

Podpora interkulturní sociální interakce v ošetrovatelském vzdělávání a klinické praxi

Andrea Pokorná

Katedra ošetrovatelství LF Masarykova univerzita v Brně

Příspěvek zdůrazňuje souvislost globalizace světa a potažmo ošetrovatelství (migrace pacientů i zdravotnických pracovníků) a nutnost akceptace této skutečnosti v ošetrovatelském vzdělávání i klinické praxi. Akcentována je potřeba účelné spolupráce s jedinci různé kultury a etnika. Hlavním nástrojem interkulturně kompetentního zdravotníka se stává účelná komunikace, založená na poznání individuálních potřeb pacienta odlišné kultury a jejich uspokojení, nicméně s důrazem na individualitu jedince a ne skupinovou příslušnost. Prezentován je základní model a předpoklady pro podporu sociokulturní kompetence. Základním zmiňovaným kritériem je vytváření kulturně bezpečného prostředí pro sestry i pacienty v podmínkách českého ošetrovatelského systému, který je stále ještě poměrně hodně etnocentrický.

Klíčová slova: kulturní kompetence, kurikulum, ošetrovatelství, globalizace, mezinárodnost.

Fostering intercultural social interaction in nursing education and clinical practice

This paper highlights the globalisation of world and the internationalisation of nursing (patient and health care givers migration) which has to lead to being embedded into nursing curricula and also clinical practice. Accentuated is the need for effective and practical cooperation with individuals of different cultures and ethnicity. The main tool for interculturally competent health care professional becomes effective communication, based on knowledge of the individual patient's needs according to the different cultures and their satisfaction, but with an emphasis on the individuality of the patients and not the group affiliation. Presented is basic model and assumptions for the socio-cultural competence. The basic mentioned criterion is creating a culturally safe environment for nurses and patients in the conditions of the Czech nursing system which is still quite a lot ethnocentric.

Key words: cultural competency, curriculum, nursing, globalisation, internationality.

Onkologie 2015; 9(1): 47–50

Úvod

V současných zdravotnických systémech je celosvětovým trendem migrace pacientů (v rámci tzv. medicínské turistiky), ale také profesionálních pečujících (ať již z důvodů ekonomických, politických či jiných). Jedná se o jeden z mnoha projevů globalizace, která s sebou nese určitá rizika ve smyslu vzájemné schopnosti porozumění, kooperace, sledování a plnění stejných cílů v prevenci nemocí, podpoře zdraví a léčbě. Jedním z základních kamenů péče v multikulturní/transkulturní společnosti, v níž dochází k mísení kultur a jejich vzájemnému ovlivňování, je efektivní komunikace, která umožní identifikaci a následné uspokojení vzájemných požadavků. Přes dlouhodobě známá fakta však přetrvává v mnoha společnostech etnocentrický postoj, který se dále promítá do procesu péče také u pracovníků nelékařských profesí a předpokládá zejména asimilaci minoritní skupiny pacientů v rámci majority – země, v níž jsou ošetřováni. Následující text by měl čtenářům umožnit pochopit základní zákonitosti podpory multikulturní a transkulturní sociální interakce s ohledem na její nízkou (low-contextual) a vysokokontextuální (high-contextual) charakter a hlavní determinující faktory, jež ovlivňují nejen předávání a přijímání informací v procesu péče, ale zejména

jejich pochopení a využití v kulturně odpovídajících intervencích. Diskutována bude problematika širokých komunikačních módů ve smyslu transkulturní komunikace s ohledem na fakt, že jazyk nelze vždy využít, jako nejčastější komunikační médium v důsledku časté jazykové bariéry. Prezentovány budou požadavky na jednotlivce v rámci kulturních kompetencí tak, aby byl schopen poskytovat kulturně adekvátní a akceptovatelnou péči. V této souvislosti je uveden také ACCESS model interkulturní komunikace dle Narayanasamy (1). Základní myšlenkovou linií příspěvku je fakt, že v současnosti neexistuje kulturně homogenní společnost a z toho důvodu není možná kulturní generalizace, ale nezbytná je individuální akceptace – každý jedinec je individuální kulturní entitou s unikátními projevy, požadavky a potřebami.

