



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Anna Švancárová

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2022

.....

Bc. Anna Švancárová

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za cenné rady, velkou trpělivost, ochotu, vstřícnost, odborné vedení celé práce, poskytnutí podpory, příjemnou komunikaci a v neposlední řadě za konzultace, které byly doplněné vždy úsměvem.

Dále mé díky patří všem sestřám, které byly ochotné stát se součástí výzkumu. Za jejich důvěru poskytnout dostatek potřebných informací a děkuji za zkušenosti a nový pohled na problematiku kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktického lékaře.

Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře

Abstrakt

Diplomová práce na téma: „Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře“ měla za cíl zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. V návaznosti na stanovený cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé? Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé?

Teoretická část práce se zprvu zaměřuje na globalizaci a migraci. Zabývá se některými důvody migrace, popisuje situaci v České republice a poskytuje informace o vývoji počtu cizinců, kteří zde žijí. Vysvětluje základní pojmy z oblasti transkulturního ošetrovatelství. Popisuje hlavní modely, které se zabývají kulturními kompetencemi, kulturně ohleduplnou a uzpůsobenou péčí a teorií transkulturního ošetrovatelství. Jedna z kapitol se zaměřuje na transkulturní rysy minorit a náboženství, které se v České republice vyskytují nejvíce. Dále popisuje sestru v ordinaci praktického lékaře, popisuje a vysvětluje její kulturní kompetence. A v neposlední řadě se zabývá jejími komunikačními dovednostmi v ordinaci PL.

Základem pro dosažení stanoveného cíle byla kvalitativní výzkumná metoda v zařízeních primární péče, která byla součástí výzkumného grantového projektu číslo GAJU 046/2021S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Sběr dat byl uskutečněn za využití polostrukturovaného rozhovoru. Obsahoval dvacet otázek, které byly doplněny vhodnými podotázkami. Výzkumný soubor tvořily sestry, které pracují v ordinacích praktického lékaře pro dospělé a mají zkušenost s péčí o pacienty odlišných minorit. Po předchozím informování dotazovaných a s jejich souhlasem, byly rozhovory zaznamenávány formou zvukového záznamu. Pouze u jedné informantky byly získané informace zaznamenávány písemnou formou na papír. Zvukové záznamy byly následně přepsány do písemné formy a zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka - papír“. Všechny informantky byly ujištěny o naprosté anonymitě.

Výsledky výzkumného souboru jsou prezentovány v podobě 4 kategorií, které jsou následně rozděleny na další podkategorie. Ty jsou v práci přehledně schématicky znázorněny. Jednotlivé kategorie se snaží odpovídat na výzkumné otázky této diplomové práce.

Práce nám poskytuje komplexní pohled na kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře. Z výsledků vyplývá jaké kulturní kompetence sestry zastávají, zda si tyto kompetence vůbec uvědomují, do jaké míry mají znalosti o specifikách jednotlivých kultur, zvláště těch, se kterými se setkávají a v neposlední řadě jak dokážou s pacienty odlišné kultury komunikovat a s jakými komunikačními bariérami mají zkušenost. Výsledky výzkumu mohou posloužit k využití při výuce nelékařských zdravotnických pracovníků a studentů na ZSF JU v Českých Budějovicích. Vzdělávací část může vést k vytvoření principů a směrnic kulturně kompetentní ošetrovatelské péče. Přípravu sester na poskytování ošetrovatelské péče pro pacienty z odlišné kultury anebo podobné kultury v ambulantní péči na území České republiky mohou zefektivnit nové principy z výzkumu.

Klíčová slova

Transkulturní ošetrovatelství; kulturní kompetence; minority; model; sestra; pacient

Cultural competences of nurses in general practitioners' surgeries

Abstract

The Diploma Thesis on the topic: "Cultural competences of nurses in general practitioners' surgeries" aimed to map the level of cultural competence of nurses in the surgeries of general practitioner for adults (further referred to as GP). Following the stated aim, these two research questions were identified: What is the level of cultural competence of nurses in the GP's surgeries? What cultural challenges are present for nurses in the GP's surgeries?

Firstly, the theoretical part of the work focuses initially on globalization and migration. It deals with migration, describes the situation in the Czech Republic and provides information on the development of the number of foreigners living here. It explains basic concepts in the field of transcultural nursing. It describes the main models that deal with cultural competence, culturally sensitive and adapted care and the theory of transcultural nursing. One of the chapters focuses on the transcultural features of minorities and religions, which are most common in the Czech Republic. Secondly, it describes a nurse in a GP surgery, describing and explaining her cultural competence. And last but not least, it deals with her communication skills in the GP surgery.

The basis for achieving the set goal was a qualitative research method in primary care facilities, which was part of the research grant project number GAJU 046/2021S, which is implemented with the financial support of the Grant Agency of the University of South Bohemia in České Budějovice. Data collection was carried out using a semi-structured interview. It contained twenty questions with appropriate sub-questions. The research population consisted of nurses who work in GP's surgeries and have experience with patients of diverse minorities. After informing the interviewees and with their consent, the interviews were audio recorded. Only for one respondent was the information obtained in written form on paper. The audio recordings were subsequently transcribed into written form and processed using the open coding method, the "pencil - paper" technique. All respondents were assured of complete anonymity.

The results of the research are presented in the form of 4 categories, which are subsequently divided into further subcategories. These are clearly shown schematically in the work. Individual categories try to answer the research questions of this thesis.

The work provides us with a comprehensive view of the cultural competence of nurses in the GP's surgeries. The results indicate what cultural competences the nurses hold, whether they are even aware of these competences, to what extent they have knowledge of the specifics of individual cultures, especially those they encounter, and last but not least, how they can communicate with patients of different cultures and what communication barriers they experience. The research results can be used in the teaching of non-medical health workers and students at ZSF JU in České Budějovice. The educational part can lead to the creation of principles and guidelines for culturally competent nursing care. The preparation of nurses to provide nursing care for patients from a different culture or similar culture in ambulatory care in the Czech Republic can be made more effective by new principles from this research.

Key words

Transcultural nursing; cultural competence; minorities; model; sister; patient

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Globalizace.....	11
1.2 Migrace	13
1.2.1 Důvod migrace.....	13
1.2.2 Migrační a azylová politika České republiky	14
1.3 Transkulturní ošetrovatelství.....	16
1.3.1 Související pojmy v oblasti transkulturního ošetrovatelství.....	18
1.3.2 Model teorie transkulturního ošetrovatelství – Madeleine Leininger.....	21
1.3.3 Model kulturní ohleduplné a uzpůsobené péče – J. N. Giger a R. Davidhizar	22
1.3.4 Model rozvíjení kulturní způsobilosti – J. Campinha-Bacote	23
1.3.5 Model kulturní kompetence – Larry D. Purnell.....	24
1.3.6 Model pro rozvíjení kulturní kompetence –Papadopoulos, Tilki a Taylor.....	25
1.4 Transkulturní rysy vybraných minorit žijících v České republice.....	25
1.4.1 Ukrajinská minorita	26
1.4.2 Slovenská menšina.....	27
1.4.3 Vietnamská minorita.....	27
1.4.4 Ruská minorita.....	28
1.4.5 Romská minorita.....	28
1.5 Transkulturní rysy vybraných náboženství v České republice	29
1.5.1 Křesťanství.....	30
1.5.2 Islám.....	30
1.5.3 Buddhismus	31
1.5.4 Svědkové Jehovovi	32
1.6 Sestra v ordinaci praktického lékaře	32
1.6.1 Kulturní kompetence v ošetrovatelství	34
1.6.2 Komunikační dovednosti sester	36
2 Cíl práce a výzkumné otázky	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
3 Metodika.....	40
3.1 Použité metody.....	40

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4	Výsledky výzkumného šetření	42
4.1	Struktura výzkumného souboru	42
4.1.1	Kategorizace získaných dat	43
5	Diskuze.....	61
6	Závěr.....	69
7	Seznam literatury.....	71
8	Seznam příloh.....	82
9	Seznam zkratk.....	89

Úvod

V dnešní době stále navyšuje migrace obyvatelstva. Lidé se neustále pohybují. Někteří dobrovolně opouštějí své domovy za účelem najít něco lepšího. Jiní k tomu jsou donuceni například z důvodu politického nebo náboženského pronásledování. Často lidé cestují za prací nebo vzděláváním. Většina z nich se pak registruje u nových praktických lékařů. Vlivem pohybu dochází k mísení mnoha odlišných kultur dohromady. Není tedy žádným překvapením, pokud se v ordinacích PL sestra setká s pacientem odlišné kultury. Tento fakt si žádá od sester kontinuální vzdělávání a rozšiřování vědomostí a dovedností při ošetřování pacientů z jiné nebo podobné kultury. Znalost kulturních kompetencí je tedy stěžejní pro multikulturní ošetřovatelství. Sestry by měly mít povědomí o odlišnostech a základních rysech jednotlivých minorit. Tím mohou eliminovat kulturní bariéry, stereotypy nebo předsudky, které dokáží ovlivňovat naše chování a jednání. Hlavním cílem je snížit nerovnost v oblasti péče o zdraví a poskytnout všem jedincům stejné nebo podobné podmínky při poskytování takové péče.

S tím souvisí i znalost cizích jazyků. Už na základní škole se děti učí mluvit minimálně jedním cizím jazykem. Většinou je to anglický nebo německý jazyk. I přesto to není podmínka pro to, aby každý z nich dokázal komunikovat s cizincem. Málomocný pacient registrovaný v ordinaci PL se dokáže domluvit česky. Sestry by měly být na setkání s takovými nemocnými připraveny. Pokud neumí mluvit samy cizím jazykem, pak je důležité, aby si v takových situacích uměly poradit jinak. Je několik alternativ, jak řešit zmiňované případy. Jestliže bude sestra schopná efektivně komunikovat s jedincem z různé kultury, jediné pak může dojít k porozumění a k správnému poskytování péče o tyto pacienty.

Diplomovou práci na téma „Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře“ jsem si vybrala, jelikož mi tato problematika přijde velmi aktuální. Během studia v oboru ošetřovatelství mají studenti několik předmětů zaměřených na kulturní ošetřovatelství a jen málokdo chápe důležitost tohoto tématu. Chtěla bych proto podrobněji poukázat na danou problematiku a přiblížit důležitost a prospěšnost multikulturního ošetřovatelství.

1 Současný stav

1.1 Globalizace

Od prvopočátku je globalizace spontánní, neřízený proces stále intenzivnější integrace zemí světa v jediném ekonomickém systému tržního hospodářství. Rok 1973 je považován za historický počátek globalizačních procesů. V tomto roce byla zrušena vázanost světových měn na dolar. V té době to byla nejsilnější světová měna. Takzvané plovoucí kurzy neboli volná směnitelnost měn nahradila vázanost světových měn na dolar. Měna byla regulována pouze jejich vzájemnou kupní silou (Mezřický et al., 2011). Pod pojem globalizace lze zahrnout různorodé hospodářské, společenské, politické a kulturní procesy (Thamer et al., 2014). Mezřický et al. (2011) mluví ve své publikaci o tom, že globalizace je rozšíření moderních technologií a průmyslové výroby a komunikací všeho druhu po celém světě bez jakéhokoliv omezení hranicemi. Kreuzzieger (2012) zmiňuje, že lidé často vnímají globalizaci jen jako ekonomický nebo politický proces. Doplňuje, že není možné pochopit proces globalizace bez toho, že si uvědomíme jeho komplexní charakter a vztahovou provázanost. Období od roku 1989 až do roku 2008, kdy propukla krize globálního rozsahu, považuje za období zrychlené globalizace (Kreuzzieger, 2012). Náhle urychlené procesy globalizace mají příznivé, tak i nepříznivé důsledky (Mezřický et al., 2011). Vzhledem k ekonomickému rozvoji se globalizace projevuje jako ambivalentní. Naopak vliv globalizace na demokracii je prozatím negativní. Rozpoznávané negativní hrozby globální společnosti jsou popisovány jako globální rizika. Odpor ke globalizaci ve světovém měřítku je důsledkem projevů těchto rizik. Motivace odporu se liší dle různých kultur. Vše je v závislosti na konkrétně se projevujících různých negativních dopadech globalizace, jako je například nezaměstnanost. Zvyšování životní úrovně v rozvojových zemích, vývoj střední třídy a stabilita moderního politického systému, to jsou naopak pro mnoho zemí pozitivními přínosy globalizace (Mezřický et al., 2011). Rozsáhlé společenské důsledky globalizace popisuje Lněnička (2011). Za nejzávažnější považuje umocňování nerovnoměrného sociálního a ekonomického rozvoje. Ten vychází z toho, že firmy, jednotlivci či státy mají odlišnou schopnost a sílu aktivně se účastnit globalizace.

Zkoumání vzájemného vztahu globalizace a kultury probíhalo od osmdesátých let 20. století a intenzivněji od počátku devadesátých let téhož století. Zkoumání globalizace jako komplexního jevu si vyžaduje spolupráci mnoha disciplín. Tradiční obory, jako

kulturní či sociální antropologie, historie, kulturní studie či teorie mezinárodních vztahů, se soustředí na kulturní aspekty globalizace (Kreuzzieger, 2012).

Procesy postupující globalizace, jak popisují Mezřický et al. (2011), bylo možné sledovat desítky let či celá staletí. Naproti tomu Thamer et al. (2014) uvádějí, že globalizace nebyla a není trvalý proces a uskutečňuje se v různých obdobích různými formami. V novějších dějinách popisují probíhající globalizaci ve dvou fázích. První probíhala od poloviny 19. století do první světové války a druhá fáze byla v druhé polovině 20. století a na počátku 21. století. První fáze se vyznačovala vysokým propojením obchodu a globálními přesuny pracovních sil. Propojení obchodu a mezinárodní propojení kapitálu se silně zvyšovalo také v druhé fázi globalizace (Thamer et al., 2014).

Kreuzzieger (2012) charakterizuje proces globalizace jako vzájemnou provázanost dosud izolovaných prostředí, jejich rostoucí vzájemnou závislostí, otevřeností, vzrůstající mobilitou a důsledky vlivu informačních a komunikačních technologií. Vztah jedince a společnosti se rozpohyboval v době zrychlené globalizace a společnost prochází mnohostrannou diferenciací. Projevem tohoto vývoje je napětí a konflikty mezi různými typy kultur a také uvnitř různých typů kultur, které se nacházejí v různých fázích své modernizace. Ejal (2020) uvádí, že globalizace zlepšila životní podmínky člověka. Dále pomohla odstranit extrémní chudobu a položila základy globálního vědomí. Je nutné dodat, že všude na světě ohrozila místní tradice a mocenské struktury (Ejal, 2020). Kreuzzieger (2012) dodává, že na odlišných místech světa se různé kultury stávají na sobě závislejší a podřizují se hlavnímu proudu. Následkem toho by mohlo být postupné oslabení národních států (Kreuzzieger, 2012). Globalizace zasáhla a ovládla mnoho národů a území. Je proto popisována jako neúspěšnější imperiální projekt od počátku moderního věku, který se zrodil v Americe (Ejal, 2020).

1.2 Migrace

Jak již bylo výše zmíněno, globalizace je souhrnný pojem pro hospodářské, společenské, politické a kulturní procesy. Autor uvádí, že dějiny lidstva jsou dějinami migrace a že pokud budeme hledat důvody a formy globální migrace probíhající od pozdního středověku, pak se pro nás globalizace bude lépe pochopitelná (Thamer et al., 2014). Neustálý dynamický vývoj se dotýká počtu obyvatel země, jejich rozmístění a přesunů v prostoru. Vývoj ekonomiky a životní úrovně, pokrok zdravotnictví a politických vlivů je úzce spjatý s výše zmíněným dynamickým vývojem (Mezřický et al., 2011). Ministerstvo vnitra České republiky (2022) popisuje migraci jako komplexní a dynamický jev, který má společenské a ekonomické dopady. Vstup, pobyt a integrace cizinců na území jsou procesy, které mohou mít důsledky pro společnost jak pozitivní, tak negativní (MVČR, 2022). Jako prostorový pohyb obyvatelstva, který souvisí se změnou trvalého bydliště, tedy místa obvyklého pobytu, definují migraci Mezřický et al. (2011). Je to proces, kde se intenzita a směr mění v závislosti na pohlaví, kulturních zvyklostí nebo například věku. Některé proudy přetrvávají dlouho dobu, jiné radikálně svůj směr změnil (Mezřický et al., 2011). Podobným způsobem definují migraci i Thamer et al. (2014). Je to prostorový přesun jednotlivců, rodin či skupin do nového místa, kde se chtějí trvale usadit. Autor rozlišuje různé druhy pohybu obyvatel v novověku. Zmiňuje stěhování za prací, osidlování nových oblastí, studijní pobyt, změnu bydliště z důvodu uzavření sňatku anebo nucenou migraci. Jedním z hlavních cílů migrace do Evropy bylo studium (Thamer et al., 2014).

1.2.1 Důvod migrace

Švajgrová (2018) popisuje dva faktory, které vysvětlují proč se lidé přesouvají z jednoho místa na druhé. Prvním jsou pull faktory, které charakterizuje jako důvody, kdy lidé chtějí sami dobrovolně opustit místo původu. Příkladem je cenová dostupnost nového bydlení, dobré ekonomické vyhlídky, lepší vyhovující přírodní podmínky nebo přítomnost rodiny a jiné. Druhými jsou push faktory, které naopak nutí lidi opustit místo původu. Jedná se například o pronásledování z důvodu politického, náboženského či z důvodu příslušnosti k určitému etniku. Dále může být důvodem nedostatek pracovních příležitostí, válka, špatný vzdělávací systém nebo vysoká kriminalita (Švajgrová, 2018). S koncem první světové války se miliony uprchlíků, vyhnanců, válečných zajatců, lidí evakuovaných i nasazených na nucené práce, začaly vracet domů. V důsledku

poválečného procesu vytváření nových států přibylo nucených přesunů celých skupin obyvatel. Posouvání hranic vedlo v pohraničních oblastech k masovým útekům a stěhování obyvatelstva (Thamer et al., 2014). Odjakživa je také důvodem migrace životní prostředí. Lidé odchází do bezpečí před přírodními katastrofami, záplavami, hurikány či zemětřesením (Evropský parlament, 2020). S tím souhlasí Thamer et al. (2014) a doplňují, že každoročně se zvětšuje rozloha ekologicky labilních území, kterým nějaká živelná pohroma hrozí. Změnu charakteru příčin migrace popisují Mezřický et al. (2011). Objem migrace roste a stává se více globální, to znamená, že je migrací ovlivněno stále více zemí. Dalším projevem je feminizace, kdy ženy pouze nenásledují své muže, ale samy se aktivně účastní pracovní migrace (Mezřický et al., 2011).

1.2.2 Migrační a azylová politika České republiky

Odbor azylové a migrační politiky (dále jen OAMP) je útvarům Ministerstva vnitra. Zabývá se oblastmi mezinárodní ochrany, vstupu a pobytu cizinců, koordinací integrace cizinců, mezinárodní a evropské spolupráci v oblasti azylu a migrace a jiným. Sloučením odboru pro uprchlíky a odboru pro imigraci a ochranu státních hranic byl na Ministerstvu vnitra ustanoven OAMP. Bylo to v roce 2000. K největšímu rozšíření došlo v letech 2009 a 2011. OAMP převzal k 1. lednu 2009 agendu povolování trvalých pobytů. Dále pak převzal i agendu přechodných pobytů, a to od roku 2011 (MVČR, 2022). Tato problematika se řídí zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky.

OAMP má centrální nebo regionální pracoviště. Souvisí to se zaměřením činnosti a s rozsahem působnosti jednotlivých oddělení. Obecnou koncepcí a směřováním migrační politiky České republiky se zabývá centrální pracoviště. Forma regionálních pracovišť je využita ve všech 14 krajích země. V regionech se nachází jedno či více oddělení. A ta se zabývají specializovanými činnostmi (MVČR, 2022).

S pojmem migrace, který je vysvětlen výše, souvisí důležité pojmy jako je emigrace, imigrace nebo reemigrace. MVČR (2022) vysvětluje imigraci jako změnu místa pobytu směrem na území jiného než domovského státu, tedy přistěhovalectví. Emigrace je naopak proces, kdy lidé nuceně či dobrovolně opouštějí svoji vlast a odcházejí natrvalo nebo dočasně do jiné země. Důvod může být z politického, hospodářského nebo

náboženského hlediska (Mezřický et al., 2011). Reemigrace je definována jako návrat emigrantů do své vlasti (MVČR, 2022).

Vývoj počtu cizinců v České republice se postupně navyšoval. První záznam je z roku 1993, kdy vznikl samostatný český stát (MZV, 2022). Toho roku bylo v ČR 77 tisíc cizinců. O dvacet osm let později, tedy roku 2021 je počet mnohonásobně vyšší. V České republice je evidovaných téměř 661 tisíc cizinců (EMN, 2022). Podle aktuálních údajů Ministerstva vnitra (2022) žije v České republice přes 1 milion cizinců (údaj k 31. 5. 2022). Přes 327 tisíc cizinců má v České republice trvalý pobyt. Více jak polovina cizinců, přibližně 703 tisíc, zde žije pouze přechodně. Počet žen žijících v České republice je větší než 521 tisíc. To je o trochu více než celkový počet mužů. Těch je více než 509 tisíc. Z informativního přehledu cizinců se zaevidovaným přechodným pobytem na území České republiky lze vyčíst, že nejpočetnější skupinou cizinců k 31. 5. 2022 jsou Ukrajinci. Dále pak Slováci, Rusové a Vietnamci. Počet Ukrajinců je větší než 466 tisíc. Slováků je necelých 55,5 tisíce. Cizinců ruské národnosti je více než 22 tisíc a Vietnamců s přechodným pobytem je u nás zaevidovaných 10,5 tisíce. Podle aktuálních údajů Ministerstva vnitra je v ČR nejvíce zaevidovaných cizinců opět ukrajinské národnosti, a to v počtu necelých 92 tisíc. Dále pak Slováků, kterých je necelých 60,5 tisíce. Třetí místo získali cizinci vietnamské národnosti, kterých je přes 54,5 tisíce a na čtvrtém místě jsou Rusové, kterých je 23,5 tisíce. Ve srovnání s údaji z ledna téhož roku se zachovaly počty Vietnamců, Slováků i Rusů. Počet cizinců z Ukrajiny, kteří žijí v ČR pouze přechodně, byl v lednu pouze 108 tisíc. To je čtyřikrát méně, jak v měsíci květen (MVČR, 2022). Důvodem je invaze Rusů na území Ukrajiny, která byla zahájena 24. února 2022 (Connelly et al., 2022). Tato válka donutila lidi opustit svoji vlast a ukrýt se v bezpečí jiných států. Za pouhý týden tato válka vytvořila přes jeden milion uprchlíků (Hinshaw, Ojewska, 2022). Před ruskou invazí v lednu roku 2022 žilo v Českých Budějovicích přechodně 1786 Ukrajinců. O čtyři měsíce později, tedy v květnu roku 2022, zde žije přechodně skoro čtyřikrát více Ukrajinců. Dle aktuálních údajů Ministerstva vnitra 6897 cizinců. Počet lidí jiné národnosti s trvalým či přechodným pobytem v ČR se během tohoto období nijak výrazně nezměnil.

1.3 Transkulturní ošetřovatelství

V České republice žije přes 10,5 milionů obyvatel (údaj k 31. 3. 2022) (ČSU, 2022) a z toho 1 milion tvoří cizinci (MVČR, 2022). Vlivem globalizace do naší země přichází čím dál tím víc cizinců. Česká republika nebyla a není homogenní společností pouze jednoho etnika. Některé menšiny, jako například Poláci a Němci, mají v ČR historický základ. Příslušníci jednotlivých kultur mají svá vlastní etnická vodítka jako jsou zásady, zvyky a přesvědčení. Získávají je předáváním z generace na generaci. A tato vodítka pomáhají usměrňovat jednotlivce v určitých situacích. Pro zajištění praxe, která bude bezpečná a smysluplná je nezbytné, abychom měli znalosti z oblasti transkulturního ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013).

Kutnohorská (2006) chápe transkulturní a multikulturní péči jako synonymní výrazy. Tuto péči popisuje jako součást celoživotního vzdělávání v závislosti na migračních proudech do dané oblasti. Je to oblast zdravotnictví, která respektuje hodnoty, přesvědčení, zvyky jednotlivců nebo celých skupin, které jsou z odlišných kulturních prostředí. Srovnává a hledá zvláštnosti různých kultur ve vztahu ke zdraví (Kutnohorská, 2006). Společnost s charakterem multikulturním a interkulturním lze rozpoznat dle postoje majoritní společnosti k přítomným menšinám (Kutnohorská, 2013).

Multikulturní společnost tvoří různé etnické, sociální a náboženské podskupiny. Zmíněné subkultury nejsou dostatečně rovnocenné a oceněné, naopak jsou pouze pasivně tolerovány. Multikulturní je označováno jako mnohokulturní. Jinými slovy jde o vzájemný respekt více kultur, jejich tradic a způsobu života v určitém geografickém území (Kutnohorská, 2013). Bělík (2017) popisuje multikulturalismus jako ideál oslavující kulturní rozmanitost. Je chápán jako opak asimilace ras a etnik (Bělík, 2017). Ivanová et al. (2005) ve své publikaci uvádějí, že pojem multikulturalismus je vlastně požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur. Jako soubor společenskovedních teorií a konceptů, které se zabývají různými aspekty kulturní plurality definuje tento pojem Vališová et al. (2011). Například kulturní normy, hodnoty, chování nebo zvyky zkoumá antropologie a etnologie. Postoje majoritní společnosti vůči cizincům pomáhají zkoumat sociologické metody. Kulturní vlivy na chování a vývoj jedince analyzuje interkulturní psychologie. Konkrétně se jedná třeba o kulturní šok či adaptaci (Vališová et al., 2011). Srovnávací studium je hlavním bodem multikulturního ošetřovatelství. Jeho cílem je hledat odlišnosti, ale i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví.

