

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Aneta Stašková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Aneta Stašková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KONCEPČNÍ MODEL M. LEININGEROVÉ
V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta STAŠKOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0062P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Koncepční model M. Leiningerové v ošetřovatelské praxi**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetřovatelství pro praxi. Praha: Grada, 2013. Sestra. Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- HÁJEK, Marcel a Charif MAHBOUH. Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu. Praha: Grada Publishing, 2016. 199 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5631-8.
- PTÁČEK, Radek a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2. RABLOVSKÁ, Rebeka. Multikulturní přístup pro pomáhající profese. Vyd. 2., dopl. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 110 s. ISBN 978-80-87386-09-5.
- ALBOUGAMI, Abdulrhman Saad, POUNDS, Karen G. a ALOTAIBI, Jazi Shaydeid. Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A Discussion Paper. International Archives of Nursing and Health Care [online]. 2016, vol. 2, no. 3, nestr. [cit. 21.5.2019]. ISSN 2469-5823. Dostupné z: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-053.pdf.par>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Šafránková**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 4. 2020.



.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Aneta Stašková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Koncepční model M. Leiningerové v ošetrovatelské praxi

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 53

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: multikulturní ošetrovatelství, Madeleine Leiningerová, ošetrovatelská péče o cizince, koncepční model

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou multikulturního ošetrovatelství a koncepčního modelu Madeleine Leiningerové. Teoretická část zahrnuje popis multikulturního ošetrovatelství, teorií a modelů ošetrovatelství a modelu Madeleine Leiningerové. V praktické části je uvedena jedna kazuistika pacientky z jiného kulturního prostředí, která byla hospitalizována a operována na chirurgickém oddělení pro akutní apendicitidu.

Abstract

Surname and name: Aneta Stašková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Conceptual model of M. Leininger in nursing practice

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 53

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 32

Keywords: multicultural nursing, Madeleine Leininger, nursing care of foreigners, conceptual model

Summary:

This bachelor thesis is dealing with the issue of multicultural nursing and conceptual model of Madeleine Leininger. The theoretical part includes a description of multicultural nursing, theories and models of nursing and model of Madeleine Leininger. The analytical part consists of one case study of patient from other cultural environment who was hospitalized and operated on surgical ward for acute appendicitis.

Předmluva

Z důvodu častého cestování se čím dál častěji setkáváme v nemocničních zařízeních s lidmi z jiného kulturního prostředí, kteří mají jiné hodnoty, zvyky, víru a předpoklady. Pro správnou péči a léčení všech pacientů je důležité znát rozdíly různých kultur.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí a poukázat na důležitost multikulturního ošetřovatelství. Pro moji práci jsem si vybrala jednu pacientku pocházející z Mongolska. Použila jsem kvalitativní výzkumné šetření formou kazuistiky.

Hlavní účel mé práce je poukázat na to, že pacienti z jiného kulturního prostředí mají odlišné potřeby a je důležité je znát, abychom jim mohli poskytnout kvalitní zdravotnickou péči.

Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji oslovené pacientce, která mi poskytla údaje a data ze svého soukromí ke zpracování kazuistiky.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	13
1.1 Historie multikulturního ošetrovatelství	17
1.2 Charakteristika multikulturního ošetrovatelství.....	17
1.3 Základní pojmy	18
1.4 Ošetrovatelská péče o cizince	20
1.5 Komunikace	22
2 TEORIE A MODEL Y OŠETŘOVATELSTVÍ.....	25
2.1 Základní terminologie	25
2.2 Metaparadigma ošetrovatelství	25
2.3 Konceptní model	26
3 MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ	29
3.1 Madeleine Leininger	29
3.2 Koncepte teorie	30
3.3 Teorie Leiningerové.....	31
3.3.1 Předpoklady	32
3.3.2 Metaparadigma oboru a koncepte teorie transkulturního ošetrovatelství.....	32
3.3.3 Typy multikulturní péče	33
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 FORMULACE PROBLÉMU	35
5 CÍL A ÚKOL Y PRÁCE	35
5.1 Hlavní cíl.....	35
5.2 Dílčí cíle.....	35
6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	36
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
8 METODIKA PRÁCE	36
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	37
10 KAZUISTIKA	37
10.1 Anamnéza.....	38
10.2 Fyzikální vyšetření sestrou.....	39
11 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	45
12 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	51
12.1 Ošetrovatelské diagnózy	51

12.2	Edukace	57
13	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	59
	DISKUZE	61
	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM PŘÍLOH	69
	PŘÍLOHA A – INFORMOVANÝ SOUHLAS	70
	PŘÍLOHA B – REŠERŠE	71
	PŘÍLOHA C – SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM.....	75
	PŘÍLOHA D – VÝSTUP DO PRAXE	76
	PŘÍLOHA E – INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI.....	77
	PŘÍLOHA F – HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTONOVÉ	78
	PŘÍLOHA G – BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ	79
	PŘÍLOHA H – GLASGOW COMA SCALE	80
	PŘÍLOHA CH – VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA	81
	PŘÍLOHA I – KLASIFIKACE TÍŽE TROMBOFLEBITIS DLE MADDONA.....	82

SEZNAM ZKRATEK

IgA protilátky imunoglobulin A

BMI index tělesné hmotnosti

O₂ kyslík

i.v. intravenózně

s.c. subkutánně

amp ampule

PŽK periferní žilní katetr

VAS vizuální analogová škála

CRP C – reaktivní protein

ÚVOD

Multikulturní ošetrovatelství je velmi důležitá součást ošetrovatelství, zvláště v dnešní době. Po roce 1989 do České republiky začali cestovat lidé z různých kulturních prostředí. Více a více lidí cestuje do České republiky kvůli práci, vzdělání nebo turismu. Díky tomu začalo v českých zdravotnických zařízeních přibývat lidí z jiného kulturního prostředí. A proto je důležité znát různé kultury. Každá kultura se něčím liší ať už hodnotami nebo vírou, přesvědčením, mají různé potřeby. Aby mohli pacienti dostávat v nemocničních zařízeních adekvátní péči, je třeba znát multikulturní ošetrovatelství. Multikulturní ošetrovatelství napomáhá rychlejšímu a efektivnějšímu léčení pacientů z různých kultur.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože jsem se v nemocnici několikrát setkala s pacienty z jiného kulturního prostředí a myslím si, že je důležité znát jejich kulturu a zvyky, aby mohli dostávat komplexní ošetrovatelskou péči. Ve své bakalářské práci se věnuji několika pojmům, kde se snažím objasnit koncepční model Madeleine Leiningerové a snažím se poukázat na to, jak je multikulturní ošetrovatelství důležité.

Cílem mé práce bylo zjistit jaké mají potřeby pacienti z jiného kulturního prostředí. Zvolila jsem kvalitativní výzkum a vypracovala jsem jednu kazuistiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

V posledních letech je migrace velmi častá po celé planetě. Lidé imigrují z politických, profesionálních, studijních, sociálních a ekonomických důvodů. S cizinci se nesetkáváme pouze před kulturními památkami naší země, ale čím dál tím častěji i ve zdravotnických zařízeních. S lidmi pocházejícími z jiného kulturního prostředí se tedy zdravotnický personál setkává velmi často. V současnosti se téma multikulturního ošetřovatelství stává více a více aktuálnější. Díky velkému vlivu globalizace, je vznik kulturních kompetencí nutností. Ty nejčastější představují například dovednosti, uznání, respekt a laskavé jednání. (Mlýnková, 2010, s. 269) (Maňhalová, 2016, s. 79) (Rablovská, 2010, s. 24)

Po roce 1989 se do České republiky dostávají imigranti z kulturně různých zemí, kteří se stávají pacienty našich zdravotnických zařízení. Aby jim byla dávana zdravotní péče v souladu se standardy a zákony platnými v ČR, je třeba aby si zdravotničtí pracovníci osvojili zásady multikulturního ošetřovatelství. Od roku 1995 se začalo v České republice objevovat více cizinců s povolením pobytu. (Šimonová, 2012, s. 114) (Hudáčková, 2011, s. 139)

„V roce 2013 byla v nemocnicích v ČR poskytnuta zdravotní péče celkem 94 357 cizincům s celkovými náklady na zdravotní péči v hodnotě 646 mil. Kč. Z tohoto počtu 43 932 ošetřených cizinců pocházelo ze zemí Evropské unie. Nejčastěji byli ošetřeni pacienti ze Slovenska, z Ukrajiny a Ruska (ÚZIS, 2013)“ (Pokorná, 2015, s. 47)

Globalizace přinesla velké změny ve světě. Zvýšené přistěhovalectví vede ke zvýšení rozmanitosti mezi pacienty, proto je kulturně shodná zdravotní péče nutností. Od ošetřovatelství se očekává, že stejně jako ostatní oblasti zdravotní péče, přijmou globální praxi kulturně shodné péče. Sestry musí porozumět kulturním názorům, praktikám a rozdílům a vyhnout se tak předčasným zobecněním. Kulturní modely hrají a budou hrát klíčovou roli ve zefektivnění ošetřovatelské praxe. Modely kulturní péče podporují poskytování kulturně kompetentní péče o pacienty z různých kultur tím, že pomáhají sestram porozumět a přizpůsobit se různým okolnostem. Transkulturní ošetřovatelství bylo začleněno do vzdělávání moderního ošetřovatelství díky zvýšené různorodosti pacientů. Čím

dál více lidí z různých kultur využívají zdravotnická zařízení, proto si sestry musí být vědomy jejich různého vnímání a úrovně tolerance ke zdravotní péči. Rozhodování v péči o pacienta zahrnuje mnoho aspektů jako například postoje pacientů a jak budou reagovat na doporučení ohledně léčby. Z těchto důvodů je důležitá přizpůsobivost zdravotnických pracovníků, protože to může ovlivnit kvalitu poskytovaných služeb pacientům. Sestry by měly mít dostatek informací o kulturách a jejich zvycích, aby mohla být poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. Poskytování vysoce kvalitní péče buduje v pacientovi důvěru. Kultura ovlivňuje přístup ke zdraví a nemocem. Je důležité zajistit léčbu, která respektuje jedinečnost každého jednotlivce. Transkulturní ošetrovatelství používá koncepty rasy, kultury a etnicity, abychom porozuměli vnímání a chování jednotlivců. Sestry tyto koncepty musí zvážit, aby poskytovaly kulturně shodnou zdravotní péči. Kultura odkazuje na hodnoty, víru, normy a předpoklady, které se přenášejí mezi generacemi. Kultura se odráží v jídle, oblékání, sociální instituci a jazyce. Kultura může výrazně ovlivnit zdraví i další aspekty lidského života. Každá kultura má odlišné vlastnosti, a proto se lidé patřící do různých kultur mohou lišit. Rozdíly mezi kulturami se musí respektovat a každý člověk musí být považován za jedinečnou lidskou bytost. Kulturní kompetence odkazuje na soubor kulturně shodných postupů, zásad a chování, které umožňují zdravotnickým pracovníkům poskytovat vysoce kvalitní služby v různých mezikulturních scénářích. Cíl kulturně shodné zdravotní péče není jen usnadnit péči o etnické skupiny, ale i zlepšení poskytování zdravotní péče s ohledem na pohlaví, socioekonomický status, věk, náboženství. Pochopení náboženského a kulturního pozadí pacienta, může být velmi nápomocné při poskytování zdravotních služeb. Sestry by se měly přizpůsobit různým kulturám. Transkulturní ošetrovatelské modely poskytují sestřám základ k získání znalostí o kulturách během poskytování zdravotní péče. Modely se stále vyvíjejí a spravují ošetrovatelskou péči po celém světě. (Albougami, 2016, online)

V dnešní době má na moderní ošetrovatelství velký vliv migrace. Protože se praxe mění z monokulturní na multikulturní, je potřeba se věnovat multikulturním aspektům v ošetrovatelské a zdravotní péči. Je důležité znát kulturu pacienta, která je úzce spjatá s náboženstvím. Náboženství je důležité, protože má význam pro společenský život. Společenské normy, které tvoří kultura, se prostřednictvím socializace předávají dalším generacím. Člověk se v jiné kultuře odlišuje svým zevnějškem, vnitřní predispozicí, svými hodnotami, náboženstvím, kulturou, tradicí i přesvědčením. K multikulturnímu přístupu je

důležité vyvarovat se kulturních předsudků, negativních postojů k ostatním a poznat svůj svět a sebe samého. (Sysel, 2011, s. 173)

Ve světě neustálého cestování a nepřetržitých inovací je důležité pro zdravotní péči umět přijmout kulturní rozmanitost. Studenti zdravotnictví se při studiu dotýkají rozmanitosti kultur, zatímco zdravotní sestry přicházejí do přímého kontaktu s lidmi z různých kultur. Teorie Madeleine Leininger se ukázala být velmi užitečná. Leininger díky vlastní zkušenosti chtěla zdravotním sestřím rozšířit znalosti, aby porozuměly různým kulturám, které v tu chvíli chyběly ve zdravotnictví. Snažila se vylepšit zdravotní péči o pacienty z různých kultur a vytvořila transkulturní teorii ošetřovatelství. Chtěla, aby se sestry staraly o pacienty dle toho, co pacienti považovali za vhodné podle jejich kulturních očekávání. Sestra dělá věci, které kulturně souhlasí s pacientovými potřebami. Díky velkému rozvoji v cestování se přišlo na nové způsoby, jak přistupovat k pacientově pohodě s ohledem na jeho kulturu. Zdravotní sestry se všude po světě v nemocničních zařízeních setkávají s přistěhovalci nebo turisty. Pokud máme přežít a žít v mírumilovném a zdravém světě, musí zdravotní sestry a poskytovatelé zdravotních služeb porozumět životním stylům a hodnotám různých kultur a poskytovat kulturně shodnou zdravotní péči. Celosvětově mají sestry největší podíl v pečování o pacienty a učení o různých kulturách jim umožňuje pomoci pacientům s jejich konkrétními problémy. Sestry mají možnost vyniknout ve zdravotní péči jako kulturně nejrozzumnější. Pro některé sestry není transkulturní péče moc důležitá, což ovlivňuje kvalitu péče. Role sestry jako pečovatele je velmi důležitá, protože bez péče není léčení. Vzhledem k různému prostředí, různým zkušenostem a různému vzdělání někteří zdravotníci nejsou připraveni na různě rozdílné pacienty. O takových příkladech neporozumění, kde poskytovatelé zdravotní péče úplně nechápou potřeby pacientů, mluví Leiningerová. Například mluvila o mexické pacientce, které americký personál úplně neporozuměl a ona místo běžné zdravotní péče vyhledala místního léčitele. Zdravotní sestry by neměly ignorovat specifické potřeby pacientů. V jednom rozhovoru Madeleine Leininger uvádí, že sestra nemusí cestovat do cizích zemí, aby pochopila péči napříč kulturami. Sestra musí pacientovi naslouchat, posoudit jeho hodnoty, víru a vyhýbat se urážlivým praktikám. Pacient může vyžadovat zvláštní požadavky i mimo ošetřovatelskou péči, proto je důležitá komunikace. Pečování o všechny pacienty, jako by patřili do stejné kultury, může pacientům uškodit a sestra tak nedosáhne nejlepších možných výsledků v péči o pacienta. Pokud existuje způsob, jak pacientovi zmírnit stres, zdravotní sestra se musí snažit, aby tento stres zmírnila kulturně citlivým způsobem. Díky důkladné komunikaci může sestra dobře poznat

kulturní potřeby pacienta. Některé věci, co jsou u nás běžné nemusí být běžné všude. Například vyšetření dotekem je v západním kulturách považováno za normální, ale v jiných kulturách to tak být nemusí. Některá náboženství nedovolují dotýkat se určitých částí těla nebo kontakt mezi pohlavími. Proto sestry musí prostřednictvím komunikace zjistit, co je pro pacienta přijatelné a co ne. V různých kulturách se také liší pohled na smrt a umírání. V některých náboženství věří, že smrt je osud, o kterém rozhodne jejich bůh, ne léčebný proces a je důležité, aby k tomu tak sestra přistupovala, jinak by znevážila jejich víru. Pokud sestra uspokojuje i kulturně specifické potřeby pacienta, eliminuje tím zbytečné stresory pacienta. Když by sestra ignorovala kulturní podněty, ohrozila by pacientovu rekonvalescenci. Teorie transkulturního ošetřovatelství Madeleine Leiningerové závisí na komunikaci. Sestra do své péče aktivně začleňuje víru a hodnoty pacienta. Všechny sestry by měly znát transkulturní péči, aby zlepšily ošetřovatelskou péči v neustále se měnícím světě. (Busher Betancourt, 2016, online)

