit, že každý z nás má jisté hodnoty, které, srovnané s jedinci z odlišné kultury, vykazují mnoho shodných aspektů – například ocenění zdraví, lásky apod. (Papadopoulosová, 2006). Též si ale musíme uvědomit odlišnosti ve výkladu. Ty sice

dokazují naši jedinečnost, zároveň ovšem vedou k nebezpečí etnocentrického chování. To nastává v případě, kdy si budeme myslet, že právě naše hodnoty jsou lepší, nadřazenější, hodnotám lidí pocházejících z jiné kultury či jiného etnika (Tóthová et al., 2010). Dalším, čím se tato fáze zabývá, je etnohistorie. Zde se snažíme pochopit historické, geografické a sociální pozadí našeho pacienta pro poskytnutí adekvátní péče (Tóthová et al., 2010).

5.5.2 Fáze druhá – kulturní znalosti

Pokračujeme druhou fází – kulturními znalostmi. Tóthová et al. (2010) uvádí, že ty získáváme nejrůznějšími způsoby skoro ze všech vědních oborů. Jako příklad uvádí antropologii, kde lépe poznáváme kulturní podobnosti a rozdílnosti. Dozvídáme se důvod jejich existence a jejich vliv na naše názory a praktiky. Nicméně byt' jsou pro nás tyto znalosti užitečné, nesnižuje se důležitost jednání přímo se členy daných kulturních a etnických skupin. Papadopoulosová (2006) dodává, že tyto znalosti lze nabýt třeba v disciplínách, jako jsou antropologie, sociologie, psychologie a podobné.

5.5.3 Fáze třetí – kulturní citlivost

Následuje fáze třetí – kulturní citlivost. Její vliv se projevuje na vývoji interpersonálních vztahů s pacientem. Ale jak si člověk takovou kulturní citlivost vyvine? Tóthová et al. (2010) uvádí, že je důležité dívat se na své pacienty jako na partnery. Ke svému pacientovi v rovnocenném vztahu projevujeme akceptování a respekt. I partnerský vztah má však svá kritéria: pro jeho rozvoj je nutná důvěra a účinná komunikace mezi oběma stranami. S tím souvisí další dva důležité pojmy. **Kulturní komunikační kompetence** - kde pracovník musí pochopit kulturní hodnoty, vzorce chování a pravidla pro interakci jednotlivých kultur - a **interkulturní komunikace** – tedy schopnost překonat propast mezi jednotlivými kulturními rozdíly. Papadopoulosová (2006) uvádí, že pokud své pacienty nepovažujeme za pravé partnery, není dosaženo kulturně citlivé péče a riskujeme, že naši moc, jakožto zdravotníků, využijeme k jejich utlačování. Tím, že své pacienty vidíme jako pravé partnery, pak dochází ke sdílení moci a napomáhání k jejich zplnomocnění poskytnutím srozumitelných informací a podpory.

5.5.4 Fáze čtvrtá – kulturní kompetence

A konečně čtvrtá fáze – tedy kulturní kompetence. Dosáhnout této fáze lze pouze tehdy, pokud dojde k získání a spojení dříve jmenovaných částí modelu. Převedená do praxe je pak využita v hodnocení potřeb, stanovení diagnóz a jiným ošetrovatelským činnostem (Tóthová et al., 2010). Papadopoulosová (2006) uvádí, že nejdůležitějším komponentem této fáze je rozvoj schopnosti poznat a odmítnout rasismus a další formy diskriminace a utlačujícího chování. Vyobrazení modelu viz Příloha č. 4.

5.6 Purnellův model – Model pro rozvíjení kulturní kompetence

Dostálová (2007) nás obeznamuje s tímto modelem začínajícím roku 1991 Larrym, D. Purnellem. Sám Purnell, (2002) o svém modelu píše, že měl model původně sloužit pro studenty ošetrovatelství jakožto pomůcka pro zhodnocení pacientů a jejich rodin. Dostálová (2007) dále píše, že se jedná o model holistického typu – obsahuje specifické otázky a strukturu za účelem pomoci definovat odlišnosti každé kultury.

Jelikož je tento model použitelný v jakémkoliv prostředí v jakýchkoliv oblastech zdravotní péče, byl některými teoretiky označen jako komplexní a holografická teorie (Purnell, 2002).

Dayer-Berensonová (2014) dodává, že využití tohoto modelu má mnoho výhod. Poskytuje totiž rámec všem zdravotníkům při učení se o základních konceptech a charakteristikách jiné kultury. Také poskytuje spojení mezi historickou perspektivou a jejím dopadem na pacientův kulturou ovlivněný pohled na svět. Poskytuje též spojení mezi centrálními vztahy kultury. Tím nastává shoda a my tak můžeme poskytovat vědomě kompetentní péči. Purnell (2012) pak využití rozvádí o rámec odrážející lidské charakteristiky jako motivace, úmysl a mínění. Poskytuje i strukturu pro analýzu kulturních dat. Pomáhá nám pohlížet na jedince, rodinu nebo skupinu v jejich unikátním etnicko-kulturním prostředí.

5.6.1 20 základních předpokladů Purnellova modelu

Purnell (2012) ve svém modelu popisuje 20 základních předpokladů, od kterých se model odvíjí. Byly rozvíjeny ze široké perspektivy – právě proto je možné jejich použití v nejrůznějších disciplínách a prostředí. Jaké předpoklady tedy popisuje?

Prvním z nich je, že všechny o zdraví pečující profese potřebují podrobné informace týkající se kulturní různorodosti. Pokračuje tím, že všechny zdravotnické profese sdílí stejné metaparadigmatické koncepty světové společnosti, rodiny, osoby a zdraví. Dále píše, že žádná kultura není lepší, než ta druhá – jsou prostě navzájem odlišné. Nicméně všechny sdílí ve své jádru podobnosti. Co se ale kultury týče, existují rozdíly nejen mezi dvěma skupinami, ale i uvnitř nich samých. Dále udává, že kultura nezůstává stále stejná, ale že se ve stálém společenství v průběhu času pomalu mění. Dále specifikuje, že právě různé kulturní charakteristiky kultury udávají stupeň, do jakého se od své dominantní kultury odlišují. Neopomíná připomenout, že pokud se pacient účastní péče a má možnost volby co se týče cílů, plánů a intervencí spojených s jeho zdravím, výsledky péče se zlepšují. Rovněž se nedá popřít velký vliv kultury na to, jak člověk vnímá a jak odpovídá na zdravotní péči. Dále podle Purnella (2012) jednotlivce i rodiny řadíme do několika podkultur. Zdůrazňuje, že každý jedinec má právě být pro svou jedinečnost a kulturní dědictví respektován. Zdravotníci potřebují jak obecné, tak specifické informace o dané kultuře, aby dokázali poskytnout kulturně citlivou a kompetentní péči. Zdravotníci, kteří dokáží hodnotit, plánovat a následně vykonávat péči kulturně kompetentním způsobem zlepši péči o své pacienty. Vypůjčil si i aspekt od Campinhy-Bacotové, a to sice, že učení se kultuře je stále probíhající proces, který se vyvíjí různorodými způsoby, ale zejména skrze kulturní setkávání. Dalším předpokladem je, že předsudky a předpojatost se dají minimalizovat kulturním porozuměním. Nicméně aby naše péče byla efektivní, musí odrážet jedinečné porozumění hodnot, přesvědčení, postojů, způsobu života a pohledu na svět rozličných populací a jednotlivých vzorů přizpůsobování se jiné kultuře. Neopomíná, že jsou vyžadovány úpravy standardních intervencí kvůli rozdílům v rase či kultuře. Zdravotníkovu uvědomování si sebe sama se zlepšuje spolu s jeho kulturním uvědoměním. Těž si musíme uvědomit, že své vlastní kultury mají i profese, organizace a asociace, tudíž též mohou být analyzovány pomocí hlavní teorie. Každý kontakt s pacientem je podle něj kulturním setkáním (Purnell, 2012).

A konečně popis modelu samotného. Purnell (2002) udává, že jeho model je založen na vícero teoriích. Jako schéma pro svůj model zvolil kruh, jehož samotný střed je prázdný – což má reprezentovat neznáme aspekty kulturní skupiny. Tento kruh obkružuje osoba, „složená“ z 12 na sebe navzájem navazujících a působících domén tvořících dílky

vnitřního prostředí kruhu. Po osobě tvoří větší vnější kruh rodina, rodinu obkružuje komunita a komunitu konečně obklopuje světová společnost. Vespod modelu můžeme vidět pilu, která reprezentuje možnosti kulturního vědomí, myšleného zejména u zdravotníka poskytujícího péči. Tyto uvědomění byly již dříve v této práci, v oblasti modelu Campinhy-Bacotové, zmíněny. Jednalo se o nevědomou neschopnost, vědomou neschopnost, vědomou schopnost a nevědomou schopnost.

5.6.2 Čtveřice makro aspektů modelu

Čtveřice makro-aspektů modelu zahrnuje, jak již bylo řečeno, světová společnost, komunita, rodina a osoba.

Purnell (2012) popisuje jako fenomény zahrnuté ve **světové společnosti** světovou komunikaci a politiku; konflikty a války; přírodní katastrofy a hladomory; mezinárodní výměny ve vzdělávání, obchodu, obchodních stycích a informační technologii; postup ve zdravotních vědách; zkoumání vesmíru; a taktéž rozšířené možnosti cestování kolem světa a interakce s jinými společnostmi. Rovněž popisuje vliv světových událostí široce rozptýlených televizí, rádiem, satelitním vysíláním, novinami a informační technologií. To vše má dle jeho slov na populaci vliv a nutí ji to vědomě či nevědomě měnit její životní styl a pohled na svět.

Další je **komunita**. Ta je podle Purnella (2002) v tom nejširším smyslu skupinou lidí mající společný zájem či identitu, která prochází za hranice fyzického prostředí. Může zahrnovat fyzické, sociální a symbolické charakteristiky. Lidem s definováním konceptu komunity pomáhaly nejrůznější věci – ať už šlo o vodní toky, hory, ale třeba i traťové koleje jakožto její ohraničení. V moderní společnosti se však definování komunity posunulo a tak mohou lidé tvořit komunity na internetových sítích. Může je spojoval ekonomika, náboženství, politika a jiné. Každá komunita je charakteristická společným jazykem či dialektem, životním stylem, historií apod. Lidé s ní jednají aktivně či pasivně, vytváří v nich potřebu adaptace a asimilace.

Třetí aspekt – **rodina**. Tedy dva či více lidí spojených ať už krví, či citovými pouty. Mohou žít ve své blízkosti, ale samozřejmě mohou žít i na druhém konci země. Struktura a role rodiny se mění spolu s věkem, generacemi, manželským statutem,

přesídlením či imigrací a socio-ekonomickým statutem. To od každého člena vyžaduje, aby znovu zvážil svá přesvědčení a způsob života (Purnell, 2002).

A jako poslední z makro aspektů – **osoba**. Purnell (2012) o ní mluví jako o bio-psycho-socio-kulturním bytí adaptujícím se na svou komunitu. Fyzicky a psychicky – v kontextu společenských vztahů, stresu a relaxace - se člověk adaptuje, jak stárne. Sociálně probíhá adaptace díky interakci s měnící se komunitou. A kulturně k tomu dochází v širším měřítku světového společenství. Jsou kultury vysoce individualistické, kde je každý člen odděleným fyzickým a unikátním psychickým bytím a jedinečným členem společnosti. Jeho já je zde od ostatních odděleno. Existují ale i vysoce kolektivní kultury, kde je jedinec definován v závislosti na rodině nebo jiné skupině, spíše než na sobě samém.

5.6.3 Mikro aspekty modelu - 12 domén

První doménou je **přehled/dědictví**. To dle Purnella (2002) zahrnuje koncepty spojené se zemí původu, místem momentálního pobytu, efekty topografie země původu a momentálního pobytu. Rovněž jsou ale zohledněny aspekty jako ekonomika, politika, důvody pro emigraci, stav edukace a mimo jiné i povolání.

Co se **komunikace** týče, zde Purnell (2002) píše o dominantním jazyku a dialektech, kontextuálním použitím řeči, variacích řeči jako hlasitost, tón a intonace a o ochotě sdílení myšlenek a pocitů. V této doméně jsou zahrnuty i aspekty nonverbální komunikace, jako je použití očního kontaktu, výrazů tváře, dotyku, řeči těla, vzdálenosti mezi komunikanty a dokonce i přijatelné pozdravy. Zabývá se ale i časem co se týče orientace pohledu na svět spíše do minulosti, přítomnosti, či budoucnosti. Porovnává též měření času spíše pomocí hodin, nebo času stráveného ve společnosti. Nezapomíná ani na používání jmen.