Odvíjí se směrem k péči kongruentní. To je taková péče, která je ve shodě s kulturou klienta a jeho osobností (Kutnohorská, 2013).

Vzájemné vztahy mezi majoritou a menšinovými skupinami aktivně podporuje interkulturní společnost. Základní charakteristikou této společnosti je respekt k odlišnostem, vzájemná tolerance, rovnost příležitostí a konstruktivní řešení konfliktů. Dále pak aktivní snaha vyhnout se negativním předsudkům a stereotypům. Interkulturalitu lze definovat jako způsob, který nám ukazuje, jak spolu žít a mít z toho oboustranný prospěch (Kutnohorská, 2013). Kreuzzieger (2012) nevidí interkulturalitu příliš pozitivně. Popisuje, že její slabinou je koncepce kultur jako izolovaných oblastí. Domnívá se, že to může vyústit v konflikt. Hlavní problém je nemožnost komunikace dle určité struktury mezi oddělenými kulturami (Kreuzzieger, 2012).

Pojem transkulturní ošetrovatelství je často v praxi bráno jako synonymum k multikulturnímu ošetrovatelství (Kutnohorská, 2013). Transkulturní ošetrovatelství se rozvíjí přes padesát let a u jeho zrodu byla aktivní představitelkou profesorka Madeleine Leiningerová. Jde o významnou oblast studia a praxe orientované na porovnávací významy kulturní péče, víry a praktiky jednotlivců či skupin stejných nebo odlišných kultur. Poskytování kulturně shodné a diferencované ošetrovatelské péče pro zdravé a nemocné lidi je jedním z cílů transkulturního ošetrovatelství. Dále je snaha kulturně vhodným způsobem pomoci čelit nepříznivým lidským podmínkám, nemocem nebo umírání (Špirudová et al., 2006). Kutnohorská (2013) doplňuje, že ze vzájemné interakce mezi majoritou a minoritou vychází transkulturní přístup.

Předponu trans lze vysvětlit několika způsoby. Lze ji chápat jako přesahování či překročení nějaké hranice. Dále pak jako směřování z jedné oblasti do druhé. Jako pronikání něčím a v neposlední řadě může vyjadřovat přeměnu, přepracování či přetvoření. Toto ošetrovatelství se specifikuje na pochopení kultur a k tomu se vztahujícím specifickým potřebám péče (Kutnohorská, 2013). Poskytování transkulturní péče se řadí k základní ošetrovatelské kompetenci. Sestry čelí výzvám při poskytování transkulturní péče v klinickém prostředí. Mezi výzvy lze řadit kulturní konflikty nebo různé projevy bolesti. Aby sestry dosáhly cíle, musí tolerovat nastalé rozdíly, musí rozvíjet mezilidské a psychologické dovednosti a spolupracovat s rodinami pacientů (Shahzad et al., 2021).

Rostoucí migrace lidí do Evropy a v rámci Evropy se stala důvodem vzniku Evropské transkulturní asociace sester – European Transcultural Nursing Association (ETNA). Založena byla v únoru roku 2005 na setkání v italské Modeně. Jejím prvním prezidentem byl Bruno Ciancio. Současnou prezidentkou asociace je Irena Papadopoulos, profesorka Middlesex University v Londýně. Dohlíží na všechny aktivity ETNA, zastává místo jako předsedy výboru, je iniciátorem fundraisingových aktivit a vede propagaci spolku. Zástupkyní spolku ETNA za Českou republiku je profesorka PhDr. Valerie Tóthová, Ph.D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Rostoucí migrace lidí do Evropy se týkala nejen těch, kteří potřebovali zdravotní péči, ale také zdravotníků, kteří těmto lidem péči poskytovali. Hlavním cílem je podpora výzkumu a rozvoj transkulturních znalostí ošetřovatelství ve vzdělávání a praxi. Nezbytná je spolupráce všech členů a odborníků. Dále se snaží poskytovat kulturně kompetentní péči v celé Evropě a zároveň zlepšit její kvalitu u klientů multikulturního prostředí (ETNA, 2017).

1.3.1 Související pojmy v oblasti transkulturního ošetřovatelství

Ošetřovatelství je definované jako disciplína, kde je hlavní samostatnost sestry, týmová spolupráce s lékaři, ostatními zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. Hlavním cílem je uspokojování potřeb člověka, podporovat a upevňovat zdraví a podílet se na navrácení zdraví pro člověka (Věstník č. 6: Koncepce ošetřovatelství, 2021).

Obyvatelé země žijí ve skupinách, v malých nebo velkých. Majoritní skupina je taková, která má více příslušníků a působí víc autoritativně a sebejistě. Zaujímá dominantní postavení. Naopak příslušníci početně menší skupiny, tedy minority, se snaží začlenit do majoritní skupiny. Jejich skupina není tolik společensky akceptovaná (Vláda ČR, 2022). Pojem etnicita vychází z řeckého slova „ethnos“. To označovalo pohany či neznabohy. Pro identifikaci a odlišení členů určité skupiny osob od jiných lidí, zahrnuje v sobě etnicita společné žádoucí i nežádoucí znaky, kulturní hodnoty, normy a životní styl (Hrdličková, 2014). Kutnohorská (2013) upřesňuje, že jde o souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum. I přesto zmiňuje, že tento pojem nemá jednoznačnou definici. Pokud jsme přesvědčeni o tom, že naše kultura je nadřazená všem ostatním a že naše chování, jednání a zvyklosti jsou jedinečné a správné, pak mluvíme o etnocentrismu. Z antické řečtiny pochází pojem etnikum. Který v překladu znamená

kmen, rasa či národ. Často bývá použit ve stejném významu jako etnická skupina. Ta definuje menšinovou skupinu. Zároveň však musí být kulturně odlišná od většinové společnosti. Minorita má specifické etnické rysy, kterými jsou například rasa, jazyk, náboženství, národnostní či geografický původ předků (Kutnohorská, 2013). Národ je možné popsat různými způsoby. Jedná se o skupinu lidí, která věří, že jsou kulturně a politicky propojeny a patří k sobě. A na jeho vzniku měly největší podíl společné dějiny a společné území (Haperen et al., 2015). Národ je zároveň identifikován třemi typy kritérií. Jedná se o kritérium kultury, politické existence a psychologické kritérium. S termínem národ souvisí pojem národnost. Ta je nejnázvem definována jako příslušnost k národu či etniku. Národnostní menšina je sociální skupina, která je podřízenou částí státu, jejich členství v menšině je dědičné, obvykle uzavírají manželství uvnitř skupiny (Ivanová et al., 2005) a má specifické fyzické a kulturní rysy odlišné od znaků dominantní skupiny, jako například odlišný jazyk, kultura, tradice a jiné (Vlada ČR, 2022). Národnostní menšinu dále definuje zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin (273/2001 Sb.).

Postoj nebo názor, kulturní pluralismus, upřednostňuje rozmanitost před jednotným a shodným. Přijímá a podporuje soužití rozličných kulturních skupin. Očekávaným výsledkem je vzájemné setkávání, které je obohacující pro každého. Kulturní pluralita je princip, který uznává, že jednotlivé národy, etnika, kmeny, rasy nebo náboženské skupiny mají své specifické kultury. A ty jsou zcela rovnocenné (Kutnohorská, 2013). K mnohoznačným pojmům rozšířených od konce 18. století patří slovo kultura. Původní význam slova bylo pěstování. Slovo kultura může mít tři okruhy významů. Do prvního se řadí duchovní, intelektuální a estetický význam. Druhý zahrnuje způsob života komunit a společností a třetí označuje intelektuální a umělecká díla, praktiky a dovednosti. Dá se říct, že je to souhrn procesů a praktik díky kterým lidé poznávají vlastní identitu v rámci skupiny a mimo ni (Kreuzzieger, 2012). Kultura se stává středem všech globálních transformací. Prolíná všechny sféry lidské činnosti a díky ní se lidstvo v podstatě obnovuje. Hlavní roli ve specificích každé komunity mají kulturní standardy. To se odráží v kulturních zkušenostech jakékoli země. Porozumění kultuře je základem současného i budoucího kulturního paradigmatu (Oktay, 2016). Pro lepší názornost se využívá přirovnávací model kulturní cibule. Zevní vrstva či slupka kulturní cibule zahrnuje vše, co je na první pohled viditelné a dá se vnímat. Jedná se o řeč, stravu, oblečení a architekturu. Střední vrstvou jsou normy a hodnoty, které odhalujeme

při kontaktu s danou kulturou. Do vnitřní vrstvy řadíme základní hodnoty a otázky existence. Jako příklad lze uvést konkrétní otázky právního systému nebo sociální opatření. Skupina lidí, která sdílí odlišné hodnoty a normy oproti dominantní kultuře, se označuje jako subkultura. Snaží se řešit veškeré společné problémy, které skupinu sužují. Dále pojem označuje dílčí kategorie uvnitř širší kultury (Kutnohorská, 2013).

Lidé v cizím prostředí potřebují nějaký čas k tomu, aby se mohli zorientovat. Kulturní šok může zažít každý, kdo se adaptuje na novou kulturu. Může jít o situace, kdy jsou lidé přerazeni do jiné kultury jako jsou političtí uprchlíci nebo emigranti, ale také sem řadíme lidi s vynuceným pobytem v subkulturním prostředí. To jsou ti, kteří potřebují zdravotní péči nebo pobývají v azylovém zařízení (Kopecká, 2015). Kulturní šok se skládá ze čtyř etap. První lze pojmenovat jako líbánky. Druhou jako rozčarování či krizi. Třetí fáze je definovaná jako zotavení či přizpůsobení se a poslední fází je přizpůsobení (Devito, 2008 a Soukup, 2017). Líbánky nebo euforie vystihuje stav lidí, kteří jsou okouzleni novými lidmi a jejich kulturou a vírou v lepší život. Krizové období je součástí druhé fáze. Člověk vnímá kulturní rozdíly, vytrácí se pocit jistoty a přichází touha vrátit se domů. Přicházejí první problémy v oblasti komunikace, sociálního kontaktu (Kopecká, 2015) a může dojít až k nepřátelskému smýšlení vůči hostitelské zemi (Soukup, 2017). V následujícím období se návštěvník cizí kultury přizpůsobí, zvyšuje svoji kulturní kompetenci, osvojuje si vzorce chování a víc chápe hodnoty dané kultury. V poslední etapě dochází k integrování jedince do kultury, ve které žije (Soukup, 2017).

Během vzájemného kontaktu dvou a více kultur dochází k přijímání kulturních vzorců kultury odlišné. Pokud na sebe působí dvě kultury může docházet k vzájemným kulturním změnám. Obvykle dochází i k dominantnímu prosazování jedné kultury na úkor druhé. Tento proces nazýváme akulturace (Fónadová, 2014 a Lukášová, 2010). Výsledkem je postupná asimilace. to je stav, kdy se minoritní skupina naprosto přizpůsobí skupině majoritní. Minorita přebírá práva a povinnosti většinové skupiny a vzdává se své původní kultury (Záleská, 2020). Integraci lze chápat jako opačný proces. Jsou kompletně zachovány kulturní specifika menšiny a neovlivňuje to negativně život ve společnosti. Naopak jsou tyto sociokulturní specifika plně respektována (Kutnohorská, 2013). Osvojování kultury naší společnosti během našeho života označujeme pojmem enkulturace. Jedinec získává kompetence ve své kultuře prostřednictvím naučeného chování a dosažením znalostí a dovedností (Výrost, 2019).

1.3.2 Model teorie transkulturního ošetrovatelství – Madeleine Leininger

Model teorie transkulturního ošetrovatelství je též nazýván jako model Vycházejícího slunce (McFarland, 2019). Zaměřuje se na význam kultury v práci sestry. Pro zlepšení péče o pacienta z odlišného kulturního prostředí je zapotřebí pochopit jeho kulturu a přistupovat k němu individuálně (Kutnohorská, 2013). Znázorňuje vztahy teorie a několika holistických faktorů, které ovlivňují kulturní péči. Aplikace vhodných znalostí při poskytování kulturně specifické a kulturně uzpůsobené péče o lidské zdraví a lidské potřeby je důležitým cílem transkulturního ošetrovatelství (Špirudová et al., 2006).

Zastávala postoj, že pacient sám může navést sestru k tomu, jaká péče je pro něho nejvhodnější v souvislosti s jeho kulturou. Madeleine Leiningerová se narodila roku 1925 v Nebrasce a zemřela roku 2012 v Omaze. Byla první sestrou, která získala doktorát z antropologie (Thpanorama, 2022). Během svého života přednášela a pracovala na různých univerzitách a prováděla výzkum. Od roku 1966 přednášela o transkulturním ošetrovatelství. Roku 1973 založila Katedru transkulturního ošetrovatelství ve Washingtone a brzy poté se stala ředitelkou centra na podporu výzkumu transkulturního ošetrovatelství (Pavlíková, 2007). Je považována za zakladatelku a matku transkulturního ošetrovatelství. Pracovala se sestrami z celého světa a rozšiřovala si své znalosti a dovednosti (Sagar P. a Sagar D., 2018). Vývoj své teorie transkulturního ošetrovatelství zahájila ve 40. letech 20. století. Model se využívá u jednotlivců, rodin, skupin, komunit a institucí (Sagar, 2014).

Koncepce teorie

Model vycházejícího slunce má čtyři úrovně (viz Příloha 1). První z nich je považována za nejvíce abstraktní. Zahrnuje filozofický názor a úroveň sociálního systému. Druhá úroveň obsahuje informace v různých zdravotnických systémech o jedincích, rodinách, skupinách a institucích. Třetí nám podává informace o každém systému a specifické rysy každé péče. Čtvrtá úroveň je považována za nejméně abstraktní (Pavlíková, 2007), zahrnuje kulturní péči, která pomáhá uchovávat nebo získávat zdraví, která umožňuje adaptaci a pomáhá uskutečňovat změnu (Sagar, 2014). V této části se transkulturní ošetrovatelství rozvíjí takovým způsobem, aby péče, kterou poskytujeme jednotlivci, byla shodná s hodnotami jeho kultury, ke které se řadí (Kutnohorská, 2013).

Sociální a kulturní struktury a systémy péče

Sluneční paprsky v modelu Leininger znázorňují sedm faktorů, které jedince, rodiny či skupiny ve zdraví a nemoci ovlivňují. Patří mezi ně faktory technologické, náboženské a filozofické, rodinné a sociální, kulturní hodnoty a způsob života, politické a právní, hospodářské též ekonomické, a vzdělávací (Sagar, 2014). Špirudová et al. (2006) doplňují, že paprsky jsou spojeny s jádrem slunce, tam spadají znaky, modely, praktiky, péče a holistické zdraví. Ošetrovatelská péče se nachází mezi generickým lidovým systémem, též také tradičním, a systémem odborným profesionálním (Sagar, 2014). Pavlíková (2007) popisuje, že způsob péče využívaný členy dané kultury nebo subkultury a též naučené názory, znalosti a způsoby dané kultury je typický pro tradiční systém péče. profesionální systém péče převládá v institucích a je preferován v majoritní části populace. Ve svém modelu používá tři typy péče k poskytování holistické, kulturně kongruentní péče. Jsou též součástí čtvrté úrovně modelu. Kulturní péče pomáhající a uchovávací zdraví je zaměřena na zdravé i nemocné, posílení jejich zdraví, zvýšení pohody a podpora jedince. Kulturní péče umožňující adaptaci se snaží přizpůsobit péči tak, aby odpovídala kultuře, hodnotám a přesvědčení klienta. V posledním typu péče se sestra a klient vzájemně pokouší upravit ošetrovatelské činnosti, aby došlo k lepším zdravotním výsledkům (Sagar, 2014).

Model M. Leininger je jedním z nejrozšířenějších rámců ve vzdělávání, praxi, administrativě a výzkumu sester (Sagar, 2014). Umožňuje všem sestram lépe pochopit teorii transkulturní péče. Transkulturní ošetrovatelství je vědou a profesí, která podporuje a udržuje zdravý způsob chování jedinců z různých kultur. Využívá k tomu kulturně vhodné způsoby (Pavlíková, 2007).

1.3.3 Model kulturní ohleduplné a uzpůsobené péče – J. N. Giger a R. Davidhizar

Další model, který spadá do transkulturního ošetrovatelství, je model kulturní ohleduplné a uzpůsobené péče. Autorkami modelu jsou Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová. Model vznikl v roce 1988, vychází a částečně navazuje na model M. Leininger (Špirudová et al., 2006). Vznikl pro potřeby studentů v ošetrovatelství poskytovat péči klientům odlišné kultury. V té době bylo málo nástrojů kulturního hodnocení (Sagar, 2014). Model zjednodušuje a zrychluje celostní hodnocení stavu potřeb klienta. Díky tomu je praktická péče efektivnější (Špirudová et al., 2006). Každý jedinec je záměrně hodnocený šesti kulturními fenomény (viz Příloha 2). Patří sem

biologické odlišnosti, prostředí, čas, sociální orientace, též také začlenění, prostor a komunikace. Každý z těchto fenoménů se v kultuře vyskytuje, vzájemně spolu souvisí, překrývají se a liší se svojí užitečností a aplikací (Sagar, 2014).

Metaparadigma modelu Giger a Davidhizar

Špirudová et al. (2006) popisují pět částí metaparadigma modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. zahrnuje transkulturní ošetřovatelství, kulturně kompetentní péči, kulturní jedinečnost individuů, kulturně citlivé prostředí a zdraví a zdravotní status. Transkulturní ošetřovatelství vysvětluje jako praxi, která je kulturně kompetentní. Je podložena výzkumem a orientovaná na klienta. Kulturně kompetentní způsobilá péče je dynamický, plynulý, kontinuální proces. Kulturní jedinečnost individuů poukazuje na unikátnost a jedinečnost každého. Sestra by měla znát prostředí, ve kterém pracuje. Lépe pak bude plánovat a implementovat vhodný léčebný režim. Zdraví a zdravotní status nás upozorňuje na individuální potřeby jedince. Neboť zdraví je velmi ovlivňují kulturní hodnoty, víra a postoje klienta (Špirudová et al., 2006).

1.3.4 Model rozvíjení kulturní způsobilosti – J. Campinha-Bacote

Na proces kulturních kompetencí při poskytování zdravotnické péče se zaměřuje model rozvíjení kulturní způsobilosti. Vytvoření cvičného modelu J. Campinhy-Bacote proběhlo v roce 1991. Poté byl několikrát revidován (Butts a Rich, 2017). Celý model je reprezentovaný čtyřmi vzájemně propojenými konstrukty. Jsou jimi kulturní uvědomění, kulturní znalosti, kulturní dovednosti a kulturní setkání. V roce 1998 byl přidán pátý konstrukt kulturní touhy (Sagar, 2014). Pochopení kulturního kontextu klienta je hlavním cílem sestry při dosahování kulturních kompetencí. Též se snaží pochopit všechny fenomény, které ho obklopují (Maňhalová a Tóthová, 2016).

Konstrukt kulturní povědomí či uvědomění je charakterizované jako uvědomění si předsudků, stereotypů a odlišností každého jedince zvlášť. Nejen své vlastní, ale i u druhých lidí (Maňhalová a Tóthová, 2016). Rizikem absence kulturního uvědomění je tendence kulturně vnucovat víru, hodnoty a vzorce chování ostatním lidem (Špirudová et al., 2006). Kulturní znalost je proces, díky němuž sestry zjišťují více o jiných kulturách a různých světonázorech, které lidé z odlišných kultur mají. Pochopení hodnot, přesvědčení, praktik a strategií řešení problémů etnicky různých skupin umožňuje, aby sestra navodila důvěru v setkání s takovým klientem (Butts a Rich, 2017). Proces a

zároveň schopnost získat relevantní data ke kulturně citlivému chování. Takto charakterizují kulturní dovednost v profesionální rovině Maňhalová a Tóthová (2016). Kulturní setkání zahrnuje běžnou realitu zdravotnické praxe, kdy se setkáváme s jedinci rozdílných kultur. Kulturní přání či touhy mapuje jako motivy a touhy poskytovat kulturně způsobilou péči. Rozvíjí se kulturní pokora a dále zahrnuje koncept pečování (Maňhalová a Tóthová, 2016). Rozvíjení kulturní způsobilosti lze pouze ze sběru a vyhodnocování zkušeností během ošetřování jiných kultur. Dále je třeba učit se sociální spravedlnosti, zkoumat dopady rasismu na rozvoj a kvalitu ošetrovatelské péče. To vše je náročný proces. Je nutné vystoupit z komfortní zóny a pozorovat život, který žijí druzí (Špirudová et al., 2007).

1.3.5 Model kulturní kompetence – Larry D. Purnell

Purnellův model kulturní kompetence vychází z teorií biologie, antropologie, sociologie, ekonomie, farmakologie, na teoriích z oblasti komunikace, rozvoje rodiny a dalších. Zabývá se zkoumáním různých atributů jednotlivých kultur a vnímá kulturní kompetence jako proces, nikoli jako konečný bod. Model je znázorněn čtyřmi paralelními kruhy (viz Příloha 3). Ty reprezentují aspekty globální společnosti, komunitu, rodinu a člověka. Dále je složen z dvanácti domén. Těmi jsou dědictví, komunikace, rodinné role a organizace, otázky pracovní síly, biologická ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství, posmrtné rituály, spiritualita, zdravotnická praxe a zdravotníci (Adeigbe, 2022). Uprostřed modelu je prázdný kruh představující neznámé jevy. Mohou to být praktiky a charakteristiky jednotlivce nebo skupiny. Je velice důležité, aby specialisté na zdravotní výchovu a odborníci na veřejné zdraví používali charakteristiky při hodnocení zdravotních potřeb. Model navíc zobrazuje zubatou linii, která znázorňuje monolineární proces získávání kulturní kompetence (Luquis a Pérez, 2021). Sagar (2014) a Luquis a Pérez (2021) vysvětlují, že jedinec postupuje od nevědomé nekompetence k vědomé nekompetenci, dále k vědomé kompetenci až k nevědomé kompetenci. U nevědomé nekompetence si člověk neuvědomuje nedostatek znalostí v oblasti jiných kultur. Vědomá nekompetence znamená uvědomování si toho, že mám nedostatek znalostí. Učit se a poskytovat kulturně vhodné intervence je u vědomé kompetence. A nevědomá kompetence je charakterizována jako automatické poskytování kulturně kompetentní péče všem (Luquis a Pérez, 2021 a Sagar, 2014). Purnellův model uznává globální společenský a rodinný vliv na jednotlivce. Existující vnitřní domény ovlivňují charakteristiky člověka

(Adeigbe, 2022). Model je teoreticky velmi dobře propracovaný a jeho využití je snadné. Dále je vhodný pro využití sestrami, lékaři (Maňhalová a Tóthová, 2016).

1.3.6 Model pro rozvíjení kulturní kompetence –Papadopoulos, Tilki a Taylor

V 50. letech 20. století rozvíjela transkulturní ošetrovatelství v USA M. Leiningerová. V Evropě se o rozvoj postarala, spolu se svými kolegyněmi, Irena Papadopoulosová. V 80. letech 20. století začaly ve Velké Británii pracovat na rozvoji v oblasti transkulturních studií (Plevová, 2019). Model byl poprvé publikován v roce 1998. Používá se ve vzdělávání, praxi a administrativě. Model splňuje kritéria pro jasnost, jednoduchost, obecnost a empirickou přesnost. Skládá se ze čtyř fází. První fází je kulturní povědomí, druhou kulturní znalosti, třetí fází je kulturní citlivost a poslední jsou kulturní kompetence. Kulturní povědomí zkoumá naše přesvědčení, zahrnuje sebeuvědomění, kulturní identitu a etnohistorii. Představuje první krok ke kulturní kompetenci. Když srovnává sebe a jedince z jiné kultury, tak pozoruje shody a odlišnosti (Butts a Rich, 2013). Kulturní znalosti lze získat například kontaktem s lidmi z různých etnických skupin. Pochopit více jejich přesvědčení a chování v oblasti zdraví nám může usnadnit práci s nimi a porozumět i jejich problémům, které je sužují. Při dosahování kulturní citlivosti je velice důležitým prvkem to, jak profesionálové pohlížejí na lidi, o které pečují. Rovná partnerství zahrnují důvěru, přijetí a respekt (IENE, 2008). Nesmí chybět empatie nebo dovednosti mezilidské komunikace, doplňují Butts a Rich (2013). Dosažení kulturní kompetence vyžaduje syntézu a aplikaci dříve získaného vědomí, znalostí a citlivosti. Snažíme se rozpoznat a zpochybnit rasismus a další formy diskriminace. Model spojuje jak multikulturalistické, tak antirasistické perspektivy. Díky tomu snáze probíhá rozvoj širšího chápání nerovností, lidských a občanských práv. Neustále je podporován rozvoj dovedností, které jsou zapotřebí k dosažení změny u klienta (IENE, 2008).