Různé kultury mají různé normy, hodnoty, které určují, jak se k sobě jednotlivci chovají a jak komunikují. Normy určují, co je v určité společnosti žádoucí. Kultury určují vzorec, ve kterém jsou role a odpovědnost související s rodinou, prací a přáteli. Sestry mají svou sociální a profesionální kulturu, kterou se studenti ošetřovatelství prostřednictvím praxí učí. (Holland, 2018, s. 7)

„Standardní postupy multikulturního ošetřovatelství vypracovala Madeleine Leiningerová. Mimo jiné definovala skutečnosti: pacienti mají právo, aby byly pochopené a respektované jejich specifické kulturní odlišnosti; sociálně znevýhodněné skupiny a subkultury mají právo na poskytnutí základní péče v souladu s jejich vírou a hodnotami; základem multikulturního ošetřovatelství je filozofie, hodnoty, víra a životní styl; praktické postupy vyžadují úplné informace o dané kultuře z důvodu jednotného přístupu; pacient se považuje za jedince schopného využívat své vlastní kulturní znalosti; ošetřovatelská praxe musí akceptovat etická hlediska a základní lidská práva.“ (Sysel, 2011, s. 173)

Při péči o pacienta jiné kultury bychom měli přijmout jeho kulturní příslušnost, ale i okolnosti, které mohou měnit jeho individuální potřeby. Jde o osobní zkušenosti, kulturní zkušenosti, vlastní nejednoznačnost jazyka, identifikace individuální situace (role sestry, pacienta, prostředí). Kultura stanovuje, co je pro pacienta důležité. Dle ankety v roce 2014, jsou nejčastější problémy u ošetřování cizinců v České republice nedostatečná jazyková vybavenost zdravotníků, neochota naslouchat, vyhýbání se komunikaci. Ale pacienti ocenili

vysokou odbornou úroveň a enviromentální zajištění péče. Zdravotnický pracovník se nemusí orientovat v každé kultuře, ale stačí když bude mít nějaké kulturní povědomí, aby mohl rozpoznat všechny pacientovi potřeby a problémy. Měl by poskytovat zdravotní péči s respektem a úctou k tradicím pacienta. (Pokorná, 2015, s. 48)

1.1 Historie multikulturního ošetrovatelství

O multikulturní ošetrovatelství se začala v polovině 50. let 20. století zajímat Madeleine Leiningerová, která pracovala jako zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení v nemocnici v USA. Všimla si, že se děti různých národností od sebe liší. To ji přivedlo na myšlenku tzv. kulturně shodné péče. Po druhé světové válce došlo k nárůstu migrace, lidé více cestovali a stěhovali se za prací a vznikali tak často rasové konflikty. Díky Leiningerové vznikl v 60. letech obor transkulturní ošetrovatelství a začal velký výzkum na Nové Guineji. Podněty pro nový obor získávala studiem kulturní a sociální antropologie. Na akademické půdě se poprvé objevil v první polovině 70. let 20. století na katedře ošetrovatelství na univerzitě v Coloradu v USA. V roce 1973 byla na Univerzitě ve Washingtonu, kde Leiningerová působila ve funkci děkana, založena první katedra transkulturního ošetrovatelství a vznikla Společnost pro transkulturní ošetrovatelství. V České republice se o multikulturním ošetrovatelství dozvídáme až po roce 1989. Multikulturní ošetrovatelství se zařadilo do bakalářských studijních programů ošetrovatelství a do osnov vyšších zdravotních škol. (Mlýnková, 2010, s. 269)

Madeleine Leiningerová své myšlenky promítla i do knih. V roce 1970 do knihy „Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“ (Ošetrovatelství a antropologie: mísení dvou světů), která pojednává o transkulturní péči. V roce 1978 publikovala „Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice“ (Transkulturní ošetrovatelství: koncepce, teorie a praxe), kde jsou popsány koncepce a činnosti transkulturního ošetrovatelství. Touto knihou také definitivně dokázala, že ošetrovatelství a antropologie jsou vzájemně spojené a její teorie se ukotvila v ošetrovatelské vědě. (Kutnohorská, 2013, s. 42)

1.2 Charakteristika multikulturního ošetrovatelství

„Multikulturní ošetrovatelství lze charakterizovat jako praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o osoby pocházející z různého kulturního prostředí, na jejich hodnoty, životní zvyklosti a přesvědčení.“ (Mlýnková, 2010, s. 270)

Cílem multikulturního ošetrovatelství je citlivě uspokojit lidské potřeby, aby pacient neměl důvod nespolupracovat či cítit nespokojenost. Cílem uspokojení potřeb je i jeho rodina a sociální zázemí. Multikulturní ošetrovatelství je ovlivněno řadou faktorů jako je například trvalý vzestup migrace, míšení kultur, větší pohyb lékařů a sester v různých cizích zemích a větší možnosti komunikace pomocí internetu, dochází tak ke sblížení v prostoru světa s ostatními lidmi a jejich kulturami. (Mlýnková, 2010, s. 270)

Multikulturní ošetrovatelství se zaměřuje na holistický přístup k pacientovi, což znamená hodnotnější a plnější chápání života. K holistickému pojetí patří kulturní jevy jako umění, jazyk, spiritualita, historie či příbuzenské vztahy. K pochopení pomůže, když si kulturu vymezíme jako soubor osvojených, sdílených a naučených postojů, životních zvyklostí, hodnot a přesvědčení, charakteristických pro určitou skupinu lidí a mezigeneračně předávaný. (Kutnohorská, 2013, s. 41)

Společnost transkulturního ošetrovatelství (Transcultural Nursing Society) je nejvýznamnější celosvětová organizace, která se zabývá transkulturním ošetrovatelstvím. V roce 1973 ji založila Madeleine Leiningerová. Od roku 1989 vydává společnost Časopis transkulturního ošetrovatelství (Journal of Transcultural Nursing). Další významná oblast transkulturní péče je Časopis multikulturního ošetrovatelství a zdraví (Journal of Multicultural Nursing and Health) a Časopis transkulturní rozmanitosti (Journal of Transcultural Diversity). Dne 28. 2. 2005 byla v Itálii v Modeně založena Evropská transkulturní asociace sester (European Transcultural Nurses Association – ETNA). Ta sdružuje 25 evropských zemí a mezi její hlavní činnost a cíle patří například podpora transkulturního ošetrovatelství v Evropě, publikační činnost, spolupráce na společných mezinárodních výzkumných projektech, koordinace transkulturní péče v Evropě. (Plevová, 2011, s. 136)

1.3 Základní pojmy

Ošetrovatelství je samostatný vědní obor, který zkoumá ošetrovatelské aspekty péče o člověka. Hlavní zásada ošetrovatelství je pomoci nemocnému s činnostmi, které by mohl vykonávat sám, kdyby měl sílu, vůli, dostatečné dovednosti a vědomosti. Má svůj cíl, formu i obsah. Cíl ošetrovatelství je dosáhnout pohody a spokojenosti nemocného. Formou ošetrovatelství je systém, který orientuje na prevenci nemocí. Obsah ošetrovatelství tvoří činnosti, jež směřují k uspokojení potřeb nemocného. Ošetrovatelství lze pojmut jako

multidisciplinární obor, který je částečně vymezen výsledky příbuzných oborů jako jsou psychologie, filozofie, etika, pedagogika a sociologie. (Kelnarová, 2015, s. 12)

Kultura „je chápána jako souhrn životních forem, hodnotových představ a životních podmínek obyvatel na časově a prostorově vymezeném úseku“. Během života patří člověk k několika sociálním skupinám s různými kulturními prvky, které ho ovlivňují. Kulturní vzorce, postoje, normy a názory ovlivňují materiální i nemateriální produkty, chování, myšlení a jsou pro každou kulturu specifické. Obsah kultury se přenáší z generace na generaci prostřednictvím učení. (Plevová, 2011, s. 136)

Kultura je shrnutí hodnotových představ, životních forem a životních podmínek obyvatel na prostorově a časově vymezeném úseku. Obsah kultury jsou názory, normy, hodnoty, postoje a kulturní vzorce. Ty určují způsoby chování, myšlení a také produkty nemateriální a materiální povahy. Pro každou kulturu je to specifické a přenáší se z generace na generaci prostřednictvím učení. (Plevová, 2011, s. 136)

Kulturní šok vzniká během kontaktu s neznámou kulturou, kdy se jí člověk snaží pochopit a přizpůsobit se jí. Je to traumatický proces adaptace na změnu. Člověk pocítuje bezradnost, nepohodlí až zlost a je dezorientovaný. Dostavuje se v průběhu prvních 6–12 měsíců. Kulturní šok, jakožto stresová situace zasáhne každého, kdo se dostane do nového a neznámého prostředí. I přes to, že je kulturní šok rychlá a prudká reakce, je důležité se s ním adekvátně vyrovnat jinak může mít dlouhodobé a hluboké následky. Většinou s sebou nese i psychosomatické obtíže. Kulturnímu šoku se při setkání s jinou kulturou nikdo nevyhne. Není to rychlá a jednorázová záležitost, jde o proces trvající týdny až měsíce. Záleží na tom, jak přijmeme změny, které nás obklopují. Dle studie Kalervo Oberg (kanadský kulturní antropolog) z roku 1954 má kulturní šok 4 fáze. (Sysel, 2011, s. 174) (Kutnohorská, 2013, s. 73)

První je fáze „medových týdnů“ (honeymoon) nebo také „turistická fáze“. Člověk pocítuje počáteční euforii – nadšení, okouzlení, fascinace. (Kutnohorská, 2013, s. 74)

Druhá fáze se nazývá fáze krize (crisis). Nastává zde náhlý obrat s pocity frustrace, hněvu, nepřiměřenosti a úzkosti. (Kutnohorská, 2013, s. 74)

Třetí fáze je fáze zotavení (recovery) obsahující odhodlanost a kulturní učení. (Kutnohorská, 2013, s. 74)

Čtvrtá fáze se nazývá fáze přizpůsobení (adjustment), která reflektuje potěšení z fungujících schopností v nových životních podmínkách. (Kutnohorská, 2013, s. 74)

Kulturní šok je nemocí a jako většina nemocí má své příčiny, symptomy a léčbu. Carmen Guanipa (kanadská psycholog-konzultantka) uvádí například tyto symptomy: změny temperamentu, nespavost, deprese, zlost, ztráta identity, touha a stesk po rodině... Pokud jsou ignorovány, dochází ke kulturním tlakům, které se mohou ukázat jako nezáměr až agrese, vyhýbání se kontaktům, skryté zdravotní problémy, strach... S kulturním šokem je silně spjata sociální podpora, je důležité ji brát v úvahu při řešení psychických problémů u cizinců. Vyšší počet přátel nebo častý kontakt s blízkými snižuje kulturní šok. Carmen Guanipa uvedla, že koníčky, trpělivost, konstruktivnost, vyhýbání se nepříznivému prostředí, pravidelná fyzická aktivita, relaxace, meditace a učení nového jazyka pomáhají bojovat s kulturním šokem. (Kutnohorská, 2013, s. 77, 85)

Předsudky jsou vymezeny jako negativní stereotypy. Předsudky obsahují záporné hodnocení, které je projevem negativního vztahu. Jsou to předpojaté názory, myšlenky a představy na určitou skupinu, kulturu nebo jednotlivce, které nežádoucím způsobem ovlivňují pohled jednotlivce na tyto skupiny. Předsudky jsou nebezpečné a nelze je snadno vyvrátit. Byla vytvořena teorie „redukce předsudků“, která má redukovat předsudky kontaktem mezi rasově či etnicky odlišnými skupinami. (Kutnohorská, 2013, s. 33)

Stereotypy jsou v každé kultuře. Je to navyklý a ustálený vzorec myšlení a chování. Etnické stereotypy, pohledy etnické skupiny na jinou, jsou často s diskriminačním a negativním podtextem. Tvoří se v dětství a šíří se z generace na generaci. Stereotyp vzniká přeháněním, překroucením pravdy a zjednodušením. Stereotyp může být i pozitivní. (Kutnohorská, 2013, s. 33)

1.4 Ošetrovatelská péče o cizince

Madelaine Leininger vnímá pacienta jako holistickou bytost ovlivněnou prostředím. Hodnoty lidí, společenská struktura a pohled na svět se transkulturně liší. Prostředí se skládá z kulturního, politického, náboženského, ekonomického, technického, sociálního a vzdělávacího systému. (Sysel, 2011, s. 174)

V České republice žijí dočasně i trvale lidé různých kultur s různým náboženstvím, potřebami i zvyky a každý s nějakým očekáváním. Migrace lidí mezi zeměmi způsobují promíchání obyvatel různého původu, kultury i barvy pleti a mění tak životy nás i budoucích

generací. Je to a bude to součástí našeho života a je třeba na to brát zřetel. (Mlýnková, 2010, s. 271)

„V souvislosti s transkulturní péčí Madeleine Leininger chápe zdraví jako stav pohody, který odráží schopnost jedinců nebo skupin lidí vykonávat denní činnosti kulturně vyjádřenými, užitečnými a vzorovými způsoby. Světový názor, sociální struktura a víra ovlivňují vnímání zdraví do takové míry, že je nemožné je od sebe oddělovat.“ (Sysel, 2011, s. 174)

Po otevření hranic v roce 1989 se počet cizinců u nás změnil. Po změnách v dříve označovaných socialistických zemích lidé imigrovali ze států bývalého Sovětského svazu a kvůli válce v bývalé Jugoslávii i z Balkánu. Do České republiky se přistěhovali lidé z arabského světa, ze západních zemí a Asie, nejvíce z Vietnamu. Velkou část populace České republiky jsou příslušníci romského etnika. (Mlýnková, 2010, s. 271)

Při ošetrovatelské péči o cizince je důležité lehce znát jejich kulturu, abychom se vyvarovali konfliktním situacím. Například při ošetrovatelské péči o muslimského pacienta, bychom si měli dát pozor na tabuizovaná témata a postupovat opatrně. Není vhodné se ptát svobodné muslimky, jestli má děti, protože mimomanželský pohlavní styk je zakázán a při ošetřování muslimské ženy by neměl být přítomen muž. Některé kultury mají jiný temperament než my ve střední Evropě. Jižní národy více gestikulují a jsou více bezprostřední, což pro nás může být nepochopitelné. Naopak asijské národy jsou nesdílné a více odměřené. (Linhartová, 2015, s. 30) (Tošnarová, 2013, s. 31)