Co se týče **rodinných rolí a její organizace**, zaměřuje se na hlavu domácnosti a gender role, role v rodině, jejich priority, stejně jako úkoly pro podporu vývoje dětí a dospívajících. Jsou zde zahrnuty i praktiky při výchově dětí a role seniorů a vzdálenějších členů rodiny. Dále se též zabývá společenským statutem a pohledem na alternativní životní styly – například na situaci svobodného rodiče, či sexuální orientaci, manželství bez dětí a rozvod (Purnell, 2012).

V pořadí čtvrté doméně, nazývané **problematika pracovních sil**, jsou obsaženy koncepty autonomie, přizpůsobování se jiné kultuře, asimilace, role pohlaví, styly etnické komunikace, individualismus a praktiky ohledně zdraví pocházející ze země původu (Purnell, 2002).

Doména **biokulturní ekologie** zahrnuje odlišnosti v etnických a rasových původech, jako například barvu kůže a fyzické rozdíly ve stavbě těla. Opomenuty nejsou ani genetické, dědičné, endemické a topografické choroby. Je tu též rozdíl v tom, jak tělo zpracovává léky (Purnell, 2002).

Vysoce rizikové chování stojí pro užívání tabáku, alkoholu a rekreačních drog. Nicméně zahrnuje i nedostatek fyzické aktivity, nepoužívání bezpečnostních pomůcek jako pásy a helmy a také vysoce rizikové sexuální praktiky (Purnell, 2012).

Co se **výživy** týče, ta zahrnuje adekvátní výživu, význam jídla pro našeho pacienta, jeho výběr co se jídla týče, rituály s ním spjaté, stejně jako tabu. Zabýváme se zde i tím, jak je jídlo používáno během nemoci a pro podporu zdraví (Purnell, 2012).

Co se **praktik těhotenství a porodů** týče, zde Purnell (2002) zmiňuje praktiky ohledně plodnosti, metody antikoncepce, pohledy na těhotenství a předepisující, omezující a tabu praktiky spojené s těhotenstvím, porodem a péčí po něm.

Rituály spojené se smrtí slouží k popisu pohledu na smrt jedince a kultury. Dále se zabývají rituály a chováním pro přípravu na smrt a též praktikami používanými při pohřbu. Chování spojené s úmrtím je v této doméně též zahrnuto (Purnell, 2002).

Spiritualita se zabývá praktikami náboženství a užitím modlitby, chováním dávajícím smysl životu a individuálními zdroji síly (Purnell, 2012).

Ohledně **praktik zdravotní péče** se dozvídáme dotazy na soustředění na zdravotní péči jako je akutní, nebo preventivní. Ptáme se i na tradiční, magicko-náboženská a biomedicínská přesvědčení. Zjišťujeme zodpovědnost jedince za své zdraví, samoléčbu, pohled na psychické choroby, chronické choroby, stejně jako dárcovství orgánů a transplantace. Není opomenuto ani zjišťování ohledně bariér vůči zdravotní péči a odpovědi pacienta na bolest, stejně jako role nemocného (Purnell, 2012).

U domény **poskytovatele zdravotní péče** zkoumáme status, využití a vnímání tradičních, magicko-náboženských a alopatických biomedicínských poskytovatelů zdravotní péče. Význam by navíc mohlo mít i pohlaví zdravotnického pracovníka (Purnell, 2002). Vyobrazení modelu viz Příloha č. 5.

5.7 Model Schimové, Doorenbosové, Benkertové a Millerové – Kulturně shodná péče: Složení puzzlí

Jedná se o model též inspirovaný prací Leiningerové, vytvořený Schimovou, Doorenbosovou, Benkertovou a Millerovou. V tomto modelu do sebe jednotlivé prvky péče o pacienta zapadají jako puzzle. Nicméně nemáme jen vrstvu prvků – puzzlí - *poskytovatele* ošetrovatelské péče, máme zde i *vrstvu pacienta*. Vyobrazení modelu viz Příloha č. 6.

Vrstva poskytovatele je dohromady složena ze čtyř dílků puzzlí, představujících jednotlivé konstrukty. Konkrétně se jedná o *kulturní rozdílnost*, *kulturní uvědomění*, *kulturní citlivost* a *kulturní kompetenci* (Schimová a Doorenbosová, 2010).

5.7.1 Kulturní rozdílnost

Co se kulturní rozdílnosti týče, Schimová et al. (2007) ji popisuje jako fakt každodenního života. Internet a rychlejší světové cestování umožňují kontakt lidí z nejrůznějších koutů světa – čímž si můžeme všimnout společných a rozdílných aspektů života, které mezi nimi existují. Obzvláště zvýrazněné bývají rozdíly díky soustředění se na faktory, jako je rasa, etnicita, národ, sexuální orientace, pohlaví, ideologie a generace.

Autorky zde zmiňují americký „tavící kotlík“, při kterém mělo docházet k postupnému splynutí – „stavení se“ dohromady – přítomných kultur. Časy se ale změnily a tak se popis současné americké populace změnil spíše na „salát“ či „dušené“, kde ingredience – lidé – fungují pospolu, ale stále si zachovávají svou vlastní chuť – čili původ a kulturu (Schimová et al., 2007).

Nicméně dodávají, že ačkoliv je v Americe kulturní rozdílnost každodenní realitou, ne každý má stejný přístup ke kontaktu s ní a jejímu zažití. A tak ačkoliv je toto kulturní „dušené“ vnímáno jakožto politicky korektní, je pro mnohé problematické. V historii USA můžeme najít mnoho případů mezi-skupinového zápasu a neochoty vycházet

s lidmi, kteří byli vnímání jakožto moc odlišní. A tak se často objeví napětí, pokud spolu přijdou do kontaktu lidé s odlišnými idejemi. Ačkoliv jsou principy demokracie a inkluze povšechně přijímané, realita kontaktu s odlišnými skupinami či jedinci bývá komplexní a často stresující (Schimová et al., 2007).

Kulturní rozdílnost je podle autorek modelů konstrukt lišící se kvalitativně a kvantitativně napříč časem a prostorem – neboť v každém prostředí je rozdílnosti reprezentováno více, či méně. Některé zdravotní organizace pečují o komunity s malými rozdíly v socio-ekonomice či životním stylu, zatímco jiné se zabývají komunitami s rozsáhlou nesourodostí. A tak je pro rozvoj odpovídající kulturně shodné péče nezbytně nutné precizní zhodnocení stavu kulturní rozdílnosti uvnitř zdravotních organizací a pečovatelských komunit. Jednotlivá vystavení a zkušenosti se dalece liší s ohledem na kulturní reality, stejně jako na počtu a typu lidí, se kterými se pracovník setkal a též dle povahy a intenzity těchto interakcí (Schimová et al., 2007).

5.7.2 Kulturní uvědomění

Jedná se o kognitivní konstrukt. Už samo slovo uvědomění dle Schimové et al. (2007) předpokládá, že existuje realita, o které musíme popřemýšlet a že existuje i odpovídající kapacita pro zpracování získané znalosti. Jako příklad autorky udávají, že v naší realitě může existovat aspekt, který je považován za běžný fakt, ale přesto nejde o objekt, který by jedinec vědomě zvažoval. Tam přichází na řadu právě uvědomění, které vyžaduje nejen existenci tohoto faktu, ale i to, abychom o něm měli znalost, jeho poznání. V tomto konstrukt je tak uznáno riziko nevědomé neschopnosti, které tak umožňuje možnost posunutí se za některé limity nalezené mezi studenty ošetrovatelství, stejně tak jako mezi již pracujícími sestrami. Mnoho z tréninku, nabídnutého zdravotnickými zařízeními a při vyučování, probíhalo prezentováním faktů ohledně navyšující se rozdílnosti ve společnosti a nadále diskuzí ohledně myšlenek a pocitů nejrůznějších rasových, etnických či náboženských skupin. Byli kontaktováni i lidé, kteří byli požádáni o reprezentování těchto skupin na tréninkových sezeních, aby předvedli, jak je každá skupina jiná. Nicméně i tento přístup má své limity. Například zaměření se na unikátnost jedné skupiny, i když existují prvky, které sdílí s ostatními. Dalším omezením byly rozdílnosti v kulturní skupině. Pokud je skupina tak rozdílná, že má dejme tomu své vlastní sub-kultury, kdo za ně má potom ale mluvit? Onen představitel

může zprostředkovávat myšlenky a pocity své vlastní subkultury, ale co ty myšlenky a pocity, o které se s ostatními subkulturami liší? A právě zde nám hrozí riziko stereotypizace a diskriminace.

Kulturní uvědomění v tomto modelu proto Schimová et al. (2007) navrhla tak, aby pomohlo se znalostí těch oblastí, ve kterých můžeme najít hlavní mezi-skupinové rozdíly. Díky tomu každému jedinci můžeme pokládat otázky, díky kterým dostaneme smysluplné odpovědi. Autorky své tvrzení prezentují na příkladu, že náboženství běžně ovlivňuje jídelníček. Dále víme, že jedinci, kteří jsou součástí náboženských skupin, se mohou ve svých dietních postupech široce lišit. A právě to nám udává potřebu zdravotníka vyzvědět specifické individuální výživové zvyky pacienta, raději než předpokládat znalost už podle jeho členství v oné skupině.

Kulturní uvědomělost nám dovoluje průzkum společných či světových aspektů majících vliv na chování jednotlivců, takže se můžeme dotazovat na vhodné hodnotící otázky. Můžeme například předpokládat, že preference v jídle jsou silně ovlivněny přístupností technologie (ať už jde o růst, sklizeň, či vaření), ekonomickými faktory, hodnotami, způsobem života a náboženstvím. Pak už se může poskytovatel dotazovat na specifické preference jedince a rodiny (Schimová et al., 2007).

Podobně si počínáme s uvědoměním, co se týče rozdílnosti v komfortní interpersonální zóně. Ta se široce liší jak mezi kulturami, tak mezi jednotlivci. Tudíž by měl personál vyhlížet známky diskomfortu pacienta, aby mohl určit nejlepší vzdálenost při jednání s ním, než aby automaticky předpokládal, jaká vzdálenost je při konverzaci s onou osobou vhodná, či nevhodná (Schimová et al., 2007).

Nicméně Schimová et al. (2007) též dodává, že v kulturním uvědomění je zahrnuta znalost pasivních efektů kultury v každodenním životě, zážitcích péče a výkladu událostí. Velice užitečná je též znalost profesních a organizačních kultur, stejně jako znalost své vlastní kultury.

5.7.3 Kulturní citlivost

Jedná se o emocionální subjektivní konstrukt. Je pro něj ústřední přístup k sobě sama a ostatním, otevřenost vůči učení se podle kulturních dimenzí. Zaměření tohoto konstruktu je na přístupu - ať už k individuálnímu pacientu či komunitě - s pokorou.

Bereme na sebe roli žáka, nežli pozici dostatečné znalosti ohledně jakékoliv konkrétní skupiny. Pro citlivost je základní náhled do osobního kulturního dědictví, do kterého byl jedinec uveden jakožto poskytovatel zdravotnické péče a organizační kultura, ve které jsou služby poskytovány. Pro mnohé se západní zdravotnickou tradicí byla postavena vysoká hodnota na rčení „starej se o ostatní tak, jak bys chtěl, aby se oni starali o tebe“. Jenomže v tomhle postavení na ostatních vynucujeme svou vlastní kulturu. Autorky proto rčení mění na „starej se o ostatní tak, jak oni chtějí, aby ses o ně staral“. Právě tak podle nich prokážeme kulturní citlivost (Schimová et al. 2007).

5.7.4 Kulturní kompetence

Jedná se o behaviorální konstrukt zahrnující akce vykonané v odpovědi na kulturní rozdílnost, uvědomění a citlivost. Jedná se o schopnost jednotlivce demonstrovat jisté chování v praxi. Takové chování pak zahrnuje učení se o kulturách přítomných v komunitě, o kterou se právě staráme, adaptaci péče, abychom mohli splnit pacientovi potřeby a dokumentování zhodnocení a adaptace (Schimová et al. 2007).

Nicméně nejedná se o konečný bod, ani nejde o schopnost, kterou lze vypilovat – termín kulturní kompetence je použit spíše za účelem označení skupiny naučeného, procvičeného a vyvíjejícího se chování, ke kterému bychom měli přistupovat s kulturní skromností. Kulturní kompetence jsou specifické kognitivní, afektivní a psychomotorické schopnosti nezbytné pro usnadnění kulturní shody mezi poskytovatelem a pacientem (Schimová et al., 2007).

Kulturní kompetence se mění časem, v odpovědi na změny v jedincových zkušenostech: na získání kulturního uvědomění a citlivosti, na naučení se žádaným schopnostem, na rozšiřování dovedností. Stupeň kompetence požadovaný danou rozličnou situací a množství kompetence potřebné poskytovatelem péče, jsou dynamické v rozsahu a hloubce. Rozsah kompetence odkazuje na šíři diverzních skupin a jedinců, u kterých je daný pracovník schopen demonstrovat efektivní kompetentní chování. Hloubka kompetence referuje k obsáhlosti, se kterou jsou určité skupiny nebo jedinci pochopeni a u kterých je kompetentní chování uvedeno v platnost. Není realistické očekávat, že budou všichni zdravotničtí pracovníci v jakékoliv chvíli stejně a plně kompetentní s lidmi z jakékoliv odlišné skupiny. Též není nutné, aby si poskytovatelé vyvinuli odbornost s každou možnou skupinou, když, ve skutečnosti, přijdou do kontaktu jen

s jistými skupinami a podskupinami v jakémkoliv zdravotnickém zařízení na světě. A přesto – pokud chceme dát dohromady naše kulturní puzzle, musí mít poskytovatelé kulturní skromnost a kulturní kompetenci, aby zhodnotili osobní šíři a hloubku, porovnali osobní úspěch s požadovanými úrovněmi, a zachovali se tak, aby vyrovnali své schopnosti s pacientovými potřebami (Schimová a Doorenbosová, 2010).

Byla navržena celá škála kulturně kompetentního chování a intervencí. V závislosti na rozsáhlém přezkoumání současné medicínské a veřejné zdravotní literatury bylo navrženo, aby byly intervence seskupeny do tří oblastí. První byly intervence spojené s organizačně kulturními kompetencemi. Ty se zabývají rozdílností pracovních sil a tréninkem. Další byly intervence spojené se strukturálními kulturními kompetencemi. Ty se zase mají zabývat procesem, bariérami a pomocníky kulturně shodné péče. A jako poslední jsou intervence pro klinickou kulturní kompetenci, které se mají starat o transkulturní komunikaci a o adaptaci péče založenou na zhodnocení individuálních potřeb (Schimová et al. 2007).

5.7.5 Vrstva pacienta

S vývojem modelu se stalo jasným, že stejně důležitá je pro model puzzle i vrstva pacienta. Ta zahrnuje takové přístupy, přesvědčení a chování pacienta, rodiny a jeho komunity, které nejvíce reprezentují největší podobnosti a rozdíly mezi dvěma a zároveň uvnitř kulturních skupin, podskupin a jedinců (Schimová a Doorenbosová, 2010).

V této vrstvě plánují Schimová a Doorenbosová (2010) zvýraznit hlavně ty kulturní dimenze, které se nejlépe posuzují a na základě kterých se vymýšlí intervence vedoucí k efektivní péči napříč kulturami. A tak vznikl seznam společných a unikátních kulturních aspektů, který má za účel poukázat na to, co si sebou pacient a rodina berou do zdravotnictví i do interakce se sociálními službami. A o jaké aspekty se tedy jedná?

Celkem se jedná o 11 konstruktů, u kterých jsou uvedeny možné odlišnosti jedince a skupin. Z nich první je **rodina**. Kdo je do rodiny zahrnut? Jakým příbuzným se volá? Taktéž se zjišťuje role rodiny v jedincově životě a odlišnosti v její struktuře. Jako druhý je **domov**. Co pro pacienta „domov“ znamená? Kde se nachází a jak je nastaven? Třetím je oblast **zdraví, nemoci a ošetřování**. Zjišťuje rozdílnost ve významu termínů,

stejně jako jiné vyjadřování péče. Stejně tak se dotazujeme na jiné zdroje péče (např. léčitele) a očekávání od zdravotníků. Dalším v řadě je **výživa/ vzory jídla**. Vyzvídáme jídla, která jsou předepsaná, či naopak zakázaná. Stejně tak se ptáme na jídla „dobrá“ a domácí kuchyni pacienta. Pátou v řadě je **spiritualita**. Tam autorky zahrnují dotazy na náboženské rituály, spirituální praktiky, významné artefakty (věci). Po spiritualitě následuje **edukace**. Ptáme se, jaké kdo dostává vzdělání, jaká hodnota je na něm uložena, vnímání profesionálních oproti neodborným rolím ve zdravotnictví. Sedmým je **dělání rozhodnutí**. Jak se u pacienta provádějí rozhodnutí a kdo je provádí. Zjišťujeme individuální autonomii oproti kolektivismu. **Hodnoty, přesvědčení a zvyky** jsou dalšími v pořadí. Zjišťujeme hodnoty, přesvědčení a zvyky jak osobní, tak rodinné. Za další je **časová orientace**. Jaký má pro pacienta význam čas? A význam rozvrhů a kalendářů? Stejně tak jak si vykládá předstih a zpoždění. Předposledním je **osobní prostor**. Zde se odlišnosti zaměřují na pohodlnou vzdálenost při konverzaci a na mocenské vztahy. A jako poslední přichází **komunikace**. Jaká je hlavní řeč pacienta? Jeho gramotnost? Jazyková zručnost? Stejně tak se porovnává řeč mluvená s řečí nonverbální a význam gest.

Na závěr Schimová a Doorenbosová (2010) upozorňují, že pro pacienta významné aspekty se mohou lišit dle povahy komunity v jakémkoliv bodu času. Kulturně shodnou péči podle nich poskytujeme, pokud vrstva zdravotníka a pacienta sedí dohromady. K tomu dojdeme procesem při kterém zdravotníci a pacienti vytvoří náležitou shodu mezi profesionálními službami a tím, co pacient s rodinou potřebují a chtějí v jejich kulturních doménách. A jak k tomuto stavu může dojít?

5.7.6 Čtyřmi kroky k intervenci

Jedná se o přístup k intervenci navržený na podkladě modelu 3-D puzzlí. Jednotlivé kroky se jmenují ocenění, akomodace, vyjednávání a vysvětlení.

Krok **ocenění** je nejbližší spojený s ohodnocením. Jako v ohodnocení i v tomto kroku zdravotníci pozorují a dozvídají se o kulturním kontextu svého pacienta. Taktéž jsou v tomto kroku obsažena pacientova osobní přesvědčení, hodnoty a vzory. Zdravotník nejprve přemýšlí o jejich světovém porozumění, co se kultury týče a následně spolupracuje s pacientem, aby dal toto vyzkoušené chování do perspektivy. Běžná hodnotící otázka vedoucí k tomuto prvnímu kroku je „Řekněte mi víc o...“ Po pečlivém

vyslechnutí pacienta se zdravotník rozhodne, zda je opravdu nutná intervence. Autorky popisují jako jednu z největších výzev rozpoznání toho, zda je vhodné zasahovat jen proto, že víme jak. Dalším krokem je **akomodace**. Autorky uvádějí, že při pozorování kulturních přesvědčení, hodnot a požadovaném chování pacienta zdravotník často najde aspekty ošetřování, které je zapotřebí aktivně změnit, aby bylo dosaženo kulturní shody. **Vyjednávání**, jakožto třetí krok procesu, nastává, pokud není možná akomodace. Je při ní zapotřebí opatrného ohodnocení a často při ní demonstrujeme svou tvořivost. Musíme zde nejprve porozumět významu kulturně požadovaného chování a hledat způsob, jak zavést co nejvíce akomodace je za daných podmínek možné. A poslední, často nezbytný krok, **vysvětlení**. To přichází na řadu, když selžou všechny předchozí kroky. Používá se pouze v případě, pokud je to, co pacient, rodina nebo komunita chce a vyžaduje, nemorální, ilegální, zneužívání nebo nebezpečné takovým způsobem, který to vylučuje i z vyjednávání. To se ale v naší snaze o poskytnutí kulturně shodné péče, stává pouze výjimečně (Schimová a Doorenbosová, 2010).

6 Využití v praxi

V předchozí kapitole jsme se zabývali teoretickými aspekty sedmi jednotlivých modelů, zabývajících se kulturně uzpůsobenou péčí či získáním a hodnocením kulturních kompetencí, se kterými se můžeme setkat v ošetrovatelské praxi. Je tedy na čase si povědět, jak vlastně mohou být takové modely využity prakticky.

6.1 Využití v ošetrovatelském procesu

Jelikož je i pacient z odlišné kultury, popřípadě etnika, stále stejně člověkem jako my, probíhá při jeho ošetrování též ošetrovatelský proces. Ale jak ho změnilo zakomponování kulturního prvku?

Touto problematikou se zabývala už Líšková et al. (2006). Ve své knize rozpracovala všech pět aspektů procesu s ohledem na dodání kulturně odlišné složky. Vaňáčková (2014) nám pak připomíná, že sestra má za cíl péči o člověka jakožto holistickou bytost – tedy celek složený z bio-psycho-sociálních potřeb tak, aby mu naše péče vyhovovala. Mluvíme tedy o ošetrování zaměřeném na osobu.

6.1.1 Fáze první – zhodnocení

Tak tedy - Líšková et al. (2006) udává možnost použití dvou druhů posouzení – dlouhodobého a krátkodobého

V tom **dlouhodobém** jsou obsaženy informace jako jazyk a komunikace, tělesný vzhled, způsob oblékání, vliv prostředí na život, názor na technologie používané při ošetrovatelských, diagnostických či léčebných výkonech, způsob života v rodině, denní aktivity, stravovací návyky spolu s tabu a světonázor. Zapomenout nesmíme ani na náboženskou či duchovní víru, tedy hodnoty pacienta, sociální vztahy k vlastní kultuře, hodnotu vzdělání, ekonomické faktory dotýkající se pacienta a vliv, jaký mají na jeho zdraví. Též zjišťujeme politické a právní vlivy v životě pacienta, tradiční péči o zdraví spolu s důležitostí přikládanou profesionální péči a znaky péče. Zjišťujeme i jak je pacient informován ohledně prevence onemocnění, o udržování a opětovném získávání zdraví, o sebed péči.

Co se **krátkodobého** posouzení týče, zahrnuje důležité údaje povšimnuté sestrou při kontaktu s pacientem, informace o pacientových hodnotách, víře, aktivitách

v souvislosti se zdravím, stejně jako názory pacienta na jeho zkušenosti s profesionální péčí zdravotnických zařízení, stejně tak společné a odlišné znaky s pacientem. Dále Lišková et al. (2006) pokračuje výčtem aspektů života, které je u pacienta při hospitalizaci vhodné zjišťovat.

Vaňáčková (2014) oproti tomu ve své práci popsala celkem 7 základních parametrů pro sběr anamnestických údajů. Jedná se o **etnicitu**, která by měla sestře napomoci k pochopení potřeb pacienta, přičemž je užitečné zjistit i délku pobytu. Dalším je **jazyk**. Vaňáčková zde udává, že je sice možné, aby pacient mluvil česky, ale ve chvílích stresu či zmatenosti je možné, že se bude vyjadřovat ve své rodné řeči. Následují **náboženské potřeby a vyznání víry**. Pokud tuto oblast pacientovi potřeby poznáme, můžeme mu dopomoci ji lépe uspokojovat, ať už se jedná o duchovní potřeby, hodnotový žebříček, ale i každodenní život. Tímto parametrem může být ovlivněna i pacientova strava, hygiena ale i kontakt s ostatními s ohledem na pohlaví. Snažíme se pochopit i pacientův **model rodiny**. Zjišťujeme její strukturu, vztahy v ní panující, osobu v jejím čele. Na řadě je pak **sociální, ekonomické a materiální zázemí rodiny**. Její socio-ekonomické postavení, u kterého je možná do určité míry ovlivnitelnost pobytem na našem území. Těžkosti nastávají, pokud u nás pacient pobývá nelegálně a tudíž bez platného zdravotního pojištění. Jako předposlední nás zajímá způsob **stravování a stravovací tabu**. Jak už Vaňáčková poukázala – ty mohou být ovlivněny náboženstvím, ale i jinými kulturními aspekty. Každopádně se jedná o důležitou část procesu pro adaptaci na prostředí zdravotnického zařízení. A jako poslední – **názory na zdraví**. Zajímá nás mínění pacienta, jak vzniklo jeho onemocnění. Rovněž získáváme údaje o požitých lécích i praktikách předcházejících vyhledání odborné péče.

6.1.2 Fáze druhá – diagnostika

Zde nás Lišková et al. (2006) upozorňuje, že kromě diagnóz spojených s onemocněním pacienta musíme brát v potaz diagnózy vyplývající z odlišnosti kultur. Jako příklad vyjmenovala třeba hrozící duševní tíseň, kterou spojila s přerušением náboženských a kulturních vazeb pacienta. Možná je podle ní samozřejmě i narušená verbální komunikace související s kulturními odlišnostmi. Dále i narušení obrazu těla kvůli psychosociálním, kulturním a duchovním faktorům.

Vaňáčková (2014) ve své práci též prezentuje vybrané ošetrovatelské diagnózy mohoucí se objevit při ošetrování kulturně odlišných pacientů. Její výběr je rozčleněn dle domén, kde v první doméně, podpoře zdraví, určuje za diagnózu oslabené zdraví v komunitě a neefektivní management vlastního zdraví. V následující doméně výživy se objevila snaha o zlepšení výživy. V aktivitě a odpočinku se může objevit narušený vzorec spánku. Ve vnímání a poznávání je stanovena snaha o zlepšení komunikace. Samozřejmě při stanovené zhoršené verbální komunikaci. Co se vnímání sebe sama týče, existuje zde možnost beznaděje, rizika oslabené lidské důstojnosti a riziko nízké sebeúcty kvůli dané situaci.

U vztahů mezi rolemi se může vyskytnout zhoršení sociální interakce. Ve zvládnutí zátěže a stresu stanovujeme úzkost, strach, bezmocnost až stresové přetížení. Životní principy pak mohou obsahovat diagnózy jako je konflikt při rozhodování, nespolupráce, riziko zhoršení religiozity, stejně jako riziko duchovního strádání. A jako poslední zmiňuje Vaňáčková (2014) zhoršený komfort.

6.1.3 Fáze třetí – plánování

Dle Vaňáčkové (2014) musí být sestra při plánování cílů péče ohleduplná ke kulturním faktorům týkajícím se pacienta. Získané informace musí být uspořádány a následuje porovnávání se třemi standardy pro největší shodu. Prvním je **standard kulturní/etnické skupiny** identifikovaný pacientem. Druhým je **vlastní kultura** pracovníka. A jako poslední je **standard konkrétního zařízení**, který má sloužit jako podklad interakce. Problémem ovšem je, pokud se informace ani s jedním neshodují. Pak si musíme uvědomit, že pro pacienta jsou standardem praxe jeho etnické skupiny. Důležitá může být i spolupráce na plánování s rodinou. Obzvláště, pokud je pacientovi oporou.

Dále uvádí některé možné cíle dle stanovených diagnóz – třeba redukovat až odstranit narušení komunikace, dosáhnout efektivního verbálního i nonverbálního dorozumívání, aby mohl pacient vyjádřit své základní potřeby, dopomoc pacientovi během adaptace na zdravotnické zařízení a udržení sociálního kontaktu s pacientovou rodinou, případně dalšími návštěvníky a zdravotnickým personálem.

Líšková (2006) rovnou uvádí rozpracované příklady některých nejvíce se vyskytujících diagnóz. Tři nejčastější určované diagnózy jsou podle ní: narušená adaptace, narušená komunikace a jako poslední neznalost (potřeba poučení).

6.1.4 Fáze čtvrtá – realizace

Líšková et al. (2006) zdůrazňuje, že všechny předem naplánované intervence by měly být vykonávány s co nejvíce empatickým přístupem.

Vaňáčková (2014) k této fázi dodává, že je zapotřebí podpůrná komunikace, respekt hodnot pacienta, jeho zvyklostí, idejí a praktik. Neopomíná zdůraznit aspekt kulturní citlivosti.

6.1.5 Fáze pátá – Vyhodnocení

A zde už záleží na tom, jak jsme si vedli při ošetřování pacienta. Máme možnost vyhodnocení toho, do jaké míry jsme cíle splnili, popřípadě reflektovat, z jakého důvodu k jejich splnění nedošlo a jak se tedy v budoucnu zachovat, jaký postup naplánovat, abychom tentokrát cíle dosáhli (Líšková, 2006).

Vaňáčková (2014) dodává, že by mělo dojít i k vyhodnocení kulturních kompetencí personálem věnujícím se pacientu.

Samozřejmě všemi těmito fázemi je snadnější projít, pokud s pacientem umíme navázat komunikaci. Určitá doporučení nám poskytuje například Horňáková (2008). Ta radí vnímání každého pacienta jako jedinečného individua. Pro každého bychom si pak měli zajistit dostatek času spolu s klidným prostředím pro usnadnění komunikace a zjistit, v jakém jazyce se bude odehrávat. Zdůrazňuje používání jednoduchých slov a nekomplikovaných slovních spojení, aby jim dokázal porozumět a použít je. Zároveň je podle ní nutné mluvit pomalu, používat zřetelnou artikulaci a informace pokud možno pacientovi opakovat a chtít je zopakovat i od něho. Komunikaci může rovněž usnadnit, pokud se naučíme alespoň základní slovíčka pacientova jazyka – i kdyby nám pacientova řeč kdovíjak nešla, rozhodně pacientovi ukážeme, že se snažíme poskytnout mu dobrou péči a vyjít mu vstříc, což ho může motivovat k témuž. Podporujeme ho a povzbuzujeme, a, pokud se objeví potřeba, pomáháme při vyjadřování jeho pocitů, myšlenek, názorů a potřeb. Ověřujeme si taktéž, zda správně pochopil podané informace a zda nedošlo k mýlce na podkladě předsudků. Taktéž poskytujeme dostatek

času na vyjádření jejich potřeb. Pokud je to zapotřebí, používáme pro lepší komunikaci úsměvy, gesta, mimiku a obrázky. Samozřejmě bereme v potaz projevy verbální i nonverbální komunikace, hledáme kompromisy, bereme ohled na etiku a pacientovy kulturní a biologické odlišnosti. Můžeme samozřejmě používat pomůcky, jako jsou obrázkové materiály, schémata, nákresy a jiné, třeba vícejazyčné, pomůcky. Snažíme se být trpěliví, ohleduplní a tolerantní. Pokud stále domluva není možná, snažíme se jí zprostředkovat s cizojazyčným slovníkem, či tlumočnickem.

Srivastavová (2007) píše, že špatná komunikace mezi pacientem a personálem může vést k nedorozumění, zanedbávání, ale i špatně stanovené diagnóze, nevhodné péči o pacienta, sníženému pochopení a dodržování léčby, neschopnosti získat od pacienta upřímný informovaný souhlas, stejně jako klinické neefektivitě, zranění z nedbalosti a v některých případech až ke smrti.

Aby ale věci nebyly úplně jednoduché, mluví dále o dvou typech tlumočnicků. O těch, kteří překládají pouze mluvené slovo – a tedy nemusí být schopni chápat veškerý kulturní kontext - a o těch, kteří jsou rovněž schopni interpretovat mínění související s kulturou.

Dále nám radí pět základních kroků k efektivní spolupráci s tlumočnickem. Prvním je vůbec rozpoznání potřeby spolupráce s tlumočnickem. Tomu může být zabráněno přílišnou sebedůvěrou v interpretaci neverbálního chování, či falešnou plynulostí – ať už v pochopení, či mluvě v druhé řeči – na straně pacienta nebo zdravotníka.

Popsány jsou v její knize též modely tlumočení. Možné je tlumočení tváří v tvář, které je nejčastější a nejvíce požadované. Jasnou výhodou je možnost pozorování a interpretace verbálních, stejně jako neverbálních odpovědí.

Co se týče tlumočení přes telefon a na vzdálenost, používají se zejména v situacích, kdy není tlumočnick k dispozici včas. Interpretace na vzdálenost pak odkazuje na situace, kdy není tlumočnick v přítomnosti mluvčích a tak se překlad odehrává právě přes telefon. Jasnou výhodou je zde přístup k trénovanému tlumočnickovi již během několika minut, bez ohledu na to, kde se nacházíme, nebo kolik je hodin. Nevýhodou je tak ale nejen cena, nýbrž i množství informací předaných non-verbálně, které nám při tomto druhu tlumočení uniká (Srivastavová, 2007).

Co se typů tlumočnicků týče, samozřejmě jsme již zmiňovali profesionální – kteří mohou mít trénink z formálních programů nebo jen krátkých kurzů, ale v praxi se setkáme též s tlumočícími členy rodiny, přáteli pacienta a dobrovolníky. Ti se také nazývají Ad Hoc, jakožto neformální tlumočníci. I když mohou tito lidé být příhodní, existuje při jejich využívání řada problémů. Třeba narušení soukromí, prozrazení údajů a chyby v interpretaci. Rovněž je tu problém s chybováním u zdravotnických termínů a to, že pacientovi blízcí mohou být neochotni přeložit vše, co říká, ať už kvůli jeho soukromí, studu, kvůli jeho ochraně nebo vztahům v rodině. Zároveň je riziko, že se členové rodiny náhle stanou tím, kdo dělá za pacienta jeho rozhodnutí, ať už proto, že jim připadá, že jsou na tuto roli lépe připraveni, nebo kvůli tomu, že jim je personál více nakloněn (Srivastavová, 2007).

Dále tlumočnický můžeme rozdělit na dvojjazyčné a dvoj-kulturní – kteří jsou plynulí nejen v jazyku pacienta, ale i v jeho kultuře a poskytují nám tak nejkomplexnější informace – a pak máme ještě dvojjazyčný zdravotnický personál. Zde se však vyskytuje ten problém, že překladatel nemusí být s pacientem kulturně kompatibilní a proto mu hodně informací uniká. Problémem rovněž je, že se většinou jedná o již v jiné oblasti sloužící jedince, kteří tak mohou být zbrklí kvůli potřebě vrátit se ke svým běžným povinnostem (Srivastavová, 2007).

Je zde definována i role tlumočnicka. Ten má za základní úkol překládat z jednoho jazyka do druhého, tak, aby zůstal zachován význam komuniké. Jeho role se časem ovšem vyvinula a tak teď zastává též postavení od nositele zpráv po advokáta, navíc s úkolem objasňovat a rolí kulturního zprostředkovatele. Na nejzákladnější úrovni ho můžeme vnímat jako neutrální stranu spojující zdravotníka a pacienta (Srivastavová, 2007).

Při celém procesu samozřejmě musíme pacienta vnímat jakožto celistvou bytost. Poskytujeme mu tak péči, která je soustředěna na osobu. McCormack et al. (2017) péči soustředěnou na osobu popisuje jako rozpoznání širokých biologických, sociálních, psychologických, kulturních a spirituálních dimenzí každé osoby, jejich rodin a komunit. Hewitt-Taylorová (2015) nám ozřejmuje, že soustředěnost na osobu ale nespočívá jen v porozumění tomu, co ona osoba právě zažívá v současnosti, ale také

v poznání, čím byli, co prožili a čeho si v minulosti vážili, stejně jako toho, jaké naděje chovali pro budoucnost.

McCormack a McCanceová (2011) dodávají, že je důležité pracovat s pacientovými přesvědčeními a hodnotami, stejně jako je důležité sdílet s pacientem rozhodování o péči o něj.

6.2 Využití ve světě

Pro tento bod byly vyhledávány články pojednávající o praktickém využití modelů v klinické praxi z celého světa.

Pojďme si teď tedy vyložit například článek od de Mela (2013). Ten v něm popisuje studii, která probíhala v São Paulu v Brazílii roku 2011. Studie se zabývala využitím modelu Leiningerové při učení kurzu „Nursing Practice in Collective Health“. Výzvou se zde stalo naučení se holisticko-humanistické perspektivy o zdraví a ošetrovatelské péči – s ohledem na kulturní a sociální skladbu dimenzí - když je aplikována na „sesterskou konzultaci kolektivního zdraví“. Kurz tak trval celkem 100 hodin – 60 z toho bylo teoretických a 40 se odehrávalo v praxi. Pro výuku sesterských konzultací byl vyvinut čtyř fázový proces. Jednalo se o *Teorii kulturní péče*, *Sesterskou konzultaci v kolektivním zdraví*, *Praxe sesterské konzultace v v centrech primární péče* a jako poslední *Vyhodnocení*. V této práci tak můžeme vidět model Leiningerové využit jako průvodce k uskutečnění procesu učení. Na konci kurzu byli studenti požádáni o jeho ohodnocení a shodli se, že využití modelu při vyučování bylo přínosné, že nabídlo nový úhel pohledu na pacienta, jeho zdravotní potřeby a ošetrovatelské praktiky. Rovněž zdůraznili, že se u nich vyvinula schopnost porozumět termínům často užívaným profesionály napříč antropologickou a sociologickou perspektivu, jako sociální a kultura.

V podobném duchu se nese i článek Papadopoulosové et al. (2016). Ti vzali jako základ model Papadopoulosové, Tilkiové a Taylorové spolu s projekty IENE 1 a 2 (Intercultural Education of Nurses in Europe). Všechny partnerské země dohromady vymyslely 18 učebních pomůcek – tedy 6 ke každé ze 3 základních oblastí - které měly za úkol zlepšit poskytování zdravotnické péče nejen jako kulturně kompetentní, ale též jako soucitné. Ačkoliv byly pomůcky nejdříve používány pouze studenty

ošetřovatelství, pracuje se v současnosti na jejich hlubším zařazení a na zhodnocení dlouhodobých efektů v souboru zdravotnických pracovníků.

Rovněž je třeba podotknout, že nás zaujalo konstatování Dayer-Berensonové (2014), že model Purnella nemusí být nutně zaměřený pouze na pacienta. Jeho využití je možné i při snaze porozumět kolegům z multikulturně složeného týmu, aby došlo k lepšímu porozumění a spolupráci při péči o pacienty.

Rovněž jsme narazili na článek zabývající se zkušenostmi studentů ošetřovatelství ve Švédsku. Jak píše Jirwe et al. (2015), jednalo se o studii, které se zúčastnilo celkem deset studentů posledního ročníku studia na univerzitě, z nichž pět mělo národnost švédskou a zbylých pět mělo přistěhovalecké zázemí. Studenti uvedli, že se cítili být připraveni na setkání s odlišnou kulturou, že byli díky své předchozí školní teoretické edukaci vybaveni nezbytným sebe-uvědoměním, znalostí a schopnostmi. Nicméně v závěru studie uvedli, že je edukace nepřipravila na negativní přístup, rasismus a diskriminaci. Ty se totiž neodehrály pouze vůči pacientovi, ale i ze strany pacienta vůči zdravotnickému pracovníkovi, pocházejícímu z jiné kultury.

V této studii se spolu byli schopni pracovníci a pacienti alespoň relativně domluvit. Co ale v případě, že ani způsob „rukama, nohama“ nefunguje? Na to se ve své studii zaměřily McCarthy et al. (2013). Ta byla podnícena tím, že se Irsko, kde studie probíhala, stalo ani ne za jedno desetiletí multikulturním státem s cca 12% populace pocházejícím mimo tuto zemi. V požadavcích na účast ve studii byl i již zažitý kontakt s pacientem z jiné kultury, proto se nakonec zúčastnilo celkem sedm zdravotnických pracovníků, se kterými byly vedeny rozhovory o jejich zkušenostech v proběhlé komunikaci. V závěru studie bylo prohlášeno, že byla započata práce na poskytnutí kvalitní překladatelské služby v Irsku.

6.3 Využití v ČR

V České republice samozřejmě nemůžeme očekávat takové „dušené“, jak to popsaly Schimová et al. (2007) o současné Americe. Dá se tedy předpokládat, že pokud nedochází aktuálně ke změnám v kulturním dění na našem území, je motivace pořádat u nás studie týkající se tohoto tématu poměrně nízká.

Kulturně uzpůsobenou péči se nicméně samozřejmě snažíme poskytovat i zde v České republice. O kulturních modelech a jejich využití ve zdravotnictví u nás sice moc studií nevzniká, najdou se nicméně i některé jiné publikace touto problematikou se zabývající.

Například Archalousová a Slezáková (2005) ve své knize popisují použití modelu Leiningerové na dvou příkladech. Prvním je příklad pacientky mongolské národnosti přijaté na gynekologické oddělení. Byly u ní tak dle modelu Leiningerové proveden dlouhý odhad, čítající celkem 17 domén a odhad krátký, skládající se z 5 instrukcí pro sestru. Na bázi odpovědí byla provedena analýza získaných odpovědí, na podkladě které byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, spolu s intervencemi. Na závěr uvádí zhodnocení toho, jak se se kterým typem hodnocení pracovalo. Při dlouhodobém hodnocení doporučuje již mít nějaké znalosti o kultuře pacienta v obecné rovině, neboť získané informace byly velmi konkrétní. Zároveň dodává, že se jedná o odhad, který je výhodnější využít při delší hospitalizaci, popřípadě při komunitním ošetrovatelství.

Co se krátkého odhadu týče, popisuje ho jako jednodušší, se kterým je možné věnovat pozornost jisté odlišnosti pacienta, specifické pro danou kulturu. Doporučuje ho kvůli rychlému pochopení a uspokojení potřeb pacienta, spolu s realizací ošetrovatelských intervencí, které jsou prioritní a to v co nejkratším čase.

Rovněž byl tento model aplikován na případu pacientky z arabské komunity, přijaté na interní oddělení. V tomto případě bylo ale uvedeno pouze dlouhodobé hodnocení.

Můžeme tedy konstatovat, že i v místních zdravotnických zařízeních se kulturně specifické modely využívají v praxi.

Je to ale vše? Jako další příklad můžeme uvést bakalářské a diplomové práce, které v sobě mají kulturně specifické modely zakomponované. Dá se tedy říci, že byly inspirací a že přispívají při výzkumu, který těchto prací bývá součástí a při dalším rozvoji informačních materiálů a pomůcek v multikulturním ošetrovatelství.

Už v úplně prvním kulturně zaměřeném modelu, vyvinutém Leiningerovou, je zmíněn faktor jazyka. Tento faktor se opakuje napříč pracemi zaměřenými na multikulturní ošetrovatelství. Výjimkou nejsme ani my.

Toho se dotýká například práce Hanusové (2013), která si dala za úkol zjistit a zmapovat schopnost zdravotních sester komunikovat s cizinci.

Ve své práci tak nejprve popsala teoretické zázemí, jako je kultura, model Leiningerové, ale i národností menšiny a náboženství vyskytující se v ČR – tedy kultury, na které můžeme ve zdejších i menších nemocničních zařízeních nejčastěji narazit. Ve svém výzkumu pak pomocí rozhovorů s celkem čtyřmi účastnicemi ze sesterských řad zkoumala současnou komunikační úroveň v souvislosti nejen s místními kulturami, ale i s cizinci.

V závěru zjistila, že sestry při spolupráci s cizinci aktivně vyhledávají informace týkající se jejich kultury. Udává též, že byť se většina sester multikulturně vzdělává už na střední škole, nepocítují pak při skutečném kontaktu, že by byly takto poskytnuté informace dostatečné a tudíž nejsou na setkání připraveny. Též prý pracují s komunikačními kartami – pokud je mají k dispozici. A jelikož se sama autorka ve své práci setkává s povětšinou anglicky dobře hovořícími pacienty, jako výstup své práce dala vzniknout komunikačním kartám s nejčastěji používanými větami. Na ně uvedla originál v češtině a hned pod něj příslušnou otázku v angličtině.

Vaňáčková (2014) se zase ve své práci zajímala o pohled cizinců na multikulturní přístupy v ošetrovatelské péči. Též ve své práci zmiňuje model Leiningerové, k němu pak dodává kulturně uzpůsobený ošetrovatelský proces. Jako cíle si pak zadala zjištění zkušeností pacientů s ošetrovatelstvím poskytovaným v Čechách, jejich vnímání úrovně ošetrovatelské péče jejich rodné země oproti ČR, stejně jako vyzkoumání případných odlišných požadavků na uspokojení jejich potřeb a identifikaci odlišných názorů a hodnocení kultur rodné země respondenta a České republiky. Výzkum vyřešila v angličtině psanými dotazníky prezentovanými studentům na anglickém studijním programu, kteří se během svého studia setkali ve zdravotnictví s českým personálem. Ve výsledku své práce zjistila, že byť je české zdravotnictví profesně na úrovni a s mladším personálem a většinou doktorů se domluví pacienti anglicky, problém představovala spíše neznalost angličtiny u starších sester a jejich následná neochota při jednání s pacientem-cizincem. Ve své práci nám tak poskytla pro změny požadovanou reflexi právě těch, o něž se máme starat.

Multikulturní přístup k pacientům ve zdravotnictví řeší též Dolíhalová (2017). Ta ve své práci rovněž zpracovala model Leiningerové, ale stejně tak i Gigerové - Davidhizarové. Zabývala se stejně jako Hanusová péčí o národnostní menšiny v ČR, ke kterým přidala

i péči o svědky Jehovovi. Na její práci je ovšem výjimečné popsání multikulturní výchovy – a to jak na střední škole, ještě cílené pro obor zdravotnický asistent, stejně jako na škole vyšší odborné pro obor diplomované všeobecné sestry. Znalosti svých respondentů, navštěvujících předposlední a poslední ročníky jejich oborů, otestovala pomocí dotazníků. Díky svému vyššímu vzdělávání a více praktickým zkušenostem odpovídaly na otázky správněji členky oboru diplomované všeobecné sestry. To svědčí o tom, že vyšší vzdělání je jistě přínosné jak pro sestry, tak pro jejich pacienty v zájmu poskytování kulturně ohleduplné péče.

Do oka nám padla též práce od Doláka (2008) zabývající se situací vietnamského pacienta ve zdejších zdravotnictví. Ta zkoumá pomocí kazuistik pohled vietnamského pacienta na naše zdravotnictví a obsahuje poznatky například o tom, jak si pacient představuje práci všeobecné sestry a co od ní při hospitalizaci očekává – tedy zájem o svou osobu a vysvětlení toho, co se bude dít. Naráží zde i na téma komunikační bariéry a to, že v případě potřeby tlumočnicka by si pacient spíše přál tuto roli svěřit členu své rodiny.

Tato práce je ale spojena s prací Scholze (2008), který se zabývá problematikou čínského pacienta ve zdejším zdravotnickém zařízení. Stejně jako práce Doláková je i zde výzkum veden formou kazuistiky sestavené z polo-strukturovaného rozhovoru. I zde se respondenti vyjadřují k práci sestry a o svých očekáváních při hospitalizaci. A i zde je prezentována komunikační bariéra a rovněž byl při tomto výzkumu autor informován, že by pacient preferoval jako tlumočnicka člena rodiny. Díky této práci tak navíc vznikl soubor základních piktogramů pro snadnější komunikaci s čínským pacientem a další dva materiály. Jedná se o ošetrovatelský standard a audit a pak ještě sumář informací o příslušné čínské minoritní skupině vyvinutý pro sestry v ČR. Navíc bylo odhaleno, že respondenti neznají práva pacientů. V souvislosti s prací na jejich překladu autor narazil na příručku pro cizince v ČR vydanou Ministerstvem práce a sociálních věcí, která zahrnovala oblasti zdravotnické, sociální, právní a ekonomické. Byly k nim tedy dodány i práva pacientů a zaslány kontaktům autora z čínské minoritní skupiny.

Tyto dvě práce se následně staly součástí knihy, která je výsledkem grantového projektu NR/8473-3 nazývající se „Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské

péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice“. Kniha jako taková nám pak též slouží jako informační materiál uvádějící i nově vyvinuté pomůcky pro praktické pracovníky.

Za zmínku rovněž stojí práce Toumové (2015), která se pro změnu zabývala pohledem pacienta původně z arabských zemí na české zdravotnictví. Ve své práci tak zpracovala jednotlivé specifické aspekty péče o takového pacienta. Za cíle si pak dala zjistit zkušenosti pacientů s u nás poskytovanou péčí, jejich zkušenosti při kontaktu se zdejšími personálem, rozdíly mezi péčí poskytovanou zde a v arabských zemích a v neposlední řadě zjišťovala i zkušenosti sester a nejčastější problémy vznikající při ošetřování arabských pacientů. Ke zjištění těchto informací použila formu rozhovorů – shodujících se v otázkách komunikace či přístupu zdravotnických pracovníků - jak s arabskými respondenty, tak s ní spolupracujícími sestrami. Během nich se dozvěděla, že arabští pacienti byli velmi spokojeni s profesionalitou a úrovní českého ošetřovatelství, nicméně poněkud postrádali „lidštestjší“ přístup jejich domovin. Udávají ale, že si nemohou stěžovat na události jako diskriminace či rasismus. Z pohledu sester se dozvídáme, že s ošetřováním arabských pacientů žádné větší problémy neměly. Většina z nich od nich prý nepožadovala žádné specifické úkony, krom vynechání vepřového masa z jídelníčku. Na čem se však shodli pacienti i sestry byla opět přítomnost komunikační bariéry. Ta byla méně prominentní u anglicky se schopného domluvit personálu, ale jakmile chyběla znalost angličtiny, situace se značně komplikovala.

Zapomenout nesmíme ani na Hapatykovou (2013), která přispěla specifiky při ošetřování vyznavačů hinduismu při jejich pobytu ve zdravotnickém zařízení. Ve své práci uváděla modely Leiningerové a Gigerové - Davidhizarové. Výzkum specifík prováděla pomocí polo-strukturovaného rozhovoru s otázkami vycházejícími z domén těchto modelů. Jsou zde tedy shrnuty informace o hinduismu, jeho zvycích a rituálech a lidech, kteří ho vyznávají, čímž tvoří informativní materiál pro oblast kulturně zaměřené ošetřovatelské péče. Zároveň byl dle výsledků výzkumu sestaven informační materiál.

Na české scéně se ale objevují taktéž práce, zabývající se s kulturou spojenými modely objevujícími se v zahraničí. Jedná se například o práci Maňhalové a Tóthové (2016), které se v ní rozhodly zmapovat, jaké jsou možnosti využití koncepčních modelů

zabývající se kulturními kompetencemi v ošetrovatelské profesy. Popisují v ní hodnocení kulturních kompetencí skrze model Leiningerové, pak Papadopoulusové, Tilkiové a Taylorové, dále Campinhy-Bacotové a v neposlední řadě i Purnella. V závěru své práce shrnují, že využívání těchto modelů v praxi je vskutku vhodné, kvůli jejich využití jakožto teoretického rámce praktické části zdravotnictví – a to nejen pro sestry, ale i lékaře a jiný zdravotnický personál. Také k jednotlivým modelům dodávají, že Leiningerová stála především za rozvojem dalších kulturně zaměřených modelů díky základům, které svým vlastním modelem zvládla položit. Dále píše, že dle jejich zjištění je model Papadopoulusové, Tilkiové a Taylorové v praxi vhodný a snadno použitelný. Model Campinhy-Bacotové pak podle nich nadále posiluje kompetentnost v kulturní oblasti u již školených sester – propůjčuje jim tedy schopnost ještě navýšit kvalitu péče, kterou svým pacientům poskytují. A jako poslední uvádějí, že ačkoliv je dle studií Purnellův model stále na úrovni spíše teoretického popsání, poukazují rovněž na jeho možné multidisciplinární využití, které díky jeho širokému obzoru slibuje jeho vhodnost a dobrou uplatitelnost.

Na těchto příkladech vidíme, že kulturně zaměřené modely vskutku pomáhají při rozvoji možností vzdělávání zdravotnických pracovníků o kulturně ohleduplné péči. Dalo by se říci i podle hesla, které propagují Schimová et al. (2007) „starej se o ostatní tak, jak oni chtějí, aby ses o ně staral“.

7 Závěr

Pro tuto práci byly zvoleny celkem 3 cíle, jejichž naplněním jsme se zabývali. Cílem číslo jedna v této práci, bylo analyzování dostupné literatury týkající se možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství. Pro začátek jsme však potřebovali zjistit, jak přesně tedy model definujeme a co je jeho cílem obecně a jaké že vlastně existují kulturně specifické modely.

Jak už bylo uvedeno dříve, základním rysem modelu, jak nám tvrdí Pavlíková (2008), je poskytnout sestře v praxi specifický rámec. Soustředí pozornost na to, co jeho autor či autorka považuje za důležité. Ukazuje sestře na to, co má pozorovat a čeho si všimnout. Stejně tak navádí o čem přemýšlet, náš pohled na svět a poukazuje na hlediska, která máme brát v úvahu. V praxi se uplatňuje v řízení myšlení a jednání sester v určitých situacích, tím pomáhá ke zkvalitnění práce sester. Tak pak díky nim dochází k obohacování teoretické základny ošetrovatelství coby vědní disciplíny. Modely tak celkově tvoří pro sestru systematickou strukturu, zdůvodňují námi vykonávané činnosti – tedy se jen slepě neřídíme intuicí. Fungují, i jakožto ukazatele směru, kterým hledat a řešit praktické problémy. Poskytují rovněž i všeobecná kritéria jak poznat, že jsme problém vyřešili. Krátce řečeno prokazují svou užitečnost organizací našeho myšlení, pozorování a stejně tak interpretace toho, co jsme viděli a zjistili.

Poté byly vyhledány internetové i knižní zdroje, které možnost kulturně specifických modelů zmiňovaly. Nalezené modely byly sice popsány, ale v nejrůznějších publikacích – v žádné se nedalo narazit na jejich sjednocení. Pro větší přehlednost informačního materiálu byly tedy modely, na které bylo během průzkumu naraženo, sepsány v této práci dohromady. Jedním z nich je i model, který se nám nepovedlo v českém jazyce naleznout. V této práci byl proto i tak popsán.

Jako druhý cíl bylo stanoveno zmapovat možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství. Bylo proto vzato v potaz, k čemu byly modely původně vyvinuty a pak po přečtení nalezených zdrojů, vydedukovány způsoby, jakými byly modely použity v nich.

Kromě výše uvedených možností se tak modely dají dle analyzované literatury využít v praxi pro zhodnocení pacienta a to jak při jeho příjmu, tak v průběhu jeho ošetřování.

Dají se také využít jakožto odrazový můstek pro výzkum nejrůznějších problematik. Stejně tak mohou pomoci při tvoření otázek esenciálních pro vyzkoumání problematiky a následné posunutí se v tomto poli kupředu. V neposlední řadě nám poskytují oporu při vyvíjení nových materiálů zařízených pak dle vyzkoumaných informací. Kulturně specifického modelu bylo též využito při rozvoji vyučování předmětu studentů bakalářského studia sesterského oboru.

Pak už zbýval pouze cíl číslo tři - vytvořit informační materiál týkající se možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství. Zde pouze shrneme, co si čtenář vlastně může z práce odnést.

Práce se snažila o přiblížení pojmů, které se jejího tématu dotýkají tak, aby poskytla dostatek informací, nicméně svého čtenáře nezahlcovala a nenudila a stále mu poskytla nezbytně nutné teoretické zázemí. V tomto duchu se přesunula i k popisování jednotlivých modelů formou snad co nejvíce přehlednou a co nejvíce k věci to šlo, načež se věnovala zkoumání článků a prací již s možnostmi využití modelů jako takovými. Tato část práce se snažila čtenáři zprostředkovat obsah článků a prací, zejména tedy závěry, ke kterým jejich autoři došli, a to v co nejefektivnější podobě. Jednalo se o zdroje popisující kulturní modely zohledněné v ošetrovatelském procesu jako takovém, ale i jejich využití nejprve v zahraničí a pak i v České republice. I cíl číslo tři, vytvoření informačního materiálu, byl tak splněn a to sice dokončením této práce.

Práce jako celek pak má tedy sloužit jako informační materiál pro prohloubení informovanosti studentů zdravotnických oborů, i již pracujících sester, ohledně problematiky kulturně zaměřených modelů a jejich možných využití v současné praxi, a to lokálně i globálně.

9 Literatura a prameny

- 1) ANDREWS, M., M., BOYLE, J., J., 2008. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. 487 s. ISBN 978-07-817-9037-6.
- 2) ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. Aplikace ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. Hradec Králové: Nucleus HK. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
- 3) BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- 4) BURNARD, P., GILL, P., c2009. *Culture, Communication, and Nursing*. New York: Pearson Education. 181 p. ISBN 9780132328920.
- 5) CAMPINHA-BACOTE, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 181-184, doi: 10.1177/10459602013003003.
- 6) DAYER-BERENSON, L., c2014. *Cultural Competencies for Nurses: Impact on Health and Illness*. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning, ISBN 1449687652.
- 7) DE MELO, L., P., 2013. The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American Journal of Nursing Research*. 1(1), 20-23, doi: 10.12691/ajnr-1-1-3.
- 8) DOBIÁŠOVÁ, K., 2008. *Rasové postoje u dětí*. Brno. Diplomová práce. PED MU.
- 9) DOLÁK, F., 2008. *Vietnamský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- 10) DOLÍHALOVÁ, M., 2017. *Multikulturní přístup k pacientům ve zdravotnictví*. Olomouc. Diplomová práce. PF UP.
- 11) DOSTÁLOVÁ, B., 2007. *Zvyky a životní styl současných Romů*. Praha. Diplomová práce. 1. LF UK.

- 12) FAWCETT, J., DESANTO-MADEYA, S., 2012. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 3. vydání. Philadelphia: F. A. Davis. 480 s. ISBN 978-08-036-3794-8.
- 13) GALANTI, G. A., 2008. *Caring for Patients from Different Cultures*. 4. vydání. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 298 s. ISBN 978-0-8122-2031-5.
- 14) GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 185-188, doi: 10.1177/10459602013003004.
- 15) HANUSOVÁ, H., 2013. *Multikulturní komunikace v ošetrovatelství*. Zlín. Bakalářská práce. FHS UTB.
- 16) HAPATYKOVÁ, J., 2013. *Specifika ošetrování vyznavačů hinduismu na ošetrovací jednotce*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- 17) HEWITT-TAYLOR, J., 2015. *Developing Person-Centered Practice: A Practical Approach to Quality Healthcare*. London: PALGRAVE. 256 s. ISBN 978-1-137-39978-6.
- 18) HORŇÁKOVÁ, A., 2008. Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*. 18(9), 23 s. ISSN 1210-0404.
- 19) HRÁZSKÁ, K., 2013. *Model Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové a jejich využívání v praxi*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- 20) IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- 21) JIRWE, M., EMAMI, A., GERRISH, K., 2015. Learning to Nurse in a Multicultural Society – The Experiences of Nursing Students in Sweden. *Journal of Nursing and Care*. 4(5), 8, doi: 10.4172/2167-1168.1000287.
- 22) KERSEY-MATUSIAK, G., 2012. *Delivering Culturally Competent Nursing Care*. New York: Springer Pub. Co. 312 s. ISBN 978-08-261-9382-7.
- 23) KOSEK, J., 2011. *Kulturní a historické kořeny a souvislosti stereotypů a předsudků*. Praha. Disertační práce. FF UK.

- 24) KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 25) KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- 26) LEININGER, M. M., MCFARLAND, M. R., c2006. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, ISBN 0763734373.
- 27) LÍŠKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 70 s. ISBN 80-8063-216-2.
- 28) MAŇHALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2016. Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi. *Kontakt*. 2016, 18 (2), 78-84. ISSN 1212-4117.
- 29) MCCARTHY, J., CASSIDY, I., GRAHAM, M., M., TUOHY, D., 2013. Conversations Through Barriers of Language and Interpretation. *British Journal of Nursing*. 22(6), 335-340, doi: 10.12968/bjon.2013.22.6.335.
- 30) MCCORMACK, B., MCCANCE, T., 2011. *Person-Centered Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Blackwell Publishing. 208 s. ISBN 978-14-443-4771-5.
- 31) MCCORMACK, B., et al., 2017. *Person-Centered Healthcare Research*. New York: John Wiley & Sons. 240 s. ISBN 978-11-190-9961-1.
- 32) NÁHLOVSKÝ, M., 2010. *Etiologie a historická antropologie*. Praha. Bakalářská práce. FF UK.
- 33) PAPADOPOULOS, I., 2006. *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Elsevier Health Sciences. 368 s. ISBN 978-04-431-0131-1.
- 34) PADADOPOULOS, I., SHEA, S., TAYLOR, G., PEZZELLA, A., FOLEY, L., 2016. Developing Tools to Promote Culturally Competent Compassion, Courage, and Intercultural Communication in Healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*. 3(2), 10, doi: 10.1186/s40639-016-0019-6.

- 35) PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 36) PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- 37) PURNELL, L., D., 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 193-196, doi: 10.1177/10459602013003006.
- 38) PURNELL, L., D., 2012. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. 4. Vydání. Philadelphia: F.A. Davis Company. 480 s. ISBN 08-0363-705-5.
- 39) RAY, M., A., 2016. *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. 2. vydání. Philadelphia: F. A. Davis. 471 s. ISBN 978-08-036-4470-0.
- 40) SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. Žurnalistika a komunikace. 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
- 41) SCHIM, S., M., DOORENBOS, A., Z., BENKERT, R., MILLER, J., 2007. Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together. *Journal of Transcultural Nursing*. 18(2), 103-110, doi: 10.1177/1043659606298613.
- 42) SCHIM, S., M., DOORENBOS, A., Z., 2010. A Three- dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. Schim SM, Doorenbos AZ. A Three-dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*. 6(3-4), 256-270, doi:10.1080/15524256.2010.529023.
- 43) SCHOLZ, P., 2008. *Čínský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice. Diplomová práce ZSF JU.
- 44) ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- 45) SRIVASTAVA, R., 2007. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Elsevier Health Sciences. 352 s. ISBN 0-7796-9960-2.