1.4 Transkulturní rysy vybraných minorit žijících v České republice

Moderní ošetrovatelství se zaměřuje na vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného. Tyto potřeby jsou kvůli nemoci pozmeněné. Pokud sestry poskytují efektivní ošetrovatelskou činnost těmto klientům, pak dochází k jejich spokojenosti. Všichni lidé z minoritní skupiny mají právo na kvalitní ošetrovatelskou péči. Je důležité, abychom respektovali jejich etnické i kulturní hodnoty, názory a praktiky, které ovlivňují vlastní zdraví pacienta a též poskytovanou ošetrovatelskou péči. Kulturně diferencovaná péče

by měla zahrnovat péči kulturně citlivou, vhodnou a kulturně kompetentní (Tóthová et al., 2010). Kulturně citlivá péče je taková, při které má poskytovatel základní povědomí o znacích a tradicích klientů odlišné minority. Při kulturně kompetentní péči musíme přihlížet na celý kontext pacientovy situace (VOV, 2019). Kulturně vhodnou péči můžeme charakterizovat jako používání základních znalostí poskytovatele k tomu, aby dosáhl co nejlepší zdravotní péče. Velice důležité je, abychom si uvědomili, že ošetrovatelská péče musí být rovnocenná a plnohodnotná. Příjemci mohou být různého věku, různé barvy pleti. Nezáleží na jejich kultuře, pohlaví, národnosti, náboženství, rase či sociálním postavení nebo politickém přesvědčení (Tóthová et al., 2010).

V České republice je podle statistických údajů nejvíce zastoupena minorita ukrajinská, slovenská, vietnamská, ruská, rumunská, bulharská, polská, německá a mnoho dalších. Podrobněji se tato práce zaměřuje pouze na minoritu Ukrajinců, Slováků, Vietnamců a Rusů (MVČR, 2022).

1.4.1 Ukrajinská minorita

Podle aktuálních informací českého statistického úřadu je v České republice nejvíce zastoupena ukrajinská minorita. Jejich počet je více než 450 tisíc (ČSU, 2022). Ukrajiniština je oficiálním jazykem na Ukrajině. Většina z nich zvládá i ruštinu. Málokdo však umí česky, a proto v nemocničním zařízení je komunikační bariéra. Oční kontakt je znakem důvěry a respektu. Náklonnost mohou projevit dotekem společníkovra ramene nebo ruky (Plevová et al., 2011). Používají juliánský kalendář. Pravoslavné křesťanství zde patří mezi nejrozšířenější náboženství. Při modlitbě věřící stojí, jelikož věří, že sezení během modlení je hřích. Svaté ikony mívají ve svých domech, též i nemocničním pokoji. Ukrajinské svátky se dělí na církevní a občanské. Hlavním svátkem jsou Velikonoce. Během této doby věřící dodržují půst od masa a mléčných výrobků. Při setkání se Ukrajinci vždy přivítají a představí. Ruku podává první vždy žena. Návštěva by neměla odmítat nabízené nápoje, jelikož se to považuje za neslušnost. Dále je neslušné nechávat zbytky jídla. Převládající způsob tepelného zpracování potravin je vaření a dušení. Ukrajinci si velice váží rodiny a je pro ně důležitou součástí života. Jelikož do ČR cestují samostatně bez rodiny, jejich začlenění do společnosti trvá déle. Pokud jsou hospitalizováni, rodina do nemocnice nedorazí, jelikož častokrát není přítomna v zemi (Tóthová et al., 2012). Plevová et al. (2011) doplňují, že Ukrajinci jsou velice ukázněnými pacienty, nemívají speciální požadavky, neprojevují se a bolest

snášejí dobře. Porod preferují v nemocničním zařízení. Křest dítěte je pro ně velice významnou událostí. Pohřbu by se měla účastnit celá rodina a blízcí. Na hřbitov se rodina vrací devět dní po pohřbu. Dále pak po čtyřiceti dnech a poté až po roce (Tóthová et al., 2012).

1.4.2 Slovenská menšina

Druhou nejpočetnější menšinou v České republice jsou Slováci. Ti jsou také nejvíce Čechy tolerovány a mají mnoho společného. Národní jazyk je slovenština, která je nejvíce podobná českému jazyku. Pouze pár slov je úplně odlišných. Ale i přesto není mezi dvěma lidmi těchto národností jazyková bariéra. Oční kontakt signalizuje zájem. S cizími lidmi se udržuje vzdálenost a odstup. Hlavním náboženstvím je křesťanství a hlavními svátky jsou Vánoce a Velikonoce. Během tohoto období jsou dny, kdy se dodržuje půst. Rodina má velký význam pro Slováky. Projevují vlastní schopnosti, inteligenci a snaží se dosahovat stanovených cílů. V nemocničním zařízení se chovají slušně, spolupracují a dodržují doporučená pravidla (Plevová et al., 2011).

1.4.3 Vietnamská minorita

Vietnamská minorita je dle aktuálních informací třetí nejpočetnější skupinou cizinců v České republice (MVČR, 2022). Svým životním stylem se od české populace odlišují. Hlavní náplní dne je práce. Mezi aktivní proudy víry patří buddhismus, taoismus, konfucianismus a křesťanství. Používají formální oslovení. Tradiční pozdrav spočívá v lehkém úklonu s navzájem spojenýma rukama nebo podáním pravé ruky a levou rukou ji ještě stisknou (Plevová et al., 2011). Vietnamci preferují nonverbální komunikaci. Mezi nejčastější patří úsměv, který ne vždy znamená souhlas a pozitivní vyjádření. Zkřížené ruce na prsou vyjadřují rozčilení, pohlazení či jiný dotek hlavy je považováno za projev velké neúcty, přímý oční kontakt je nezdvořilý, líbání mileneckých párů na veřejnosti je nepřípustné a pokud Vietnamci podávají předmět druhé osobě, vždy použijí obě ruce a dávají tím najevo svoji úctu, vysvětlují Tóthová et al. (2010). Pokud přikyvují, znamená to stejně jako v České republice, souhlas, pozdrav či dohodu. Mrkání naopak vyjadřuje nesouhlas nebo nevhodnost. Jazyková bariéra převažuje. Hlavně u Vietnamců, kteří v naší zemi pobývají krátkou dobu. Vedoucí představitel za ně vyřizuje verbální komunikaci. K rodině mají velikou úctu (Plevová, 2011). Nemoc je chápána jako porucha rovnováhy mezi jing a jang. Často využívají domácí léčení. V nemocničním zařízení provádí hygienu sami nebo za pomoci člena

rodiny (Tóthová et al., 2010). Jsou velice trpěliví, slušní a skromní. Tlumočnicka využívají, pokud neumí česky či jiným západním jazykem. K jídlu preferují rýži a hodně zeleniny. Nemocniční stravu moc nejí, nechají si přinést jídlo z domova (Plevová et al., 2011). Dodržují tradice během přípravy jídla. Jedí minimum mléčných výrobků, denně rýži či nudle a maso mají různého druhu, včetně psiho, hadího, slepičích pařátů a podobně. Během dne pijí hodně čaj. Vietnamské ženy jsou velice zodpovědné v době těhotenství, zdravě se stravují, dostatečně odpočívají. Naproti tomu nevyhledávají pravidelné lékařské prohlídky, pokud sestra nebo lékař neupozorní na jejich důležitost. Upřednostňují přirozený porod před císařským řezem. Rodí tiše, neboť křik u rodiček není zvykem. V přítomnosti cizích mužů jsou stydlivé (Tóthová et al., 2010).

1.4.4 Ruská minorita

Čtvrtou nejpočetnější skupinou cizinců v České republice je dle aktuálních informací ruská minorita (MVČR, 2022). Jejich mateřský jazyk je ruština. Při seznamování a kontaktu s neznámým člověkem využívají vykání. Pokud se jedná o věkově či sociálně blízkou osobu nebo o dítě, pak Rusové používají tykání (Ivanová, 2005). Na přivítání a rozloučení jsou mezi Rusy běžné až tři polibky (DingováŠlinková, 2018). K oslovení používají křestní jméno a jméno po otci. Při setkání není pravidlem usmívat se. Není to však projev antipatie. Náklonnost mohou projevit dotekem ramene nebo ruky společníka. V institucích, tedy i zdravotnickém zařízení, mluví polohlasně, vyhýbají se hlasitým projevům (Ivanová, 2005). Nejrozšířenější náboženství v Rusku je pravoslavná církev (Michálková, 2013). V ČR se k této církvi hlásí přes 40 tisíc obyvatel (ČSU, 2022) Rusové nedodržují domluvené termíny schůzky a času. Zpoždění je pro ně normální věc, se kterou se musí počítat. Neomlouvají se za to. Stravování nemá výrazná specifika. Oblíbenými jídly je ruský boršč a pirožky plněné masem (Ivanová, 2005). Během hospitalizace někteří nedodržují doporučenou léčbu a ignorují léčebná omezení. Mohou být povýšení a arogantní. Čeština a ruština má několik stejně znějících slov, které mají odlišný význam. Proto je nutné dávat si pozor při používání těchto slov (DingováŠlinková, 2018).

1.4.5 Romská minorita

Romové představují největší a zároveň nejvíce znevýhodněnou etnickou menšinu v Evropě (Němec, 2020). V roce 1991 získala minorita status národnostní menšiny (Bártlová, et al., 2018). Při sčítání lidu v roce 2021 se k této národnosti přihlásilo přes

21,5 tisíce Romů (ROMEIA, 2022). Majoritní společností v České republice jsou brány poměrně negativně. Často je náš postoj ovlivněn předsudky. Kde často při setkání s Romem očekáváme nějaký problém. Pro zlepšení je třeba být víc tolerantní a snažit se předsudky potlačit (Květoňová, 2020). Náboženství přebírají od majoritní skupiny, ve které žijí. Romština je mateřský jazyk Romů. Dokážou se dorozumět i jazykem, kterým se mluví v zemi, ve které žijí. Jsou temperamentní, hodně hlasití, své city neskrývají a umí je hlasitě projevit. V některých situacích mohou být velmi empatičtí. Nerozumí ironii. Nejsou zvyklí prosit a děkovat. V rodině preferují mnohem víc doteky než samotnou verbální komunikaci (Tóthová et al., 2012). Bártlová et al. (2018) a Tóthová et al. (2012) se shodují, že Romové mají v hodnotovém žebříčku na prvním místě život, poté rodinu a na třetí místo zaujímá zdraví. Žijí současností. V poměru s majoritní společností mají Romové výrazně horší zdravotní stav. Mají nižší střední délku života, mnohem méně Romů je očkovaných, vyskytuje se vyšší výskyt infekčních onemocnění, mají častější úrazy. Nedbají tolik na prevenci. Ženy jsou častěji těhotné a prvorodičky jsou velice mladé. Mají nízkou úroveň vzdělání, převážná většina z nich dosáhla pouze základního vzdělání. Je u nich velká míra nezaměstnanosti. Díky tomu jsou závislí na sociálních dávkách (Bártlová et al., 2018). Romové nejedí zbytky jídel. Opakovaně ho neohřívají. Jídlo, které spadlo na zem vyhazují. Kůň je pro ně téměř posvátné zvíře. Koňské maso tedy nejedí. Dítě je pro ně požehnání a o těhotnou ženu je s láskou pečováno. V rodině se navzájem podporují a pomáhají si. Hlavním úkolem ženy je vychovávat děti, starat se o domácnost, udržovat rozpočet a poslouchat svého muže. Odpovědnost za rodinu nese muž. Je hlavou rodiny (Tóthová et al., 2012).

Nedůvěřivost k zdravotnickému personálu je častým problémem Romů. Obtížná je i komunikace s rodinou. Mají určeného zástupce rodiny, kterému se budou poskytovat informace a s kým může zdravotník jednat. Mají strach z bolesti a ze smrti. Romský pacient většinou užívá léky pouze do ustoupení potíží. Individuální přístup je základem při poskytování zdravotní péče. Pacient potřebuje znát příčinu a průběh onemocnění. Zdravotnický personál při edukaci využívá takový způsob komunikace, aby mu romský pacient rozuměl (Tóthová et al., 2012).

1.5 Transkulturní rysy vybraných náboženství v České republice

Lidé v českém prostředí často popisují náboženství jako vztah k posvátnému nebo jako vztah k tomu, co člověka přesahuje (Fárek, 2015). Součástí náboženství je bůh, božstvo

či jiný fenomén. Má charakter něčeho nadpřirozeného a nelze uchopit rozumem, ale pouze vírou. Monoteismus označuje víru pouze v jednoho boha, polyteismus má bohů více (Buček et al., 2019).

1.5.1 Křesťanství

Jedním z nejvíce rozšířených monoteistických náboženství je právě křesťanství. Hlavou církve je papež. Bůh je popisován ve třech osobách jako Otec, Syn a Duch svatý. Ústřední postavou je Ježíš Kristus a hlavní knihou je Bible (Tůma et al., 2018). Křesťanství můžeme rozdělit na tři velké skupiny. První je římskokatolická církev, druhá je ortodoxní pravoslavná církev a poslední je protestanská. Jsou mezi nimi malé odlišnosti. Římskokatolická církev zastupuje 50 % všech křesťanů na světě (DingováŠliková et al., 2018). Podle aktuálních informací je v ČR necelých 750 tisíc věřících, kteří se hlásí k církvi římskokatolické (ČSU, 2022). Nemoc a následné uzdravení je chápáno jako projev boží vůle. Nemocný v době nemoci má možnost litovat svých hříchů a nechává léčbu v božích rukách. Pomoc zdravotnického personálu a podání léků chápou jako druhotnou záležitost. Zároveň však pomoc člověku považuje křesťanství za skutek milosrdenství (Konečná et al., 2012). Nemocní mají možnost rozhovoru s duchovním nebo se účastnit pravidelných bohoslužeb v nemocničním zařízení. Během dne se modlí (DingováŠlinková et al., 2018 a Líšková et al., 2006). V protestanské církvi se za nemocného modlí celá společenství. Mohou být hluční a omezovat ostatní pacienty. Zdravotnický personál musí zajistit dostatek soukromí (Ivanová et al., 2005). V době půstu mají věřící omezení ve stravování. Je proto důležité upravení jídelníčku nemocného. Antikoncepce, sterilizace, potraty a eutanazie jsou zakázané (DingováŠlinková et al., 2018). Pohřeb preferují v kostele s pohřbením zesnulého do vysvěceného hrobu. Po smrti pokračují modlitby za mrtvého (Ivanová et al., 2005).

1.5.2 Islám

Podle aktuálních informací máme v České republice přes pět tisíc sto lidí vyznávající islám (ČSU, 2022). Věřící se nazývají muslimové. Islám je monoteistické náboženství. Bohem je Alláh. Prorokem byl Mohamed. Svatou knihou je Korán (Kutnohorská, 2013). Každý muslim během svého života musí splnit pět základních povinností, takzvaných pět pilířů islámu. Prvním je vyznání víry Šaháda. Druhou povinností je pravidelná modlitba takzvaný Salát. Podání almužny neboli Zakát je třetím pilířem. Půst v měsíci

Ramadán je čtvrtou povinností muslima. Alespoň jedenkrát za život by měl každý muslim absolvovat pouť do Mekky. To je také posledním pátým pilířem. Tato povinnost se nazývá hadždž (Hájek a Bahbouh, 2016). Muslim se modlí pět krát denně. Vždy je otočen čelem k Mekce. Před každou modlitbou dochází k omývání. Pro všechny muslimy platí zákaz zesměšňovat víru, cizoložit, krást či podvádět, nosit kříž, pít alkohol, jíst vepřové maso a jiné (Kutnohorská, 2013).

V nemocničním zařízení preferují ošetření stejným pohlavím. Pokud se jedná o vyšetření ženy, často bývá přítomen i její muž. Muslim se stydí mluvit o základních fyziologických funkcích. Jimi jsou například močení, stolice, zvracení a podobně. Není zvykem ptát se svobodné ženy na děti, neboť mimomanželský pohlavní styk je zakázaný. Podávání rukou při setkání či loučení není obvyklý. Cokoliv podané pravou rukou je považováno za čisté. Naopak pokud podáváme něco rukou levou, je to známka nečistého a urážlivého (Kutnohorská, 2013). Kutnohorská (2013) a Tóthová et al. (2012) se shodují, že jiné doteky jsou velice omezené, pokud se nejedná o rodinu. Lékař nebo jiný zdravotnický personál musí předem pacienta informovat o plánovaném vstupu do jeho intimní zóny. Eutanazie, kremace a pitva je zakázána (Kutnohorská, 2013 a Tóthová et al., 2012). Hájek a Bahbouh (2016) doplňují, že rodina předčítá umírajícím verše z Koránu. Pečuje o něho až do jeho smrti. Tvář směřují k Mekce. Tělo se po úmrtí rituálně omývá a balí do bílého plátna (Hájek a Bahbouh, 2016).

1.5.3 Buddhismus

Buddhismus je považován za filozofický směr, který vznikl v Indii v 6. století před naším letopočtem (Tóthová et al., 2012). Podle aktuálních informací se k buddhismu hlásí přes pět tisíc obyvatel České republiky (ČSU, 2022). Termín Buddha znamená Probuzený. Buddhovo učení vychází ze čtyř pravd. První pravdou je, že život je utrpení. Druhou pravdou je, že utrpení vychází z žádostivosti. Třetí poukazuje na to, že zánikem žádostivosti je možné ukončit utrpení. A poslední čtvrtá pravda mluví o tom, že k zániku utrpení vede osmidílná cesta buddhismu. Zdraví je jejich důležitou součástí (Tóthová et al., 2012). Dodržují pět základních pravidel. Nezabíjejí živé tvory. Tedy nepodporují interrupci ani eutanazii. Nekradou, mají zakázané cizoložství, nelžou a nepijí alkohol a neužívají omamné látky. Některé léky mohou odmítat (Líšková et al., 2006). V buddhismu je nemoc chápána jako očista těla i duše. Kladou důraz na respektování soukromí a studu. Při meditaci potřebují klid. Od svého okolí mohou

udržovat odstup. Jsou mírní, trpěliví a problematické situace řeší v klidu. Vyžadují kontakt s rodinou a blízkými. Antikonceptci neodmítají, naopak transplantaci srdce ano. Buddhisté mohou preferovat tradiční medicínu před profesionální péčí. Věřící věří v reinkarnaci. V době umírání vyžadují u sebe přítomnost rodiny nebo duchovního. někteří mohou být vegetariáni (Tóthová et al., 2012). Mniši mohou jíst pouze jeden krát denně, a to dopoledne. Zbytek dne mají pouze tekutou stravu, popisují Ivanová et al. (2005).

1.5.4 Svědkové Jehovovi

Svědkové Jehovovi jsou náboženská společnost. V České republice se k tomuto náboženství hlásí přes třináct tisíc členů (ČSU, 2022). Jsou někdy označováni jako sekta. Je to monoteistické náboženství. Neuznávají Nejsvětější trojici, pouze otce Jehovu. Křest probíhá až v dospělém věku. neuznávají zpověď a neslaví svátky jako jsou Vánoce či Velikonoce. Mají pouze jediný svátek a tím je připomenutí poslední večeře Ježíše s učedníky. Snaží se o dodržení zdravého životního stylu. Mají zákaz jíst maso zbarvené krví a jiné pokrmy, které obsahují krev, kromě ryb. Nepijí alkohol, neužívají drogy. Poslouchají a plní doporučení od zdravotnického personálu. Léky užívají v přiměřeném množství. Nezneužívají je (DingováŠliková et al., 2018). Odmítají podání transfuze nebo jiných krevních derivátů. Věří, že pokud by ji přijali, byl by jim zapovězen posmrtný život. U dítěte i přes nesouhlas rodiče může lékař skutečnost porušit (Brash et al., 2015). Nesouhlasí s umělým oplodněním, eutanazií a interrupcí. Výjimkou, kdy je potrat povolen je ohrožení rodičky nebo znásilnění ženy. Antikonceptce je povolena z důvodu dopomoci k plánovanému rodičovství (Hladká a Bártová, 2014). Vyžadují kontakt s rodinou během hospitalizace. Souhlasí s pitvou, kremací či pohřbením do země (DingováŠliková et al., 2018).

1.6 Sestra v ordinaci praktického lékaře

Prvním místem, kam nemocný směřuje, je obvykle praktický lékař. S ním pacient konzultuje zdravotní potíže, je vyšetřen a konzultuje následnou léčbu. Každý sám si volí poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství. Existuje pouze několik výjimek, kdy může dojít k odmítnutí přijmout klienta do péče ze strany lékaře (MZČR a ÚZIS ČR, 2022). Pro lékařskou praxi platí tři zásady. Musíme pečovat o pacienty, mít odborné znalosti a dovednosti a musíme umět organizovat práci (Gesenhues et al., 2006). Ošetřovatelství zaměřené na primární péči je chápáno jako

samostatná profese, která má vlastní odborné vzdělání. Péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným je nazývána jako primární zdravotní péče (Hanzlíková et al., 2007). Podobně popisují primární péči Ptáček a Bartůněk (2015). Jedná se o koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči, kterou poskytuje všeobecný praktický lékař. A to na základě prvního kontaktu klienta se zdravotnickým systémem a také na dlouhodobém kontinuálním přístupu k jednotlivci. Podpora zdraví, prevence, vyšetřování, léčení, rehabilitace a ošetřování jsou činnosti, které s primární zdravotní péčí neodmyslitelně souvisí. Vnímáme klienta jako holistickou bytost. To znamená, že při poskytování těchto činností klientovi se snažíme respektovat jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Orientace primární péče je zaměřená i na prevenci a snižování individuálních rizik (Ptáček a Bartůněk, 2015). Primární prevence má za cíl posílit zdraví člověka a celé jeho rodiny a vybudovat větší odolnost proti nemocem. Patří do ní i zdravotní výchova, která se snaží upozornit na různá nebezpečí. Zahrnuje i ochranu proti určitým nemocem pomocí očkování. Sestra i lékař by sami měli být vzorem zdravého způsobu života. Povzbuzovat lidi, naopak je i usměrňovat a učit je efektivně zdravotní péči využívat (Hanzlíková et al., 2007). Dlouhodobá a soustavná péče ovlivňuje způsob života pacienta i jeho rodiny. Lékař a sestra se snaží poskytovat péči v příjemném prostředí pro pacienta. Buď v jeho vlastním prostředí nebo prostředí jemu blízkém (Ptáček a Bartůněk, 2015).

Pro práci v primární zdravotní péči je velice důležitý vztah k pacientovi. A to nejen profesionální, ale i společenský. Pochopení a znalost pacientů má veliký význam. Ovlivňuje diagnostický a léčebný proces. V neposlední řadě i to, jak bude nemocný spolupracovat (Ptáček a Bartůněk, 2015). Vztah mezi pacientem a zdravotníkem je možné definovat jako vzájemné očekávání obou účastníků, kompetencemi zdravotníka a charakteristickými rysy pacienta. Dovednost zdravotníka určuje opravdovost, nepodmíněné pozitivní přijetí založené na důvěryhodném vztahu bez přetváření a empatické porozumění (Kuzníková et al., 2011). Vztah pacienta a zdravotníka je důležitý, nesmíme však zapomínat na vztah mezi lékařem a sestrou v jeho ordinaci. Často je to vztah, který trvá několik let. Mají velice blízko ke svým pacientům a prožívají s nimi trápení a radosti života (Vojtíšková, 2006).

Sestra je klíčovou osobou, jenž organizuje a zastává chod ordinace (Gesenhues et al, 2006). Ta musí být zdravotnickým pracovníkem způsobilým k výkonům a příslušným činnostem v ordinacích PL (Prošková, 2009). Ona je prvním členem ošetrovatelského

týmu, se kterým se pacient setkává. Pokud jsou v ordinaci dvě a více sester, je potřeba rozdělit jejich odpovědnost, vymezit práci a informační propojení. Sestry se mohou vzájemně nahrazovat v době absence, proto by se každá z nich měla zvládat orientovat ve všem. Hlavní náplní práce sestry je organizace termínů, provádí výkony dle mezích stanovených zákonem, stává se školitelkou, pokud jsou v ordinaci školeni další zdravotničtí pracovníci a edukátorkou pro pacienty. Starají se o dokumentaci, účty, laboratoř a vyšetření pomocí přístrojů. Během lékařských výkonů asistuje lékařům (Gesenhues et al, 2006). V ordinaci praktického lékaře určuje rozsah klinických kompetencí všeobecné sestry lékař. Sestra má kompetence k provádění samostatných klinických úkonů nebo k provádění těchto úkonů pod dohledem lékaře. Poskytuje informace klientům do takové míry, kterou stanoví lékař. Sestra se zapojuje do systému kontinuálního vzdělávání (MZČR a ÚZIS ČR, 2022 a Prošková, 2009). Zákon č. 96/2004 Sb. vymezuje oblast, která se vztahuje k sesterské profesi. Jedná se o zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Novelizován byl zákonem č. 201/2017 Sb., o získání způsobilosti k výkonu povolání nejen všeobecné sestry, ale i jiných nelékařských zdravotnických pracovníků. Z výše zmíněného zákona vychází vyhláška č. 424/2004 Sb. Stanovuje, jaké jsou činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Popisuje činnosti, které sestra může provádět bez odborného dohledu, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře a pod odborným dohledem lékaře. Byla postupně novelizována vyhláškou č. 55/2011 Sb., vyhláškou č. 2/2016 Sb., vyhláškou č. 391/2017 Sb. a jako poslední vyhláškou č. 252/2019 Sb.