Pacienti z jiného kulturního prostředí mohou mít neúměrné nároky na péči, nejsou otevření léčbě a mnohdy je překážkou i jazyková bariéra. Zdravotnickí pracovníci se snaží vybudovat důvěru s pacientem a začlenit ho do kolektivu, aby zmírnili kulturní šok pacienta. Největší problém se občas vyskytne u pacientů z Číny, Rumunska a Maďarska, obzvláště u žen, protože muži většinou mluví anglicky. V tomto případě si zdravotnickí pracovníci musí dopomoci non-verbální komunikací nebo tlumočnickem. (Dvořáková, 2012, s. 31)

Nároky na péči o cizince jsou ve zdravotnické praxi pro ošetřující personál mnohdy značně velké. Zdravotnický personál musí poskytovat péči s ohledem na sociální, kulturní a náboženské hodnoty. Musí umět chápat lidi, eticky jednat a respektovat je. Dle etického kodexu sester z roku 1973 je zdravotní sestra odpovědná hlavně lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Zdravotní sestra při poskytování ošetrovatelské péče podporuje

prostředí, ve kterém jsou respektovány duchovní přesvědčení, hodnoty a tradice. Nejdůležitější sociální skupinu obyčejně tvoří rodina, proto hraje důležitou roli při navrácení zdraví. Zdravotní sestra by měla brát rodinu jako důležitou součást komplexní ošetrovatelské péče, aby nenastávaly zbytečné etické konflikty. Znalost spirituality, zvyků, morálních hodnot a náboženských rituálů Vietnamců, muslimů a dalších je důležité k eliminaci nedorozumění mezi pacientem (cizincem) a ošetrujícím personálem. Nedostatečné znalosti těchto okruhů způsobují obtíže v komunikaci s cizinci. (Mlýnková, 2010, s. 272)

1.5 Komunikace

Člověk je společenská bytost a komunikace je pro něj velmi důležitá. Efektivní komunikace má intelektuální, sociální, myšlenkový a citový vliv na ostatní a napomáhá k zušlechťování mezilidských vztahů. Díky komunikaci se šíří skutečné lidské hodnoty jako je důvěra, porozumění a přátelství a oživuje v nás pocity hodnoty a důstojnosti, což má význam v ošetrovatelské praxi. Komunikace pomáhá při léčbě, ale může i ublížit. V ošetrovatelství se klade důraz na empatický přístup k pacientovi. Empatie je jedna ze složek efektivní komunikace. Nedostatečná komunikace může zapříčinit nespokojenost pacienta. Komunikace s pacientem jiné národnosti je mnohdy složitá, kvůli jazykové bariéře. Je důležité pacientovi naslouchat, abychom zjistili, co ho trápí. (Kutnohorská, 2013, s. 66) (Špirudová, 2010, s. 84) (Zábojníková, 2013, s. 20)

Pro získání důvěry je třeba s pacientem komunikovat. V komunikaci je důležitá asertivita sestry, aby dokázala prosadit i pro pacienta nepříjemné věci, které jsou přínosné. Při komunikaci s pacientem z jiného kulturního prostředí je komunikace důležitá, protože prožívá stres z cizího prostředí a z jazykově a kulturně odlišného prostředí, které může vnímat jako nepřátelské. Při velké jazykové bariéře je možné použít piktogramy. V různých kulturách mají různou komunikační etiketu, nepsané zásady pro neverbální i verbální komunikaci. Například úsměv u Evropanů značí sympatie, u Asiatů nejistotu. Arabové jsou kontaktní, nemají rádi, když se při komunikaci mluví stroze. Evropané říkají pravdu a při lži si uvědomují amorálnost jejich jednání. Arabové se striktně nedrží pravdy, nepovažují to za amorální a pokud vyjde najevo, že neříkali pravdu, necítí, že by se měli omluvit. (Šimonová, 2012, s. 114, 116)

Lidé jiné etnicity a z jiného kulturního prostředí mluví plynule svým jazykem a nemusejí ovládat jazyk místa, kde se momentálně vyskytují. Ve zdravotnickém zařízení nejsou schopni kvůli neznalosti jazyku popsat své problémy a starosti a mají neuspokojenou

potřebu komunikace. To vyvolává strach, úzkost, frustraci, smutek, hněv a mnoho dalších negativních emocí, které jsou proudí z neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí, což je jedna ze základních lidských potřeb, které jsou řazeny dle Maslowa. (Kutnohorská, 2013, s. 66)

Je třeba zhodnotit možnosti a najít vhodný způsob komunikování. Lze komunikovat přímo verbálně, ale i neverbálně – pohybem, gestikulací, mimikou nebo přes zprostředkovatele – osobu či pomůcku. Jako pomůcku lze použít komunikační karty, fotografie, obrázky, slovníky nebo papír – psaní, kreslení. V rozhovoru by se měla věnovat pozornost i řeči těla. Každá rasa se od sebe liší a mají určité komunikační odlišnosti, které je třeba pro správný rozhovor znát. Při rozhovoru by se měla dodržovat komunikační etiketa, kam patří například podání ruky nebo úsměv. Nejvíce se různé kultury v komunikaci liší v souvislosti s osobním prostorem, urážlivými gesty, četností dotyků a očním kontaktem. Používání signálů a řeči těla je nejvíce v arabských zemích a v některých částech Asie a v Japonsku. Používání jejich signálů a řeči těla na ně udělá dojem, protože to znamená, že si vážíme jejich kultury. Neverbální komunikace je důležitá, pacient si často nevzpomíná, co jsme mu říkali, ale dobře si pamatuje, jak se s námi cítil. (Kutnohorská, 2013, s. 67)

Kulturou je ovlivněna barva hlasu, pohledy, síla hlasu, gestikulace, paralingvistika, výška hlasu, melodie hlasu. U každé kultury je důležitý první dojem – pozdrav, podání ruky a u asijských kultur i mírný úklon. Při verbální komunikaci je důležitý způsob mluvy, který je v každé kultuře trochu jiný. Například v anglosaské kultuře je přerušování řeči velmi nezdvořilé, v románské kultuře je skákání do řeči akceptováno, v Japonsku je mluvení přerušováno chvílemi ticha – pacient tím dává najevo respekt a naznačuje, že přemýšlí. Pozdrav a podání ruky se také v různých kulturách liší. Některé národy potřásají rukou déle než jiné a některé přidávají i polibek na tvář nebo ruku. V Japonsku je například tělesný kontakt vnímán jako nezdvořilost, při pozdravu se uklánějí. (Kutnohorská, 2013, s. 68)

V naší kultuře je samozřejmostí, že se zdravotnický personál dotýká těla pacienta při vyšetřování nebo ošetrovatelské péči, nicméně v muslimských zemích je dotýkání odmítáno nebo přijímáno s nedůvěrou. Při poskytování profesionální zdravotnické péče je důležité pacientovi vysvětlit příčiny onemocnění, způsoby léčby a jejich rizika. Pokud pacient neumí česky, rusky nebo anglicky, tak to obvykle bývá problém a musí se více využívat neverbální komunikace nebo tlumočnick. Dle výzkumu ostravského týmu transkulturního ošetrovatelství, který byl zaměřený na praxi ošetrovatelské péče o pacienty – cizince, se 34% pacientů domluví s obtížemi česky, 18% se nedomluví vůbec a 48% prohlašovalo, že

se česky domluví, nicméně autorka výzkumu tvrdí, že svou znalost češtiny často přeceňují.
(Průcha, 2010, s. 166)

2 TEORIE A MODELY OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetrovatelství se od druhé poloviny minulého století začalo v USA a v Kanadě rozvíjet na teoretické bázi. Do té doby byl vývoj převážně intuitivní. V dnešní době má ošetrovatelství své specifické koncepční modely, ošetrovatelské koncepce a teorie. (Pavlíková, 2006, s. 16)

2.1 Základní terminologie

Model je vědecký popis nebo představa zkoumaného předmětu nebo jevu, který vysvětluje pomocí fyzikální nebo symbolické vizualizace. Symbolické modely jsou na vyšší abstraktní úrovni než fyzikální modely. Symbolické modely jsou buď verbální (slovní vyjádření), schématické (kresby, grafy) nebo kvantitativní (matematické symboly). Fyzikální modely jsou buď konkrétní, ty vypadají jako to, co mají znázorňovat (např. model oka) nebo jsou abstraktní (např. model energetických polí). (Pavlíková, 2006, s. 16)

Koncepce je způsob výkladu určitého jevu. Představuje základní vysvětlení určitého jevu a hlavní záměr různých druhů činností. Koncepce může být také tvořena soustavou názorů na určitý jev. Stejně jako model může koncepce být konkrétní nebo abstraktní. Konkrétní koncepce je specifická k určitému času a místu (např. tělesná teplota). Abstraktní koncepce je nezávislá na čase a místě (např. teplota). (Pavlíková, 2006, s. 16)

Teorie je soubor poznatků, které charakterizují určitý jev. Je základem vědeckého poznání. Teorie je výklad souvislosti jevů nebo jejich příčin. Teorie jde empiricky ověřovat. (Pavlíková, 2006, s. 17)

2.2 Metaparadigma ošetrovatelství

Vědní disciplíny zkoumají určité jevy, teorie a koncepce je definují, dávají je do vzájemných vztahů a utváří metaparadigma té určité vědní disciplíny. (Pavlíková, 2006, s. 17)

„Metaparadigma je jádro nebo obsah či předmět, kterým se příslušná vědní disciplína zabývá. Je to globální pohled na obsahové zaměření vědní disciplíny. Tvoří první úroveň rozlišení mezi vědními disciplínami. Specifikované je koncepcemi a teoriemi.“ (Pavlíková, 2006, s. 17)

Je obvyklé, že se více vědních disciplín zabývá podobnou nebo stejnou koncepcí. Například psychologie a sociologie se obě zabývají chováním jedinců, ale každá se zaměřuje

na něco jiného. Psychologie se zaměřuje na odraz psychického stavu v chování jedince a sociologie na sociální chování. Vědní disciplíny mají většinou jedno metaparadigma od kterého se odvíjejí koncepční modely, které obsahují teorie a koncepce. (Pavlíková, 2006, s. 17)

Od doby, co Florence Nightingale přišla na souvislost mezi činností sester a vlivem prostředí na zdraví člověka se začalo vyvíjet metaparadigma ošetrovatelství. Přesně bylo ale formulované až na konci 80. let minulého století. Metaparadigmatické koncepce determinující ošetrovatelství jsou v rovině: zdraví, osoba, ošetrovatelství, prostředí. Zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, osoba jako příjemce ošetrovatelství, ošetrovatelství jako činnosti sestry v zájmu příjemce a prostředí jako významné okolí příjemce. (Pavlíková, 2006, s. 17)

2.3 Koncepční model

„Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny.“ (Pavlíková, 2006, s. 18)

Koncepční modely se zabírají vybranými jevy, které souvisejí s daným oborem. Každý koncepční model má odlišný pohled na koncepce metaparadigmatu. Autoři modelů zkoumající určitý jev, vidí každý jiné souvislosti a rozdíly ve vzájemných vztazích. V ošetrovatelství poskytuje směr pro výzkum, vzdělávání a praxi. Koncepční model obsahuje kognitivní orientaci, filozofické zaměření, tradice výzkumu i praktické podmínky autora. Neobsahuje myšlenky, metody výzkumu a přesvědčení. (Pavlíková, 2006, s. 19)

Koncepce koncepčního modelu jsou nejvšeobecnější a nejabstraktnější a není možné je přímo pozorovat v reálném světě. Nejsou omezeny na konkrétního jedince, událost nebo situaci a nebývají definovány. (Pavlíková, 2006, s. 19)

Tvrzení koncepčního modelu jsou všeobecná a abstraktní, tudíž není možné je zkoumat a přímo empiricky pozorovat. Můžou sloužit jako základ dalšího vývoje modelu, tvořit základní předpoklady modelu, konstatovat vztahy mezi koncepcemi koncepčního modelu. Koncepce a tvrzení koncepčních modelů obvykle používají charakteristický slovník. (Pavlíková, 2006, s. 19)

Vývoj koncepčních modelů začal již v raných civilizacích Číny a Egypta. Hodně modelů ovlivnilo svět, měly vliv například na modely a myšlenky S. Freuda, A. Einsteina nebo K. Marxe. Koncepční model se vyvinul z empirických pozorování a z dedukcí autora, které propojily myšlenky. Koncepční modely se můžou vyvíjet deduktivně (odvozením ze všeobecných jevů) a induktivně (zevšeobecněním pozorovaných jevů). (Pavlíková, 2006, s. 20)

Koncepční model je jen zjednodušením či přiblížením reality. Každý koncepční model je jedinečný svým sjednocením nebo kombinací koncepcí. Mají podmínku logické myšlenkové shodnosti. Existuje i druhý stupeň rozlišování mezi vědními disciplínami – když se více vědních disciplín zajímá o jednu koncepci, například o stres. (Pavlíková, 2006, s. 20)

Od doby, co Florence Nightingale začala prosazovat myšlenky ošetrovatelství, existují koncepční modely ošetrovatelství. V roce 1973 na konferenci pro rozvoj ošetrovatelství Roy, Reilly a Johnson označili různé pohledy na ošetrovatelství jako koncepční modely. Šlo o podstatný krok ke vzniku ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny. (Pavlíková, 2006, s. 21)

Každý z koncepčních modelů vymezuje čtyři metaparadigmatické koncepce odlišně a spojuje je různými způsoby. Koncepční modely ošetrovatelství definují osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. (Pavlíková, 2006, s. 21)

Osoba – *„nejčastěji jako integrovanou bio-psycho-socio-spirituální bytost, přičemž další specifikace je různá, například osoba jako adaptivní systém, behaviorální systém, sebepečující činitel, energetické pole apod.“* (Pavlíková, 2006, s. 21)

Prostředí – *„jako vnitřní struktury a vnější vlivy, včetně členů rodiny, komunity, společnosti a fyzikálního okolí, v některých modelech je prostředí považované za zdroj stresů a v jiných za zdroj zdrojů.“* (Pavlíková, 2006, s. 21)

Zdraví – *„nejčastěji jako kontinuum (nepřetržitý průběh) od adaptace k maladaptaci, nebo jako dichotomii (dvojitost) behaviorální stálosti a nestálosti, či jako hodnotu, kterou definuje každá kulturní skupina jinak.“* (Pavlíková, 2006, s. 21)

Ošetrovatelství – *„prostřednictvím specifikace cílů ošetrovatelských činností a ošetrovatelského procesu, např. jedním z cílů ošetrovatelství je pomoc osobám dosáhnout,*

udržet, či znovu získat schopnosti sebezpěče. Znaménko rovnosti se klade mezi zdraví a schopnost postarat se sám o sebe.“ (Pavlíková, 2006, s. 21)