Fakta o multikulturní péči

Globalizace, která je nejen ve zdravotní péči vnímána jako proces, v jehož důsledku se některé části světa relativně přibližují, zatímco jiné relativně oddalují a to vše bez ohledu na geografickou vzdálenost, ovlivňuje proces poskytování péče v různých zemích především s ohledem na vzrůstající počet ošetřených cizinců. 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). Globalizace v medicíně a ošetrovatelství, stejně jako v jiných oblastech lidské činnosti, ovlivňuje pomyslné vzdálenosti a zejména rychlost přenosu informací. S přenosem informací dochází také k transferu vědeckých a společenských hodnot, které významně ovlivňují postoje jedinců. S globalizací souvisí již zmíněná zvyšující se migrace a to ve smyslu medicínské migrace, v některých zdrojích nazývané také zdravotní turistika. Dochází na jedné straně ke stírání společenských rozdílů uvnitř určité komunity (stává se normou setkat se s pacienty jiné kultury) a na straně druhé k jejich zvýraznění (kulturní šok, tlak okolí na asimilaci, jazyková bariéra). Důsledkem a dopadem v klinické praxi je fakt, že se zvyšují požadavky na každého poskytovatele péče a problém interkulturní komunikace nabývá na významu s rozmanitostí pacientů i pečujících. Významným problémem jsou také etické a legislativní požadavky, které ne vždy odpovídají potřebám a možnostem reálné klinické praxe (poměr počtu sester a pacientů, vnímání role sestry a role pacienta, respektování

Tabulka 1. Nejvýznamnější determinanty sociální interakce dle kulturních zvyklostí – globální komunikace (neverbální projevy)

Determinanta	Projev - vysvětlení
využití času – chronemika	vnímání potřeby čekání, očekávání splnění požadavků okamžitě, trpělivost nebo naopak prchlivost apod.
prostor a dotek	projevující se v proxemických a haptických požadavcích – tedy dodržování vzdálenosti druhých osob, respektování osobní zóny (problematické při poskytování péče s ohledem na biologické potřeby a zásah do intimity pacienta)
tón řeči	vnímání melodie, hlasitosti, pocit agrese, submisivnosti, využití ticha
oční kontakt	akceptace přímého očního kontaktu, vnímání jako projev drzosti, anebo naopak vstřícnosti, délka pohledu, zaměřenost aj.

Tabulka 2. Východiska a předpoklady kulturní kompetence sestry

Složka kulturní kompetence	Obsahové zaměření – sebehodnocení, reflexe vlastního vnímání
kulturní uvědomění	sebehodnocení a hluboké zkoumání vlastní kultury, profesionálního zájmu, vlastních limitů a předsudků, poznání vlastních kořenů
kulturní vědomosti	hledání nových poznatků o kulturní rozdílnosti/diverzitě, kulturní znalosti o pacientových přesvědčeních
kulturní dovednosti	schopnost sběru důležitých dat o pacientovi, snaha o pohled „z dálky“, prevence stereotypizování na základě příslušnosti ke kultuře, rase
kulturní setkání	schopnost navázat mezikulturní vztahy s klienty z kulturně odlišných prostředí
kulturní přání	motivace zdravotníka – chtít než muset se stát kulturně uvědomělý (kulturní pokora, kulturní relativismus versus etnocentrismus)