V České republice je povinnost poskytovatele zdravotních služeb bezpečně nakládat s informacemi o zdravotním stavu pacienta. Povinnou mlčenlivost definuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Postupně byl novelizován zákonem č. 111/2007 Sb. Tento koncept přijal i nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Doležal, 2012). Specifické zdravotní služby upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (MZČR a ÚZIS ČR, 2022).

1.6.1 Kulturní kompetence v ošetrovatelství

Učit se nové vzorce chování a uplatňovat je v ošetrovatelském procesu, přibližuje člověka, který se snaží být kompetentní v multikulturním ošetrovatelství. Schopnost sestry úspěšně se rozhodovat a dále rozvíjet svůj potenciál v konkrétním kontextu různých životních situací, tak definuje pojem kompetence Kutnohorská (2013). Sestra

má možnost sama se rozhodovat a následně za svá rozhodnutí nést odpovědnost (Kutnohorská, 2013).

Ošetrovatelské kompetence zahrnují základní schopnosti, které se vyžadují při plnění sesterské role. Získávají se prostřednictvím zkušeností a učení. Jedná se o schopnost sestry efektivně prokázat profesionální přístup, hodnoty, znalosti a dovednosti. Ošetrovatelské kompetence sestry využívá k poskytování bezpečné, efektivní a profesionální ošetrovatelské péče pacientovi (Fukada, 2018). Ke každému pacientovi musí sestra přistupovat individuálně a musí porozumět povaze kulturních rozdílů nebo podobností. Měla by vědět, jaké mají pacienti odlišných kultur přesvědčení, postoje, jaké ošetrovatelské praktiky upřednostňují, jakým způsobem se rozhodují a co může ovlivňovat jejich chování (Fry a Johnstoje, 2002). Lidé z etnických menšin různě vnímají nemoc a léčbu v závislosti na jejich náboženství (Tong et al., 2022). Darnell a Hickson (2015) doplňují, že by sestry měla posílit vzájemný respekt, ale i rovnost. S pacientem buduje vztah důvěry, kdy podporuje pozitivní výsledky zdravotní péče (Darnell a Hickson, 2015). Snaží se pochopit sociokulturní hodnoty pacientů. A zlepšují schopnost akceptace kulturních rozdílů. Pro zlepšení transkulturních dovedností je zapotřebí sebeuvědomění a reflexe (Shahzad et al., 2021).

Nedílnou součástí všeobecného praktického lékařství by měly být kulturní kompetence. Jedná se o široký pojem, který je různě vysvětlován (Watt et al., 2016). Podle Matteliana a Streeta (2012) neexistuje jedna všeobecně uznávaná definice, jelikož kulturní kompetence se vyskytují na několika stupních od politiky po klinické interakce a popisují se jako proces než jako jednorázová událost. Lze jich dosáhnout prostřednictvím vzdělávání, školení nebo zkušeností. Vzdělávání v oblasti kulturních kompetencí lépe sestru připraví na péči o pacienta odlišné minority (Kersey-Matusiak, 2019). Kulturní kompetence jsou nezbytné pro kvalitní vytvoření transkulturní ošetrovatelské péče. Usnadňují poskytování holistické péče a zlepšují kvalitu života pacientů (Tong et al., 2022). Transkulturní ošetrovatelské vzdělávání je úzce spojené s přesvědčením, že ošetrovatelství by mělo poskytovat individualizovanou, vysoce kvalitní a vhodnou péči všem jednotlivcům (Tosun et al., 2021).

Curtis et al. (2019) popisují kulturní kompetence z 80. let 20. století jako uznávaný přístup dosahující zlepšení poskytované zdravotní péče etnickým menšinám. Jejich cílem je snížit rozdíly ve zdraví etnických skupin. Dále je můžeme definovat jako

schopnost jednotlivců navazovat efektivní mezilidské a pracovní vztahy nahrazující kulturní rozdíly. Jednotlivci chápou důležitost sociálních a kulturních vlivů na pacienty (Curtis et al., 2019). Jinak definují kulturní kompetence Douglas et al. (2018). Popisují je jako soubor kongruentního chování a postojů, které se spojují v systému nebo mezi profesionály a umožňují jim efektivně pracovat v mezikulturních situacích. Profesionální ošetrovatelské organizace se pokouší po celém světě podporovat a prosazovat rovnost a sociální spravedlnost. Podporují sestry v poskytování kulturně kompetentní péče. S tím souvisí projev tolerance, respektu, uznání kulturní rozmanitosti a pluralismus současné společnosti a jejich důsledky pro zdravotní péči (Douglas et al., 2018). Podle Kutnohorské (2013) mohou kulturní kompetence představovat znalost společenského systému. Jedná se o systém významů, norem a pravidel, které ovlivňují chování jednání. Dlouhodobý proces sebevzdělávání, nabírání zkušeností a postupné zlepšování vnímavosti. A to nejen u těch, kteří péči poskytují. I tak lze označit pojem kulturní kompetence (Kutnohorská, 2013).

Nemcová et al. (2010) hledají využití kulturních kompetencí během edukace pacientů. Za cíl kulturních kompetencí považují zajištění trvalého procesu edukace. Sestra musí vědět kdy a jakým způsobem bude edukaci provádět. Nejen nemocniční zařízení, ale i jiné instituce, jako například ordinace praktického lékaře, by tuto problematiku měly znát a realizovat kulturně kompetentní péči. Je to nejlepší způsob, jak dosáhnout toho, aby ordinace u PL byly připraveny poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči pacientům odlišných kultur (Nemcová et al., 2010).

1.6.2 Komunikační dovednosti sester

Při poskytování kulturně diferencované péče jsou komunikační dovednosti sester nezbytně důležité. Mimo jazykové schopnosti je též důležitá dovednost porozumět pacientům, umět je podpořit a poskytnout jim radu. Sestra by měla být vnímavá vůči lidem odlišné kultury. Měla by mít znalosti a být kulturně citlivá, neboť to jí může pomoci ve zkvalitnění ošetrovatelství a v pochopení druhých lidí, shodují se Kang et al. (2021) a Tuohy (2019).

Latinské slovo *communico* můžeme přeložit jako „sdílet něco s někým.“ Definovat komunikaci je velmi obtížné. Zahrnuje v sobě poskytování zprávy, sdílení informací, výměnu myšlenek a vzájemné porozumění mezi lidmi. Člověk je společenská bytost. Pochopení vnitřního a vnějšího prostředí je závislé na verbální a neverbální komunikaci.

Existuje několik faktorů, které komunikaci ovlivňují. Neoddělitelnou součástí práce všeobecné sestry je komunikace (Plevová et al., 2011). Ptáček et al. (2011) doplňují, že je klíčovým prvkem dobré klinické praxe. Využívá se u všech sesterských kompetencích. Slouží k získání informací, motivaci, edukaci, budování důvěry a vztahu mezi sebou a pacientem. Dále je důležitá při hodnocení potřeba pacienta a uskutečnění intervencí. Sestra, která umí dobře komunikovat lépe a snáze dosahuje změny zaměřené na upevňování zdraví pacienta. Je důležité, aby si sestra uvědomila, že komunikace je nevyhnutelná, nevratná a neopakovatelná (Plevová et al., 2011). Pokud se pacient bude cítit jako spolutvůrce léčby, bude se tím zvyšovat účinnost péče a bude docházet ke zlepšování zdravotního stavu nemocného. V ordinacích praktického lékaře je základem všeho dobře provedená anamnéza a fyzikální vyšetření. Porozumění tomu, o čem nás pacient informuje nebo jen nepřímo naznačuje, je základem správné diagnózy (Ptáček et al., 2011). S tím souhlasí i Ptáček a Bartůněk (2015) a doplňují, že aktivní partnerství, vzájemná důvěra a úcta tvoří základ vztahu a dialogu. Upozorňují na to, že sestra i lékař léčí nejen předepsanými způsoby, ale také svým chováním. Komunikace nejen v ordinacích PL by se neměla podceňovat. Nepochopení potřeb nemocného nebo nevhodně užitá komunikace může vyvolávat negativní pocity a zhorší tak spolupráci mezi zdravotnickým týmem a nemocným (Ptáček a Bartůněk, 2015). Neboť správná komunikace pomáhá léčit. Naopak špatně zvolená komunikace může hodně ublížit (Kutnohorská, 2013).

Pro péči o lidi z různých kulturních prostředí je komunikace nezbytná (Kang et al., 2021). Komunikaci můžeme rozdělit na verbální a neverbální. Pro sestru, která se setkává s pacienty odlišné minority je zásadní, aby se seznámila s jejich kulturními hodnotami prostředí, aby měla k dispozici informace o rodině, o životě etnické skupiny, o kulturní identitě skupiny a měla by mít dostatek znalostí o pravidlech pro verbální i neverbální komunikaci a o osobním prostoru pro komunikaci (Ptáček et al., 2011). Nemocní odlišných kultur mají zvýšenou citlivost z důvodu nemoci a změna prostředí. Z toho důvodu je nutné věnovat velkou pozornost právě neverbální komunikaci. Podání ruky ve většině zemí je projevem sympatie, úcty a pochopení. Za nezdvořilost je tělesný kontakt brát v Japonsku, kde upřednostňují úklon na místo pozdravu. Dotek má mnoho významů. Může být součástí vyšetření nebo také projevem empatie. Sestra by měla mít povědomí o tom, kde je či není přijatelné dotýkat se druhých lidí (Kutnohorská, 2013). Úsměv má v transkulturním ošetřovatelství mnoho podob. Často značí projev veselí a

humoru. U Vietnamců má význam omluvy, že zdravotníkovi nerozumí. Může u nich též znamenat překrývání nepříjemné situace (Kutnohorská, 2006).

Lidé jiné etnické a kulturní skupiny většinou neznají jazyk kraje, ve kterém se nacházejí. Naopak plynule zvládají jazyk svojí skupiny. V místech, kde se nejsou schopni dorozumět v důsledku neznalosti jazyka, dojde k neuspokojování potřeby komunikace. V lidech to může vyvolat nepříjemné emoční stavy, jako například frustraci, stres nebo úzkost či hněv. Komunikační bariéra je hrozbou pro většinu sester (Kutnohorská, 2013). Tong (2022) vysvětluje, že dokáže porušit důvěru mezi ní a pacientem a snižuje kvalitu péče. Nedílnou součástí práce v ordinaci praktického lékaře je znalost cizího jazyka. Především ve městech, kde je vyšší koncentrace turistů, ale i cizinců, kteří zde dlouhodobě pobývají. Vojtíšková (2006) popisuje zkušenost, kdy se lidé odlišné kultury domnívají, že povinností zdravotnického personálu je, zvládat komunikaci především v anglickém jazyce a přizpůsobit se jim.

Další možností pro snazší dorozumění je komunikace přes zprostředkovatele. Tím může být osoba nebo pomůcka. Oblíbené jsou komunikační karty, obrázky, slovníky a podobně (Kutnohorská, 2013). Tlumočnicka mezi sestrou a nemocným může opatřit rodinný příslušník. Leckdy je to však problematické. Vznikají spory, které jsou v důsledku chybných překladů. Méně komplikací by nastalo, pokud by pacienti využili profesionálních tlumočnicků (Tong et al., 2022). Pokud sestra ví, že bude komunikovat skrze tlumočnicka, pak je lepší, sejít se s ním dopředu před vlastním tlumočením, pokud to podmínky umožňují. A nechat si na samotný proces překládání mnohem víc času. Sestra by měla mluvit v krátkých větách, bez odborných termínů a přímo na pacienta. Důležité je zabezpečit, aby tlumočnick překládal přesně a nedocházelo tak k dalším potížím. V závěru by se mělo tlumočnickovi poděkovat (Kutnohorská, 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé?

Výzkumná otázka 2: Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé?

3 Metodika

3.1 Použité metody

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

Pro empirickou část této diplomové práce byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl uskutečněn za využití polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným souborem byly sestry pracující v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Rozhovor byl rozdělen na dvě části. První částí byly identifikační údaje, které obsahovaly 3 otázky (jako je věk, dosažené vzdělání a délka praxe) a druhou částí byla obecná část rozhovoru, která obsahovala 20 otázek (viz Příloha 4). Polostrukturovaný rozhovor byl doplněn ve vhodných případech podotázkami.

Obecná část rozhovoru byla rozčleněna na 4 hlavní části – znalost pojmů v oblasti multikulturního ošetřovatelství, zkušenosti s péčí o pacienty odlišné minority, komunikaci sester s pacienty odlišné minority a na charakteristiku sestry a její kompetence v ordinaci PL. Každá část polostrukturovaného rozhovoru zahrnuje určitý počet souvisejících otázek. Před zahájením výzkumného šetření byla provedena pilotáž, kde bylo cílem zjistit, zda jsou otázky pro informantky srozumitelné a zda jsou jejich odpovědi relevantní. Rozhovor byl schválen etickou komisí ZSF JCU zastoupenou předsedou doc. MUDr. Jiřím Šimkem, CSc (viz Příloha 5). Následně probíhal sběr dat během ledna a února roku 2022.

Před zahájením samotného rozhovoru proběhlo představení, uvedl se název práce, cíle práce a podrobnosti výzkumu. Informantky byly ujistěny o naprosté anonymitě a také o tom, že tento rozhovor nebude použit proti jejich osobě. Dotazované sestry byly informovány o možnosti odmítnutí rozhovoru a o možnosti neodpovědět na jakoukoliv z položených otázek.

Rozhovory byly převážně zaznamenány formou zvukového záznamu, a to pouze po předchozím informování dotazovaného a s jeho souhlasem. Dále byly zaznamenány písemnou formou na papír. Pořízené zvukové záznamy byly později doslovně přepsány též do písemné formy. Průměrná délka rozhovoru byla 30 minut.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracující v ordinacích praktického lékaře pro dospělé v Českých Budějovicích, které se setkávají s pacienty z odlišné minoritní skupiny. Tyto sestry byly různého věku, s různou délkou praxe v ordinaci PL a s různým dosaženým vzděláním. Sestry byly zvoleny na základě záměrného kritériálního výběru. Kritériem výběru informantek byla krajová příslušnost a pracovní zařazení v dané oblasti. Z celkového počtu 15 dotazovaných informantek nám 11 z nich poskytlo rozhovor. Bylo tak dosaženo teoretické saturace. V rámci zpracování výsledků jsou tyto informantky označeny jako I1-I11 (I = informantka).

Výzkumné šetření pro výzkumný soubor proběhlo ve městě České Budějovice v deseti různých ordinacích praktického lékaře v lednu a únoru roku 2022. Z důvodu dodržování anonymity výzkumného šetření, konkrétní specifikaci oslovených pracovišť neuvádíme.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: základní identifikační údaje výzkumného souboru

Informant	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková délka praxe v ošetrovatelství	Délka praxe v ordinaci PL pro dospělé
I 1	41 let	vysokoškolské	5 let	4 roky
I 2	54 let	středoškolské	35 let	29 let
I 3	38 let	vysokoškolské	15 let	2 roky
I 4	47 let	vysokoškolské	27 let	1 rok
I 5	42 let	diplomovaný specialista	12 let	8 let
I 6	54 let	středoškolské	36 let	2 roky
I 7	27 let	diplomovaný specialista	8 let	2 měsíce
I 8	47 let	diplomovaný specialista	18 let	11 let
I 9	49 let	diplomovaný specialista + ARIP	29 let	5 let
I 10	52 let	středoškolské	34 let	23 let
I 11	25 let	vysokoškolské	3 roky	3 roky

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní identifikační údaje o všech jedenácti zúčastněných informantkách. Jedná se o čtyři sestry s vysokoškolským vzděláním, o tři sestry se středoškolským vzděláním, o čtyři sestry s dosaženým vzděláním diplomovaný specialista, z nichž jedna prošla vzdělávacím programem v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (dále jen ARIP). Nejmladší informantce je 25 let a nejstarší 54 let. Celková délka praxe v ošetrovatelství je u všech informantek různá. Je v rozmezí od 3 do 36 let. Délka praxe v ordinaci praktického lékaře pro dospělé je též různá a obvykle kratší než celková délka praxe v ošetrovatelství. Praxe sester v ordinacích PL je v rozmezí od 2 měsíců do 29 let.

4.1.1 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky získané během rozhovoru se sestrami pracujícími v ordinacích PL pro dospělé. Pro lepší přehlednost jsou výsledky členěny do kategorií a podkategorií. Kategorizace výsledků vznikla na základě otevřeného kódování po analýze jednotlivých rozhovorů. Základními kategoriemi výsledků jsou 4 oblasti.

Stručný přehled kategorií

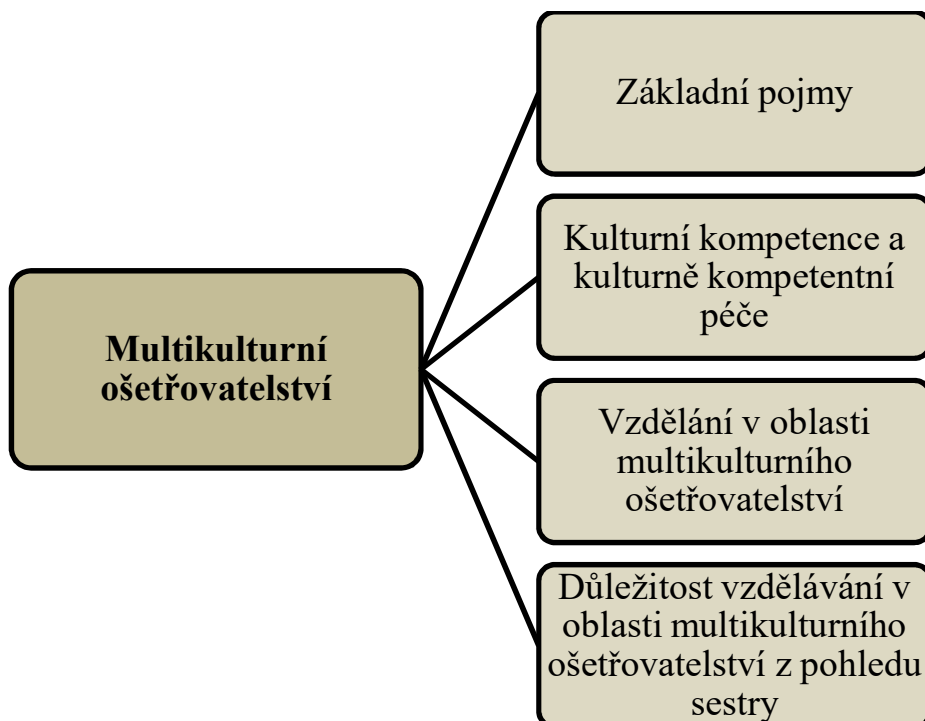
Kategorie 1 – Multikulturní ošetřovatelství

Kategorie 2 – Pacienti odlišné minority v ordinacích praktického lékaře pro dospělé

Kategorie 3 – Sestra v ordinacích praktického lékaře pro dospělé

Kategorie 4 – Komunikační dovednosti sester

Kategorie 1 – Multikulturní ošetřovatelství



Kategorie 1 „Multikulturní ošetřovatelství“ je členěna do 4 podkategorií, které jsou přehledně zobrazeny předchozím schématem. Za pomoci podkategorií jsou zde zachyceny informace o základních pojmech v multikulturním ošetřovatelství, jaké mají

sestry vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství a do jaké míry je pro ně vzdělání v této oblasti důležité.

Základní pojmy

Všem dotazovaným sestrám byla položena otázka, co dle jejich názoru znamená pojem kultura, náboženství, etnická skupina, minoritní a majoritní skupina. Některé odpovídaly okamžitě, jiné potřebovaly více času na přemýšlení. Mezi nejčastější odpověď na první pojem patřilo, že kultura je vlastní každému národu, je to projev nějaké země. Jsou to společné mravy, zvyky, poznatky, všechno to, co lidi v národě spojuje. Informantka 7 kulturu popisuje jako naučené jednání člověka. Informantka 4 popisuje: *„Je to něco, co ten národ vyznává. Každá kultura je samozřejmě jiná, specifická, patří do toho různé věci, ať se to týká literatury, muzeí, divadel.“* Odpovědí, kde bylo zmíněné, že kultura je umění a je to něco, co nás obohacuje, bylo více. Jedna z dotazovaných sester svoji odpověď rozvedla: *„Podle mě je kultura volný čas, který beru k regeneraci, abych mohla pracovat s lidma v dnešní době. Pro mě je kultura dojít si do kina, do přírody, na památky, zatancovat si, zacvičit si.“* Informantka 11 chápe kulturu u každého jedince individuálně. Vysvětluje, že každý se kulturně vzdělává dle svého. Může to být jak internet, tak knihy. Může se jednat o muzea či divadlo. Ale dodává, že se samozřejmě jedná i o vzdělávání na vysokých školách, kde na to studenty připravují. A od toho všeho se kulturní vzdělávání odvíjí. Zajímavá pojetí bylo od informantky 6, která pojem kultura vnímá takto: *„Já si představuji kultivovaného člověka, když to převedu tady na naši praxi, tak je to kultivovaný člověk, který dokáže komunikovat s lidma a ví, co mluví a tak.“*

Definovat náboženství pro sestry tolik obtížné nebylo. Nejčastěji a nejjednodušeji sestry definovaly náboženství jako víru v něco, představily si věřícího člověka, modlitbu, navštěvování kostela. Informantka 2 zmiňuje, že náboženství má každý jiný a že každý se k nějaké víře upíná. Informantka 1 doplňuje, že je to smysl života a může to být cíl života. *„Náboženství je v podstatě to, v co věří ta země, jestli je to islám nebo křesťanství. Čím se projevuje a kdo je jejich představitel,“* tak definuje pojem informantka 3. Jedna z dotazovaných sester I 10 odpovídá: *„Pro mě je to něco úplně neznámého. Jsem vyloženě ateista. Takže k tomu Vám moc neřeknu.“* Naproti tomu informantka 11 popisuje: *„... jsem křesťanka, jsem věřící, ale do kostela nechodím. Myslím si, že je hezký a dobrý něčemu věřit. Ať už věří v Boha nebo zda to jsou židé,*

muslimové, nemám proti nim nic. Myslím si, že je dobře, že má každý svoji víru a neodsuzují nikoho za to. Je to fajn, když někdo něčemu věří, opírá se to samozřejmě i na jeho zdraví, na jeho životě.“

Další pojem byl etnická skupina. Více jak polovina dotazovaných zmiňuje, že je to menší skupina lidí vyznačující se nějakým specifickým. Mají stejnou kulturu, náboženství, myšlení a jazyk. Informantka 1 shrnuje: „... je to vlastně etnikum.“ „Jsou to lidé, rasově oddělení od nás“ odpovídá informantka 5 na položenou otázku. Jako příklad uvádí informantky 2 a 4 Romy jako etnickou skupinu. Informantky 6 a 8 ne úplně přesně popisují: „Různí věřící lidé, kteří jsou zařazeni do různých etnických skupin. ... je to v podstatě jako náboženská skupina, akorát to není oficiálně pojmenovaný jako náboženství. Etnická skupina má stejné zvyky a stejný způsob života.“ Sedm z dotazovaných sester zvládlo vysvětlit rozdíl mezi minoritní a majoritní skupinou. Například I 1 uvádí: „Minoritní skupina je malá, menšinová a je součástí majoritní skupiny. Majoritní skupina je naopak většinová skupina.“ Zbylé čtyři dotazované sestry se s tímto pojmem neselekaly a neumí ho vysvětlit.