Koncepční modely ošetrovatelství mají dle Kozier, Erb a Olivieri tři základní součásti. Asumpce (předpoklady), hodnotový systém a hlavní jednotky. Asumpce (předpoklady, fakta) vytvářejí teoretický základ koncepce ošetrovatelství. V praxi jsou ověřitelné a vyvozují se od vědecké praxe a teorie. Hodnotový systém jsou základní myšlenky oboru, v ošetrovatelských modelech jsou podobné a odrážejí filozofický názor autora. Zdůrazňuje například respektování lidské bytosti. Hlavní jednotky jsou zformulované z hodnotového systému a asumpcí. Sedm zformulovaných hlavních jednotek jsou cíle ošetrovatelství, role sestry, ohnisko zásahu, důsledky, klient/nemocný/pacient, zdroj potíží, způsob zásahu. Cíle ošetrovatelství představují, čeho se ošetrovatelství snaží dosáhnout. Role sestry charakterizuje, co je úlohou sestry a co vykonává. Ohnisko zásahu stanovuje zaměření ošetrovatelských intervencí. Důsledky vyjadřují očekávané výsledky ošetrovatelských intervencí. Klient/nemocný/pacient je vymezený jako příjemce ošetrovatelské péče. Zdroj potíží je v pacientovi/klientovi, ne v sestře, lze je ovlivnit ošetrovatelskou intervencí. Způsob zásahu (intervence) upřesňují prostředky a způsoby, kterými sestra disponuje při poskytování ošetrovatelské péče. (Pavlíková, 2006, s. 22)

Koncepční model upozorňuje na to, čeho si máme všimnout a o čem přemýšlet a zlepšuje práci sester. Soustředí se na různé oblasti, které jsou pro daný model důležité. Koncepční modely obohacují teorii ošetrovatelství a v spravuje jednání a myšlení sester v praxi v konkrétních situacích. Koncepční modely ošetrovatelství umožňují uspořádaný přístup k praxi, usnadňují komunikaci mezi sestrami. (Pavlíková, 2006, s. 23)

„Koncepční modely jsou důležité pro sestru, protože jí nabízejí filozofickou a pragmatickou orientaci na služby, které sestra poskytuje pacientům/klientům, služby, které může poskytnout jen sestra, služby, které nabízejí dimenzi celkové péče, která se liší od péče poskytované kterýmkoliv jiným zdravotníkem.“ (Pavlíková, 2006, s. 23)

3 MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ

3.1 Madeleine Leininger

Madeleine Leininger studovala na St. Anthony's Nursing School v Denveru kde v roce 1948 získala základní ošetřovatelské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání získala na Benedictine College v Atchinsonu v roce 1950 kde studovala bakalářský obor biologie s vedlejším předmětem filosofie. V roce 1954 získala na Catholic University of America ve Washingtonu D.C. magisterské vzdělání v psychiatrickém ošetřovatelství. V roce 1960 poprvé definovala termín transkulturní ošetřovatelství. V roce 1965 dokončila na University of Washington v Seattlu doktorandské studium zaměřené na kulturní a sociální antropologii, kterou vystudovala jako první sestra. Nejdříve pracovala na chirurgickém oddělení jako řadová a staniční sestra. Později pracovala na psychiatrickém oddělení v St. Josephs Hospital v Omaze jako ředitelka ošetřovatelských služeb. V roce 1966 byla profesorkou ošetřovatelství a antropologie na univerzitě v Coloradu, kde poprvé přednášela o transkulturním ošetřovatelství. V roce 1968 s Hazel Weidman založila Výbor pro ošetřovatelství a antropologii. V roce 1969 působila jako docentka antropologie na University of Washington a děkanka a profesorka ošetřovatelství na School of Nursing ve Washingtonu. V roce 1973 na School of Nursing ve Washingtonu založila Katedru transkulturního ošetřovatelství. Později se stala ředitelkou centra na podporu výzkumu transkulturního ošetřovatelství a vedoucí redaktorkou časopisu transkulturního ošetřovatelství. V roce 1974 na College Nursing působila jako děkanka a profesorka ošetřovatelství a na University Utah v Salt Lake City působila jako profesorka antropologie. V roce 1981 se stala členkou Wayne State University v Detroitu, kde působila jako profesorka antropologie a ošetřovatelství a ředitelka postgraduálního studia transkulturní péče. Hostovala na 48 amerických a zahraničních univerzitách. (Pavlíková, 2006, s. 65) (Plevová, 2011, s. 130)

Leiningerová také udělala velký pokrok v oblasti výzkumu. Vytvořila výzkumnou metodu etnoošetřovatelství, aby pomohla sestřám systematicky dokumentovat a získat větší pochopení pro každodenní životní zkušenosti lidí v rozdílných enviromentálních souvislostech. Etnoošetřovatelství je kvalitativní výzkumná metoda využívající volné, naturalistické zjišťování. Pro výzkumníky etnoošetřovatelství vytvořila průvodce s názvem: model od cizince k příteli a model pozorování – spoluúčast – reflexe. (Plevová, 2011, s. 131)

Transkulturní ošetrovatelství bylo jako obor uznán v rámci ošetrovatelství jako jeden z nejvýznamnějších ve 20. a 21. století a Madeleine Leiningerová byla uznána Americkou akademií sester za vůdcovství oboru a v roce 1998 byla vyznamenána jako „žijící legenda“. Na její práci pak navazovali další autoři. V USA za rozvojem transkulturního ošetrovatelství v 50. letech 20. století stojí Madeleine Leiningerová, v Evropě to byla Irena Papadopoulosová, která začala v 80. letech 20. století v Británii pracovat na rozvoji. (Plevová, 2011, s. 133)

3.2 Koncepce teorie

Madeleine Leiningerová vytvořila nový pojem „kulturní péče“ tím, že spojila dva pojmy – péče (z ošetrovatelství) a kultura (z antropologie). Začala s teorií ošetrovatelství, kterou nazvala kulturní péče různorodosti a univerzálnosti, kterou později upravila a přejmenovala na model vycházejícího slunce. Model je v kruhové podobě, z čehož je odvozen název, kde prezentuje sociální a světonázorové faktory, které jazykem, prostředím a jinými symboly působí na zdraví a samotnou péči. Sluneční paprsky, které znázorňují sociokulturní kontext, jsou vzájemně propojeny čímž představují kulturní vlivy a spolupůsobení na jedince. Kulturní vlivy mohou být technologické, duchovní, právní, vzdělávací, náboženské, politické, ekonomické, rodinné faktory, životní styl, hodnoty. Jádrem slunce představuje kulturní vzory, zdraví a praktiky péče. Model utváří tři složky – typy péče, systémy péče a kulturní a sociální struktura. Kulturní a sociální struktura zahrnuje jednotlivé faktory působící na jedince, například rodinné a společenské faktory (sluneční paprsky). Paprsky s jádrem vzájemně souvisí. Všechny tyto faktory působí na vnímání nemoci a zdraví. K těmto faktorům, které jsou ve schématu patří také profesionální a lidové ošetrovatelské subsystémy a systémy. Madeleine Leiningerová rozeznává dva systémy péče – profesionální systém péče a tradiční systém péče a tři způsoby kulturně shodné péče – kulturní péče umožňující adaptaci, kulturní péče pomáhající udržovat a získávat zdraví a kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu. Profesionální systém péče je založen na naučených a vědecky ověřených postupech, uplatňuje se ve zdravotnických zařízeních, je finančně náročnější, využívá moderních technik, kulturní a etnické požadavky člověka se ztrácí. Tradiční systém péče je založen na naučené zručnosti členů jednotlivých kultur, využívá domácí postupy, rituály s minimálním využitím moderní techniky, využívá kladný vliv domácího prostředí. (Plevová, 2011, s. 130) (Sysel, 2011, s. 174)

Sestry používají model Leiningerové, když dělají kulturní hodnocení pacientů. Model Leiningerové obsahuje řadu aspektů kultury jako jsou finanční, technologické,

právní, filozofické, náboženské, sociální, vzdělávací a politické dimenze. Tyto faktory společně se sociálním a jazykovým prostředím velmi ovlivňují poskytované služby. Tradiční systémy zdravotní péče jsou založeny na konvenčních přesvědčeních, které se týkají zdraví. Profesionální systémy se spoléhají na naučené znalosti a praxi založené na důkazech. Ošetřovatelství zvažuje kulturní, fyzické a duchovní potřeby pacientů. Porozumění těmto potřebám ulehčí dosažení klinických výsledků. Model Leiningerové pomáhá vyhnout se stereotypizaci pacientů. (Albougami, 2016)

Leiningerová vnímá osobu jako holistickou bytost ovlivněnou prostředím. Hodnoty, pohled na svět a společenská struktura se u lidí transkulturně liší. Prostředí se skládá z ekonomického, vzdělávacího, náboženského, politického, sociálního, technického a kulturního systému. Madeleine Leininger chápe zdraví v souvislosti s transkulturní péčí jako *„stav pohody, který odráží schopnost jedinců nebo skupin lidí vykonávat denní činnosti kulturně vyjádřenými, užitečnými a vzorovými způsoby. Světový názor, sociální struktura a víra ovlivňují vnímání zdraví do takové míry, že je nemožné je od sebe oddělovat“*. Ošetřovatelství se věnuje péči o člověka, je to věda a umění zaměřující se na zotavování nemocných jedinců a podpoře a udržení zdraví zdravých jedinců. Je to transkulturní profese. (Sysel, 2011, s. 174)

Transkulturní ošetřovatelství bylo kvůli vzrůstající multikulturní společnosti zahrnuto do studijních programů pregraduálního i celoživotního vzdělávání všeobecných sester. Současný rozvoj ovlivňuje míšení, rozšíření elektronické komunikace, výskyt kulturních střetů, pohyb lékařů a sester po různých zemích, trvalý vzestup populační migrace a další. (Plevová, 2011, s. 132)

3.3 Teorie Leiningerové

Byla to první ošetřovatelská teorie zaměřená na význam kultury v práci sestry. Pacienti z různých kultur vnímají zdraví, nemoc a léčbu různě. Model Leiningerové byl kritizován, že v rámci stejné kultury neřeší rozdíly jako sociální změny, které ovlivňují člověka v různých fázích životního cyklu, ale i přes to byl model Leiningerové nadčasový a připravila půdu pro další vývoj. Leiningerová vnímá člověka jako bytost holistickou, která je ovlivněna sociálním pozadím. V její teorii na něj nahlíží jako na lidské individuum a kulturní bytost a popisuje jej třemi charakteristikami. Potřebují péči, ale zároveň zvládnou pečovat o druhé lidi. Jsou kulturní bytosti tudíž jejich péče o děti a rodinu má různé varianty.

Jsou holistické bytosti a nechtějí, aby byli bráni jen jako části těla a orgány, chtějí celostní péči. (Kutnohorská, 2013, s. 41)

Leiningerová se v 50. letech 20. století také začala zajímat o to, jaký vliv na chování jedince ve zdraví a nemoci může mít kultura. To, že může kultura nějak ovlivňovat ošetrovatelství ji napadlo v její sesterské praxi, když viděla různé chování u různých národností. Transkulturní ošetrovatelství definovala v roce 1960 a dalších 30 let tuto teorii rozvíjela. (Kutnohorská, 2013, s. 42)

3.3.1 Předpoklady

Předpoklady jsou součástí každé teorie. Na předpokladech teoretik staví svou práci a odvozuje od nich metaparadigma. Předpoklady Leiningerové jsou v devíti bodech. „1. *Péče je nevyhnutelná pro lidský růst, vývoj, přežití.* 2. *Péče je nevyhnutelná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče.* 3. *Typy, modely a procesy lidské péče se odlišují mezi jednotlivými kulturami.* 4. *Každá kultura má laickou/lidovou péči a profesionální ošetrovatelskou praxi.* 5. *Hodnoty, víra, kulturní péče jsou zakořeněné v náboženských, rodinných, společenských, politických, kulturních, ekonomických a historických dimenzích.* 6. *Terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jen tehdy, pokud se poznají a při poskytování péče do detailů využívají kulturní hodnoty, výrazy nebo praktiky.* 7. *Na poskytnutí blahodárné, uspokojivé péče je potřebné pochopit rozdíly mezi očekáváním poskytovatele a příjemcem péče.* 8. *Kulturní zhodnocení a všestranné způsoby péče jsou nevyhnutelné pro zdraví a blaho lidí, o to sestry celosvětově usilují.* 9. *Ošetrovatelství je kulturní profesí a disciplínou, která se zabývá péčí.*“ (Kutnohorská, 2013, s. 43)

3.3.2 Metaparadigma oboru a koncepce teorie transkulturního ošetrovatelství

Ošetrovatelské teorie a koncepce se mezi sebou liší různým pohledem na osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Tyto čtyři komponenty ošetrovatelství definují metaparadigma oboru. Osoba je holistická bytost, která je ovlivněna sociálním prostředím. Je to osoba, která se o sebe dokáže postarat a jeví zájem o své přežití a pohodu a využívá k tomu způsoby, které závisí na prostředí a kultuře. Prostředí je systém společnosti, který se skládá z ekonomického, vzdělávacího, náboženského, politického, sociálního, technického a kulturního systému. Zdraví je stav pohody, je to schopnost jedince vykonávat denní činnosti. Vnímání nemoci a zdraví je kulturně podmíněno, nelze jej tedy univerzálně definovat. Ošetrovatelství je vědní disciplína a také profese, kde je poskytována péče osobám různých kultur. Péče by měla být shodná s kulturou pacienta, aby se předešlo možným konfliktům. Péče, která je kulturně orientovaná je nutná pro zdraví, přežití, pohodu

a čelení smrti, je nutná pro léčení, není možné být vyléčen bez péče, ale je možná péče bez léčby. Lidovou péči, která se transkulturně i individuálně liší, má každá kultura. Kulturní péče i její praktiky a hodnoty jsou vřité v jazykových, náboženských, rodinných, politických, vzdělávacích, ekonomických, etnohistorických, světonázorových, filozofických, společenských, právních, kulturních, enviromentálních a technologických dimenzích kultury. Prostřednictvím modelu vycházejícího slunce jsou vysvětlené a graficky znázorněné teorie a koncepce transkulturní péče. (Kutnohorská, 2013, s. 44)

3.3.3 Typy multikulturní péče

Madeleine Leiningerová rozlišuje ošetřování (caring) a péče (care). Péče dělá z ošetřovatelství profesi a měla by ošetřovatelství odlišovat od jiných profesí. Péče tvoří „duši a srdce ošetřovatelství“. Leiningerová péči popisuje jako „naučené a přenesené kulturní způsoby asistence, podpory a pomoci lidem nemocným, zdravým nebo umírajícím“. Péče o člověka v nemoci i ve zdraví patří ke kulturním projevům dané společnosti. Kulturní zvyky často nejsou vidět, ale mají při ošetřování velký význam. Každá kultura má jiné zvyky a tradice, proto je dobré je zjistit a používat je. Pečování má každý člověk v sobě, je to přirozený stav, který vytváří propojení člověka se světem. Péče je charakterizována jako asistence, ulehčení, podpora potřebným. Tato pomoc, jenž uspokojuje potřeby jedince i jeho rodiny, je dávana uctivým a empatickým způsobem. Zdravotní sestra by měla znát tuto problematiku a měla by být ochotná se dále učit a pečovat o pacienta. Měla by také umět realizovat kulturní diagnostiku pacienta, díky které se tvoří spolupráce, úcta a důvěra obou stran. Kulturní diagnostika pacienta nám umožňuje najít i „kulturní tajemství“. Poznávat kulturu pacienta je stejně důležité jako znát fyziologii srdce, protože kultura má velký vliv na život člověka a na jeho fungování. Kulturní zvyky a hodnoty ovlivňují zdravotní stav nebo chování lidí. Jak lidé vnímají nemoc a zdraví nelze univerzálně definovat, jelikož je to podmíněné kulturou daného člověka. Každá kultura vnímá nemoc a zdraví jinak, mají také jinou představu o tom, co je „normální jednání“. Je třeba, aby byl brán zřetel na kulturní variabilitu. V každé kultuře lidé reagují jinak a mají odlišné projevy bolesti. Doporučuje se pozorně naslouchat pacientovi i jeho rodině, aby sestra poznala různé kulturní odlišnosti a tradice. (Kutnohorská, 2013, s. 45, 53, 54)

Péče o pacienta musí být vykonávána v souladu s náboženskými a kulturními hodnotami pacienta i jeho rodiny. V roce 1994 se uskutečnila evropská porada WHO (Světová zdravotnická organizace) o Právech pacientů v Amsterdamu, kde schválili dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o zásady uplatnění

a podpory práv pacientů v evropských členských státech Evropské unie. Je zde zdůrazněno respektování kultury pacienta při poskytování zdravotnické péče, a to hned na několika místech. WHO používá termín „svědomí zdraví“, což znázorňuje hájení principu zdraví jako základní lidské právo bez rozdílu rasy, politického přesvědčení, sociálního postavení a náboženství. Cílem je poskytnout kulturně specifickou a všestrannou péči všem osobám rozdílných kultur. (Kutnohorská, 2013, s. 60)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

V posledních letech je velmi časté cestování. Lidé navštěvují cizí země kvůli památkám, ale i z profesních nebo studijních důvodů. Zdravotnický personál se tedy čím dál častěji setkává s lidmi pocházejícími z jiného kulturního prostředí. Myslím si, že je důležité znát kulturu pacienta, abychom ho mohli správně léčit. Toto téma bylo zvoleno nejen proto, že je to důležité, ale i proto, že se s cizinci často setkáváme i na praxích. Tato práce by měla ověřovat aplikaci modelu vycházejícího slunce od Madeleine Leiningerové. Je zaměřená na poskytování všestranné péče osobám rozdílných kultur při léčbě onemocnění nebo podpoře zdraví. Leiningerová vymyslela dvě struktury etnošetřovatelského hodnocení klienta. Tyto struktury jsou rozdělené na krátkodobé a dlouhodobé hodnocení dle délky pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení.