- 46) SWOTA, A., H., 2008. *Culture, Ethics and Advance Care Planning*. Lanham, Md.: Lexington Books. 143 s. ISBN 978-0-7391-3565-5.
- 47) TOUMOVÁ, K., 2015. *České zdravotnictví pohledem klientů z arabských zemí*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- 48) TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: TRITON. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
- 49) VAŇÁČKOVÁ, I., 2014. *Multikulturní přístup v ošetrovatelství z pohledu cizinců*. Brno. Bakalářská práce. LF MU.
- 50) VOJTOVÁ, L., 2006. *Ochrana a regenerace kulturních hodnot v území: distanční studijní opora*. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. 206 s. ISBN 978-80-210-4165-3.
- 51) ŽIAKOVÁ, K., 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 190 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

10 Seznam příloh a obrázků

Příloha č. 1 – Model Madeleine Leiningerové

Příloha č. 2 – Model Gigerové a Davidhizarové

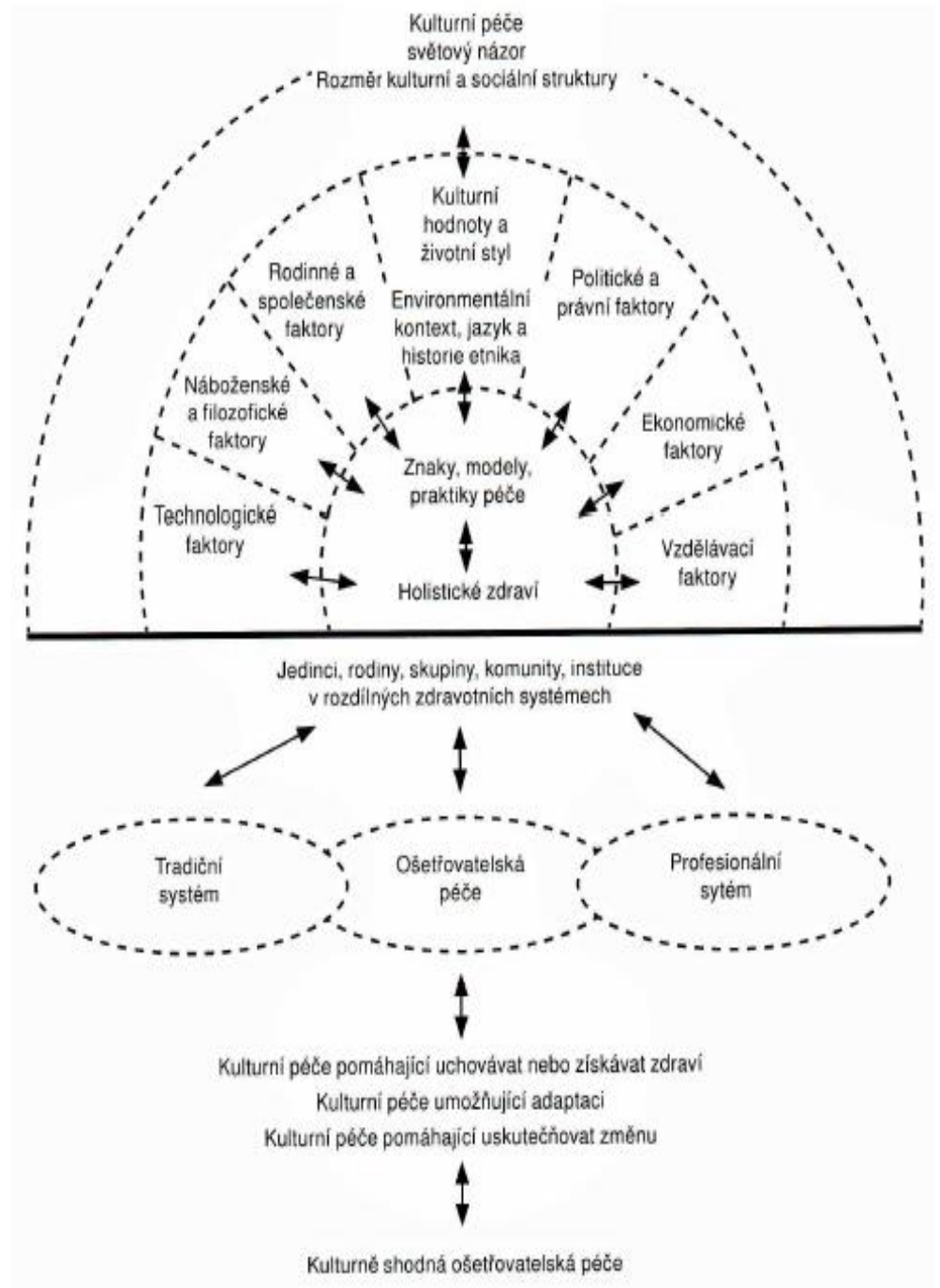
Příloha č. 3 – Model Campinhy-Bacotové

Příloha č. 4 – Model Papadopoulusové, Tilkiové a Taylorové

Příloha č. 5 – Purnellův model

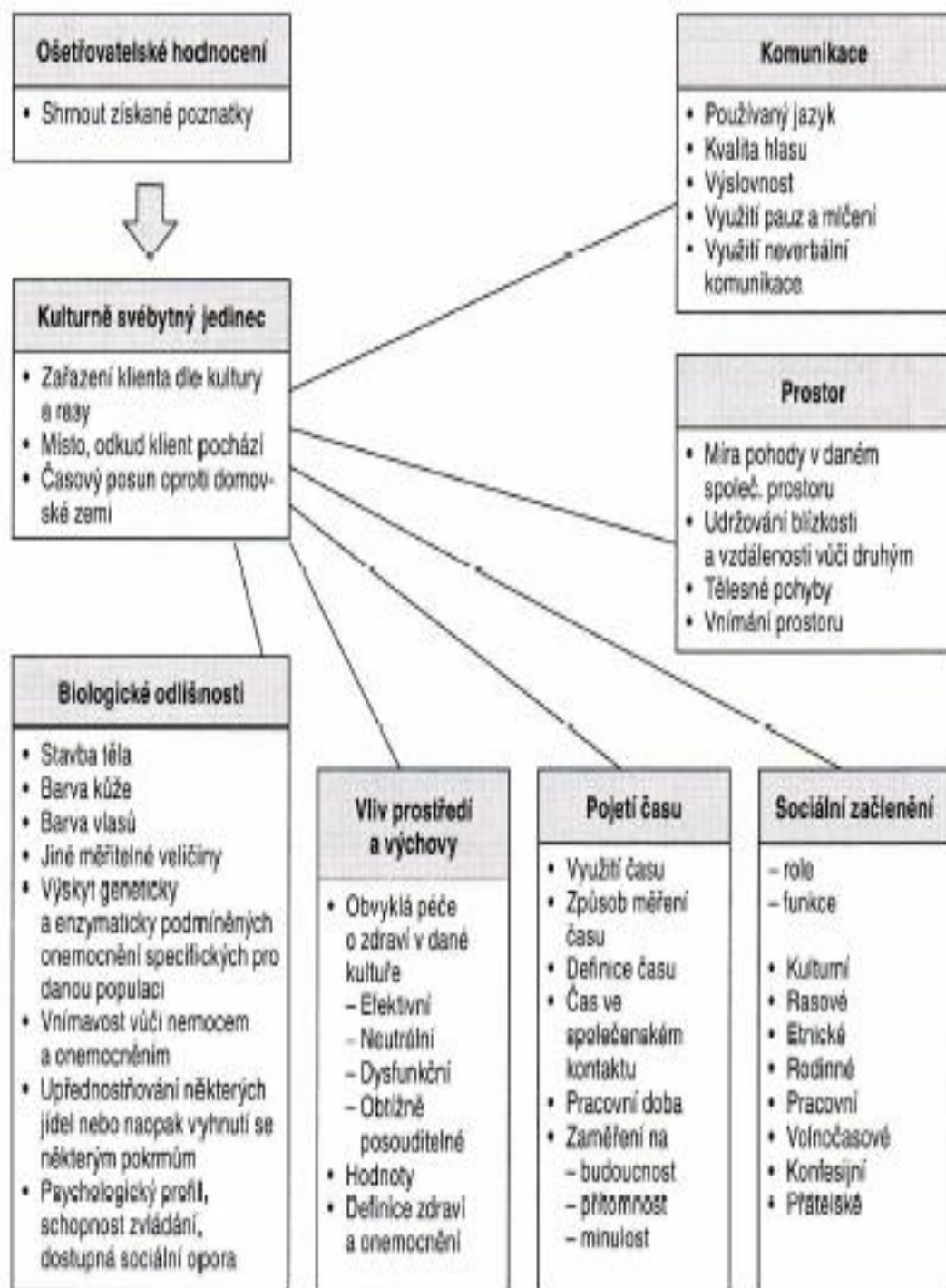
Příloha č. 6 – Model Schimové, Doorenbosové, Benkertové a Millerové

Příloha č. 1 - Model Madeleine Leiningerové – Model vycházejícího slunce

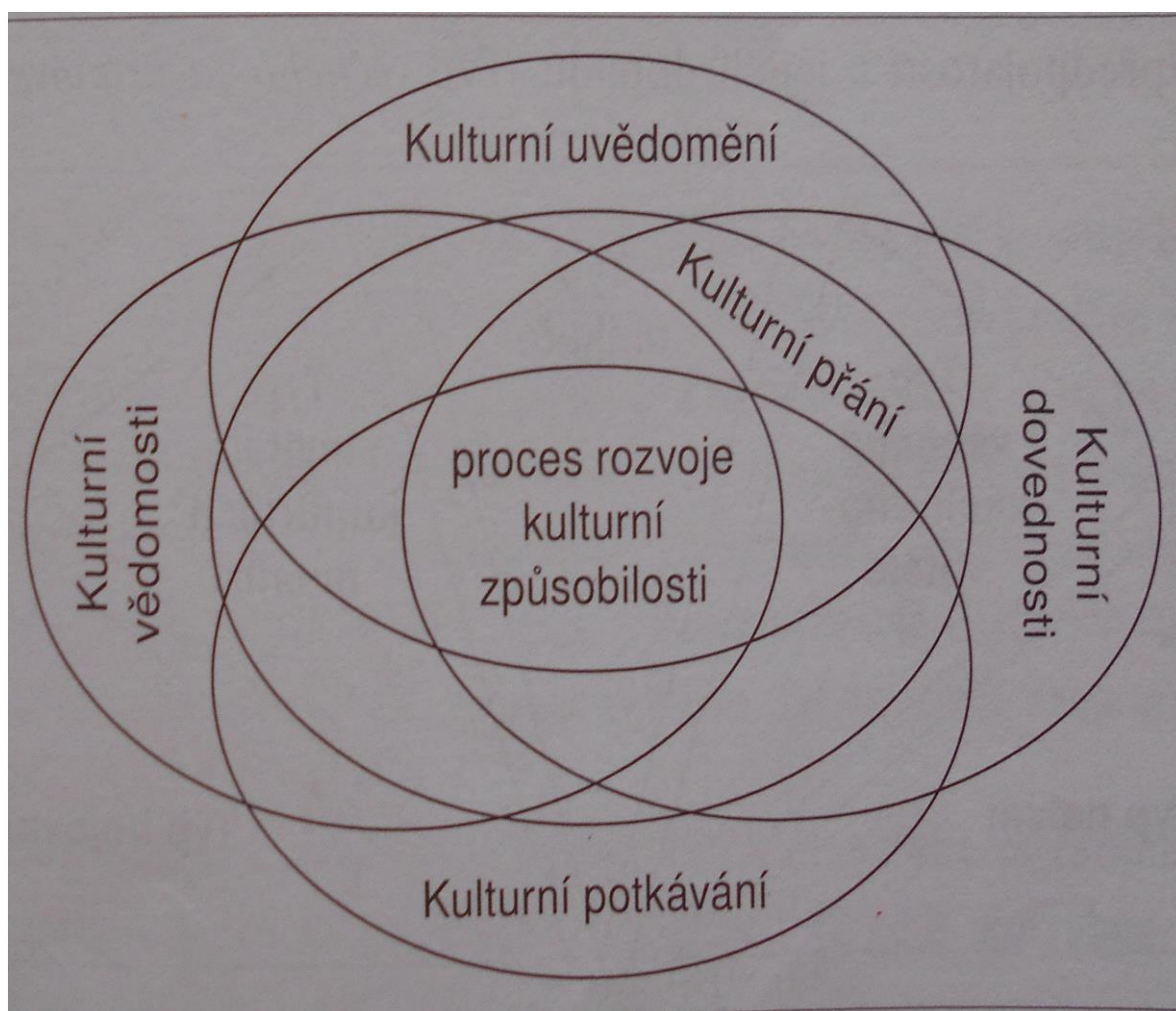


ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Příloha č. 2 - Model Gigerové a Davidhizarové – Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