Na otázku, zda mají výše zmíněné pojmy něco společného odpovídají sestry jednomyslně, že spolu určitě souvisí. Informantka 4 odpovídá: „Společný by měly mít stejný zájem na té zemi, ve které žijí. Akorát si nemyslím, že to v praxi skutečně je a většinou majoritní společnost válcuje ty minority, aniž by třeba přihlížela k tomu, co oni by potřebovali.“ Podobně popisuje I 6: „Neměly by se dělat rozdíly. V péči o pacienty by měli mít všichni pacienti stejné nároky.“ Jedna z dotazovaných sester stručně uvádí: „Mají společné multikulturní ošetrovatelství.“ Zajímavě odpovídá i informantka 3: „Skupinu lidí, důvěra v něco, v podstatě bych řekla uskupení se v rámci toho, že ta skupina je sjednocená či jednotná...“

Kulturní kompetence a kulturně kompetentní péče

Na otázku, co pro vás znamená kulturně kompetentní péče a jak by měla vypadat, tak tři dotazované sestry nedokázaly odpovědět. Pěkně to popisuje informantka 1: „Je to pacientův tradiční způsob péče. souvisí to se zemí, ze které pacient je. Je to taková péče, která odpovídá kultuře, snažíme se splnit pacientovo očekávání.“ O důležitosti komunikace mluví I 11: „Myslím si, že je to to, že se naučíme s těmi lidmi komunikovat. Pokusíme se, aby se nám pacient odlišné minority otevřel a dokázal se nám svěřit. ... když pacientovi naruším jeho zvyky, tak se mi uzavře a vůbec nic se nedozvíme a špatně

se komunikuje. Chybí důvěra pacient a lékař. Sestra má být natolik vzdělaná a dokáže odhadnout situaci s tím, že se nějak přizpůsobí pacientovi a jeho kultuře.“ Stejný názor mají I 3, I 7 a I 8: „Nějakým způsobem dodržovat zásady toho, co člověk vyžaduje v rámci svojí kultury. To znamená, že pokud něco vyžaduje v rámci toho, že je v jiné oblasti životní než já, tak to trochu dodržovat a zaměřit se na to.“ Na příkladu to popisuje informantka 4: „Představuji si pod tím to, že tyto malé skupiny mívají různý přístup k intimitě. Takže když budu mít ženu původně islámského vyznání, tak se asi nebude chtít slikať před lékařem. Pak třeba, co se týká romských etnik, tak jsou takový hodně otevření, tak tam bych nerada, kdybych je měla v čekárně a řešila s nimi intimní věci, čehož jsou schopni.“ Dvě z dotazovaných sester nevidí rozdíl při poskytování standardní péče oproti kulturně kompetentní. Informantka 5 nevnímá rozdíly u pacientů. Spíše vnímá pacienta jako komplet a vždy se snažím empaticky přistupovat k těmto lidem. Péče o pacienty je pro ni natolik individuální, že nekouká na kulturní kompetence a rozdíly v péči o ně. Podobný názor má I 9: „Péče mi přijde ať je kulturně kompetentní nebo jiná, vždycky péče musí být stejná. Přijde mi, že nemůžeme rozdělovat, jestli ten pacient je odtud či odjinud. Je pravda, že v případě Indky se snažíte respektovat to, co chce a zajistit pohodlí z obou stran. Lékaři se rozhodně lépe vyšetřuje, když člověk spolupracuje, a ne když má mít nějaký jiný problém. Takže si myslím, ať už je to menšina nebo někdo jiný, tak péče by měla být stejná.“

Mnoho různých odpovědí jsem získala, když sestry vysvětlovaly pojem kulturní kompetence a jejich postoj k nim. I 10 jako jediná si pod tímto pojmem nic nepředstavila. I 9 nejistě odpovídá: „Podle mě ta kompetence souvisí se vztahem k tomu dotyčnému, tedy pacientovi.“ Taktéž se vyjadřuje i I 7: „Znamená to asi, že ke každé národnosti je trochu jiný přístup.“ Zamýšlet se nad tím, z jaké původní kultury člověk vyšel a že může mít jiný názor a jiný přístup k tomu, co po něm požadují, takový je názor informantky 4. „Snažit se vyhovět pacientům, co nejvíce to jde, abychom naplnili jejich potřeby,“ o tom mluví informantka 11. Dotazovaná I 2 otázku komentuje podobně jako I 11: „... naplňovat potřeby, také aby se hezky chovali k pacientům, aby na ně nevyjížděli a hezky jim věci vysvětlovali, i když v dnešní době je to velice těžký při tom shonu u praktiků, ale pokud to jde, tak se snažit věci jim vysvětlovat, protože určité věci jsou pro nás samozřejmostí, ale pro pacienty ne.“ Informantka 3 otázku pochopila jako jediná ze sester z pohledu vzdělání: „Pojem chápu, že mám na to vzdělání, mám na to aprobaci a můžu se tomu v téhle oblasti věnovat i v rámci té kultury.“ Všechny

kompetence považuje za stejné a bez rozdílu I 1, I 5 a I 6: *„Beru všechny kompetence stejně, ať jsou kulturní nebo ne.“*

Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že se nikdy nezamýšlely nad svými kulturními kompetencemi. Informantka 5 přiznává: *„Asi poprvé dnes.“* Jaké kulturní kompetence mají sestry v ordinacích praktického lékaře byla jednou z otázek, u kterých dotazované sestry přesně nevěděly, co odpovědět. Informantka 7 a 8 na otázku neodpověděly vůbec. Že jsou kulturní kompetence stejné jako ošetrovatelské kompetence a rozdíl je pouze v přístupu k pacientovi, na tom se shodly I 1 a I 10. Zbylé sestry uvádějí, že kulturní kompetencí sester v ordinacích PL je komunikace. Informantka 3 vysvětluje: *„Rozhodně komunikace, my jako sestřičky u praktika fungujeme jako filtr, kdy ta první komunikace jde přes nás a následně pak přes lékaře. Snažíme se lidem vyhovět, spoustu věcí zařídíme. Je to hodně o komunikaci a o přístupu k těm lidem.“* Jazykovou bariéru vidí jako problém informantka 5: *„Asi tedy jazyková bariéra, to mi přijde jako jediný rozdíl. Všechno vysvětlit, protože chci, aby pacient odcházel informovaný a věděl, co se s ním bude dít, co se děje a jak si on sám anebo my jemu můžeme pomoci.“* I 11 upozorňuje na to, že se více snaží mluvit s pacienty než s tlumočníky, jelikož je důležité mluvit právě s pacientem, aby neměl pocit, že mluvíme „za ním o něm.“

Vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství

Všechny dotazované vysokoškolsky vzdělané sestry získaly své teoretické znalosti o multikulturním ošetrovatelství při studiu. Při studiu získala teoretické znalosti ještě informantka 7 a 9. Jejich dosažené vzdělání je vyšší odborné. Informantka 9 upřesňuje: *„Studovala jsem za doby, kdy tady byli vlastně jenom Romové, a ještě byli svým způsobem na okraji společnosti. Když jsem studovala ARIP, tak tam jsme měli zaměření na multikulturu.“* Dosažení teoretických znalostí přisuzují I 2 a I 10 praxi ze života a znalostí etického kodexu. *„Na škole byl základ etického kodexu a ten platí pro všechny kultury, takže speciálně kvůli kulturám, že bysme měli něco, to ne,“* vysvětluje I 2. Zbylé dotazované sestry se shodují na tom, že jejich studium se nezaměřovalo na oblast multikulturního ošetrovatelství. Informantka 5 vzpomíná: *„Nejsm si vědoma, že bychom se na tohle zaměřovali při studiu.“*

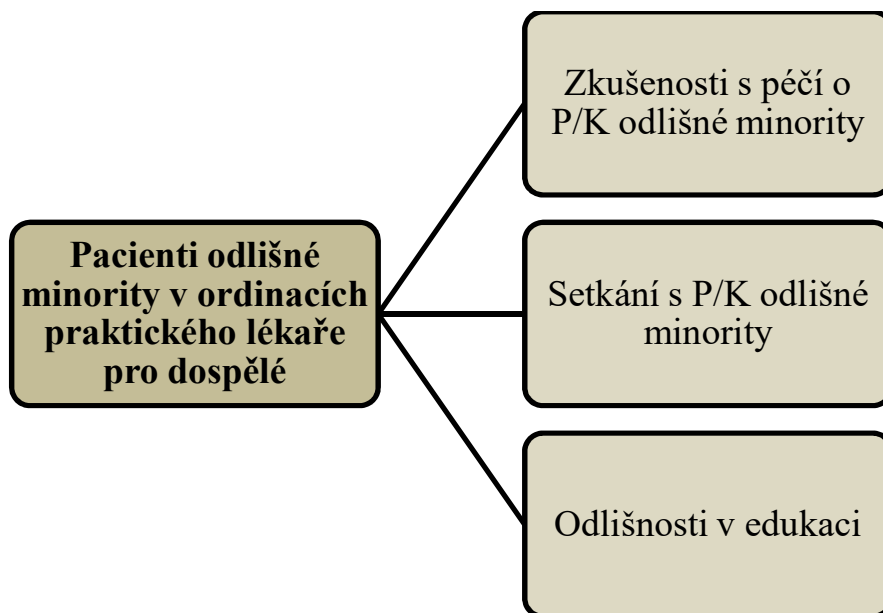
Následující otázka byla směřovaná k sestrám, které by byly ochotné dále se v oblasti multikulturního ošetrovatelství vzdělávat. I 2, I 4, I 5, I 6, I 8, I 9 a I 10 se shodly na tom,

že by se nechtěly v této oblasti dále vzdělávat. Informantka 8 doplňuje, že jí stačí praxe v ordinaci. Naopak I 1, I 3, I 7 a I 11 by rády ve studiu dále pokračovaly. I 1 upřesňuje, že do školy se vrátit nechce, ale kurzy by se jí líbily. Informantka 3 má obavy, aby vše stíhala s prací a osobním životem: *„Byla bych ochotná dále se vzdělávat, kdybych to sesynchronizovala časově s chodem ordinace a rodiny.“* Poslední otázka v této podkategorii se zaměřuje na účast na školeních či vzdělávacích kurzech v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Z výsledků jasně vyplynulo, že žádná z dotazovaných sester se neúčastnila vzdělávacích kurzů nebo školeních. Informantka 2 rozhodně tvrdí: *„Ne, neúčastním se kurzů. Já to v praxi ani nepotřebuju.“* Naproti tomu I 6 překvapeně odpovídá: *„Ne a ani nevím, že něco takového je.“*

Důležitost vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství z pohledu sestry

Na to, zda je nebo není vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství důležité, mají sestry odlišné názory. I 5 a I 10 obecně zmiňují, že jakékoliv vzdělání je prospěšné a důležité, ať se to týká kterékoliv oblasti. A je důležité se obohacovat. I 1 a I 11 srovnávají důležitost vzdělání v nemocnicích a v ordinacích PL. *„Myslím si, že to důležité je hodně. A my jsme třeba obvod, tady tolik lidí nemáme. Ale v nemocnici těch akutních případů je mnohem víc, a proto si myslím, že tam je to důležitější,“* popisuje informantka 11. Důležitost vzdělání vnímají pozitivně I 3, I 4, I 7 a I 8. Informantka 4 svoji odpověď rozvádí: *„... myslím si, že etnik nebo minorit bude čím dál tím víc, tak bych to nějak vnitřně považovala za dobrou věc, takže abychom je nezválcovali jenom proto, že jsme majoritní společnost.“* Negativní postoj zastávají zbylé tři informantky. Chtějí jednotný přístup ke všem pacientům bez rozdílu. Striktní postoj zastává I 6, když tvrdí: *„Popravdě řečeno vzdělání v této oblasti důležité či prospěšné ani moc není. Protože já jsem v Čechách a předpokládám, že ten člověk, pokud chce tady žít, tak bude dodržovat naše zákony. Že se přizpůsobí.“*

Kategorie 2 – Pacienti odlišné minority v ordinacích praktického lékaře pro dospělé



Kategorie 2 „Pacienti odlišné minority v ordinacích praktického lékaře pro dospělé“ je členěna do 3 podkategorií, které jsou přehledně zobrazeny v předchozím schématu. Za pomoci podkategorií zjišťují zkušenosti sester s péčí o P/K odlišné minority v ordinacích PL pro dospělé. Jak často se s nimi sestry setkávají a jaké překážky se vyskytují během poskytované péče. A v poslední podkategorii se zaměřujeme na odlišnosti v oblasti edukace P/K z minoritní skupiny.

Zkušenosti s péčí o P/K odlišné minority

Každá z dotazovaných sester se ve své profesi setkává s pacienty odlišné minority. Dvě z dotazovaných sester mají problém s Asiaty, jelikož se s nimi nedokážou domluvit. I 11 vysvětluje: „S Asiaty komunikace trochu horší, většinou s nimi jde dcera nebo někdo, kdo umí dobře česky. Je s nimi velmi složitá komunikace. Mně přijde, že když nerozumí, tak se samozřejmě usmívají a pak my se nedozvíme ten problém.“ I 10 doplňuje: „... oni vám odsouhlasí úplně všechno, ale pak ve skutečnosti se nedozvíte vůbec nic. Mluví svým rodným jazykem. Nesnaží se rozumět, jen pár slov rozumí, ale nedokážou odpovědět.“ Dobré zkušenosti s péčí o P/K odlišné minority mají I 2, I 5, I 6, I 8 a I 9. Informantka 9 uvádí: „Máme tady romskou populaci, chodí sem, ale ve většině naši pacienti jsou relativně slušní.“ O zkušenostech kladně mluví i informantka 2: „Nejsou špatný, řekla bych, že někdy ty skupiny, u kterých si člověk myslí, že jsou vyčleněny

z naší společnosti, tak převyšují inteligenci a překvapují chováním ve zdravotnictví.“ Jedna z dotazovaných sester, I 3, získala své zkušenosti nejen v ordinaci praktického lékaře, ale i v agenturách domácí péče: *„Nenij u praktika, ale i v Praze, když jsem byla s ADP, tak jsem se s pacienty odlišné minority setkávala.“* V rámci zaměstnaneckých prohlídek se s cizinci setkává I 4: *„My se tady setkáváme vlastně akorát s cizincema, převážně teda Ukrajinci a ti jsou v rámci zaměstnaneckých prohlídek. ... v rámci závodních prohlídek k nám chodí.“* Sestry se setkávají s velkým množstvím pacientů odlišné minority. Především zmiňovaly Romy, Vietnamce, Ukrajince, Rusy, Slováky, Rakušany, muslimy, Italy, Japonce, Číňany, Indý. Informantka 3 navíc přidala ještě zkušenost s křesťany, jehovisty, mormony, adventisty sedmého dne, členy pravoslavné církve a judaisty. Nejbohatší zkušenosti mají informantky 1, I 2, I 5, I 7, I 9, I 10, I 11 s romskou populací. Mimo Romy se často informantka 3 setkává ještě s Vietnamci a Ukrajinci. Informantka 4 se nejvíce setkává s Ukrajinci a informantka 8 naopak zase s Afričany. Odlišnost v péči o P/K odlišné minority nevnímají informantky 4, I 6 a I 9. *„Vůbec není odlišná, bereme to pacient jako pacient,“* vysvětluje I 9. Komunikační bariéru zmínily I 3, I 5, I 7, I 8, I 10 a I 11. Pro informantku 8 je velice náročná komunikace v cizím jazyce: *„Péče je velmi odlišná, jelikož je náročná komunikace v cizím jazyce. Komunikace je tady základní, nezacházíme do žádných detailů. Pak musí fungovat překladač a podobně. ... Prostě jazyková bariéra tam je.“* Informantka 5 potvrzuje: *„... Někdy trvá delší dobu, než se pochopíme.“* Přestože tu Vietnamci žijí roky, tak nemají tendenci se česky naučit a mluvit neumí, v tom se shodují I 10 a I 11. Náročnost péče o pacienty odlišné minority vidí I 7 u Romů: *„Tak Romové třeba dávají hodně najevo svoje emoce, hodně se všeho bojí, hodně všechno prociťují, více než je zdrávo, podle mě. Hodně se zaměřují na rodinu, je jich tu třeba alespoň pět spolu.“* S tím souhlasí i I 3: *„... málokdy se stane, aby Rom přišel sám.“* Informantka 1 si nemyslí, že péče u těchto P/K je odlišná, ale spíše jsou jiné požadavky: *„Péče jako taková odlišná není, ale jsou jiné požadavky. Je zde opatrnější komunikace, jiný přístup. Ošetřovatelská péče ale jiná není, ta je u všech stejná. Mají stejné nároky, ale pouze se snažím o individuální přístup. To tu platí nejvíce.“*

Jedna z otázek byla zaměřena na překážky, se kterými se sestry setkávají při poskytování péče pacientům odlišné minority. Pět dotazovaných sester vidí překážku již ve zmiňované komunikaci. Žádný jiný problém nesdělily. Informantka 3 a I 4 se ve své

profesi nesetkaly s překážkami při poskytování péče. I 3 vzpomíná: „*Nejde přímo o překážku, ale když nastal nějaký zdravotní problém, tak jehovisti chtěli uvést do dokumentace, že nepřijímají krevní transfuze, jinak nic.*“ Pokud potřebují cizinci potvrzení v cizím jazyce, pak se to pro I 7 stává překážkou, jelikož nemají žádný program na přeložení dokumentů a jiné přeložené formuláře také nemají. Informantka 8 se setkává s muslimkami, se kterými je práce opravdu náročná: „*U muslimů nastupuje to, že vždy přichází ve dvojici. Někdy se stává, že ženy nejsou ochotné svléknout se. I když tu mají třeba manžela. To se občas stane. A pokud by tu manžel s nimi nebyl, tak to rozhodně nepřipadá v úvahu. Snažíme se jim vysvětlit, že pokud se nesvléknou, tak je nemůžeme vyšetřit. Většinou se nakonec tedy svléknou.*“ Zajímavý postřeh měly I 2 a I 9. „*Co se týče trpělivosti, tak všechny ostatní národy jsou trpělivý, ale my jsme takový národ, který je netrpělivý. ... přijde mi, že všichni jsou trpěliví narozdíl od Čechů,*“ uvádí informantka 9. Podobně to popisuje I 2: „*... jiné národy se nám snaží vyjít vstříc a my zase jim. V tom jsou Češi odlišní.*“ Informantka 9 má ještě zkušenost, že i přes opakované vysvětlování, co a jak mají pacienti udělat, tak druhý den přijdou a tváří se, jako když vše slyší poprvé. V takovém případě je práce s nimi opravdu komplikovaná.

Poslední otázka v této podkategorii se zaměřuje na rozdíly v péči o pacienty odlišné minority v primární a sekundární péči. Jedna z dotazovaných sester v sekundární péči nikdy nepracovala, proto na tuto otázku neodpovídala. Dále informantka 4 a I 8 nedokázaly dost dobře na otázku odpovědět. „*To asi nemohu srovnat, jelikož moje původní profese byla anesteziologická sestra a já na tomto oddělení těžko řeším minority. Tam jsou všichni na ventilátoru a péče se odvíjí od akutního stavu,*“ popisuje s úsměvem I 4. Ve své odpovědi rozdíl v primární a sekundární péči pěkně vystihla informantka 1: „*V sekundární péči máme možnost více poznat pacienta, více zjišťovat jeho názor, věnovat se mu, několikrát jdu za ním na pokoj během dne, je hospitalizován déle. V primární péči jde především o chvilkový kontakt, nezjistím toho tolik, nejsem s ním dlouho. Je rozdíl tedy v míře kontaktu.*“ Jinak na otázku odpovídá I 3: „*Nemocnice je taková specifická v rámci problematiky a toho onemocnění. ... Děláme to první vyšetření a následně posíláme lidi ke specialistům. Nemocnice se poté zaměřuje na ten specifický problém, který člověka trápí.*“ Někdy se sám pacient pokouší dostat do nemocnice, takovou zkušenost popisuje I 7: „*Já bych řekla, že tady jim jde hodně o to dostat se do nemocnice. Snaží se být vyšetřeni od shora dolů a když se nic nenajde, tak*

si hledají záminky, aby mohli být vyšetřováni dál.“ Chvíli se setra odmlčela a poté se smíchem dodává: „V nemocnici je to s nimi občas tragédie. Ne se všemi samozřejmě. Ale někdy to vážně prožívají a prožívá to hlavně celá rodina s nimi.“ O tom, že se rodina semkne dohromady, více se zajímá o zdravotní stav pacienta a chodí ho navštěvovat, mluví informantka 5. Tři z dotazovaných sester, I 6, I 9 a I 10, si nemyslí, že nějaký rozdíl v sekundární a primární péči je. Informantka 6 vzpomíná na to, když pracovala v sekundární péči: „Pracovala jsem v nemocnici před 26 lety. A že by tam byly nějaké rozdíly? Možná třeba že nemají pojištění, ale pokud myslíte v péči o člověka, tak jsem si nevšimla nějakých rozdílů.“

Setkání s P/K odlišné minority

Hlavním cílem bylo najít sestry v ordinacích praktického lékaře pro dospělé, které se setkávají s pacienty odlišných minorit. I 4, I 7 a I 8 uvádějí, že se denně s takovými pacienty setkávají. I 2, I 3, I 5, I 9, I 10 a I 11 se s takovými pacienty setkávají běžně minimálně jednou do týdne či dvou. Zbylé dvě informantky se s takovými pacienty setkávají o něco méně. Různé odpovědi se nám dostaly na otázku, jak vás přijímali P/K odlišných minorit. Informantka 5 pracuje u praktického lékaře osm let, vzpomínala na začátek její praxe v této ordinaci: „Rozdíl tam byl. Zrovna u těch Romů pár konfliktů bylo. Oni strašně pospíchaj a některé věci si opravdu vynutí, ale to bylo opravdu malinkato. Ale když mě poznali a zjistili, že se jim budu věnovat, tak tohle odpadlo úplně.“ Zkušenost s muslimy má informantka 8: „Občas se najde někdo, kdo kouká z vejšky, hlavně chlapi. Ale je to výjimka. Spíš jsou to takové ty muslimské národnosti.“ „Oni mě potřebovali. Lidé, když někoho potřebujou, tak se chovaj jinak. Byli rádi, že jsme ochotni udělat, co potřebujou,“ takto přijímají P/K odlišných minorit informantku 6. Podobně to hodnotí I 10 a I 11. „Při prvním setkání si udržují odstup, ale pak, když zjistí, že s nimi komunikujeme, nepřehlídíme je, chováme se tak, aby si nepřipadali úplně cizí, tak je to dobrý,“ popisuje I 10. Informantka 11 doplňuje: „Ukrajinky, které tu máme, tak jsou takové vstřícnější. A jsou pokorný, vděčnější, lépe se s nimi dá komunikovat.“ Na komunikační bariéru si stěžovala I 1. Naopak I 3 zmiňuje: „U nás v ordinaci jsme schopni komunikovat všichni v angličtině. Přijímáme pacienty, co mluví cizojazyčně, na rozdíl od jiných ordinací v Českých Budějovicích.“ Tři dotazované sestry, I 2, I 4 a I 7 přikyvují, že pacienti odlišných minorit je přijímali stejně jako jiní pacienti a odlišnosti neviděly.

Pouze tři informantky, I 3, I 10 a I 11, se nějakým způsobem dopředu připraví na setkání s pacienty odlišné minority. Zbýlých osm dotazovaných žádnou přípravu nemá. Častým důvodem bylo, že na to nemají čas anebo spoléhají na to, že to „tak nějak vyplyne“ ze situace. I 1 poznamenává: *„Dříve nebyl objednávací systém, to až teď. Dříve jsem nevěděla, kdo ten den přijde. Čerpám z toho, co vím.“* Informantky 10 a I 11 si nechávají více času na tyto pacienty, jelikož ví, že komunikace s nimi je složitější a delší. Informantka 3 svoji přípravu popisuje takto: *„Asi co se týče jazyka jsem si připravovala něco v angličtině. Pak jsem dokázala vysvětlit, co budeme dělat.“*

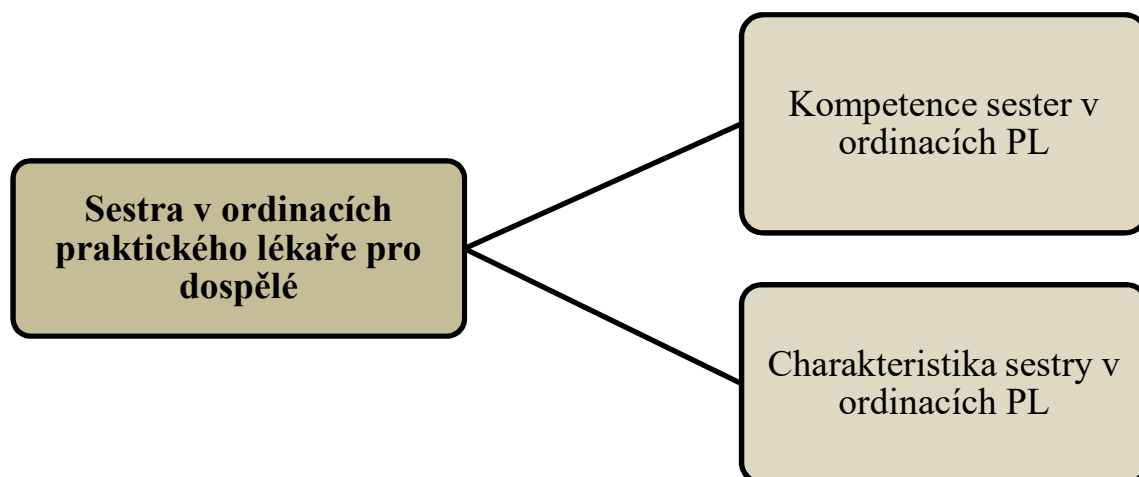
Další otázka se zaměřovala na změnu počtu registrovaných pacientů odlišné minority u PL pro dospělé. Sestry vzpomínaly, do jaké míry se počty zvyšovaly nebo snižovaly. Informantka 3, I 4, I 5, I 6, I 8 a I 9 nepozorují změnu v množství registrovaných pacientů. Častým důvodem však bylo, že za poslední roky nepřijímali žádné nové pacienty. Informantka 9 na otázku odpovídá takto: *„Nezměnila se, Romové tu byli už když jsem sem nastoupila a poté, co odešla druhá paní doktorka, tak neregistrujeme, a proto se stav nemění.“* Zbýlé informantky uvádějí, že se počet registrovaných pacientů oproti předešlým rokům zvýšil. Především přibylo Vietnamců a Ukrajinců. I 2 doplňuje: *„Přibylo víc Vietnamců, jsou to už i děti těch Vietnamců, kteří k nám chodili, takže už jsou počestěly, částečně. A jinak u Romů to zůstává stejné.“* 2 Angličani a několik Vietnamců přibylo i v ordinaci informantky 1.