Otázka, kterou se chci zabývat, proto zní: „Jaké jsou potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí?“

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Zjistit potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí.

5.2 Dílčí cíle

1. Zjistit důvod hospitalizace
2. Zjistit míru jazykové bariéry.
3. Zjistit důvod pobytu v České republice.
4. Zjistit míru podpory od rodiny.
5. Zjistit pocity z jiného kulturního prostředí.
6. Zjistit vliv nemoci na pacientův denní život.
7. Zjistit jaké má pacient náboženské vyznání.
8. Zjistit jaké má pacient stravovací návyky.
9. Zjistit jaké má pacient potřeby.

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Z jakého důvodu je pacient hospitalizovaný?
2. Jak velká je jazyková bariéra?
3. Za jakým účelem je pacient v České republice?
4. Jakou má pacient podporu rodiny?
5. Jaké má pacient pocity z jiného kulturního prostředí?
6. Jakou má léčba a nemoc vliv na pacientův denní život?
7. Jaké má pacient náboženské vyznání?
8. Jaké má pacient stravovací návyky?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro daný výzkum jsem si záměrně vybrala respondentku, která pochází z jiného kulturního prostředí. Musel to být dospělý člověk mezi 18-80 lety, z jiného kulturního prostředí, bez rozdílu pohlaví a musel být hospitalizovaný v nemocničním zařízení.

Respondent A – žena, 23 let, pocházející z Mongolska, hospitalizovaná na lůžkovém chirurgickém oddělení po apendektomii.

8 METODIKA PRÁCE

Zvolila jsem si kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je analytický postup, jehož cílem je získání podrobného popisu zkoumaného jedince v jeho přirozeném projevu. (Martináková, 2015, s. 89)

Jako výzkumnou metodu jsem si vybrala případovou studii – kazuistiku, která je typická kombinací více metod jako je rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. Použila jsem polostrukturovaný rozhovor, ve kterém jsem vycházela z návodu na ošetřovatelské posouzení pacienta ve zdravotnickém zařízení od Madeleine Leiningerové, který vychází z jejího modelu vycházejícího slunce. Při pozorování jsem se snažila zaměřit na komunikaci, gesta, mimiku, způsob oblékání, stravovací zvyky, život pacienta v rodině, denní aktivity,

víru. Nepoužila jsem pozorovací arch. Dále jsem nahlédla do zdravotnické dokumentace pacienta.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici v Plzni na chirurgickém oddělení od 11. 11. 2019 do 24. 11. 2019. Pacientce jsem vše vysvětlila a dala jsem jí podepsat informovaný souhlas. Poté s pacientkou proběhl rozhovor a nahlédla jsem do zdravotnické dokumentace. K provedení výzkumu ve Fakultní nemocnici v Plzni jsem dostala souhlas od Mgr. Bc. Světlušy Chabrové – manažerky pro vzdělávání a výuku NELZP a zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Na provedení výzkumu jsem se připravovala studiem koncepčního modelu a celé problematiky multikulturního ošetrovatelství.

10 KAZUISTIKA

Mladá žena, 23 let, přijata na chirurgické lůžkové oddělení 15. 11. 2019 pro akutní apendicitidu. Se svou diagnózou je plně seznámena. Bolesti začaly dopoledne 13. 11. 2019. Žije v Plzni v bytovém domě s kamarádkou, rodiče žijí v Mongolsku, sestra žije v Praze. Je svobodná. Do České republiky se přistěhovala za prací. Pracuje v jedné z továren na Borských polích v Plzni. Svůj volný čas ráda tráví čtením nebo s kamarády. Často jezdí navštěvovat sestru do Prahy, kde se rády procházejí po městě nebo jdou posedět do kavárny. Společně šetří na letenky do Mongolska, aby mohly navštívit zbytek rodiny.

Charakteristika onemocnění

Apendicitida je zánět červovitého přívěsku. Je to výběžek s volným koncem, který vychází z céka, což je první oddíl tlustého střeva. V appendixu se zřejmě shromažďují bakterie, které jsou užitečné pro střeva. Pokud je organismus kontaminován, bakterie jsou pak vyplaveny po průjmovitém onemocnění do střeva, aby vytvořily zdravou bakteriální generaci. V lymfatické tkáni appendixu se tvoří IgA protilátky a vyžívají B lymfocyty. Je zde vylučováno 2-3 ml hlenu. Zánět červovitého výběžku může být způsoben obstrukcí fekálním obsahem, nádory nebo infekční agens. Zánět appendixu je nejčastější náhlá příhoda břišní. (Lukáš, 2018, s. 255)

Klinické příznaky

Zrychlené dýchání, tepová frekvence nad 100 tepů za minutu, může být zvracení, průjem, zvýšená teplota, nechutenství, nauzea, bolestivost v McBurneyově bodu – jedním prstem se vytvoří tlak na spojnici pupku, dva palce od pupku a jeden a půl palce od spojnice pupku. Bolestivost je i v Lanzově bodu – spojnice levého a pravého předního horního trnu kyčelní kosti. Jestli dojde k perforaci apendixu lze poznat podle vysokého C-reaktivního proteinu, vysokých hodnot leukocytů a stoupající horečky nad 38,3°C. Pokud ani jedna z uvedených hodnot nestoupá, lze předpokládat, že k perforaci nedojde. (Lukáš, 2018, s. 256)

Léčba

Léčba může být neoperační i operační. Při neoperativní léčbě je doporučována antibiotická léčba, která trvá 7-15 dní je nejdříve podávána intravenózně, poté orálně. Antibiotická léčba snižuje riziko perforace apendixu. U některých nemocných je po antibiotické léčbě dodatečná operační léčba. Při operační léčbě se apendix odstraňuje. Dělá se buď laparoskopická nebo otevřená apendektomie. Laparoskopická apendektomie je sice dražší, ale nemocný je hospitalizovaný kratší dobu než po otevřené operaci, což cenu vyrovná. Nemocní mají po laparoskopické apendektomii nižší výskyt infekcí rány, než po otevřené apendektomii a rána se rychleji hojí. V některých případech se musí přejít z laparoskopické operace na otevřenou. (Lukáš, 2018, s. 257, 258)

10.1 Anamnéza

Katamnéza

Pacientka byla přivezená doprovodem kvůli bolestem břicha v pravém podbříšku. Bolesti začaly 13. 11. 2019 dopoledne, nejdříve v epigastriu, pak v podbříšku. Nezvracela, poslední stolice byla 15. 11. 2019 dopoledne. Naposledy jedla polévku s chlebem. Před bolestmi břicha jedla zeleninovou směs s masem. Byla přijata k hospitalizaci 15. 11. 2019 v 01:26 na chirurgické oddělení.

Osobní anamnéza

Respondentka prodělala běžná dětská onemocnění. Neměla žádný úraz ani operaci. Je nekuřačka, alkohol pije jen příležitostně. Alergie nejuje.

Farmakologická anamnéza

Dipidolor s.c. á 8 hodin

Helicid i.v. 1 amp 20:00

Novalgin 1 amp podle potřeby

Zibor 2500 j s.c. 17:00

Metronidazol 0,5 g i.v. 1 – 0 – 1 – 1

Rodinná anamnéza

Rodiče jsou zdraví a žijí v Mongolsku. Sestra žije v Praze, je zdravá. Jsou v kontaktu.

Pracovní anamnéza

Respondentka pracuje jako dělnice v továrně na elektroniku.

Sociální anamnéza

Respondentka žila s rodinou v Mongolsku a po studiu se přestěhovala z Mongolska do České republiky, kde žije její sestra. Našla si práci v Plzni, kde momentálně žije s kamarádkou v bytovém domě a stýká se s dalšími přáteli. S rodinou je v kontaktu.

Gynekologická anamnéza

Menses nepravidelný od 13 let, poslední 5. 11. 2019. Neprodělala žádné gynekologické operace, žádné porody, žádné potraty.

Alergie

Neguje.

Souhrn lékařských diagnóz:

K358 – Akutní apendicitida, jiná a nespecifikovaná

10.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku a hygiena:

Pacientka je upravená a čistá. Kůže jeví známky dobré hydratace. Nehty jsou čisté, bez poškození. Mírné prosakování sterilního krytí operační rány, slyšitelnost střevní peristaltiky.

Dutina ústní a nos:

Bez sekrece, jazyk je vlhký, bez povlaků, sliznice jsou bledé, bez defektů.

Zuby:

Stálý chrup, sanován.

Sluch:

Slyší dobře.

Zrak:

Vidí dobře.

Dýchání:

19/minutu (eupnoe), pravidelné, bez obtíží, bez patologických zvuků.

Krevní tlak:

130/80 mmHg (normotenze)

Chůze:

Zcela mobilní.

Konstituce:

Normostenik.

Kůže:

Růžová, bez ikteru, bez hematomů, kožní léze: operační rána.

Motorika:

Jemná i hrubá bez potíží.

Puls:

72/min (normokardie), pravidelný, dobře hmatný.

Tělesná teplota:

36,7°C (normotermie)

Saturace O2:

98% (bez oxygenoterapie)

Hmotnost nynější:

62 kg

Výška:

164 cm

BMI:

23,1 (norma)

Dieta:

č. 2 – šetřící

Řeč:

Jazyková bariéra, trochu umí česky, dobře anglicky.

Hlas:

Normální.

Svalová tuhost/pevnost:

V normě, pohyb zvládá bez potíží.

Kanyla intravenózní:

Ano.

Permanentní močový katetr:

Ne.

Drén:

Ne.

Objektivní pozorování sestrou:

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce:

4 body (úplná)

Věk:

3 body (11-30)

Stav pokožky:

4 body (normální)

Každé další onemocnění:

4 body (žádné)

Fyzický stav:

4 body (dobrý)

Stav vědomí:

4 body (dobrý)

Aktivita:

4 body (chodí)

Pohyblivost:

4 body (úplná)

Inkontinence:

4 body (není)

Vyhodnocení: 35 bodů – bez rizika vzniku dekubitů. Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Barthelův test základních všedních činností – slouží ke zhodnocení stupně závislosti.

Najedení, napití:

10 bodů (samostatně, bez pomoci)

Oblékání:

10 bodů (samostatně, bez pomoci)

Koupání:

5 bodů (samostatně nebo s pomocí)

Osobní hygiena:

5 bodů (samostatně nebo s pomocí)

Kontinence moči:

10 bodů (plně kontinentní)

Kontinence stolice:

10 bodů (plně kontinentní)

Použití WC:

10 bodů (samostatně bez pomoci)

Přesun lůžko-židle:

15 bodů (samostatně bez pomoci)

Chůze po rovině:

15 bodů (samostatně nad 50 metrů)

Chůze po schodech:

10 bodů (samostatně bez pomoci)

Vyhodnocení: 100 bodů – nezávislý

Glasgow Coma Scale – kvantifikace hloubky poruchy vědomí u dospělých.

Otevření očí:

4 body (spontánní)

Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost:

5 bodů (orientován)

Motorická reakce na slovní výzvu, případně bolestivý podnět:

6 bodů (vyhoví správně výzvě)

Vyhodnocení: 15 bodů – normální stav

VAS – vizuální analogová škála bolesti – hodnocení bolesti.

Pacient vyjadřuje intenzitu bolesti na škále od žádné bolesti až k nesnesitelné bolesti.

Vyhodnocení: V průběhu hospitalizace se intenzita bolesti měnila v souvislosti s operačním výkonem.

Seznam použitých škál

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Bartheův test základních všedních činností

Glasgow coma scale

Index tělesné hmotnosti (BMI)

VAS – vizuální analogová škála bolesti

Maddonova škála

Vyšetření

Vyšetření břicha – pohmatem, pohledem, poklepem.

Vyšetření per rectum.

Sonografické vyšetření břicha a pánve.

Laboratorní vyšetření – krevní obraz, biochemické vyšetření krve, biochemické vyšetření moči.

11 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Ošetřovatelská anamnéza dle teorie vycházejícího slunce podle Madeleine Leininger

1. Jazyk, komunikace, gesta:

Objektivně: V průběhu rozhovoru udržuje oční kontakt, snaží se aktivně mluvit. Občas to kvůli jazykové bariéře nejde, nerozumí všem českým slovům, ale anglicky se domluví. Je uložena na čtyřlůžkovém pokoji, kde jsou s ní přítomny ještě další dvě pacientky, z nichž jedna mluví plyně anglicky. V komunikaci nejeví známky agresivity.

Subjektivně: Cítí, že kvůli jazykové bariéře je péče o ni trochu ztížená. Je ráda, že je na pokoji s pacientkou, která umí mluvit plyně anglicky a pomáhá jí.

2. Způsob oblékání, tělesný vzhled:

Objektivně: Pacientka je upravená a čistá. Dodržuje osobní hygienu. Oblečení odpovídá aktuálnímu počasí, je čisté.

Subjektivně: Pacientka má ráda jednoduchou minimalistickou módu. Sleduje, co je zrovna v módě a nechává se inspirovat. *„Ráda sleduji na instagramu nové trendy, co kdo nosí a když se mi ten styl líbí, také si to koupím.“*

3. Všeobecná souvislost života s prostředím:

Objektivně: Pacientka si do nemocnice přibalila bambusový zubní kartáček a přírodní sprchový gel, záleží jí na životním prostředí.

Subjektivně: Pacientka se snaží chovat šetrně k přírodě a životnímu prostředí tím, že třídí plasty, sklo a papír. Využívá městskou hromadnou dopravu místo ježdění autem. Doma

používá pratelné odličovací tamponky z biobavlny. „Myslím, že je v dnešní době důležité chránit životní prostředí a neničit planetu, jinak za chvíli nebudeme mít kde žít.“

4. Způsob života, názory na techniku v souvislosti s diagnosticko – terapeutickými výkony:

Objektivně: Pacientka neprojevila žádné negativní pocity v souvislosti s diagnosticko – terapeutickými výkony.