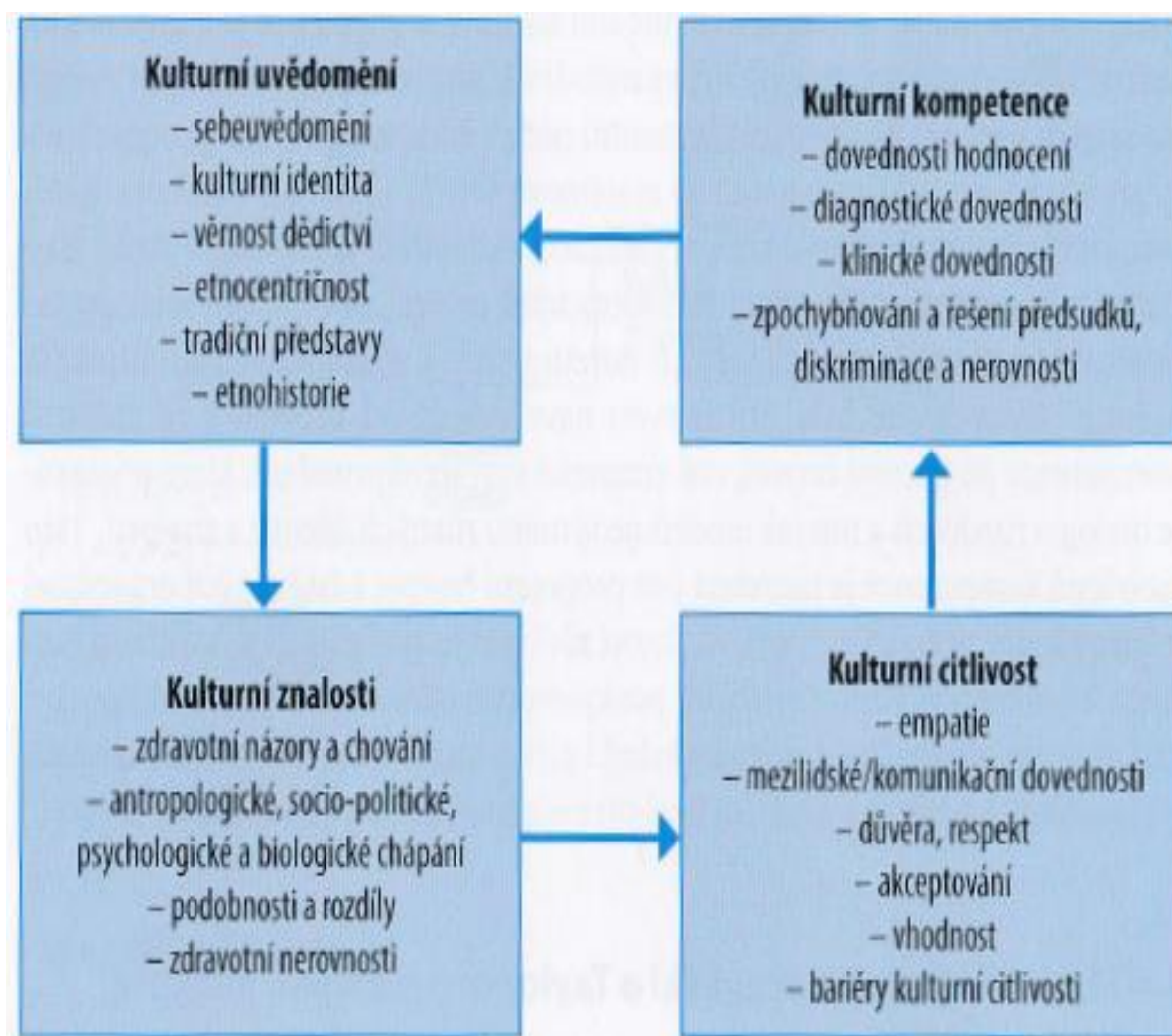


Příloha č. 3 - Model Josephy Campinhy-Bacotové



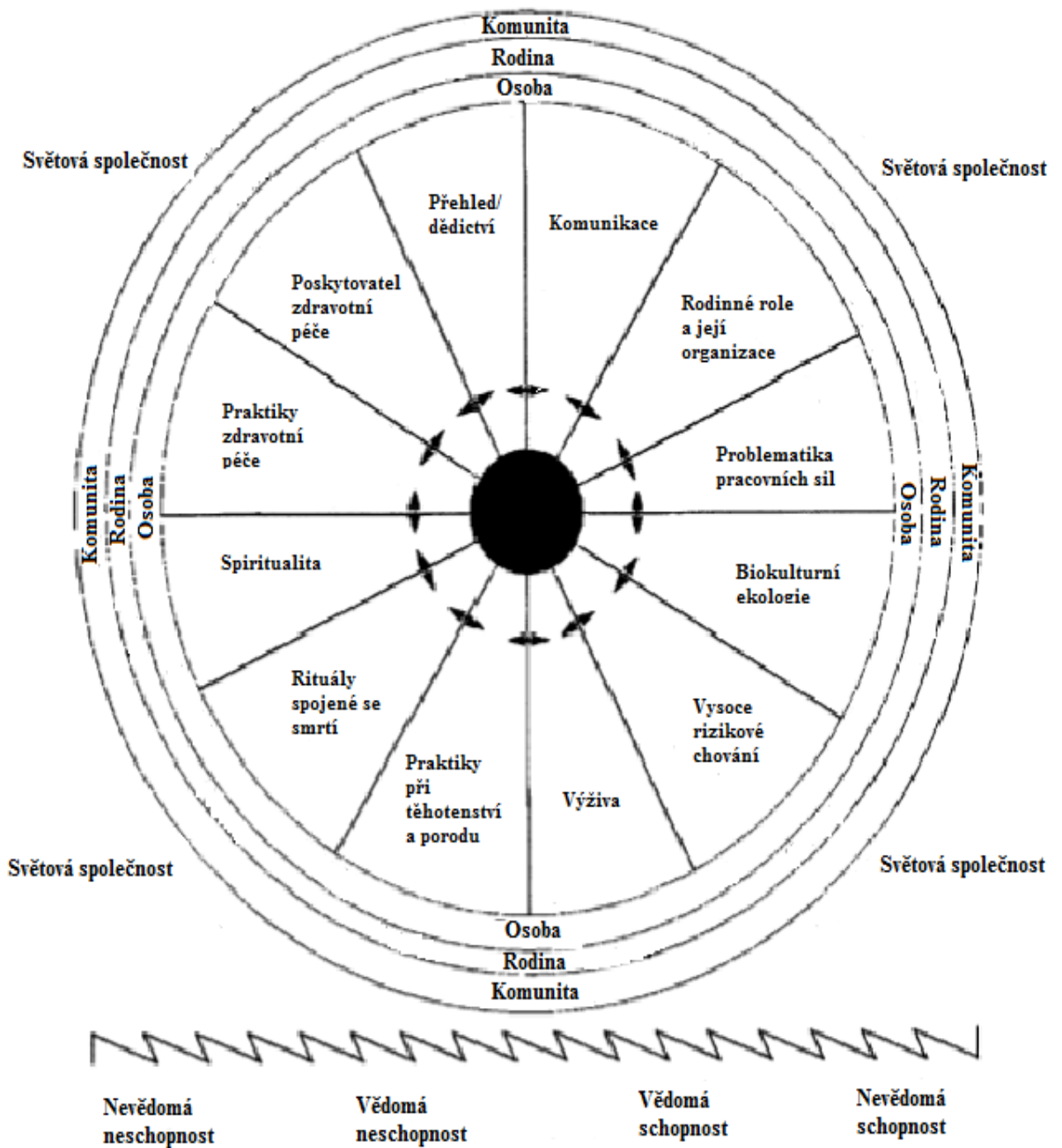
ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Příloha č. 4 – Model Papadopoulusové, Tilkiové a Taylorové



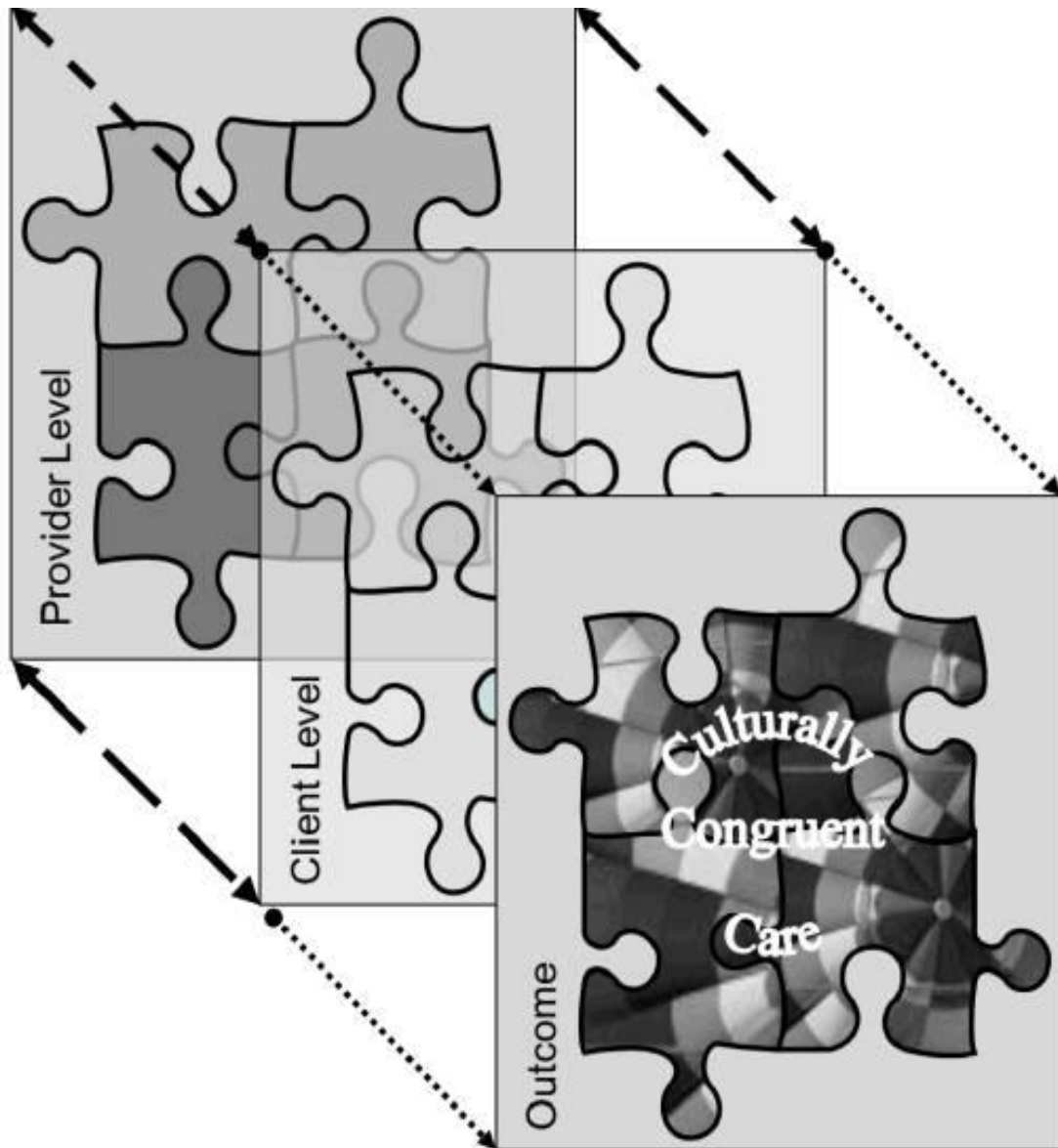
TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: TRITON. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

Purnellův model kulturní kompetence



PURNELL, L., D., 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 193-196, doi: 10.1177/10459602013003006.

Příloha č. 6 - Model 3-D puzzlí Schimové, Doorenbosové, Benkertové a Millerové



SCHIM, S., M., DOORENBOS, A., Z., 2010. A Three- dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. Schim SM, Doorenbos AZ. A Three-dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*. 6(3-4), 256-270, doi:10.1080/15524256.2010.529023.