Odlíšnosti v edukaci

Poslední oblast se zaměřuje na odlíšnosti edukace P/K z minoritní skupiny oproti majoritní. Hlavním rozdílem je jazyková bariéra, která nastává mezi cizincem a sestrou. Informantka 4, I 7, I 10 a I 11 zmiňují důležitost zpětné vazby, aby se ujistily, že pacienti správně pochopili to, co jim bylo řečeno. Shodně odpovídaly I 10 a I 11: *„Víckrát opakujeme, ale chceme, aby nám to zopakovali. Často se stává, že nám to odkývají, ale nerozumí. A Vietnamci mi přijdou takoví flegmatictější a že na ně je třeba trochu víc zatlačit. Že sami to nesplní a rodina tam hraje velkou roli. Někteří udělají to, co jste jim řekli, ale na jiné musíte dohlížet a jsou více nespolehliví.“* Jinou zkušenost má s Vietnamci I 6: *„Vietnamci nebo Japonci, když přijdou, tak jsou kultivovanější než ti ostatní. Jsou takoví, že poslechnou ještě dřív, než jim něco řeknu.“* O edukaci se často stará lékař, jelikož má větší znalosti cizího jazyka než sestra. Takovou zkušenost mají I 1, I 5 a I 8. Dobrou praxi s edukací u Romů má I 5: *„... Romové jsou perfektní. Je to*

dané tím, že umí česky a velice se snaží. Máme tu jednoho pána, který nedodrží léčbu, chodí na poslední chvíli, když už to opravduhoří. Ale to není daný tímtníkem, ale spíš osobností člověka, jaký vlastně je.“ Podobný názor má I 3: „Je nutné více vysvětlovat. Neřekla bych, že Romům, ale spíš cizincům, co mluví hůř česky, takže jim to víc vysvětlím, ukážu v papírech vše, co potřebují vědět.“ Opačnou zkušenost mají I 1 a I 9, „... je to s nimi velice těžký. Prostě opakovat, opakovat a opakovat. Někteří to pochopí, ale někteří to nepochopí ani když jim to řeknete šestkrát,“ rozčilovala se informantka 9.

Kategorie 3 – Sestra v ordinacích praktického lékaře pro dospělé



Kategorie 3 „Sestra v ordinacích praktického lékaře pro dospělé“ je členěna do 2 podkategorií, které jsou přehledně zobrazeny v předchozím schématu. Podkategorie blíže popisují kompetence sester v ordinacích PL a pokouší se charakterizovat sestru v těchto ordinacích.

Kompetence sester v ordinacích PL

V ordinacích praktického lékaře mají sestry mnoho činností, které vykonávají. Odpovědi dotazovaných sester na otázku, jaké výkony nejčastěji provádějí v ordinacích praktického lékaře se liší v maličkostech. Z výsledků vyplynulo, že rozdělují svoji práci na administrativní část a ošetrovatelské činnosti. Administrativní část obsahuje vedení

neschopenek, registrace pacientů, sběr anamnézy od pacienta, vystavení dokladů při zaměstnaneckých prohlídkách, podklady pro řidičské průkazy, vedení celkové dokumentace, psaní elektronických receptů a v době pandemie COVID 19 telefonické konzultace. I 2 doplňuje: „*Patří sem psaní všech možných tiskopisů, jako psaní důchodů, pojistek, výpisů, které dělá paní doktorka, ale já jí je napůl připravím a ona je zkontroluje a doplní.*“ Mezi ošetrovatelské činnosti sestry zařazují měření saturace, řešení akutních stavů, záznam EKG, měření CRP, INR, TK, odběr krve, aplikace injekcí s.c. a i.m., sledování glykovaného hemoglobinu, kontrolu zraku, očkování, ošetřování ran a jejich převazy, stěry z ran, výplachy abscesů a stěry na COVID 19. Informantka 1 přiznává: „... *po domluvě a dle ordinace lékaře podáváme analgetickou léčbu do žíly, i přestože to není zvykem.*“ Informantka 9 jako jediná zmiňuje, že u pacienta dělají předoperační vyšetření.

Na otázku, jak je vaše ordinace u PL uzpůsobená pro P odlišných kultur se nám dostalo jednotné odpovědi od všech dotazovaných sester. Shodly se na tom, že jejich ordinace není nějak speciálně uzpůsobena pro pacienty odlišné minority. Informantka 7 a I 9 reagují na otázku podobně: „*Nene, uzpůsobené to nemáme vůbec, ani brožurky nebo letáky v cizím jazyce tady nejsou.*“ Odpověď podobného zaměření má I 4: „*Ne, navíc si myslím, že tu nic nemáme. Nikdy to nevyšlo z praxe, že by to bylo potřeba. Na nic jsme zatím nenarazili, že by to bylo až tak odlišný, že bychom to museli nějak jinak řešit.*“ Informantka 6 rozhodně tvrdí: „*Mají stejnou péči jako ti ostatní. Mají stejné tělo jak ostatní, takže nevím, co navíc by potřebovali.*“

Charakteristika sestry v ordinacích PL

Charakterizovat, jak by měla vypadat dobrá sestra v ordinaci praktického lékaře, nebylo pro dotazované sestry obtížné. Mnoho z nich se rozpovídalo. Všechny se shodly na tom, že by sestra měla být komunikativní, vstřícná, usměvavá a trpělivá. Informantka 9 neopomíná organizační schopnosti, které by sestra určitě měla mít. S tím souhlasí I 8 a rozvádí svoji odpověď: „... *měla by být asi trošku praktická, je tu totiž dost věcí najednou. Systematická, jelikož tady je milion papírů. Schází se vám veškerá dokumentace od všech odborných specialistů, takže se to zakládá, skenuje, posílají se žádosti pro lázně. Nějaký systém v tom sestra musí mít.*“ Informantka 3 doplňuje: „*Měla by být dost dobrý plánovač a synchronizovat si chod ordinace a práci, zvládat management ordinace. Musí být prostě šikovná. Taková akční bych řekla.*“ Aby měla

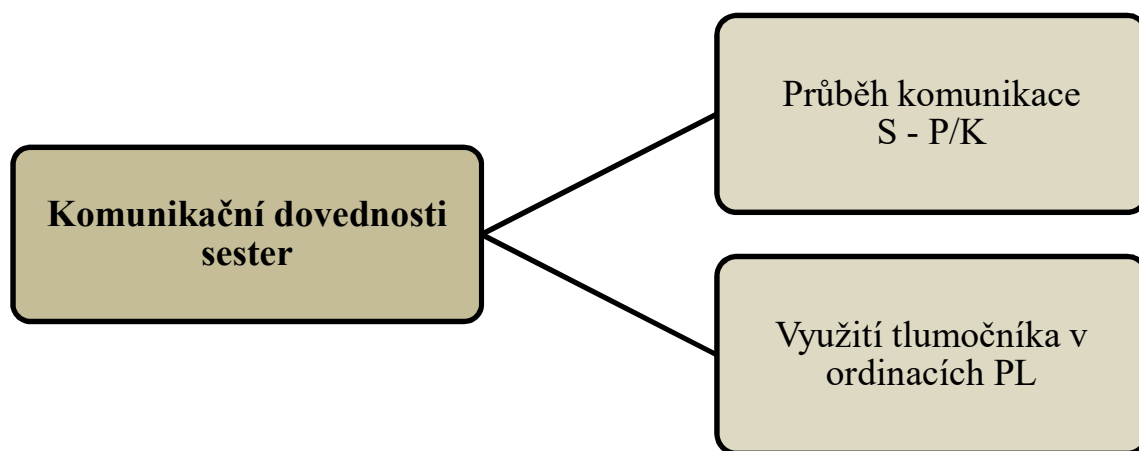
sestra autoritu a zároveň byla utěšitelkou, s tím sympatizuje informantka 6: „*Sestra by měla být vstřícná k lidem, ale na druhou stranu by měla mít autoritu. Sestřička je vlastně mezi tím pacientem a doktorkou, takže já cítím, že občas se ten pacient podívá na mě, protože když má strach, tak si myslím, že ho nějak zachráním nebo tak. Tak se člověk snaží nějaký ten milý úsměv a trošku ho konejšit, aby neměl takový strach. ... Spíš je jako taková utěšitelka, řekla bych.*“ Dotazované sestry se shodly také na tom, že by měla být sestra empatická a měla mít pro pacienty pochopení. „*V dnešní době je to velice těžký, protože společnost se velice proměnila. Lidi neposlouchají, neumí číst. Ve chvíli, kdy neví kde bydlí a kde pracují. Sestra by měla být ve své podstatě milá, ale bohužel to vždycky nejde,*“ smutně konstatuje informantka 2. Dotazovaná sestra I 11 v neposlední řadě dodává, že by sestra měla umět filtrovat práci a osobní život.

Další otázka této podkategorie se vztahovala k tomu, jak by správná sestra vypadat neměla a jaké by neměla mít vlastnosti. I 10 a I 11 se shodly na tom, že tuto práci nesmí dělat někdo, kdo ji nemá rád. I 1, I 6 a I 7 mluví o tom, že by sestra neměla být agresivní, zaujatá vůči některým lidem a neměla by mít předsudky. Podobně svoji odpověď popisuje i I 5: „*Je hodně špatně, když je neempatická, je vzteklá a když řeší své osobní problémy v práci a tím pádem ta nálada není taková jaká by měla být. Pacienti to vycítí, a hlavně je to ani nezajímá. Vy jako sestra je vlastně vůbec nezajímáte jako lidi. Oni přišli kvůli sobě.*“ Dotazovaná sestra, I 4, zamyšleně odpovídá: „*Asi by neměla být vyhořelá, protože si myslím, jakmile je, tak se od toho odvíjí špatná rozhodnutí. to bych tedy asi viděla za ten základ.*“

Informantky 1, I 2, I 5, I 6, I 8, I 10 a I 11 nesouhlasí s tím, že by věk sestry nějakým způsobem ovlivňoval péči o pacienty odlišné minority v ordinaci praktického lékaře. Informantka 5 a I 6 zmiňují, že spíše zkušenosti sester ovlivňují péči o pacienta odlišné minority. „*Věk asi ne, můj názor je takový, že spíše zkušenost sestry, to, jak přistupuje k té práci. V tom zda sestra bude znát specifika péče o pacienty jiných kultur, tak věk roli nehraje,*“ rozvádí svoji odpověď I 5. Povaha a osobnost sestry ovlivňují péči o pacienty odlišné minority, takový názor mají I 1 a I 8. „*Věk sestry určitě ovlivňuje péči o zmíněné pacienty, protože starší sestry neumí mluvit jinými jazyky a těžko se s nimi domlouvají, nemají takové ponětí,*“ takový názor zastává I 7. S ní souhlasí i I 9. Informantka 4 dodává, že nejen věk, ale i délka působení na jednom pracovišti může ovlivnit péči o pacienty odlišné minority v ordinaci PL. U této otázky se rozpovídala I 3: „*Určitě jo, nemyslím si, že by byla chyba, kdyby tam byla nějaká mladá holka, zase na*

druhou stranu, když jsou tam starší sestřičky, je to také dobrý, ale v rámci náporu té práce je to náročnější po fyzické stránce. Více to vyčerpává. Ale to je věkově dané a myslím si, že v jakékoliv oblasti a aby důležité je, aby byla zdravotně způsobilá a nebyla chronicky nemocná.“

Kategorie 4 – Komunikační dovednosti sester



Kategorie 4 „Komunikační dovednosti sester“ je členěna do 2 podkategorií, které jsou přehledně zobrazeny předchozím schématem. Podkategorie zachytávají informace o průběhu komunikace mezi sestrou a pacientem, dále poskytují informace o způsobu komunikace s pacientem mluvícím cizím jazykem a v neposlední řadě se zaměřuje na využití služby tlumočnicka v ordinacích PL.

Průběh komunikace S – P/K

Komunikace je v profesi sestry velice důležitá. Každá ze sester upřednostňuje trochu jiný způsob komunikace. Častým problémem bývá jazyková bariéra. Informantka 6 stručně popisuje, jak probíhá její komunikace s pacienty odlišné minority: „*Zvládáme to. Oni mě potřebují a snaží se.*“ Informantka 5 zmiňuje, že je v čekárně důležité pacienty informovat o tom, co a jak bude. Jsou pak více v pohodě a nejsou tolik nervózní. průběh komunikace v ordinaci informantky 9 probíhá následovně: „*Někdy pacient zavolá a*

jsme schopni to vyřešit po telefonu a někdy musí přijít a vyřešíme to prostě tady. Oni to grořeší s panem doktorem, na nás je to objednání a potom nabírání krve, jeli třeba a výsledky.“ Pět z dotazovaných sester upřednostňují verbální komunikaci. I 4 vysvětluje, kdy využívá více neverbální komunikaci: *„Někdy bývá problém ve chvíli, kdy chci vědět, jak jsou pacienti vysoký. To řešíme dost neverbálně.“* Informantky I 1, I 2, I 6 a I 9 využívají verbální a neverbální komunikaci dle situace, kterou se snaží vyřešit a s kým se jí snaží vyřešit. *„Ruce se nepodávají, spíše verbální pozdrav. Komunikujeme v jazyce, co rozumíme. Když jiný jazyk, tak potom neverbální komunikace, haptika, mimika, oční kontakt, domluva především skrze ošetrovatelské výkony,“* tak popisuje komunikaci I 1 s pacienty odlišné minority. Zbylé dvě dotazové sestry využívají jak neverbální, tak verbální komunikaci. I 5 s úsměvem vysvětluje: *„Já to dělám asi automaticky oboje. Snažím se mluvit a k tomu ještě vysvětluju a ukazuju.“* O problémech v oblasti komunikace mluví pouze čtyři dotazované sestry. Informantka 6 popisuje problém s Vietnamci, se kterými se nedokázali v ordinaci dorozumět. Nakonec vietnamský pacient dorazil druhý den s překladatelkou a vše se dodatečně vyřešilo. Menší problém řešila informantka 8: *„Měli jsme tu asi dvakrát nedorozumění, že pacienti říkají, že jsme je někam neposlali, kam jsme je poslali a podobně.“* Výrazný konflikt s pacientem odlišné minority zažila informantka 9: *„Problém byl zrovna nedávno. Jeden náš romský pacient chtěl mluvit s panem doktorem a když jsme mu říkali, aby zavolal v dobu, kdy má pan doktor vyhrazené telefonické konzultace, tak to nerespektoval a přišel v ten čas osobně do ordinace. Nemohl pochopit, i přestože jsme se snažili mu to vysvětlit, že nyní ho pan doktor nevezme. I přestože nepotřeboval nic akutního, tak řval a byl sprostěj.“* Nejen v oblasti komunikace informantka 2 řeší problémy: *„... Dneska už je praxe založená i na praxi po telefonu, což nám trošku vlastně komplikuje život, protože jednoho pacienta máme tady v ordinaci a jednoho na telefonu a chcete upřednostnit toho, kterého vidíte a ten na telefonu se cítí ve své podstatě někdy, neříkám pokaždý, ale někdy dotčen, že se nevěnujete třeba hned jemu. A jsou lidi, kteří čekají před lékárnou a chtějí elektronický recept hned.“* I 2 si povzdechla a pokračuje: *„Toudle tou komunikací a elektronizací je to zdravotnictví dneska posunutý na obvodě trošku jiným směrem než bejvávalo.“* Dotazovaná sestra, I 9, ještě našťavaně dodává: *„Nyní po covidu jsou lidé více vznětliví, popuzení, nesnášenliví, hrubě se chovaj, ale nesouvisí to s menšinou. Je to jedno.“*

Komunikace s pacienty mluvícími cizím jazykem je náročná. Čtyři z dotazovaných sester, I 2, I 5 I 6 a I 10, přiznaly, že pokud pacient nemluví česky, pak jim musí překládat lékař nebo jiný překladatel, jelikož samy by se s pacientem nedomluvíly. Informantky 1, I 3, I 4, I 7, I 8, I 11 se dorozumívají s cizinci v anglickém jazyce. I 4 se částečně domluví německy i rusky. Německy se dokáže domluvit s pacienty informantka 9 a částečně i I 7 a I 11. Informantka 5 vysvětluje: „*Německy umím, ale ne nějak konverzačně, jsou to spíš fráze jako změřím vám tlak. Jsem schopná říct základní věci, ale abych popisovala, co přesně dělám, tak to asi ne.*“ Částečně rusky by se domluvíly informantky 6 a I 10. Jedna z dotazovaných sester, I 9, má základy italštiny. Žádná z dotazovaných sester se v rámci zaměstnání neúčastní nebo neúčastnila školeních či vzdělávacích kurzů se zaměřením na zlepšení cizího jazyka. „*Ne, nikdy jsem to nepovažovala za nutnost. Stačí, že umí doktorka a ona mi to přeloží,*“ takový názor má I 2. Několik informantek se však soukromě vzdělávalo v oblasti cizího jazyka. I 1 a I 10 chodily na kurzy anglického jazyk. I 11 se zkoušela učit francouzsky. A I 9 chodí soukromě na lekce italštiny: „*Na italštinu chodím, ale není to v rámci zaměstnání, ale soukromě.*“

Využití tlumočnicka v ordinacích PL

Ordinace praktického lékaře pro dospělé navštěvuje mnoho pacientů mluvících cizím jazykem. Jazyková bariéra bývá častým problémem. Další oblast rozhovoru se proto zaměřuje na možnost využití služby tlumočnicka v těchto ordinacích. Všechny sestry potvrdily, že tlumočnicka ve své ordinaci nemají k dispozici. Informantky 10 a I 11 by ho ve své práci ocenily. I 11 to však nevidí reálně: „*Pacienti se vám nehlásí dopředu, takže nevím, jak bychom toho tlumočnicka naháněli. Málodko se objedná dopředu.*“ Podobné obavy má I 7: „*Spíš si nedokážu představit, jak by sem docházel, protože tady to jsou návštěvy na 15 min, a to by se ani nevyplatilo, aby sem chodil.*“ Pacienti si často přivedou svého tlumočnicka, proto zbylé informantky nevidí potřebu v tom, aby ordinace u PL měla svého soukromého tlumočnicka. Pokud se jedná o pracovní prohlídku, pak chodí P/K v doprovodu osoby, která jim překládá. I 4 se rozprávěla: „*Je to závodní prohlídka, tak dost často je přivede někdo, kdo je tady delší dobu a češtinou se poměrně dobře domluví. Ale nijak speciálně se na to nepřipravujeme. Pokud by pacienti chtěli rozšířenou péči, kdyby jim něco bylo, tak si myslím, že ano. Ale jelikož jdou jen na závodní prohlídku, kde změříme tlak, zvážíme je, zkontrolujeme oči, tak tam až tolik důvodů není. Možná jedině to, že některá písmena čtou jinak díky*

azbuce, ale to zase vím a nepočítám to jako chybu, že by kvůli tomu špatně viděli.“ Informantka 2 a I 7 mají podobnou zkušenost. I 2 uvádí: „Když máme podniky, kde jsou třeba Rumuni, protože děláme prohlídky podnikům, tak s nimi chodí ten, co je má na starosti v tom podniku a překládá nám.“ Informantka 7 doplňuje, že pokud není tlumočnick, pak používají překladač na telefonu. S tím souhlasí I 8. Svého tlumočnicka využívají i pacienti během telefonické konzultace. Informantka 5 popisuje: „Pacienti mluvící cizím jazykem s sebou mají rodinu, která překládá anebo telefonicky, kdy máme pána, za kterého volá žena. Jsme nějak domluvení, objedná ho, přijde a potom tady s ním komunikuje doktorka.“ Dotazovaná sestra, I 3, popisuje zkušenost využití tlumočnicka během telefonické konzultace nejen u P mluvících cizím jazykem, ale také u nedoslýchavých pacientů: „Máme i pacienty, kteří jsou třeba nedoslýchaví, takže když nám volali tak komunikovala přímo ta překladačelka jejich nebo jim to tlumočila do znakového jazyka anebo tam byli přímo s nima. ...ale víc přicházejí a dorozumíváme se s nimi my. Přijdou a domluvíme se sami v angličtině.“ O uspokojování potřeb pacienta mluví informantka 1: „Nemáme tlumočnicka. Cizinci často chodí v doprovodu tlumočnicka, kterým je partner nebo někdo z rodiny. Spíš ne, s pacientem máme krátkodobý kontakt, kde není třeba více uspokojovat potřeby. Ale nezavrhuji to, ale zatím jsme problém neměli a neřešili jsme takovou situaci, kdy bychom se nemohli domluvit, základní potřeby jsme schopni poskytnout a domluvit se.“

5 Diskuze

Diplomová práce na téma „Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře“ se zaměřuje na jedince odlišné kultury, kteří sídlí v České republice a navštěvují ordinaci praktického lékaře. Dále se zabývá sestrami, které se s těmito lidmi setkávají a pracují s nimi. Zdravotnický pracovník by měl být připravený na setkání s klientem odlišných minorit. A neměl by mít problém poskytnout mu stejně kvalitní péči jako jiným pacientům. Předkládaná práce má za cíl zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Pomocí stanovených výzkumných otázek se tento cíl podařilo splnit. Výzkumné otázky byly následující: Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé? Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé?

Problematice transkulturního ošetrovatelství je věnována velká pozornost. A to nejen v České republice. Publikací na toto téma je velký počet, který se neustále zvyšuje. Také probíhalo a probíhá několik výzkumů a projektů. Ty vzešly z akademického prostředí nebo z klinické praxe (Plevová, 2019). V souvislosti s velkou migrací obyvatelstva není žádným překvapením, když se v ordinacích PL budeme setkávat s cizinci odlišné kultury. Proto vzdělání sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství zůstává neustále aktuální. Informantka 4 si myslí, že etnik a minorit bude čím dál tím víc, a proto považuje za správné, aby měla sestra v této oblasti znalosti. Též zmiňuje obavy z toho, aby je majoritní skupina nepohltila. I několik dalších dotazovaných informantek chápou vzdělání jako velice důležitou věc. Informantka 9 důležitost vzdělání nepotvrzuje, ale ani nevyvrací. Popisuje ji takto: *„Přijde mi, že by se člověk měl chovat stejně ať je to Rom nebo jiná etnická skupina. Spiš si myslím, že pokud to někdo bude chtít dělat, tak jak má, tak to bude dělat přirozeně tím, že je inteligentní a má nějakou vystudovanou školu a je jedno jestli přistupuje k pacientovi, který je žlutý, černý nebo bílý. Prostě furt ho bere jednotně a snaží se s ním domluvit.“* Jednotný přístup ke všem pacientům bez rozdílu by si představovala informantka 2: *„Vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství mi přijde dneska zbytečné. Na škole byl základ etického kodexu a ten platí pro všechny kultury. Je daný a je jedno jaká to je kultura. Myslím si, že by se k sobě měli lidé chovat úplně stejně, ať mají klienti jakoukoliv kulturu, prostě nedělat rozdíly.“* Etický kodex Mezinárodní rady sester vymezuje základní etická pravidla pro sestry celého světa. 29. března roku 2003 byl akceptován Českou asociací sester (Ptáček et al., 2011). Čtyři základní povinnosti sestry jsou

pečovat a navracet zdraví, předcházet nemocem a zmírňovat utrpení. Ošetrovatelská péče je poskytnuta všem bez omezení. Nezáleží na věku, barvě pleti, kulturních zvyklostech, národnosti, rase, politickém přesvědčení nebo společenském postavení. Etický kodex sester je složen ze čtyř hlavních článků. Ty popisují základní normy etického chování. První se nazývá sestry a lidé/občané, druhý sestry a jejich práce/praxe, třetí sestry a jejich povolání a poslední je sestry a jejich spolupracovníci (ČAS, 2017). Pro dosažení maximálního účelu musí sestry etický kodex pochopit a přijmout jej za vlastní. S tím souvisí i využití ve všech aspektech jejich práce (Plevová et al., 2011). Vidět lidi jako holistickou bytost a snažit se jim přizpůsobit svoji ošetrovatelskou péči dle jejich kultury, zvyklostí či náboženství je stěžejní. Nesouhlasný postoj zaujímá informantka 6: „... *pokud chce člověk žít v Čechách, tak bude dodržovat naše zákony. Musí se přizpůsobit.*“ Sestry by si měly jít navzájem dobrým příkladem. Předávat si získané zkušenosti ze studia a z praxe. A podporovat se v tom, jak moc je multikulturní ošetrovatelství důležité. Je překvapivé, že více jak padesát procent dotazovaných sester není ochotná se dále vzdělávat v oblasti multikulturního ošetrovatelství. I přestože převážná většina z nich vnímá toto vzdělání jako důležité. Mezi ty, které by byly ochotné vzdělávat se patří informantka 1, která menší vzdělávací kurz oceňuje, ale studium ve škole ne: „*Kurzy ano, ale vrátit se do školy ne.*“ Jedna z informantek zmiňuje, že vůbec nevěděla, že takové kurzy nebo konference probíhaly. Je však možné, že takových sester, které tyto informace nemají, je více. A jenom kvůli nedostatečné informovanosti mohou přijít o získání nových vědomostí a zkušeností.

Z výzkumu vyplynulo, že všechny vysokoškolsky vzdělané sestry se během doby studia setkaly s výukou multikulturního ošetrovatelství. Takovým způsobem získaly své teoretické zkušenosti, které následně aktivně mohou využívat v praxi. Zbylé dotazované sestry se shodují na tom, že se během studia na multikulturní ošetrovatelství vůbec nezaměřovaly.

V souvislosti s první výzkumnou otázkou byly sestrám pokládány otázky se zaměřením na jejich kulturní kompetence v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. V rozhovoru byly otázky zvláště zaměřené na kulturně kompetentní péči a kulturní kompetence. Z výsledků se dá vyčíst, že informantky si nebyly jisté, co přesně spojení kulturně kompetentní péče znamená. Ne všechny dokázaly odpovědět a definovat, co si pod tímto pojmem mohou představit. Je však zajímavé, že většina z nich se v průběhu rozhovoru nepřímou k vysvětlení tohoto termínu dostává, aniž by si to uvědomovaly.