Subjektivně: Pacientka se snaží žít zdravě. Ráda si doma vaří. Po práci ráda odpočívá, dívá se na televizi nebo si čte. Když je venku hezky jde se projít. Technika jí v souvislosti s diagnosticko – terapeutickými výkony nijak nepřekvapila.

5. Způsob života v rodině:

Objektivně: Pacientka si s rodinou telefonuje každý den.

Subjektivně: Rodina pacientky žije trochu jinak, bydlí v Mongolsku. Matka nechodí do práce, ale stará se doma o domácnost. Rodina je věřící. Každý večer se její rodina sejde doma a společně večeří.

6. Denní aktivity:

Objektivně: Pacientka má v telefonu staženou knihu, kterou čte. Další volný čas ráda tráví na sociálních sítích, kde si může psát s kamarády.

Subjektivně: Když přijde odpoledne z práce, tak buď podle počasí zůstane doma, kde uklízí a odpočívá nebo jde ven s kamarádkou. Večer uvaří a dívá se na televizi, než jde spát. „S kamarádkou rády jezdíme na kole do Dobřan na zmrzlinu nebo jen tak někam na výlet. Máme rády pohyb a přírodu.“

7. Stravovací zvyky, tabu:

Objektivně: S příjmem tekutin a potravy nemá problém. V den příjmu jedla polévku s chlebem, nezvracela. V nemocnici již dostává dietu č. 2 – šetřící. S jídlem, které je jí podáváno v nemocnici je spokojená a chutná jí. Jí celé porce.

Subjektivně: K jídlu má nejraději maso a ovoce, občas si ráda dá sladké. Snaží se jíst zdravě a pravidelně, doma si vaří. S českým jídlem nemá problém, chutná jí.

8. Světový názor:

Objektivně: Když si pacientka četla na mobilu zprávy a co je nového ve světě, nevypadala nijak nespokojeně, měla neutrální výraz.

Subjektivně: Myslí si, že je svět moc o penězích a Mongolsko je chudá země, tak se přestěhovala za sestrou do České republiky za lepší práci, aby vydělala nějaké peníze. Vadí jí, jak lidstvo znečišťuje životní prostředí.

9. Náboženství, duchovní víra, hodnoty:

Objektivně: Pacientka nechtěla využít pastoračních služeb. Zajímá se o své zdraví, které je pro ni důležité.

Subjektivně: Věří v Boha, ale není v církvi. Je pro ni důležitá rodina a zdraví.

10. Sociální vztahy k vlastní kultuře, k majoritě:

Objektivně: O své kultuře mluví hrdě, nestydí se za ní.

Subjektivně: Na svou kulturu je pyšná. Už se těší až se do země zase podívá.

11. Hodnota vzdělání:

Objektivně: Pacientka se snaží vzdělávat ohledně zdravého životního stylu, aktivně se zajímá o svůj zdravotní stav.

Subjektivně: Pro pacientku a její rodinu není vzdělání tak důležité jako zdraví a rodina.

12. Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví:

Objektivně: Pacientka neprojevila žádné obavy z toho, že teď nemůže chodit do práce, má našetřené nějaké peníze. Zdraví je pro ni přednější.

Subjektivně: Pacientka se snaží šetřit, bydlí s kamarádkou v bytovém domě a vše platí napůl. Ráda by si časem našla nějakou lépe placenou práci, aby mohla bydlet sama. Její finanční situace díky spolubydlení není špatná, nemá to žádný vliv na její zdraví, kupuje si kvalitní zdravé potraviny. „*Se sestrou také šetříme na letenky do Mongolska, chtěly bychom navštívit rodinu a podívat se znovu do naší rodné země.*“

13. Politické a právní vlivy:

Objektivně: Pacientka žije v České republice a do Mongolska jezdí jen občas za rodinou, takže ji Mongolské politické ani právní vlivy nijak neovlivňují.

Subjektivně: Pacientka necítí, že by ji politické a právní vlivy nějak ovlivňovaly.

14. Laická péče o zdraví:

Objektivně: Pacientka dodržuje léčebný a preventivní plán, čímž zvyšuje efektivitu péče.

Subjektivně: Pacientka se zajímá o zdravý životní styl a dbá o své zdraví.

15. Znaky péče:

Objektivně: S pacientkou je těžší se dorozumět, protože moc neumí česky, nicméně mluví velmi dobře anglicky. Ošetrovatelská péče o pacientku tedy trvá déle, ale nakonec se dorozumíme. V Mongolsku považují hlavu za nejvznešenější část těla, takže to respektujeme a nedotýkáme se jí bez povolení pacientky. Pacientka je z Mongolska zvyklá na nižší úroveň zdravotní péče. Se zdravotní péčí v České republice je velmi spokojená.

Subjektivně: Pacientce se líbí, že i přes to, že je cizinec a moc nerozumí česky, se jí zdravotnický personál věnuje a vše se jí snaží vysvětlit a domluvit se s ní. Je ráda, že má na pokoji pacientku, která umí anglicky a mohou si spolu povídat.

16. Způsoby informování, jak předcházet chorobám, udržovat – získat zdraví a starat se o sebe:

Objektivně: Pacientka je velmi komunikativní, ptá se na svůj zdravotní stav a zajímá se o své zdraví a co pro něj může udělat.

Subjektivně: Pacientka je ráda, že si může o svém zdraví popovídat s lékařem a co nejvíce se informovat, protože článkům na internetu moc nevěří. „*Jsem ráda, že lékaři umí dobře anglicky a mohu se jich na cokoliv zeptat a oni mi vše vysvětlí.*“

Další ukazatele upozorňující na tradiční nebo netradiční způsob života: žádné

Průběh hospitalizace

1. den:

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení pro akutní apendicitidu, kvůli bolesti, která přetrvává již dva dny. Odebrala jsem ošetřovatelskou anamnézu, edukovala pacientku o manipulaci s lůžkem a signalizací, dále jsem ji edukovala v péči o invazivní vstupy, seznámila jsem ji s prostředím a s právy pacienta a vnitřním řádem oddělení. Změřila jsem pacientce krevní tlak, tepovou frekvenci a tělesnou teplotu. Pacientka byla umístěna na čtyřlůžkový pokoj, který s ní sdílely další dvě pacientky. Kvůli operaci nesměla pacientka jíst ani pít. Pacientce jsem zavedla PŽK. Odebrala jsem krev na biochemické a hematologické vyšetření a moč na biochemické vyšetření. Po operaci jsem pacientce měřila průběžně krevní tlak a tepovou frekvenci a kontrolovala jsem operační ránu. Podala jsem dle ordinace lékaře Novalgin, protože pacientka uváděla VAS 3 – střední bolest. Pacientka velmi dobře spolupracovala.

Dieta: NPO

Medikace: Dipidolor s.c. po 8 hodinách, Helicid i.v. 1 amp podle potřeby v 20:00 hod., Novalgin 1 amp v 10:00 hod., Zibor s.c. 2500j v 17:00 hod., Metronidazol i.v. 0,5 g v 16:00 hod., 24:00 hod.

2. den:

Ráno jsem u pacientky provedla ranní hygienu u lůžka, pacientka částečně pomáhala. Pacientka byla dle dokumentace v noci klidná, spala. Zkontrolovala jsem periferní žilní katetr a jeho okolí, nebyly zde známky infekce. Dle ordinace lékaře jsem podala pacientce Metronidazol. Pacientka měla první den po operaci dietu OSP, která je indikovaná po operaci v krajině břišní. Dostala 2x denně polévku, jinak mohla jíst piškoty. S pacientkou jsme prováděly s fyzioterapeutkou rehabilitaci na lůžku. Procvičovaly jsme horní a dolní končetiny a prováděly jsme s pacientkou dechovou rehabilitaci.

Dieta: OSP

Medikace: Zibor s.c. 2500j v 17:00 hod., Metronidazol i.v. 0,5 g v 8:00 hod., 16:00 hod., 24:00 hod.

3. den:

Ranní hygienu pacientka zvládla téměř sama, dopomohla jsem jí omýt záda a nohy. Začala jsem s pacientkou s pomalou vertikalizací, zvládla si dojít pár kroků na záchod. Zkontrolovala jsem periferní žilní katetr, který byl již zavedený tři dny, proto jsem ho odstranila. Jelikož lékař nenaordinoval žádné léky i.v. a pacientka byla v dobrém stavu, tak jsem nezaváděla nový periferní žilní katetr.

Dieta: 2k

Medikace: Zibor s.c. 2500j v 17:00 hod.

4. den:

Pacientka již byla úplně soběstačná a mobilní. Při lékařské vizitě byl udělán převaz operační rány, při kterém jsem lékaři asistovala. Bylo naplánované propuštění pacientky domů. Pacientka dostala veškeré informace, které jí lékař sdělil anglicky. Za pár dní se má dostavit do chirurgické ambulance na kontrolu.

Dieta: 2

12 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

12.1 Ošetřovatelské diagnózy

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00132 Akutní bolest

00046 Porušená kožní integrita

00095 Porušený spánek

00148 Strach

Rizikové ošetřovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce

00213 Riziko vaskulárního traumatu

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

00132 Akutní bolest z důvodu operačního výkonu, projevující se bolestivým výrazem v obličeji.

Projevy:

Subjektivně: Slovní vyjádření problému.

Objektivně: Bolestivý výraz v obličeji.

Cíl:

Krátkodobý: Pacient chápe příčiny vzniku bolesti.

Dlouhodobý: Dojde ke zmírnění bolesti.

Intervence:

Sleduj neverbální projevy bolesti.

Sleduj účinek léků na bolest.

Podávej léky na bolest dle ordinace lékaře.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce byly podávány léky na bolest dle ordinace lékaře. U pacientky jsem sledovala účinek léků na bolest a neverbální projevy bolesti.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Bolest byla u pacientky úspěšně zmírněna. Cíl byl splněn.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

00046 Porušená kožní integrita z důvodu operačního výkonu, projevující se bolestí v místě operační rány.

Projevy:

Subjektivně: Strach.

Objektivně: Zaujímání úlevové polohy.

Cíl:

Krátkodobý: Operační rána se bude hojit per primam.

Dlouhodobý: Dojde ke zhojení operační rány.

Intervence:

Sleduj proces hojení rány.

Denně kontroluj ránu.

Zachovávej zásady asepse při ošetřování.

Prováděj častou výměnu osobního i ložního prádla.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce jsem pravidelně kontrolovala ránu a vyměňovala osobní a ložní prádlo. Při ošetřování a převazu operační rány byly dodrženy zásady asepse.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientce se úspěšně zhojila operační rána. Cíl byl splněn.

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 1. Spánek/odpočinek

00095 Porušený spánek z důvodu hospitalizace, projevující se špatným usínáním, nespokojeností se spánkem, únavou.

Projevy:

Subjektivně: Stížnosti na špatné usínání.

Objektivně: Únava.

Cíl:

Krátkodobý: Pacient usne do 30 minut po ulehnutí do lůžka.

Dlouhodobý: Pacient bude odpočatý, spokojený.

Intervence:

Zjistí spánkové rituály pacienta.

Odstraň rušivé elementy v době usínání a spánku.

Posud' příčiny a související faktory poruchy spánku.

Poskytni pacientovi dostatek informací o poruchách spánku.

Realizace ošetrovatelské péče:

Rozhovorem s pacientkou jsem zjistila, že příčinou nespavosti je nové prostředí. Pacientku jsem informovala o spánkové hygieně. Doporučila jsem před spaním vyvětrat pokoj a zajistit si tmou a ticho.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientce se postupně zkracovala doba usínání. Ráno se probouzela časně, ale cítila lépe, nebyla tolik unavená. Cíl byl splněn.

Doména 9. Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládnutí zátěže

00148 Strach způsobený jazykovou bariérou projevující se trémou.

Projevy:

Subjektivní: Zvýšené napětí.

Objektivní: Nervozita.

Cíl:

Krátkodobý: Překonat jazykovou bariéru.

Dlouhodobý: Pacient nebude pociťovat strach.

Intervence:

Naslouchej pacientovi.

Podej pacientovi dostatek informací tak, aby tomu rozuměl.

Požádej rodinné příslušníky o pomoc s překladem.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce jsem se snažila vše dostatečně vysvětlit, aby tomu porozuměla a naslouchala jsem jejím otázkám.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka se začala cítit lépe, když viděla, že jí někdo rozumí a přestala pociťovat strach. Cíl byl splněn.

Rizikové ošetřovatelské diagnózy:

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením PŽK.

Cíl:

Krátkodobý: Pacient zná známky infekce.

Dlouhodobý: Předejít infekci v místě zavedení PŽK.

Intervence:

Monitoruj rizikové faktory dle standardu oddělení.

Pravidelně kontroluj místo zavedení PŽK.

Pravidelně měň kanylu dle standardu oddělení.

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientce bylo pravidelně kontrolováno místo zavedení PŽK a kanyla byla měněna dle standardu oddělení.

Zhodnocení ošetřovatelské péče:

Pacientka neměla žádné příznaky infekce v místě zavedení PŽK. Cíl byl splněn.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

00004 Riziko infekce z důvodu operační rány.

Cíl:

Krátkodobý: Předejít infekci operační rány.

Dlouhodobý: Rychlé zhojení operační rány.

Intervence:

Monitoruj rizikové faktory dle standardu oddělení.

Pátrej po známkách infekce v místě rány.

Sleduj příznaky sepse – horečka, třesavka, pocení, pozitivní hemokultivace.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce se po operaci monitorovala tělesná teplota, krevní tlak a puls. Při převazech byly dodrženy základy asepse. Pacientka byla poučena, jak dodržovat zásady asepse.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka neměla žádné příznaky infekce operační rány. Rána se zhojila rychle a bez infekce. Cíl byl splněn.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

00213 Riziko vaskulárního traumatu způsobené přítomností intravenózní kanyly.

Cíl:

Krátkodobý: Zajistit dostatečnou fixaci kanyly.

Dlouhodobý: Předejít poškození žíly.

Intervence:

Častěji kontroluj místo vpichu.

Pravidelně měň kanylu dle standardu oddělení.

Dostatečně fixuj kanylu.

Vybírej správnou šířku kanyly.

Vyvaruj se vysoké rychlosti infuze.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce jsem pravidelně kontrolovala místo vpichu a sledovala délku zavedení kanyly.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka neměla žádné příznaky poškození žíly. Cíl byl splněn.

12.2 Edukace

Edukační plán – péče o operační ránu

Účel: Edukace pacienta v péči o operační ránu.

Cíl: Pacient ví, jak se starat o jeho operační ránu.

Pomůcky: Odborná literatura, letáky, brožury.

Výukové metody: Konzultace, praktická ukázka, rozhovor.

K – kognitivní:

Specifické cíle: Klient ví, jak se starat o operační ránu.

Hlavní body plánu: Diskutuj s pacientem o péči o operační ránu.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient vyjmenuje pět bodů péče o ránu.

P-M – psychomotorický:

Specifické cíle: Klient umí provést aseptický převaz rány.

Hlavní body plánu: Proved' s pacientem aseptický převaz rány.

Časová dotace: 15 minut.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient umí provést aseptický převaz rány.

A – afektivní:

Specifické cíle: Pacient si uvědomuje rizika spojené s kontaminací rány.

Hlavní body plánu: Diskutuj s pacientem o rizicích spojených s kontaminací rány.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient si uvědomuje rizika spojené s kontaminací rány.

Edukační plán – pooperační režim

Účel: Edukace pacienta v oblasti pooperačního režimu.

Cíl: Pacient ví, jak se správně chovat po operaci.

Pomůcky: Odborná literatura, brožura, letáky.

Výukové metody: Konzultace, praktická ukázka, rozhovor.

K – kognitivní:

Specifické cíle: Pacient dokáže vyjmenovat pět rizik spojených s pooperačním režimem.

Hlavní body plánu: Diskutuj s pacientem o rizicích v pooperačním režimu.

Časová dotace: 15 minut.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient dokáže vyjmenovat pět rizik spojených s pooperačním režimem.

P-M – psychomotorický:

Specifické cíle: Pacient umí správně vstávat z lůžka.

Hlavní body plánu: Předved' pacientovi správné vstávání lůžka.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient předvede správné vstávání z lůžka.

A – afektivní:

Specifické cíle: Pacient chápe důležitost dodržování pooperačního režimu.

Hlavní body plánu: Vysvětlí pacientovi důležitost dodržování pooperačního režimu.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient chápe důležitost dodržování pooperačního režimu.

13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Do kvalitativního výzkumného šetření jsem si vybrala jednu pacientku pocházející z jiného kulturního prostředí. Výzkum jsem prováděla formou kazuistiky, která je kombinací více metod – rozhovoru, pozorování a analýzy dokumentů. Ke zpracování ošetrovatelského modelu jsem si vybrala koncepční model Madeleine Leiningerové, který je vhodný pro pacienty z jiného kulturního prostředí.

Po týdnu jsem se s pacientkou telefonicky spojila, měla kontrolu u lékaře. Pacientce se daří dobře, operační rána se dobře hojí, nic ji nebolí, spánek se velmi zlepšil. Ošetrovatelskou péči vnímá i po hospitalizaci dobře, je spokojená. Pacientky názory a odpovědi uvedené v ošetrovatelském modelu se nijak nezměnily.

1. Z jakého důvodu je pacient hospitalizovaný?

Na základě provedeného rozhovoru a analýzy dokumentů bylo zjištěno, že pacientka byla hospitalizovaná na chirurgickém oddělení kvůli akutní apendicitidě.

2. Jak velká je jazyková bariéra?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že jazyková bariéra není příliš velká. Pacientka rozumí některá slova česky, se zdravotnickým personálem se snaží domluvit česky, případně se umí velmi dobře domluvit anglicky.

3. Za jakým účelem je pacient v České republice?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že pacientka se přistěhovala po dokončení školy do České republiky za lepší placenou práci. Vybrala si Českou republiku, protože tu žije i její sestra.

4. Jakou má pacient podporu rodiny?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že se rodina snaží pacientku podporovat a telefonují si každý den.

5. Jaké má pacient pocity z jiného kulturního prostředí?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že pacientce se v České republice líbí. Našla si tady kamarády, se kterými může trávit čas a cestovat po České republice. České jídlo jí chutná, nemá s ním problém. Na svou kulturu je pyšná a těší se, až se zase podívá za rodinou do Mongolska, ale v České republice je spokojená.

6. Jakou má léčba a nemoc vliv na pacientův denní život?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že pacientka nemá pocit, že by jí nemoc nějak hodně ovlivnila život. V práci žádný problém nemají, je na nemocenské a až to bude možné, tak zase začne pracovat.

7. Jaké má pacient náboženské vyznání?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že pacientka věří v Boha, ale není v církvi.

8. Jaké má pacient stravovací návyky?

Na základě provedeného rozhovoru bylo zjištěno, že pacientka si doma často vaří. K jídlu má nejraději maso a ovoce. Občas si ráda dá sladké. Snaží se jíst pravidelně a zdravě. S českým jídlem problém nemá, chutná jí.

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá tématem multikulturního ošetrovatelství a koncepčním modelem Madeleine Leiningerové. Ve výzkumu jsem se snažila zmapovat potřeby pacientky z jiného kulturního prostředí. Multikulturní ošetrovatelství je v dnešní době důležitou součástí ošetrovatelství. Jak uvádí Maňhalová (2016), transkulturní ošetrovatelství je významnou složkou moderní ošetrovatelské profese. Zíková (2013) ve své práci uvádí, že problematika multikulturního přístupu je stále více aktuální, a to od doby, kdy se otevřely české hranice. Odborné práce, zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím, se spíše zaměřují na všeobecné sestry než na pacienty cizince, tudíž budu porovnávat obě varianty. (Maňhalová, 2016, s. 79) (Zíková, 2013, s. 63)

Dle údajů z Českého statistického úřadu je k 31. 12. 2018 evidováno celkem 564 345 cizinců v České republice. Z toho jich nejvíce pochází z Ukrajiny – 131 302. Z Mongolska, odkud pochází respondentka, bylo 9 075 cizinců na území České republiky. Počet cizinců s trvalým pobytem v České republice se od roku 2008 do roku 2018 zvýšil ze 39,2 % na 51,1 %. Dle mého názoru je díky zvyšujícímu se počtu cizinců v České republice velmi důležité znát aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče. Betancourt (2016) se domnívá, že díky neustálým inovacím a častému cestování je nezbytné pro všechny poskytovatele zdravotních služeb znát kulturní rozmanitost. (Český statistický úřad, 2019, online) (Busher Betancourt, 2016, online)

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí. Budu porovnávat potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí s potřebami naší respondentky.

Zjistila jsem, že respondentka vnímala problém kvůli jazykové bariéře. Neuměla moc dobře česky, rozuměla jen pár slov, což ztěžovalo ošetrovatelskou péči. Dle bakalářské práce Ivy Vaňáčkové (2014) více než 75 % cizinců vnímá nějaký problém při kontaktu s ošetrujícím personálem a největší problém činila jednoznačně komunikační bariéra. Průšová (2017) uvádí ve své diplomové práci, že zdravotnický personál vnímá jako největší problém při ošetrování cizinců jazykovou bariéru. Dle mého názoru by měl zdravotnický personál využít tlumočnicka, pokud má tuto možnost, aby byla zajištěna efektivní komunikace. Týleová (2016) ve svém výzkumu zjistila, že český zdravotnický personál neovládá jazyky natolik dobře, aby mohla probíhat efektivní komunikace. Ovšem německý zdravotnický personál nedopadl o mnoho lépe. Dle jejího výzkumu se anglicky domluví

pětina respondentů z české republiky a více využívají komunikační karty nebo internetový slovník místo tlumočnicka. Zatímco Koutenská (2019) ve své bakalářské práci píše, že 59 % dotázaných ovládá jeden cizí jazyk a z toho 74 % angličtinu. Podle mého názoru je komunikace velmi důležitý faktor při ošetřování pacienta a kvůli nekvalitní komunikaci může vzniknout problém. (Vaňáčková, 2016, s. 53) (Průšová, 2017, s. 100) (Týleová, 2016, s. 110) (Koutenská, 2019, s. 63)

Při rozhovoru respondentka uvedla, že má k jídlu ráda maso, ovoce a vyhovuje jí české jídlo, neupřednostňuje mongolskou kuchyni. Zatímco ve své diplomové práci uvádí Carbolová (2014), že polští pacienti preferují při úpravě jídla polskou kuchyni. (Carbolová, 2014, s. 107)

Respondentka zhodnotila ošetrovatelskou péči kladně, byla spokojená. Vaňáčková (2014) ve svém výzkumu uvádí, že více než polovina respondentů (cizinců) zhodnotila připravenost českého zdravotnického systému na péči o cizince velmi dobře a dobře. Zatímco Kousalová (2011) zjistila, že 46 % sester bylo nepřipraveno a uvedla, že sestry nejsou teoreticky připraveny na péči o pacienty cizince. Průšová (2017) ve své práci uvádí, že pouze 38,5 % českých zdravotnických pracovníků řeklo, že pracoviště nabízí svým zaměstnancům vzdělávání se v transkulturní problematice. Průšová se svých respondentů (sester) také dotazovala na návrhy ke zlepšení ošetrovatelské péče o cizince. Velká většina neodpověděla a zbytek by uvítal hrazené kurzy cizích jazyků nebo zlepšení překladatelských služeb. Hrázská (2013) se ve své práci zmiňuje o tom, že se její respondentky setkaly s problematikou transkulturního ošetrovatelství během vysokoškolského života. Tyto sestry považují znalost transkulturního ošetrovatelství za důležitou. Nicméně starší respondentky uvedly, že v transkulturním ošetrovatelství nevidí velký smysl. (Vaňáčková, 2014, s. 54) (Kousalová, 2011, s. 96) (Průšová, 2017, s. 101) (Hrázská, 2013, s. 88)

Respondentka uvedla, že svůj volný čas nejčastěji tráví venku s kamarádkou nebo se doma dívá na televizi. Dle Carbolové (2014) to má polská menšina podobně. Nejvíce tráví čas s rodinou, s přáteli nebo doma u televize a počítače. Respondentky rodina žije v Mongolsku, zatímco ona v České republice, tudíž nejvíce svůj volný čas tráví s přáteli. Můžeme předpokládat, že kdyby to bylo možné, tak svůj volný čas nejvíce tráví s rodinou. Dále respondentka uvedla, že ráda jezdí s kamarádkou na kole na zmrzlinu do přibližně 12 km vzdáleného města. Carbolová (2014) také zjistila, že 23,10 % z jejich respondentů uvedlo jako svou volnočasovou aktivitu cyklistiku. (Carbolová, 2014, s. 109)

Dle Kutnohorské (2013) je také důležité respektování spirituálních potřeb. Zdravotnický pracovník by měl být schopný tolerovat náboženskou víru a spiritualitu pacienta. „*Spirituální potřeby mohou u některých lidí v určité fázi nemoci nabýt priority před potřebami biologickými.*“ Naše respondentka při rozhovoru uvedla, že není v církvi, nicméně věří v Boha. V Mongolsku převládá buddhismus, mohli jsme tedy předpokládat, že respondentka bude věřící. Pokládám tedy za důležité se na víru při příjmu pacienta zeptat, aby nedošlo k problémům a nedorozumění. Týleová (2016) ve své práci uvádí, že se pouze pětina respondentů (ošetřovatelský personál) z České republiky ptá pacienta na náboženskou příslušnost. Dle výzkumu, který prováděla ve své práci Koutenská (2019) se na náboženské vyznání dotazuje 58,3 % nelékařských zdravotnických pracovníků. (Kutnohorská, 2013, s. 61, 62) (Týleová, 2016, s. 114) (Koutenská, 2019, s. 64)

Po shrnutí práce se dostáváme k závěru, že pacienti z jiného kulturního prostředí mají odlišné potřeby než my a je velmi důležité tyto kulturní rozdíly znát a respektovat je. Pokud je nebudeme znát a respektovat, nebude ošetřovatelská péče efektivní, pacient se nebude cítit dobře a léčba se tím může prodloužit.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se věnuji koncepčnímu modelu Madeleine Leiningerové a multikulturnímu ošetřovatelství. V dnešní době, kdy je velmi časté cestování, je důležité znát kulturní rozdílnosti. Ve zdravotnictví se často setkáváme s pacienty z jiného kulturního prostředí a při neznalosti jejich kultury by mohlo dojít k neefektivní ošetřovatelské péči.

V jednotlivých kapitolách se zabývám multikulturním ošetřovatelstvím, modely ošetřovatelství a dále pak samotným modelem Madeleine Leiningerové, kde je popsán jak její život, tak její teorie.

V praktické části se věnuji kazuistice pacientky z jiného kulturního prostředí, kde jsem použila koncepční model Madeleine Leiningerové a zjišťuji, jaké měla pacientka potřeby a její názory. Kazuistika obsahuje základní údaje o pacientce, osobní, farmakologickou, rodinnou, pracovní, sociální a gynekologickou anamnézu. Vypracovala jsem hodnocení pacienta s použitím hodnotících škál, aplikovala ošetřovatelský model, popsala průběh ošetřovatelské péče, stanovila ošetřovatelské diagnózy a vypracovala edukační plán.

Cílem mé práce bylo zjistit potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí a poukázat na to, jak je důležité znát problematiku multikulturního ošetřovatelství. Je důležité znát kulturní rozdíly a respektovat je, jinak bude léčba neefektivní a pacient se nebude cítit dobře. Při kvalitativním výzkumu jsem došla k závěru, že jeden z častých problémů je jazyková bariéra, kvůli které dochází k neefektivní komunikaci, což ztěžuje léčbu a péči o pacienta. Na stanovené cíle se podařilo najít odpovědi a zjistit tak jaké mají potřeby pacienti z jiného kulturního prostředí a jak je multikulturní ošetřovatelství důležité.

Výstupem mé bakalářské práce je tvorba obecného doporučení pro péči o pacienta z jiného kulturního prostředí, které by mělo pomoci v nemocnicích.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy

1. HOLLAND, Karen. *Cultural awareness in nursing and health care: an introductory text*. Third edition. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2018. ISBN 978-1-138-62719-2.
2. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. 240 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5332-4.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
4. LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.
5. MARTINÁKOVÁ, Libuše a kol. *Příručka pro výzkumné sestry*. Brno: Facta Medica, 2015. 180 s. ISBN 978-80-88056-02-7.
6. MLÝNKOVÁ, Jana. Transkulturní (multikulturní) ošetrovatelství. In: *Etnické komunity: v kulturní a sociální různosti*. Praha: FHS UK, 2010, s. 269-280. Agora. ISBN 978-80-87398-08-1.
7. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s. Sestra. ISBN 80-247-1211-3.
8. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
9. PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. 199 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3069-1.
10. SYSEL, Dušan a kol. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.

Články a stati

11. DVOŘÁKOVÁ, Hana a SEMÍNOVÁ, Jana. Péče o pacienty-cizince s diagnózou tuberkulóza a komunikace s nimi. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 10, s. 29-31. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <https://issuu.com/ambitmedia/docs/10-2012>.
12. HUDÁČKOVÁ, Andrea a BRABCOVÁ, Iva. Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 138-147. ISSN 1212-4117.

13. LINHARTOVÁ, Lenka, JANKŮ, Tomáš a TOPINKA, Daniel. Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 11, s. 28-31. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: https://issuu.com/ambitmedia/docs/cele_cislo_florence_11-15/30.
14. MAŇHALOVÁ, Jana a TÓTHOVÁ, Valérie. Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi. *Kontakt*. 2016, roč. 18, č. 2, s. 78-84. ISSN 1212-4117.
15. POKORNÁ, Andrea. Podpora interkulturní sociální interakce v ošetrovatelském vzdělávání a klinické praxi. *Onkologie*. 2015, roč. 9, č. 1, s. 47-50. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/01/12.pdf>.
16. RABLOVSKÁ, Dana Rebeka. Multikulturní přístup zdravotníků k umírajícím. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 9, s. 24-29. ISSN 1801-464X.
17. ŠIMONOVÁ, Daniela. Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. 2012, roč. 16, č. 2-4, s. 114-120. ISSN 1211-6645.
18. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. Jak české sestry vnímají pacienty vybraných kultur a národností?. *Ošetrovatelství*. 2010, roč. 12, č. 3-4, s. 84-95. ISSN 1212-723X.
19. TOŠNAROVÁ, Hana. Multikulturní ošetrovatelství v psychiatrii. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 11, s. 30-31. ISSN 1801-464X.
20. ZÁBOJNÍKOVÁ, Jana a ČERMÁKOVÁ, Kateřina. Specifika ošetrovatelské péče o pacienta židovského vyznání. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2013, roč. 9, č. 2, s. 20-22. ISSN 1801-1349.

Elektronické dokumenty

21. ALBOUGAMI, Abdulrhman Saad, POUNDS, Karen G. a ALOTAIBI, Jazi Shaydeid. Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A Discussion Paper. *International Archives of Nursing and Health Care* [online]. 2016, vol. 2, no. 3, nestr. [cit. 1. 3. 2020]. ISSN 2469-5823. Dostupné z: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-053.pdf>.
22. BUSER BETANCOURT, Daniel A. Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. *The Downtown Review* [online]. 2016, vol. 2, iss. 1, nestr. [cit. 1. 3. 2020]. ISSN 2381-4292. Dostupné z: <https://www.engagedscholarship.csuohio.edu/tdr/vol2/iss1/1>.

23. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Cizinci celkem podle státního občanství k 31. 12. 2018. In: ČSÚ © 2019 [online]. [cit. 10. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91605941/290027190101.pdf/22106831-6bd2-4cf2-86b0-4c7bc79fd052?version=1.0>
24. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Vývoj podílu cizinců podle kategorie pobytu v ČR ve vybraných letech k 31. 12. 2018. In: ČSÚ © 2019 [online]. [cit. 10. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91605941/290027190105.pdf/4bcfdd26-e585-4a3c-92e6-fa7e023f3c24?version=1.0>

Kvalifikační práce

25. CARBOLOVÁ, Marcela. *Kulturní antropologie v ošetrovatelství*. České Budějovice, 2014. 166 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
26. HRÁZSKÁ, Kateřina. *Model Leiningerové a Gigerové – Davidhizarové a jejich využívání v praxi*. České Budějovice, 2013. 106 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
27. KOUSALOVÁ, Renata. *Role sestry při poskytování péče pacientům – cizincům*. České Budějovice, 2011. 153 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
28. KOUTENSKÁ, Tereza. *Transkulturní přístup v ošetrovatelské péči*. Plzeň, 2019. 86 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Krocová.
29. PRŮŠOVÁ, Kristýna. *Transkulturní problematika v současném ošetrovatelství*. Plzeň, 2017. 147 s. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Jana Horová.
30. TÝLEOVÁ, Tereza. *Porovnání interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech*. České Budějovice, 2016. 155 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Vlastimila Ptáčnicková, Ph.D.

31. VAŇÁČKOVÁ, Iva. *Multikulturní přístup v ošetrovatelství z pohledu cizinců*. Brno, 2014. 80 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.
32. ZÍKOVÁ, Kristýna. *Multikulturní ošetrovatelství v české porodnici, úskalí péče o pacienta ukrajinské národnosti*. Plzeň, 2013. 88 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Hrachovcová.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Informovaný souhlas
Příloha B	Rešerše
Příloha C	Souhlas s výzkumným šetřením
Příloha D	Výstup do praxe
Příloha E	Index tělesné hmotnosti
Příloha F	Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
Příloha G	Barthelův test základních všedních činností
Příloha H	Glasgow coma scale
Příloha CH	Vizuální analogová škála bolesti
Příloha I	Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

PŘÍLOHA A – INFORMOVANÝ SOUHLAS

KONCEPČNÍ MODEL M. LEININGEROVÉ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

STUDENT

Aneta Stašková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
anetkasta@email.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Zuzana Šafránková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
zuz.safrankova@gmail.com

CÍL STUDIE

Zjistit potřeby pacientů z jiného kulturního prostředí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA B – REŠERŠE

Knihy

1. HÁJEK, Marcel a BAHBOUH, Charif. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016. 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
2. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. 160 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4413-1. (kap. 1.4.1 – Metaparadigmatická koncepce ošetrovatelství definovaná M. Leiningerovou)
3. OLÍŠAROVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie a TOUMOVÁ, Kristýna. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2017. 67 s. ISBN 978-80-7394-674-6. (zejm. kap. 7.1 – Model Leiningerové)
4. PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. 199 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3069-1. (kap. 6.3 – Interkulturní komunikace ve zdravotnictví)
5. PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2. (Etický aspekt multikulturního ošetrovatelství – s. 245, kap. 31 – Interkulturní aspekty komunikace v medicíně, s. 331-344)
6. RABLOVSKÁ, Rebeka. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Vyd. 2., dopl. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, 2010. 110 s. ISBN 978-80-87386-09-5.
7. SYSEL, Dušan a kol. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4. (model Leiningerové – kap. 13.1)
8. TÓTHOVÁ, Valérie. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
9. TÓTHOVÁ, Valérie a OLÍŠAROVÁ, Věra. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2017. 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4. (model Leiningerové – kap. 7.1.2)
10. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

Články a stati

11. DVOŘÁKOVÁ, Hana a SEMÍNOVÁ, Jana. Péče o pacienty-cizince s diagnózou tuberkulóza a komunikace s nimi. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 10, s. 29-31. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <https://issuu.com/ambitmedia/docs/10-2012>.
12. HUDÁČKOVÁ, Andrea a BRABCOVÁ, Iva. Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 138-147. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2011/02/03.pdf>.
13. KADLECOVÁ, Hana. Jednotlivá náboženství a jejich vztah k výživě. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2014, roč. 10, č. 1, s. 3-7 příl. ISSN 1801-1349.
14. LINHARTOVÁ, Lenka, JANKŮ, Tomáš a TOPINKA, Daniel. Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 11, s. 28-31. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: https://issuu.com/ambitmedia/docs/cele_cislo_florence_11-15/30.
15. MAŇHALOVÁ, Jana a TÓTHOVÁ, Valérie. Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi. *Kontakt*. 2016, roč. 18, č. 2, s. 78-84. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/02/04.pdf>.
16. MICHÁLKOVÁ, Helena. Specifika přístupu ke zdraví u příslušníků pravoslavné církve a mormonů. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 5, s. 28-30. ISSN 1801-464X.
17. MLÝNKOVÁ, Jana. Transkulturní (multikulturní) ošetrovatelství. In: *Etnické komunity: v kulturní a sociální různosti*. Praha: FHS UK, 2010, s. 269-280. Agora. ISBN 978-80-87398-08-1.
18. POKORNÁ, Andrea. Podpora interkulturní sociální interakce v ošetrovatelském vzdělávání a klinické praxi. *Onkologie*. 2015, roč. 9, č. 1, s. 47-50. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/01/12.pdf>.
19. RABLOVSKÁ, Dana Rebecka. Multikulturní přístup zdravotníků k umírajícím. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 9, s. 24-29. ISSN 1801-464X.
20. STRAKOVÁ, Jana a SCHOLTZOVÁ, Emília. Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 5, s. 28-31. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <https://issuu.com/ambitmedia/docs/05-2012/18>.

21. ŠIMONOVÁ, Daniela. Jak jednat při ošetřování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. 2012, roč. 16, č. 2-4, s. 114-120. ISSN 1211-6645.
22. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. Jak české sestry vnímají pacienty vybraných kultur a národností?. *Ošetrovatelství*. 2010, roč. 12, č. 3-4, s. 84-95. ISSN 1212-723X.
23. TOŠNAROVÁ, Hana. Multikulturní ošetrovatelství v psychiatrii. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 11, s. 30-31. ISSN 1801-464X.
24. ZÁBOJNÍKOVÁ, Jana a ČERMÁKOVÁ, Kateřina. Specifika ošetrovatelské péče o pacienta židovského vyznání. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2013, roč. 9, č. 2, s. 20-22. ISSN 1801-1349.
25. ZAPLETALOVÁ, Zuzana. Role multikulturního ošetrovatelství v praxi sestry. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, roč. 2015, č. 7-8, s. 46. ISSN 2336-2987.
26. ZELENÍKOVÁ, Renáta a VRUBLOVÁ, Yveta. Transkulturní ošetrovatelství. In: *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 129-166. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.

Elektronické dokumenty

27. ALBOUGAMI, Abdulrhman Saad, POUNDS, Karen G. a ALOTAIBI, Jazi Shaydeid. Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A discussion Paper. *International Archives of Nursing and Health Care* [online]. 2016, vol. 2, no. 3, nestr. [cit. 15. 5. 2019]. ISSN 2469-5823. Dostupné z: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-053.pdf>.
28. HÉNKOVÁ, Simona a MACHÁLKOVÁ, Lenka. Specifika kulturně diferencované ošetrovatelské péče u pacientů vietnamské minority. In: *Profesionalita v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012, s. 14 [cit. 14. 5. 2019]. ISBN 978-80-244-3292-2. Dostupné z: https://old.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf.
29. HUDÁČKOVÁ, Andrea a kol. Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče o příslušníky romské a ukrajinské minority – výsledky kvalitativní části výzkumu. In: *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, 2010, s. 40-45. ISBN 978-80-7368-694-9. Dostupné také z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sympozium-2010.pdf>.

30. MAŠKOVÁ, Jana a MACHÁLKOVÁ, Lenka. Specifika kulturně diferencované ošetrovatelské péče u pacientů židovské minority. In: *Profesionalita v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012, s. 32 [cit. 14. 5. 2019]. ISBN 978-80-244-3292-2. Dostupné z: https://old.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf.

PŘÍLOHA C – SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Aneta Stašková

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Chirurgickém oddělení (CHIRO) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Koncepční model Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské praxi*“.

Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s pacienty *CHIRO*, a dále získáváním informací o ošetrovatelských postupech, tamtéž.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. ***Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.***
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- ***Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Cihlářová Markéta, Mgr., vrchní sestra CHIRO FN Plzeň.***

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pociťovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

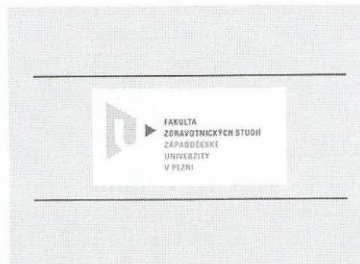
Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

V Plzni 22. 10. 2019

Zdroj: FN Plzeň

PŘÍLOHA D – VÝSTUP DO PRAXE

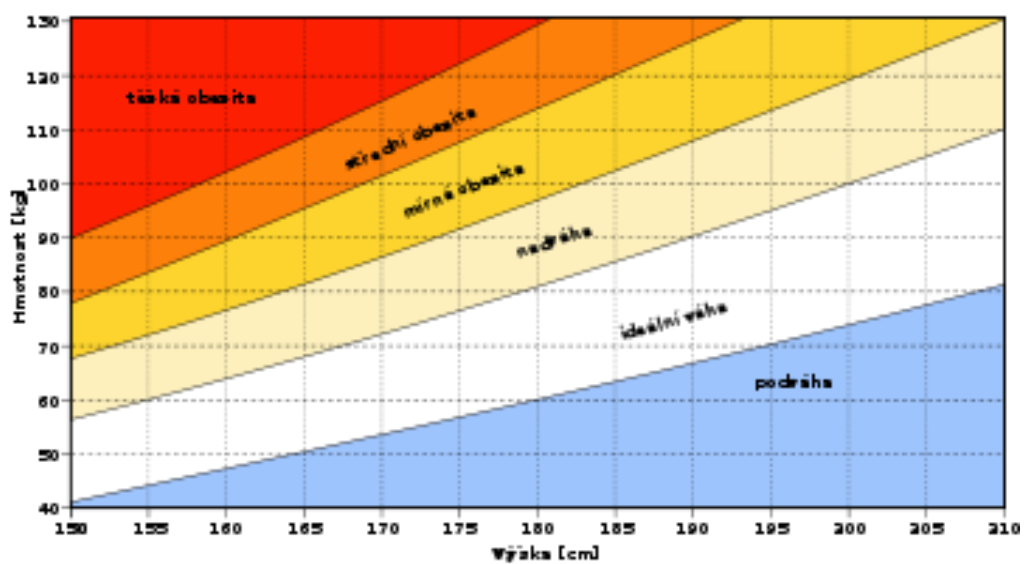
OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO PÉČI O PACIENTA Z JINÉHO KULTURNÍHO PROSTŘEDÍ



- Při jazykové bariéře je vhodné použít komunikační karty nebo služby tlumočnicka, neboť neefektivní komunikace vede k neefektivní léčbě.
- Je důležité znát rozdíly ve stravování v různých kulturách, aby nedocházelo k nepříjemným situacím. Například v Indii nejedí hovězí maso, muslimové a židé nejedí vepřové maso.
- Při příjmu bychom se měli pacienta zeptat na jeho víru, kvůli případnému zajištění návštěvy duchovního nebo abychom mohli pacientovi dopřát vhodné podmínky při modlitbách. Například pacienti, kteří se hlásí k islámu, se modlí pětkrát denně a musí to být směrem k Mekce. Pacienti by se při modlitbách neměli rušit.
- Vlivem kulturního šoku spojeným s hospitalizací může být pacient traumatizován, je proto důležité s ním jednat citlivě, respektovat jeho potřeby a získat si jeho důvěru abychom tento traumatizující zážitek ještě neprohloubili.
- Měli bychom také respektovat zvyky různých kultur, aby se pacient v cizím prostředí cítil co nejlépe. Například muslimskou ženu by měla vyšetřovat jen žena a pokud to není možné, musí o povolení požádat jejího muže. Při ošetřování vietnamského pacienta bychom se neměli dotýkat jeho hlavy. Pacienty romského původu v nemocnici navštěvuje celá jejich rodina.
- Pokud je to možné a pacient má o to zájem, měli bychom dovolit rodině, aby pacientovi nosila jídlo z domova. Vyvarovali bychom se tím toho, že by pacient dostal jídlo, co nejí nebo kvůli jeho kultuře nesmí jíst.
- Pacientově rodině bychom měli dovolit pacienta navštěvovat, jak jen to bude možné, pokud to neohrozí chod oddělení a péči o pacienty.
- Důležité je pacientovi naslouchat a snažit se zjistit jeho zvyky, abychom předešli nepříjemným situacím. Pomůže nám to také vybudovat si pacientovu důvěru, což zmírní jeho strach z cizího prostředí a zlepší spolupráci s pacientem.

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA E – INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI



Zdroj: <https://www.wikiskripta.eu/w/BMI>

PŘÍLOHA F – HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTONOVÉ

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

PŘÍLOHA G – BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

PŘÍLOHA H – GLASGOW COMA SCALE

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav

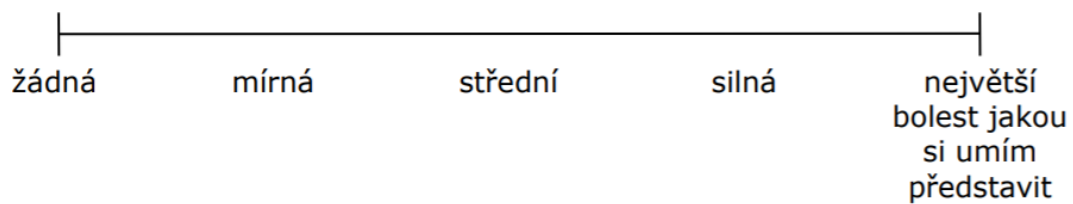
13 = vyžaduje hospitalizaci

8 = mez kritického stavu mozku

Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

PŘÍLOHA CH – VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA



Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5835.pdf>

PŘÍLOHA I – KLASIFIKACE TÍŽE TROMBOFLEBITIS DLE MADDONA

Stupeň	Reakce
0	není bolest ani reakce v okolí
1	pouze bolest, není reakce v okolí
2	bolest a zarudnutí
3	bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly
4	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: KELNAROVÁ, Jarmila a kol., *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník – 2. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5330-0