autonomie zainteresovaných stran, dostupnost tlumočnicka, příprava vícejazyčných dokumentů – zdravotnické dokumentace). Chování jednotlivců je ovlivněno kulturou. Přičemž kulturu je možno vymezit jako komplexní celek, který zahrnuje poznání, víru, umění, morálku, právo, zvyky a všechny ostatní schopnosti a návyky, které člověk získal jako člen společnosti – tedy v rámci socializace. Podle E. Halla (2), který je považován za guru interkulturní komunikace platí, že: „Kultura je komunikace a komunikace je kultura“. Díky kulturním normám si osvojuje jedinec určité vzorce chování, jednání (např. exprese ve verbální a neverbální rovině). Kultura je obvyklé přesvědčení, které zahrnuje sociální formy a materiální znaky rasové, náboženské či sociální skupiny. Na pomyslné spojnici, ale zároveň fenomenologicky na odlišném pólu stojí pojem rasa. Která je správně vnímána jako rodina, kmen, rod, nebo národ stejné populace a seskupení založené na biologické podobnosti (3, 4). V klinické praxi jsou někdy tyto dva fenomény zaměňovány či vnímány jako synonymum. Důležité je ale si uvědomit, že kulturní příslušnost si lze zvolit. Rasovou příslušnost nikoli a přesto je často pacient právě na základě příslušnosti kulturní či rasové hodnocen, zařazen a neřídka také stereotypicky včleněn do určité kategorie s předem stanovenými znaky chování a požadavků (např. muslim vyžaduje stravu bez vepřového apod.). Pro první kontakt s pacientem v praxi je proto nezbytné minimalizovat vliv tzv. „haló efektu“ ve vztahu ke kultuře – nepředpokládat určité poža-

davky na základě znaku kulturní příslušnosti – např. oděvu, doplňků, ale také typu líčení (např. EMO znaky u pacientů mladší generace/dospívajících). Je třeba tyto znaky identifikovat, nepřecenit, ale ani nepodcenit. Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů a ne skupinové příslušnosti, což je ovlivněno právě mísením kultur a zejména vzdělaností ošetrovatelského personálu, tedy schopností oprostit se od „oploštělé“ představy stereotypního očekávání a presumpcí. Efektivní kulturní komunikace ukazuje respekt, důstojnost, a zachování lidských práv (5, 6, 7). V této oblasti je český vzdělávací ošetrovatelský systém stále ještě klinické praxi mnohde dlužen, ale situace je obdobná i v zahraničí (8). Mezi efektivní podpůrné procesy a aktivity umožňující zvýšení kulturních kompetencí v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání lze zařadit např. „trénování“ využití vhodných technik (aktivního naslouchání, ACCESS modelu viz. dále) v modelových situacích. Modelová situace může vycházet z předchozích osobních zkušeností studentů či zdravotníků v praxi, kteří řešili např. problém s identifikací kulturně podmíněných potřeb pacienta (požadavek ošetřování mužem) a snahu o pochopení požadavku s následným vysvětlením reálných možností daných skladbou zdravotnického týmu. S výhodou jsou využívány postupy video based trainingu – při němž jsou reakce zainteresovaných osob v modelové situaci zaznamenány audiovizuálně a následně proběhne analýza – debriefing s analýzou jednotlivých kroků a intervencí. Jedná se také o při-

ležitost získat informace o pomocných strategiích, které jsou na pracovišti dostupné (piktogramy, cizojazyčné materiály aj.) anebo tak lze odhalit právě absenci obdobných pomůcek. Je nezbytné, aby analýzu modelové situace prováděla zkušená osoba, která umožní rozbor jednotlivých sekvencí záznamu včetně projevů neverbální komunikace, identifikování klíčových inhibujících či facilitujících momentů v interakci (např. nadměrné využívání gestiky v interakci s asiaty může být považováno za agresivní, stejně jako snaha o narušení osobní zóny při postoji příliš blízko anebo upřený a vytrvalý vizický kontakt či nedodržení horizontální úrovně – významně odlišná výška očí komunikujících – pocit submisivity či agresivity). Poslední zmíněnou, ale jistě ne co do významu, je možnost individuální či skupinové supervize a diskuze nad supervizní zakázkou. Podmínkou je, že v rámci supervize nejsou nabízena jasná řešení ze strany supervizora, ale supervidovaný jedinec se snaží nalézt vlastní cesty, které by mu napomohly v řešení situace v budoucnu, anebo pochopení a akceptaci zkušeností z předchozího kontaktu s pacientem odlišné kultury.

Hlavní determinanty kulturně kompetentní komunikace

V případech péče o jedince jiné kultury je třeba primárně akceptovat jeho kulturní příslušnost, ale také se zaměřit na hlavní okolnosti, které mohou modifikovat jeho individuální potřeby a požadavky. Jsou to zejména:

- **rozdíly v kulturních zkušenostech** (atomizace rodiny, společenské normy, zkušenost – mohou se významně lišit od majoritní kultury, v níž jedinec žije)
- **rozdíly v osobních zkušenostech** (holocaust, premorbidní osobnost, hodnotová orientace, charakter a závažnost onemocnění – zejména v onkologii významně determinují chování a jednání jedince)
- **identifikace individuální situace na základě kontextuálních faktorů** (role pacienta, sestry, statut, prostředí, nutnost péče, závažnost stavu)
- **vlastní nejednoznačnost jazyka** (denotace a konotace pojmů – vnímání určitého pojmu v rozdílném pojetí, obsahu, riziko nepochopení žargonu, slangu apod.)

Kultura určuje to, co jedinec považuje za významné, co vysílá neverbálně a co prezentuje verbálně, ale vždy pouze do určité míry (zahrnuje jazyk, duchovno, uměleckou činnost, skupinové zvyky a tradice, preferenci potravin, reakci na bolest, nemoc či smrt, proces rozhodování aj.). Právě

Tabulka 3. ACCESS model

Využitá strategie – aktivita	Popis
Assessment/hodnocení	hodnocení vlastních možností a možností pracoviště na straně jedné a schopností a možností, očekávání a potřeb pacienta a jeho blízkých na straně druhé
Communication/ komunikace	identifikace společného verbálního dorozumívacího prostředku (světový jazyk – nejčastěji angličtina, němčina), tlumočnick (nejvhodnější profesionál, nejméně vhodný rodinný příslušník – riziko misinterpretace, neochota předat informace; neverbální formy – piktogramy, obrázkové slovníky aj.)
Culture negotiation and compromise / kulturní vyjednávání a kompromisy	vyjasnění individuálních požadavků, eliminace subjektivního náhledu např. dle „haló“ efektu – žena v burce = problém s komunikací, s péčí... snaha o nalezení společného řešení formou kompromisu
Establishing respect and rapport – budování vztahu respektu a úcty	akceptování odlišností a rozdílů v potřebách, snaze být zdravý, v hodnotovém systému, vnímání názorů druhých
Sensitivity – citlivost	schopnost identifikovat potřeby i tehdy, pokud nejsou verbalizovány na straně jedné a naopak citlivost k nepřesycení tj. nesnažit se pomáhat tam, kde to není druhou osobou očekáváno či je to považováno za narušení soukromí – řešení vztahů s blízkými (pokud nemají negativní dopad na léčbu)
Safety – bezpečí	zajistit prostředí podporující otevřenou komunikaci, vnímání významu pobytu ve zdravotnickém zařízení, jeho benefity a rizika

v onkologii je kulturní identita významná s ohledem na potenciálně se blížící konec života (9). Není jisté snadné hovořit s pacientem o konci života a tento fakt je ovlivněn také mírou jeho informovanosti o onemocnění a kompetencemi zdravotníků, ale je možné zjistit náhled na vnímání životní hodnoty, vlastního života, jeho průběhu a konce. V klinické praxi se můžeme setkat s mýtem, že křesťané odcházejí z tohoto světa „snadněji“ s nadějí „posmrtného života“. Ani zde ale není možné generalizovat. Ortodoxní křesťan může mít obavy z posledního soudu. Stejně tak nelze očekávat, že každý jedinec hlásící se k buddhismu bude nadšeně vyhlížet konec svého života, protože očekává, že to dobré jej teprve čeká. Individuální vnímání ovlivňuje nejen religionizita, ale také aktuální okolnosti (pocit nedokončeného díla, strach o ty, kteří zde zůstanou – např. děti). Výše uvedené determinanty ovlivňují aktuální situaci pacienta a její vnímání. Z hlediska komunikace je důležité, že jazyk jako nejzřejmější médium pro komunikaci může znamenat v interkulturním prostředí problém – bariéru. Nejvýznamnější okolnosti, které ovlivní v práci zdravotníků komunikaci v interkulturní interakci z hlediska tzv. komunikace v nejširším slova smyslu – globálním módu, shrnuje tabulka 1 a následně jsou uvedeny konkrétní příklady rozdílného vnímání členy odlišné kultury.

Příklady rozdílů v širokých komunikačních módech – proxemika a haptika

V obecné rovině je nutno respektovat proxemické zóny jak při vyšetřeních, tak i po dobu hospitalizace, což je ale ztíženo procesem poskytování

péče a některými intervencemi, které osobní zónu pacienta narušují. Je nezbytné mít na paměti, že pacienti potřebují nějakou „kontrolu nad jejich územím“ a pravidla, aby se zabránilo invazi/zneužití jinými. Potřebují místo pro své věci/majetek bez strachu, že by obtěžovali ostatní a na druhé straně potřebují svobodu uskutečnit některé činnosti (např. zdřímnout si). Z hlediska interkulturních odlišností lze zmínit některé známé rozdíly, ale opět s upozorněním na možnost individuálních rozdílů příslušníka určité kultury: např. Asiaté jsou obecně citlivější na ochranu osobního prostoru. V arabských kulturách jsou doteky častější a více akceptované mezi příslušníky stejného pohlaví. V Latinské Americe je považován stisk ruky za chladný projev, ale objetí rukama kolem ramen je normální a naopak dotýkat se ramen japonského jedince je viděno jako neodpuštělný prohřešek.

Příklady difference v širokých komunikačních módech – chronemika

Příklady rozdílů ve vnímání času jsou částečně zmíněny v tabulce č. 1. Zajímavé je ale vnímání tzv. „skákání do řeči“ – intruzí. Intruze jsou ve vysocekontextuálních kulturách (viz. dále) nepřípustné, v nízkokontextuálních kulturách jsou však naopak doporučovány a považovány za projev otevřenosti dostatečného sebevědomí a snahy o sebeprosazení.

Příklady difference v širokých komunikačních módech – barvy

Vnímání barev v prostředí je velmi významné také ve zdravotnické péči. V tuzemských pod-

mínkách je bílá barva barvou čistoty, jednoznačnosti, barvou pozitivní. V některých asijských zemích je bílá naopak spojena s pohybem. V severoamerické kultuře mají teplé barvy, jako je žlutá, červená a oranžová tendenci stimulovat kreativní a šťastné emoce a reakce. V některých afrických zemích naproti tomu červená symbolizuje čarodějnictví a smrt. V západní kultuře mají studené barvy jako modrá, zelená a šedá tendenci podporovat meditaci, uvažování a odrazují od vzájemného sdělování. Zajímavostí je také historický pohled na vnímání modré a růžové v rámci křesťanství. Modrá barva byla dříve barvou žen (plášť Panny Marie na většině historických obrazů) a růžová byla barvou mužů. V současné kultuře je vnímání opačné a nezdá se, že muž v růžovém oděvu diskriminován a je mu podsouvána odlišná sexuální orientace.

Rozdíly v komunikaci v nízkokontextuální a vysocekontextuální kultuře

Základní rozdíly, které ovlivňují vnímání sociální interakce a komunikace v různých kulturách jsou ovlivněny příslušností k celkovému kontextu společnosti. Rozlišujeme pak tzv. **nízkokontextuální (low-context) kulturu**, v níž je komunikace explicitní, přímá, která zahrnuje málo kódovaných informací a je typická pro individualistické kultury (např. USA zaujímají pozici blíže vůči nízkému kontextu komunikace). Orientační hodnota individualismu motivuje a vede jedince mluvit svobodně, využívat přímé slovní výrazy, přičemž jsou individualistické hodnoty podporovány normou poctivosti a otevřenosti. Typické je použití přesného a jednoduchého jazykového chování, tedy upřímnost a otevřenost, která může také být některými považována za přílišnou smělost a drzost. Zástupci této kultury jsou většinou sebevědomí, znají svých práv, ale i povinností. **Vysocekontextuální (high-context) kultura** je charakteristická komunikací nepřímou, implicitní, internalizovanou, závislou na fyzickém a psychosociálním kontextu situace. Je typická pro kolektivistické kultury (většina asijských kultur, včetně čínské, japonské a korejské stojí spíše blíže vysocekontextuální kultury). Jedinci jsou omezováni ve využívání „drzého – smělého“ postoje a redukci využívání explicitního verbálního stylu. Zdůrazňován je význam skupinové harmonie a shody. Typické je využívání nejasné verbální komunikace a chování (např. eufemizmy – pacient nezemřel – odešel), což může vyústit v problém pochopení osobou z jiné kultury (2). Pro kulturně kompetentní péči je nezbytné zdůraznit, že žádná země a kultura nestojí

na pomyslných pólech či obou koncích kontinua nízkého či vysokého kontextu komunikace. **V současnosti neexistuje kulturně homogenní společnost. Není možná kulturní generalizace, ale je nutná individuální akceptace.**

Východiska a předpoklady kulturní kompetence sestry v péči o pacienta jiné kultury shrnuje tabulka 2.

Proces vyjednávání rozsahu interkulturní péče v sociální interakci

V současném zdravotnickém systému v ČR stále ještě není problematice interkulturní komunikace věnována dostatečná pozornost. I mezi některými velmi vzdělanými zdravotníky panuje mýtus, že pacient má především asimilovat k prostředí, v němž je ošetřen, že není nutné akceptovat speciální požadavky, protože i my Češi v zahraničí nemáme k dispozici speciální péči. Zamysleme se alespoň nad faktem, že bychom se měli snažit přiblížit vnímání pacienta protože, tak můžeme zvýšit jeho schopnost spolupráce a compliance. Níže je uvedena jednoduchá strategie:

- **Naslouchejme:** klientově perspektivě, názorům – nevytvářejme si domněnky.
- **Učme se:** ze své znalosti v jazyce příslušném pro klienta a rodinu.
- **Srovnávejme:** podobnosti a rozdíly, není třeba vždy souhlasit, ale ne devalvovat klientovy představy a pohled.
- **Budme schopni kompromisu:** jestliže klientem preferovaný postoj a způsob léčby neškodí – podporujeme jej (např. v podobě změny denního režimu) a jestliže klientem preferovaný postoj a způsob léčby škodí, pak se pokusme vysvětlit škodlivé dopady a nabídnout alternativy – kompromis.

Návod na vhodný postup identifikace kulturních potřeb pacienta v klinické praxi dle oblastí péče:

- **oblast hotelových služeb, režim dne, stravování** – vyjednávání o individuálních požadavcích pacienta by mělo být součástí seznámení s běžným denním režimem/

harmonogramem, diskutována by měla být možnost zajištění soukromí a požadavky dietních omezení – zde je možná vysoká míra participace pacienta. Vždy je třeba více naslouchat, při příliš aktivním přístupu a nabízení řešení, může být jednání považováno za agresivní se zcela opačným dopadem.

- **oblast diagnostiky a terapie** – zde sehrává roli míra očekávané autonomie, spoluúčasti pacienta na rozhodování – nutnost respektovat aktuální zdravotní stav pacienta a vnímání osobnosti zdravotníků.
- **oblast specifických sociálních požadavků** – především frekvence a forma kontaktů s rodinou, environmentální požadavky (prostor, uspořádání, umístění lůžka aj.).

Nejčastěji deklarované problémy ze strany zahraničních pacientů ošetřených v ČR (anketa provedená u 104 zahraničních studentů všeobecného lékařství v roce 2014) jsou neochota naslouchat, nedostatečná jazyková vybavenost zdravotníků a sní spojená snaha o vyhýbání se komunikaci. Na druhou stranu byla oceňována vysoká odborná úroveň a environmentální zajištění péče.

Uvedené postupy odpovídají ACCESS modelu interkulturní komunikace (1), který shrnuje tabulka č. 3. Vlastní akronym ACCESS je slovní hříčkou, protože v překladu znamená přístup. Jeho využitím se pečující může stát přístupnějším pacientovi odlišné kultury a naopak pacient může být zpřístupněn pečujícímu. Při podrobnějším prostudování lze nalézt mnoho styčných bodů mezi tímto modelem a kroky běžně využívaného ošetřovatelského procesu.

Závěr

Kulturně kompetentní zdravotnický pracovník nemusí být odborníkem a orientovat se v každé kultuře nebo mít všechny odpovědi na multikulturní otázky. Důležité je, aby měl kulturní povědomí, které pomůže prozkoumat problémy a řešit je s příjemci péče citlivěji. Jednou z kulturních kompetencí je také znalost vlastního prostředí, připravenost na potenciální změnu

v přístupu k druhým lidem, schopnost učit se a zpětně hodnotit vlastní postupy (reflektovat je). Otevřenost a aktivní přístup by měly být také axiomem pro ošetřovatelské vzdělávání v multikultuře jak na pregraduální, tak postgraduální úrovni. Cílem kulturní kompetence je schopnost uspokojit potřeby svých klientů s úctou, s respektem k tradicím, které mohou být odlišné od vlastních. Kulturní kompetentnost je nepřetržitý proces, ve kterém se neustále vyvíjí a zpřesňují postoje a chování a to, jak se chováme k ostatním.

Literatura

1. Narayanasamy A. The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing* 2002; 1 (9): 643–50.
2. Hall E. T. Improvisation as an Acquired, Multilevel Process. *Ethnomusicology* 1992; 36 (2): 223–235.
3. Purnell L, Paulanka B. (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* 3rd ed., Philadelphia 2008: pp. 19–56
4. Eubanks, R. L., McFarland, M. R., Mixer, S. J., Muñoz, C., Pacquiao, D. F., & Wenger, A. F. Z. Chapter 4. Cross cultural communication. In M. K. Douglas D. F. Pacquiao (Eds.), *Core curriculum in transcultural nursing and health care* [Supplement]. *Journal of Transcultural Nursing* 2010; 21 (Suppl. 1).
5. Pope R., Mueller J. Faculty and Curriculum: Examining Multicultural Competence and Inclusion. *Journal of College Student Development* 2005; 46 (6): 679–688.
6. Krainovich-Miller B., Yost J., Norman R., Auerhahn C., Dobal M., Rosedale M., Lowry M., Moffa, C. Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step Toward Cultural Competency. *Journal of Transcultural Nursing* 2008; 19: 250–258.
7. Miller J. E., Leininger M., Leuning C., Pacquiao D. F., Andrews M., Ludwig-Beyer P. Transcultural Nursing Society position statement on human rights. *Journal of Transcultural Nursing* 2008; 19: 5–8.
8. Jirve M., Gerrish K., Emami, A. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24 (3): 436–444.
9. Dennis K., Duncan G. Spiritual care in a multicultural oncology environment. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2012; 6(2): 247–253.

Článek přijat redakcí: 3. 11. 2014

Článek přijat k publikaci: 27. 1. 2015

doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

Katedra ošetřovatelství LF MU

Kamenice 3, 625 00 Brno

apokorna@med.muni.cz