Necelá polovina dotazovaných sester nemá představu o tom, co by kulturně kompetentní péče mohla znamenat. Mezi nimi jsou i takové sestry, I 5 a I 9, které pojem znají, ale neprojektují takovou péči v praxi, jelikož se domnívají, že péče musí být pro každého vždy stejná. Naproti tomu I 9 popisuje, jak respektuje v ordinaci praktického lékaře pacientku, která je jiné národnosti a vyžaduje specifickou péči. Roztočil et al. (2017) popisují, že znalosti v oblasti kulturně kompetentní péče mohou výrazně zefektivnit zdravotnickou péči a lze tak předejít možným konfliktům. Tato péče zahrnuje požadavky na dostatečné vědomosti zdravotnického personálu o kultuře, chápání zdraví, postavení rodiny, způsobu života a jiné (Roztočil et al., 2017). Více jak polovina informantek se shoduje na tom, že ke každé kultuře by se mělo přistupovat trochu jinak. I 8 se snaží vnímat požadavky jiné kultury a všech lidí, kteří přijdou. A pokouší se vyhovět všem v tom, co požadují. I 3 chce dodržovat zásady, které člověk vyžaduje v rámci svojí kultury. To znamená, že pokud nemocný bude v jiné životní oblasti než ostatní a v rámci toho bude něco potřebovat, pak se I 3 zaměří právě na to a bude se snažit trochu tyto specifika dodržovat. Informantka 1 kulturně kompetentní péči chápe jako takovou péči, která odpovídá kultuře a snaží se dosáhnout pacientova očekávání. Více rozvádí svoji odpověď I 11, která si myslí, že základem je umět s lidmi komunikovat. Nemocnému, který nám nedůvěřuje a nesvěří se, tak se velmi špatně pomáhá. Sestra by měla být natolik vzdělaná, aby dokázala odhadnout situaci, dokázala se přizpůsobit pacientovi, a hlavně jeho kultuře.

Žádná z dotazovaných sester pracujících v ordinaci PL se nikdy nad svými kulturními kompetencemi nezamýšlela. Když měly sestry definovat pojem kulturní kompetence, častou odpovědí bylo, že je úkolem navázání individuálního vztahu s nemocným, ale zároveň si myslí, že mají kompetence stejné u všech osob bez rozdílu. Myslím si, že sestry nemají dostatečné znalosti v těchto pojmech. Důkazem je, nejednotnost v jednotlivých odpovědích během rozhovoru, kdy na jednu stranu odpovídají, že všem poskytují stejnou péči bez rozdílu a na druhou stranu uvádí příklad, kdy využívají kulturně kompetentní péči u pacientů odlišných minorit a tuto péči poskytují správně a prokazují při ní velmi dobré znalosti. Další častou odpovědí bylo, že se sestry zamýšlí nad kulturou, ze které člověk vychází. Chtějí pochopit, jaký má jedinec názory a jaký přístup zdravotnického personálu preferuje. S těmito znalostmi pak snáze poskytuje ošetrovatelskou péči a je schopná lépe plnit požadavky nemocného a komunikovat s ním. Úkolem sestry je vyhovět jedinci a postupně naplňovat jeho potřeby. S tím

souvisí i dobrý vztah s pacientem, kdy si na něho sestra vymezí čas, vše mu důkladně vysvětlí a přesvědčí se o tom, zda vše správně pochopil. Sestra celou dobu spolupracuje s lékařem. Efektivní týmová práce zlepšuje efektivitu péče a zlepšuje výsledky v primární péči (Matteliano a Street, 2012). Některé informantky se shodly na tom, že sestra je prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Ne vždy se pacient lékaři chce se vším svěřit. Sestra ho může povzbudit a podpořit. Někdy pacient hledá ochranu a útočiště a očekává, že se na sestru může spolehnout. Ta mu vysvětluje, jak důležité jsou některé informace, které jí sděluje a motivuje ho k tomu, aby mluvil otevřeně i s lékařem. Neboť na jejich základě může stanovit správnou diagnózu a nastavit odpovídající terapii.

Termín kulturní kompetence popisuje, jak poskytovatelé zdravotní péče přemýšlejí a chápou. Dále popisuje, jak sociální a kulturní faktory ovlivňují zdraví jednotlivců a jejich postoje k nemoci a postižení. Především si všímají, že jazyk, zvyky, hodnoty a přesvědčení o nemoci velmi zdravotní chování pacientů ovlivňuje. Proto se snaží pro všechny individuálně přizpůsobit poskytování zdravotní péče. A využívat holistický přístup k jedincům v praxi. (Matteliano a Street, 2012). Mollah et al. (2018) zmiňují, že i přestože jsou zdravotníci podporováni, aby byli kulturně kompetentní, existuje nedostatek důkazů o tom, jak toho dosáhnout. Sestra v ordinaci praktického lékaře zastává několik rolí. Vykonává práci v rozsahu své odborné způsobilosti, bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, dále samostatně provádí výkony bez odborného dohledu a bez indikace lékařem, ale v souladu s diagnózou stanovenou lékařem a sestra též zajišťuje ošetrovatelskou péči, podílí se na léčbě pacientů podle diagnózy pacienta a indikace lékaře (Vojtíšková, 2006). Stejně jako Vojtíšková (2006) charakterizují sestru dotazované informantky. Shodují se v tom, že sestra by měla být empatická, usměvavá, vstřícná, spolehlivá, dostatečně komunikativní, měla by být vzdělaná a mít zájem i nadále se průběžně vzdělávat. K práci s lidmi neodmyslitelně patří i trpělivost a pohotovost. Organizační schopnosti jsou také důležitou vlastností sestry. I 8 vysvětluje, že v ordinaci PL je sestra chvíli administrativním pracovníkem, jelikož se zde schází veškerá dokumentace od všech odborných specialistů a je právě na sestře, aby vše správně založila, oskenovala, popřípadě poslala dál. Musí si zorganizovat chod ordinace a vytvořit systém, díky kterému bude zajištěn řádný a plynulý chod ordinace. Jako ve většině pracích i zde platí, že by pracovník měl umět filtrovat práci a osobní život.

Neboť pokud bude sestra podrážděná, našťvaná a netrpělivá, tak je veliké riziko, že takoví budou i její pacienti.

Nedílnou součástí je schopnost edukovat pacienty. I to se dá řadit mezi kulturní kompetence sester. Podle Vojtíškové (2006) by měla být edukace v primární péči jednoduchá, opakovaná nebo citlivá. Jednoduchá edukace vysvětluje pacientovi, aby porozuměl tématu. Opakovaná je taková, která probíhá při každém kontaktu a citlivá se řídí podle emocionálního stavu jedince (Vojtíšková, 2006). Edukace probíhá v závislosti na věku, pohlaví, sociálního statusu, kultuře, vzdělání, gramotnosti, jazyku, kterým pacient hovoří, náboženství a způsobu života. Při komunikaci s jedincem odlišné kultury je nejčastějším nedostatkem minimální jazyková příprava, neschopnost porozumění jazyku, malá slovní zásoba anebo neznalost pojmů (Nemcová et al., 2010). Z rozhovoru se sestrami je patrné, že skoro všechny přípravu na setkání s pacientem odlišné kultury zanedbávají a pouze spoléhají na to, co znají. I 1 to obhajuje tím, že dříve nebyl objednávací systém a sestra tedy nevěděla kdy jaký pacient dorazí. A proto vždy čerpala z toho, co zná a nějakým způsobem se s nemocným domluvila. Je však otázkou, zda by nějakou přípravu dělala, jestliže by dopředu věděla, který pacient dorazí. Když I 11 a I 10 ví, že má přijít pacient odlišné minority, pak si na něho nechávají více času. Pokud o příchodu neví, pak stejně jako ostatní dotazované sestry, přípravu nemají a situaci nechají volně vyplynout. Pouze I 3 zmiňuje, že si dopředu připravuje některé věci v daném jazyce, aby komunikace v ordinaci byla snazší. Dodává, že i když přípravu nemá, tak je schopná za pomoci lékaře vysvětlit, co se bude s pacientem dělat.

V souvislosti s druhou výzkumnou otázkou se zamýšlíme nad kulturními výzvami, které jsou přítomné u sester v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Samotná práce sester seskupinou lidí odlišné kultury se může řadit svým způsobem za výzvu. Jelikož migrace přibírá na síle, kvůli probíhající válce na Ukrajině, tak se zvyšuje počet registrovaných pacientů v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Když dotazované sestry zodpovídaly otázku, do jaké míry se změnil počet registrovaných pacientů v ordinacích PL pro dospělé, tak většina z nich odpověděla, že se množství těchto jedinců zvýšil. Další část uvádí, že počet zůstal stejný. Vzápětí dodávají, že to je především z toho důvodu, že jejich ordinace má plný stav, a tudíž nepřijímali žádné nové pacienty. Když se sestra setká s lidmi odlišné kultury, určitě se v ní odehrává mnoho pocitů. Na jedné straně to může být strach nebo obavy. Na straně druhé zase

nadšení z toho, že získá nové další zkušenosti, procvičí si cizí jazyk a vědomosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství, které má. Pro sestry může být výzvou změna. Tedy něco, co nejsou obvykle zvyklé dělat. Mohly by začít tím, že během své práce budou přemýšlet nad svými kulturními kompetencemi. Protože, jak jsme se dozvěděli z rozhovorů, to žádná z dotazovaných sesterdoteď nedělala. Myslím si, že základem je uvědomění, které nám pomůže pohlížet na některé věci z jiného úhlu, než jsme dosud byli zvyklí. Výše zmiňovaná práce s tlumočnickem není až tak častá. Pokud si pacient svého tlumočnicka nepřivede s sebou, pak v ordinaci není nikdo jiný, kdo by mohl jejich rozhovor překládat. A jsou odkázáni pouze na své znalosti v oblasti cizího jazyka. Jelikož ordinace nemají nasmlouvané své vlastní tlumočníky, tak na ně sestry nejsou zvyklé a na jejich využití se zapomíná, i přestože některé informantky zmínily, že by přítomnost tlumočnicka v ordinaci praktického lékaře ocenily a bylo by to pro ně příjemnou změnou.

Pro některé situace by byly vhodné letáky nebo jiné knížky či brožurky v cizím jazyce, které by jedincům odlišné kultury pomohly lépe pochopit některé výkony, které se v ordinaci praktického lékaře vykonávají nebo by v nich mohla být vysvětlená některá častá onemocnění. A nejen výkony, ale i obecné informace, které souvisí s chodem ordinace měli by je všichni registrovaní pacienti znát. Mezi takové informace patří například jméno lékaře, adresa, kontaktní údaje, ordinační doba, řád ordinace, povinnosti a práva pacientů a jiné. Žádná z informantek, ale nepotvrdila, že by na něco takového byla jejich ordinace uzpůsobená. I 7 pouze dodává, že pan doktor někdy přepisuje pacientům informace do angličtiny, jelikož tento jazyk dobře ovládá. Dělá to však jenom ojedinele, protože je to časově náročné. Nemcová et al. (2010) uvádí, že k poskytování kulturně kompetentní péči právě přispívá designe čekárny, různé edukační materiály nebo jiné podpůrné materiály, které jsou v tištěné nebo mediální podobě. Materiál, který je přizpůsobený potřebám jednotlivce z odlišných kultur slouží jako podpora při edukaci a jako trénink v dovednostech či znalostech takových pacientů (Nemcová et al., 2010). Na internetu se dá najít mnoho cizojazyčných letáků a obrázků, které jsou prověřené a obsahují pravdivé informace, a které by jednotlivé ordinace PL mohly využívat. Je však otázkou kolik ordinací by mělo zájem o takovou vybavenost ve svých čekárnách. Myslím si, že mnoho pacientů odlišné kultury by tyto informace velmi ocenilo a komunikace s nimi by byla o něco snazší, jelikož by měli základ, kterého se mohou držet a sestra s lékařem by pouze sdělili, co v brožurách není řečeno.

Každá změna může být výzvou. Vede k něčemu novému, třeba i lepšímu. Je důležité umět tuto změnu uchopit. Může být i v podobě překážek, se kterými se při poskytování péče může sestra a lékař v ordinaci setkat. I 1 popisuje zkušenost, kdy Romové chodí a shlukují se ve skupinách. Na vyšetření jsou nemocní doprovázeni rodinou. Bývají občas hluchí, ale jinak s nimi informantka problém nemá. I 9 mluví o Romech jako o netrpělivých lidech, kteří neradi dlouho čekají a jeli to potřeba, vykřikují v čekárně a hodně na sebe upozorňují. Tento pohled na Romy má převážná většina populace. Často převládají předsudky už ve chvíli, kdy se s nemocným romské minority setkáme. Měli bychom tyto předsudky potlačit a snažit se vytvořit si vlastní názor na každého jedince zvlášť, i přestože je to leckdy obtížné. Informantka 2 to uzavírá tím, že pokud se jim budeme snažit vyjít vstříc my, pak i oni nám. Zkušenost s islámskou kulturou má I 8, která řeší problém, jak vysvětlit nebo přesvědčit pacientku, aby se na vyšetření částečně odhalila. Samozřejmě vše za přítomnosti jejího manžela. Pravidla tohoto náboženství mi přijdou velmi přísná. A splnit všechny stanovené podmínky je náročné. Jak již bylo dříve zmíněno, specifika pro islámskou minoritu je nespočet a sestra by měla mít přehled alespoň o některých základních z nich. Informantka 3 sdílí zkušenost, že svědkové Jehovovi se dopředu domlouvají s lékařem a sestrou, že pokud by se jim něco stalo, tak chtějí mít ve své dokumentaci napsáno, že odmítají krevní transfúze. Takové překážky nebo taková upozornění na nás čekají ve chvíli, kdy se ponoříme hlouběji do specifika jednotlivých kultur a budeme se snažit více je poznávat. Sestry by měly mít snahu dostat se do této problematiky, pochopit a zažít si ji. Uvědomit si, nakolik je to důležité. Usnadnilo by jim to pozdější kontakt s jedinci odlišné minority a nestranily by se setkání s takovými lidmi. Naopak by je mohly aktivně vyhledávat, účastnit se školicích kurzů, kde by si mohly osvěžit a doplnit své znalosti a dovednosti a předávat zkušenosti ostatním.

Někteří lidé výhody multikulturní společnosti oceňují a jiní ji odsuzují. Je proto potřeba, aby bylo mnoho empatických a soucitných sester, které se budou snažit o začlenění kulturně kompetentní péče ve zdravotnictví. A takovou péči budou poskytovat jednotlivcům, rodinám a komunitám. Sestra je tedy povolána k tomu, aby se stala kulturně kompetentní osobou a mohla tak poskytovat efektivní péči v 21. století a pomáhala odstraňovat existující rozdíly ve zdravotnictví (Kersey-Matusiak, 2019). K tomu je zapotřebí dostatečného vzdělání se zaměřením na kulturní kompetence, které ne každá škola poskytuje. Studenti ošetřovatelství mohou pozorovat nedostatečnou

přípravu při poskytování kulturně kompetentní péče populacím odlišné kultury. Je tedy rozumné, aby studenti mohli rozvíjet kulturní kompetence prostřednictvím vzdělávání a školení (Antón-Solanas et al., 2021). Tosun et al. (2021) za klíčové považují, aby byly sestry seznámeny s různými kulturními zvyky a možnostmi péče o pacienty. Když budou mít dostatečné znalosti o různých kulturních pozadích a tradicích, pak mohou poskytovat holistickou péči pacientům (Tosun, et al., 2021). A výsledkem bude naplnění potřeb nemocných a respektování kulturního zázemí.

6 Závěr

Cílem předkládané diplomové práce bylo zmapovat úroveň kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Tento cíl se podařilo splnit za pomoci stanovených výzkumných otázek: Jaká je míra kulturních kompetencí u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé? Které kulturní výzvy jsou přítomné u sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé?

Teoretická část práce se ze začátku zaměřuje na téma globalizace a migrace. Zabývá se důvody migrace, popisuje aktuální situaci v České republice především v souvislosti s válkou na Ukrajině a poskytuje přehled o tom, jak se v naší zemi postupně vyvíjel počet cizinců. Další částí jsou pojmy z oblasti transkulturního ošetřovatelství a popsání hlavních modelů z této oblasti. Jedna z kapitol je věnována minoritám a náboženstvím, které se v ČR vyskytují nejvíce. A zaměřuje se na jejich transkulturní rysy. Poslední část popisuje sestru v ordinaci PL, zaměřuje se na její kulturní kompetence a v neposlední řadě i její komunikační dovednosti v této ordinaci.

Pro dosažení odpovědí na stanovené výzkumné otázky bylo využito kvalitativního vědeckého postupu. Rozhovory byly prováděny s jedenácti sestrami pracujícími v ordinacích PL pro dospělé. Výsledky byly řádně analyzovány a poskytly nám přehledné informace. Z výsledků jasně vyplynulo, že dotazované sestry nemají dostatečné informace o tom, co přesně se skrývá pod pojmem kulturní kompetence, i přestože v praxi svým chováním a jednáním prokazují výborné znalosti. Když se setkají s jedincem odlišné kultury, dokážou s ním pracovat a poskytnout mu odpovídající péči. Opakovaným problémem u informantek byla komunikační bariéra. Tu jednotlivé sestry řeší skrze tlumočníka, kterého si zajistí pacient nebo spoléhají na své jazykové dovednosti.

Každá změna a uvědomění udělat něco jinak, než je zvykem, tak sestru v ordinacích PL posouvá dál. Lidé i jejich potřeby se postupem času mění a proto, co platilo před několika lety nemusí platit dnes a je důležité na to nezapomínat a umět se přizpůsobit a nebát se udělat změnu. Hlavně u nemocných odlišných minorit, kteří mají jiné vnímání, chování, potřeby, zvyky a tak dále. Jaký vztah a přístup budeme k jednotlivci mít, takový se nám vrátí. Pro sestry může být výzvou snažit se poskytovat péči, která bude vysoce kvalitní a individuální pro každého pacienta. Skoro každý den se setkávají sestry s multikulturním ošetřovatelstvím, a proto je vzdělávání v této oblasti velmi důležité a

prospěšné. Informace o možnosti sebevzdělávání v oboru multikulturní ošetrovatelství nejsou tolik rozšířené a z odpovědí získaných z vedených rozhovorů bylo zjištěno, že se převážná většina sester o takové možnosti studia zatím nedověděla.

7 Seznam literatury

ADEIGBE, E. S., 2022. *Transcultural Midwifery Practice: Concepts, Care and Challenges*. Elsevier. ISBN 13: 978-03-238-7230-0

ANTÓN-SOLANAS, I. et al., 2021. *Nursing Lecturers' Perception and Experience of Teaching Cultural Competence: A European Qualitative Study* [online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [cit. 2022-08-03]. 18(3) ISSN 1660-4601. doi:10.3390/ijerph18031357. Dostupné též z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33540907/>

BARASH, P. G. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha. pp. 816. ISBN 978-80-247-4053-9

BÁRTLOVÁ, S. et al., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. pp. 176. ISBN 978-80-271-2201-1

BĚLÍK, V., et al., 2017. *Slovník sociální patologie*. Praha. ISBN 978-80-271-0599-1

BUČEK, L. et al., 2019. *Občanský a společenskovední základ*. 2. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1401-2

BUTTS, J. B., RICH, K. L., 2013. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Jones & Bartlett Publishers. pp 654. ISBN 13: 978-12-840-4134-7

BUTTS, J. B., RICH, K. L., 2017. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Jones & Bartlett Publishers. pp 700. ISBN: 978-12-841-1224-5

CONNELLY, J., et al., 2022. The War in Ukraine [online]. *Commonweal*. [cit. 2022-07-03]. 149(4), pp. 18-29. ISSN 0010-3330

CURTIS, E. et al., 2019. *Why Cultural Safety Rather than Cultural Competency is Required to Achieve Health Equity: a Literature Review and Recommended Definition* [online]. *Int J Equity Health*. [cit. 2022-03-18]. 18(1). pp. 174. doi: 10.1186/s12939-019-1082-3. Dostupné též z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6857221/>

- ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2017. ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. ČAS. [cit. 2022-07-15]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2022. Data – počet cizinců [online]. ČSU. [cit. 2022-04-08]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2022. Náboženská víra [online]. ČSU. [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2022. Obyvatelstvo [online]. ČSU. [cit. 2022-07-31]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide
- DARNELL, L. K., HICKSON, S. V., 2015. *CulturalCompetentPatient-CenteredNursing Care* [online]. NursingClinicsofNorth America. [cit. 2022-02-18]. 50(1). pp. 99-108. ISSN 0029-6465. doi: 10.1016/j.cnur.2014.10.008. Dostupné též z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25680490/>
- DEVITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha. pp. 311. ISBN 978-80-271-0717-9
- DOLEŽAL, T., 2012. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges. pp. 160. Praktik (Leges). ISBN 978-80-875-7624-3
- DOUGLAS, M. M, et al., 2018. *GlobalApplicationsofCulturallyCompetentHealth Care: GuidelinesforPractice*. Imprint: Springer. pp. 401. ISBN 978-30-3009-883-4
- EJAL, N., 2020. *Vzpouřa proti globalizaci: proč lidé revoltují proti dnešnímu světu*. Brno. ISBN 978-80-7555-119-1
- EUROPEAN TRANSCULTURAL NURSING ASSOCIATION, 2017. *About ETNA* [online]. ETNA [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: <http://europeantransculturalnurses.eu/about-etna/>

- EUROPEAN TRANSCULTURAL NURSING ASSOCIATION, 2017. *Country representatives* [online]. ETNA [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: <http://europeantransculturalnurses.eu/about-etna/country-representatives/>
- EVROPSKÁ MIGRAČNÍ SÍŤ, 2022. *Vývoj počtu cizinců v České republice (k 31. 12. 2021)* [online]. EMN. [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.emncz.eu/reference/vyvoj-poctu-cizincu-v-ceske-republice-k-31-12-2021/>
- FÁREK, M., 2015. *Indie očima Evropanů: konceptualizace náboženství v teologii a orientalistice*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2494-5
- FÓNADOVÁ, L., 2014. *Nenechali se vyloučit: sociální vzestupy Romů v české společnosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-2106-574-1
- FRY, S. T., JOHNSTONE, M. J., 2002. *Ethics in Nursing Practice: a Guide to Ethical Decision Making*. 2nd ed. Blackwell Science, pp. 232. ISBN 0-632-05935-4
- FUKADA, M., 2018. *Nursing Competency: Definition, Structure and Development* [online]. Yonago Acta Medica. [cit. 2022-05-18]. 61(1), pp. 001-007. doi: 10.33160/yam.2018.03.001. Dostupné též z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/yam/61/1/61_2018.03.001/_pdf/-char/en
- GESENHUES, S. et al., 2006. *Vademecum lékaře: všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén. pp. 976. ISBN 80-7262-444-x
- HÁJEK, M., BAHBOUH, CH., 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha. pp. 200. ISBN 978-80-2475-631-8
- HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Osveta. pp. 271. ISBN 978-80-8063-257-1
- HAPEREN, M. et al., 2015. *Holokaust a jiné genocidy*. Moderní dějiny Občanské sdružení Pant. ISBN 978-80-905942-7-2
- HINSHAW, D., OJEWSKA, N., 2022. Russia's War on Ukraine Has Created Over 1 Million Refugees in Just a Week. *Wall Street Journal (Online)* [online]. N.PAG [cit. 2022-06-03]. ISSN 2574-9579

HLADKÁ, P., BÁRTOVÁ, I., 2014. Svědkové Jehovovi a zdravotní péče [online]. *Florence*. [cit. 2022-03-16]. 14(5). pp. 21-25. ISSN: 2570-4915. Dostupné též z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/5/svedkove-jehovovi-a-zdravotni-pece/>

HRDLIČKOVÁ, L., 2014. *O relační povaze etnicity - kdy se nejvíce projevuje, kým jsme?* [online]. Metodický portál: Články [cit. 2022-03-05]. Dostupný z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/GUH/19133/O-RELACNI-POVAZE-ETNICITY---KDY-SE-NEJVICE-PROJEVUJE-KYM-JSME.html>

INTERCULTURAL EDUCATION OF NURSES IN EUROPE, 2008. *Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence* [online]. IENE. [cit. 2021-10-06]. Dostupné z: http://ieneproject.eu/learning_intro.php

IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-2471-212-1

KANG, J. et al., 2021. Impact of Nurses' Compassion Competence and Transcultural Self-efficacy on Their Global Health Nursing Competency [online]. *Applied Nursing Research*. [cit. 2022-04-18]. 60(8). ISSN 08971897. doi:10.1016/j.apnr.2021.151453. Dostupné též z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189721000604?via%3Dihub>

KERSEY-MATUSIAK, G., 2019. *Delivering Culturally Competent Nursing Care: Working With Diverse and Vulnerable Population*. 2 issue. Springer publishing company. pp 347. ISBN 978-0-8261-3727-2

KONEČNÁ, H. et al., 2012. *Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době*. Praha. pp. 155. ISBN 978-80-7262-878-0

KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2

KREUZZIEGER, M., 2012. *Kultura v době zrychlené globalizace: studie k transkulturnímu obratu*. Praha. ISBN 978-80-70073896

KUTNOHORSKÁ, J., 2006. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Solen, interní medicína pro praxi*. 8(2). 96-98. ISSN 1803-5256

- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2474-413-1
- KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. pp. 224. ISBN 978-80-2473-676-1
- KVĚTOŇOVÁ, L. et al., 2020. *Lze vychovávat k úctě a sebeúctě?*. Praha. pp. 254. ISBN 978-80-7603-185-2
- LÍŠKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatelstva*. Osveta. pp. 69. ISBN: 80-8063-216-2
- LNĚNIČKA, L., 2011. *Globalizace a její geografický rozměr* [online]. Katedra geografie, Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita [cit. 2021-10-27]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/js11/geo/web/pages/globalizace.html#soul>
- LUKÁŠOVÁ, R., 2010. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2951-0
- LUQUIS, R. R., PÉREZ, M. A., 2021. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*. John Wiley & Sons Inc. pp. 400. ISBN 13: 978-11-1957-847-5
- MAŇHALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2016. *The Potential Use of Conceptual Models of Cultural Competence in the Nursing Profession*. *Kontakt*. 18(2). 69-74. ISSN: 1804-7122. doi: 10.1016/j.kontakt.2016.03.002
- MATTELIANO, M., STREET, D., 2012. *Nurse Practitioners' Contributions to Cultural Competence in Primary Care Settings* [online]. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. [cit. 2022-05-20]. 24(7). pp. 425-435. ISSN 1041-2972. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x. Dostupné též z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x>
- McFARLAND, M. R., WEHBE-ALAMAH, H. B., 2019. *Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future* [online]. *Journal of Transcultural Nursing*. [cit. 2022-03-06]. 30(6), pp. 540-557. ISSN 1043-6596. doi: 10.1177/1043659619867134. Dostupné též z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85071500954&origin=resultslist&sort=plf->

f&src=s&st1=Leininger+AND+culture+care+theory+AND+sunrise&sid=7060e378dfb8ba499436903144fad7c5&sot=b&sdt=b&sl=98&s=TITLE-ABS-KEY%28Leininger+AND+culture+care+theory+AND+sunrise%29+AND+PUBYEAR+%3e+2011+AND+PUBYEAR+%3e+2011&relpos=1&citeCnt=22&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1

MEZŘICKÝ, V., et al., 2011. *Perspektivy globalizace*. Praha. ISBN 978-80-73678463

Migrace: Proč lidé opouštějí své domovy?, 2020. [online]. EVROPSKÝ PARLAMENT. [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: https://www.europarl.europa.eu/pdfs/news/expert/2020/7/story/20200624STO81906/20200624STO81906_cs.pdf

MICHÁLKOVÁ, H., 2013. Specifika přístupu ke zdraví u příslušníků pravoslavné církve a mormonů [online]. *Florence*. [cit. 2022-04-15]. 13(5). pp 28-30. ISSN: 2570-4915. Dostupné též z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/5/specifika-pristupu-ke-zdravi-u-prislusniku-pravoslavne-cirkve-a-mormonu/>

MINISTERSTVO VNITRA ČR, 2022. *Efektivní veřejná správa* [online]. MVČR. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenympobytem.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>

MINISTERSTVO VNITRA ČR, 2022. *eGovernment* [online]. MVČR. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenympobytem.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>

MINISTERSTVO VNITRA ČR, 2022. *Odbor azylové a migrační politiky* [online]. MVČR [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/migrace-web-uvod-migrace.aspx>

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2022. *1. Leden – Den obnovy samostatného českého státu* [online]. MZVČR. [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: https://www.mzv.cz/brussels/cz/krajane_skolstvi_kultura/aktuality/ceske_svatky/x1_leden_den_obnovy_samostatneho_ceskeho.html

MOLLAH, T. N. et al., 2018. *How Do MentalHealthPractitionersOperationaliseCulturalCompetency in EverydayPractice? A*

Qualitative Analysis [online]. BMC Health Services Research. [cit. 2022-08-02]. 18(1) ISSN 1472-6963. doi:10.1186/s12913-018-3296-2 Dostupné též z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3296-2#citeas>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2022. *Poskytovatelé zdravotních služeb* [online]. MZČR a ÚZIS ČR. [cit. 2022-04-20]. ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1073-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2022. *Všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře* [online]. MZČR a ÚZIS ČR. [cit. 2022-04-18]. ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/127>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2022. *Základní návod k používání zdravotní péče* [online]. MZČR a ÚZIS ČR. [cit. 2022-04-20]. ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1072-zakladni-navod-k-pouzivani-zdravotni-pece>

NEMCOVÁ, J. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Osveta. pp. 260. ISBN 978-80-8063-321-9

NĚMEC, Z., 2020. *"Zvedněte ruce, kdo půjde do míst, kde necítí uznání": o segregaci romských žáků ve vzdělávání*. Praha. pp. 198. ISBN 978-80-7603-219-4

OKTAY, R. R., 2016. *The Challenges of Contemporaneity: Postmodernity and Multiculturalism*. Imprint: Springer. ISBN 978-3-319-33885-9

PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kočke*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-2471-918-4

PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatel'ství II*. Praha: Grada. pp. 224. ISBN 978-80-247-3558-0

PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatel'ství II*. Praha: Grada. 2. vyd. ISBN 978-80-271-0889-3

PROJEKT INOVACE VOV, 2019. *Ošetrovatel'ský proces v multikulturním / transkulturním ošetrovatel'ství, modely péče* [online]. VOV. [cit. 2022-04-06]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/485/page02.html>

PROŠKOVÁ, E., 2009. Sestra v primární péči [online]. *Florence*. [cit. 2022-05-15]. 9(5). pp 3-4. ISSN: 2570-4915. Dostupné též z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2009/5/sestra-v-primarni-peci/>

PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. pp. 528. ISBN 978-80-2473-976-2

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. pp. 192. ISBN 978-80-2475-788-9

ROMEACZ, 2022. Kromské národnosti se během loňského sčítání přihlásilo přes 21 tisíc obyvatel, o 65 % více než před deseti lety [online]. ROMEA [cit. 2022-07-06]. Dostupné z: <http://www.romea.cz/cz/zpravodajstvi/domaci/k-romske-narodnosti-se-behem-lonskeho-scitani-prihlasilo-pres-21-tisic-obyvatel-o-63-vice-nez-pred-deseti-lety>

ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. pp. 656. ISBN 978-80-247-5753-7

SAGAR, P. L., 2014. *Transcultural Nursing Education Strategies*. Springerpublishing Co Inc. pp 426. ISBN 978-08-2619-593-7

SAGAR, P. L., SAGAR, D. Y., 2018. *Current State of Transcultural Nursing Theories, Models, and Approaches* [online]. SpringerPublishingCompany. [cit. 2022-04-06]. 37(2), pp 25-42. doi: 10.1891/0739-6686.37.25. Dostupné též z: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85078863171&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Leininger+AND+culture+care+theory+AND+sunrise&sid=7060e378dfb8ba499436903144fad7c5&sot=b&sdt=b&sl=98&s=TITLE-ABS-KEY%28Leininger+AND+culture+care+theory+AND+sunrise%29+AND+PUBYEAR+%3e+2011+AND+PUBYEAR+%3e+2011&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1

SHAHZAD, S. et al., 2021. *Challenges and Approaches to Transcultural Care: An Integrative Review of Nurses' and Nursing Students' Experiences* [online]. *Journal of Professional Nursing*. [cit. 2022-04-19]. 37(6). pp. 1119-1131. ISSN 8755-7223. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.10.001. Dostupné též z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722321001575?via%3Dihub>

SOUKUP, M., 2017. *Terénní výzkum v sociální a kulturní antropologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2573-7

ŠPIRUDOVÁ, L., et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-x

ŠVAJGROVÁ, Z. Důvody a dopady migrace. *Metodický portál: Články* [online]. 09. 01. 2018, [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <<https://clanky.rvp.cz/clanek/21595/DUVODY-A-DOPADY-MIGRACE.html>>. ISSN 1802-4785

THAMER, H. U., et al., 2014. *Dějiny světa: globální dějiny od počátků do 21. století*. Praha. ISBN 978-80-7429-436-5

THPANORAMA, 2022. *Životopis a teorie Madeleine Leiningerové* [online]. Thpanorama. [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://cs.thpanorama.com/articles/cultura-general/madeleine-leininger-biograf-a-y-teora.html>

TONG, L. et al., 2022. *Nurses' Experiences of Providing Transcultural Nursing Care to Minority Patients in Yunnan Province: A Descriptive Qualitative Study* [online]. Nursing & Health Sciences. [cit. 2022-05-18]. ISSN 1441-0745. doi: 10.1111/nhs.12959. Dostupné též z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12959>

TOSUN, B. et al., 2021. *Addressing the Effects of Transcultural Nursing Education on Nursing Students' Cultural Competence: A Systematic Review* [online]. Nurse Education in Practice. [cit. 2022-04-19]. 55(8). ISSN 1471-5953. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103171. Dostupné též z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595321002079?via%3Dihub>

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

TÓTHOVÁ, V., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, pp. 277. ISBN 978-80-7387-645-6

TŮMA, J. et al., 2018. *Spiritualita wellness*. Praha. pp. 120. ISBN 978-80-247-2893-3

TUOHY, D. 2019. Effective Intercultural Communication in Nursing [online]. *Nursing Standard*. [cit. 2022-03-21]. 34(2), pp. 45-50. ISSN 0029-6570. doi: 10.7748/ns.2019.e11244. Dostupné též z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468842/>

Věstník č. 6: Koncepce ošetrovatelství, 2021. [online]. MZ ČR. [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf

VALIŠOVÁ, A., et al., 2011. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha. ISBN 978-80-247-3357-9

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. *Národnostní menšiny* [online]. Vláda ČR. [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnm/mensiny/narodnostni-mensiny-15935/>

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. *Rada vlády pro národnostní menšiny* [online]. Vláda ČR. [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=1428>

VOJTÍŠKOVÁ, J., 2006. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Solen, Medicína pro praxi*. 6(2). 94-96. ISSN 1803-5256

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (a jejich novel č. 55/2011 Sb., č. 2/2016 Sb., č. 391/2017 Sb., č. 252/2019 Sb.). 2004. [online]. [cit. 2022-03-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424>

VÝROST, J. et al., 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5775-9

WATT, K. et al., 2016. *Developing Cultural Competence in General Practitioners: an Integrative Review of the Literature* [online]. *BMC Fam Pract*. [cit. 2022-04-18]. 17(1). pp. 158. doi: 10.1186/s12875-016-0560-6. Dostupné též z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27846805/>

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (a jeho novela č. 111/2007 Sb., č. 372/2011 Sb.). 1996. [online]. [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (a jeho novela č. 201/2017 Sb.). 2004. [online]. [cit. 2022-02-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20190731>

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. 2001. [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-273>

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů. 1999. [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-326#>

ZÁLESKÁ, K., 2020. *Podpora školní adaptace dětí-cizinců: náhled do české a norské praxe*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9649-3

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Model vycházejícího slunce M. Leininger

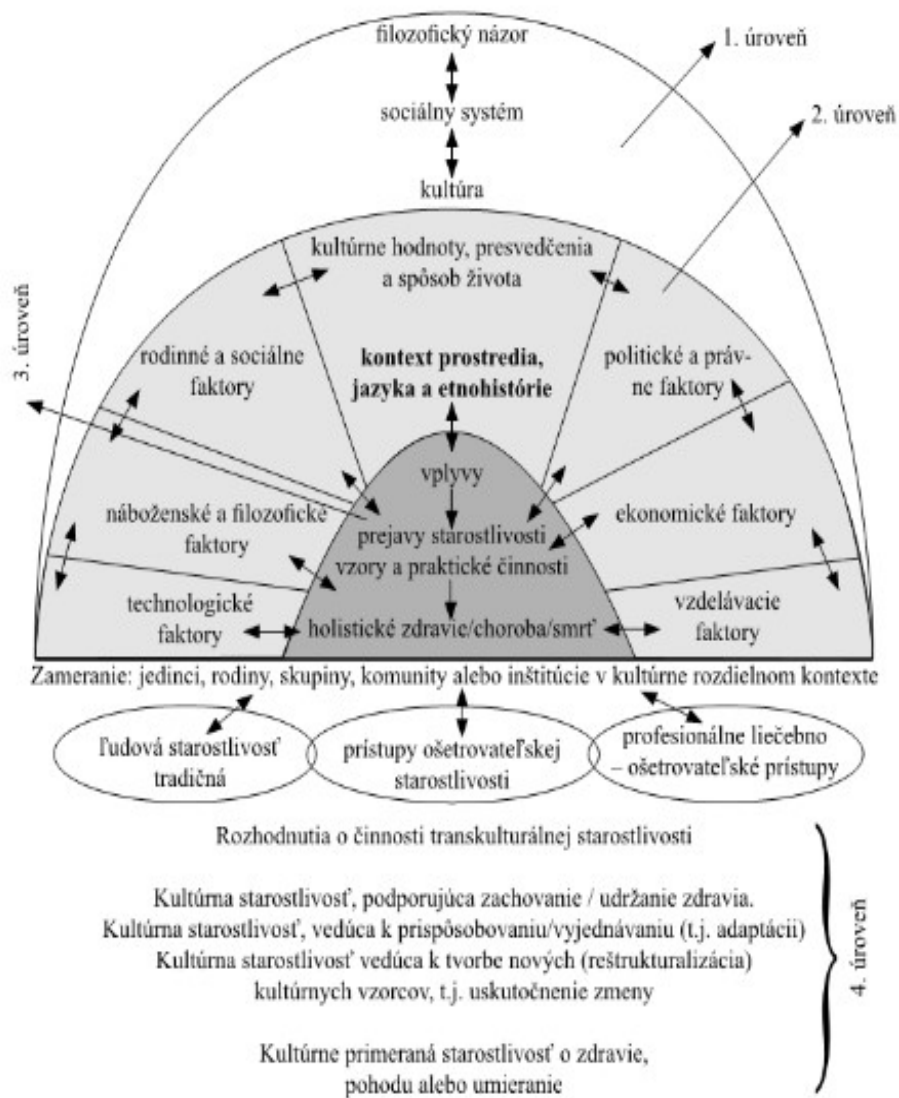
Příloha 2 – Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče – J. N. Giger a R. Davidhizar

Příloha 3 – Purnellův model kulturní kompetence

Příloha 4– Podklad pro polostrukturovaný rozhovor – Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře

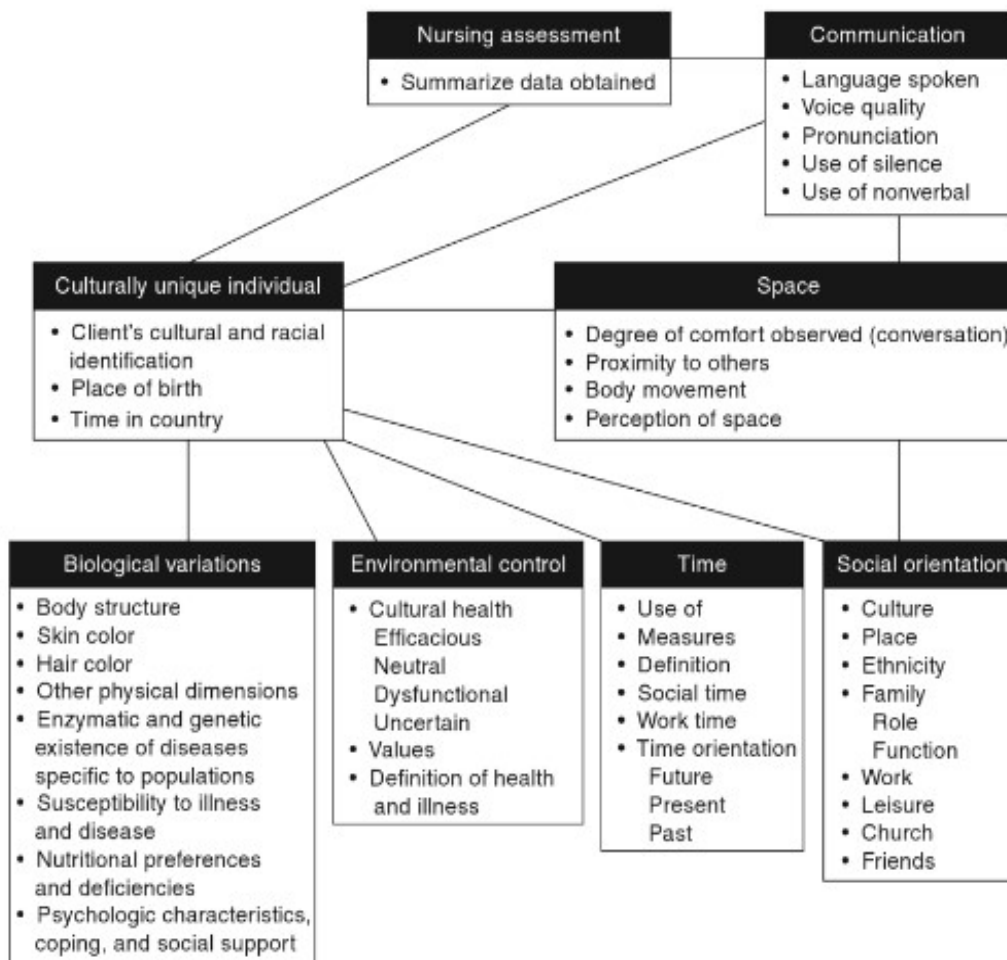
Příloha 5 – Vyjádření etické komise ZSF JU

Příloha 1 – Model vycházejícího slunce M. Leininger



Zdroj:

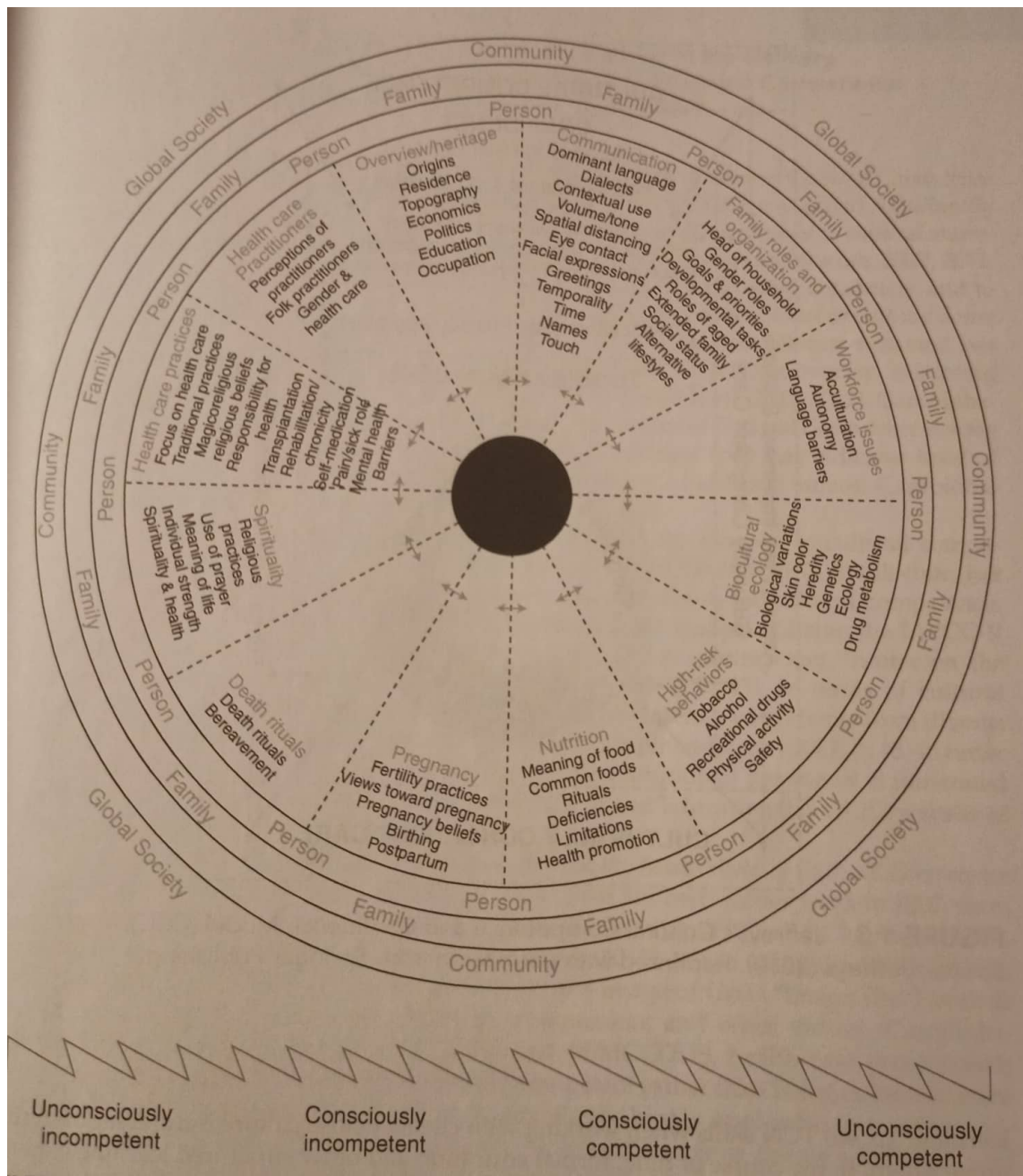
PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.



Zdroj:

SAGAR, P. L., 2014. *Transcultural Nursing Education Strategies*. Springerpublishing Co Inc. pp. 426. ISBN: 978-0-8261-9593-7

Příloha 3 – Purnellův model kulturní kompetence



Zdroj:

SAGAR, P. L., 2014. *Transcultural Nursing Education Strategies*. Springerpublishing Co Inc. pp. 426. ISBN: 978-0-8261-9593-7

Příloha 4 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor – Kulturní kompetence sester v ordinacích praktického lékaře

Identifikační údaje:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je celková délka Vaší praxe?
 - a. Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického lékaře? (dále jen PL)

Obecná část rozhovoru:

1. Co dle Vašeho názoru znamená pojem kultura, náboženství, etnická skupina, minoritní a majoritní skupina?
 - a. Mají podle Vás tyto pojmy něco společného, případně co?
2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s péčí o pacienty/klienty odlišné minority?
 - a. S P/K kterých minorit se setkáváte?
 - b. S kterou z těchto skupin se setkáváte nejčastěji?
 - c. V čem je pro Vás péče o tyto P/K odlišná?
 - d. Jaké jsou podle Vás zásadní rozdíly v péči o P odlišné minority v primární a sekundární péči?
3. Co pro Vás znamená kulturně kompetentní péče a jak by podle Vás měla vypadat?
4. Popište mi prosím, co pro Vás znamená pojem kulturní kompetence? Jak tento pojem vnímáte?
5. Zamýšlel/a jste se někdy nad svými kulturními kompetencemi?
 - b. Jaké kulturní kompetence podle Vás mají sestry v ordinacích PL?
6. Jaké výkony se nejčastěji provádějí v ordinaci PL?
7. Jaká by podle Vás měla být dobrá sestra v ordinaci PL?
8. Jaká by podle Vás naopak být neměla?
9. Ovlivňuje nějak věk sestry v ordinaci PL péči o P odlišných minorit? Proč?
10. Jak Vás přijímali P/K odlišných minorit?
 - a. Jak často se setkáváte s těmito P/K?
 - b. Jak probíhá Vaše příprava na setkání s těmito P/K?
 - c. Do jaké míry se změnilo množství registrovaných P/K odlišných minorit v ordinaci PL v průběhu přibližně deseti let?

11. Jak probíhá Vaše komunikace s P/K odlišné minority?
 - a. Upřednostňujete verbální či neverbální komunikaci?
 - b. Měl/a jste někdy problémy v oblasti komunikace?
12. Jakým způsobem komunikujete s P/K mluvícími cizím jazykem?
 - a. Jakými cizími jazyky mluvíte?
 - b. Který z nich nejčastěji využíváte při práci?
 - c. Účastníte se v rámci Vašeho zaměstnání školeních či vzdělávacích kurzů se zaměřením na zlepšení cizího jazyka?
13. Máte možnost ve svém zaměstnání využít služby tlumočnicka?
 - a. Pokud ANO – Využil/a jste je někdy?
 - b. Pokud NE – Domníváte se, že by služby tlumočnicka byly v rámci péče o Vaše P/K přínosné?
14. Jak je Vaše ordinace u PL uzpůsobená pro P odlišných kultur?
15. S jakými překážkami se při poskytování péče těmto P/K setkáváte?
16. Pozorujete odlišnosti v oblasti edukace P/K z minoritní skupiny oproti majoritní?
17. Jakým způsobem jste získal/a teoretické znalosti o multikulturním ošetrovatelství?
18. Byl/a byste ochotna se v této oblasti dále vzdělávat?
 - a. Myslíte si, že je vzdělání v této oblasti důležité a prospěšné? Proč si to myslíte?
19. Účastníte se v rámci Vašeho zaměstnání školeních či vzdělávacích kurzů se zaměřením na multikulturní ošetrovatelství?
20. Chtěl/a byste ještě něco doplnit?

Příloha 5 – Vyjádření etické komise ZSF JU



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Etická komise
Ethics Committee

VYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE ZSF JU

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

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

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

V Českých Budějovicích 19.10. 2020

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

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

9 Seznam zkratek

ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

COVID – 19 – coronavirus disease 2019

CRP – C-reaktivní protein

CSc – candidatusscientiarum

ČB – České Budějovice

ČR – Česká republika

EKG – elektrokardiografie

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

i.m. - intramuskulární

INR – internationalnormalised ratio

MUDr. – medicinaeuniversaedoctor

OAMP – obor azylové a migrační politiky

PL – praktický lékař

P/K – pacient/klient

S – sestra

s.c. – subkutánní

TK – krevní tlak

USA – United Statesof America

ZSF JU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity