Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetřovatelství

Lenka Vaculíková

Bakalářská práce
2010

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Lenka VACULÍKOVÁ**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

Tato teoreticko – výzkumná práce si klade za cíl seznámení s problematikou multikulturní ošetřovatelské péče a zjištění informovanosti všeobecných sester o kulturně specifické péči.
Teoretická část práce objasňuje základní pojmy týkající se multikulturního ošetřovatelství, antropologie a pedagogiky, upozorňuje na legislativu vztahující se k ošetřování příslušníků jiných kultur, prezentuje hlavní kulturní a náboženská specifika minoritních skupin, a tím i problematiku transkulturního ošetřovatelství.
Praktická část zjišťuje informovanost všeobecných sester o odlišnostech v péči o jednotlivé etnické a náboženské skupiny, mapuje zájem všeobecných sester o další vzdělávání v této oblasti. Na základě získaných dat, pomocí dotazníkové metody, byly informace analyzovány, porovnány mezi sestrami – absolventkami vybrané střední zdravotnické školy a absolventkami vybrané vysoké školy – vzdělávajícími všeobecné sestry a byla navržena praxeologická opatření.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GABAL, I. et al. Etnické menšiny ve střední Evropě. Praha: G plus G, 1999. 341 s. ISBN 80-86103-23-4.
IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetřovatelství I. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
SIROVÁTKA, T. Menšiny a marginalizované skupiny v České republice. Brno: Georgetown, 2002. 355 s. ISBN 80-86251-13-6.
VOJTÍŠEK, Z. Netradiční náboženství u nás. Praha: Dingir, 1998. 137 s. ISBN 80-902528-0-X.
WOLF, J. Lidské rasy a rasismus v dějinách a v současnosti. Člověk a jeho svět II. Praha: Karolinum, 2000. 200 s. ISBN 80-246-0099-4.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií

Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14. 2. 2010 .....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce – Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetřovatelství jsem si vybrala z důvodu neustále narůstající migrace obyvatel, zvyšujících se požadavků na vzdělání a kvalifikaci všeobecných sester a zejména z důvodu stále častějšího se setkávání s klienty jiné národnosti či etnika v našich nemocničních zařízeních. Multikulturní ošetřovatelství je dle mého názoru velmi aktuální a dosud ne zcela objasněné téma. Považuji proto za zajímavé zjistit, jak na tom všeobecné sestry znalostně jsou, zda mají zájem o tuto oblast, zda se ve své praxi setkávají s jinými menšinami a zda jsou schopny poskytnout kvalitní, kulturně podmíněnou péči.

V teoretické části práce seznamuji s problematikou multikulturního ošetřovatelství, objasňuji jednotlivé pojmy, nastiňuji legislativu, která se vztahuje k péči o cizince, zabývám se modelem transkulturního ošetřovatelství Madeileine Leininger a poukazuji na jednotlivá specifika ošetřovatelské péče u vybraných národnostních, kulturních či etnických menšin.

V praktické části naplňuji pomocí dotazníkového šetření mnou stanovené cíle, porovnávám získané informace mezi sestrami se střední zdravotnickou školou a sestrami – bakalářkami s vysokou školou a navrhuji řešení pro praxi.

Klíčová slova: etnikum, kultura, multikulturní ošetřovatelství, náboženství, národnost, ošetřovatelská péče, zdravotní sestra

ABSTRACT

The theme of my bachelor thesis is Anthropological and pedagogical aspects of multicultural nursing. I chose this topic because of the constantly growing population migration, increasing demand for education and skills of nurses and especially because of the more frequent meetings with clients, other nationalities or ethnic groups in our hospitals. In my opinion multicultural nursing is a very recent and not yet fully explained theme. Therefore I consider it interesting to see the level of knowledge that sisters have, whether they are interested in this field, whether they get together with other ethnic minorities and whether they are able to provide high-quality, culturally conditioned care.

The theoretical part deals with a familiarization with the problems of multicultural nursing, I clarify the various concepts, outline the legislation that relates to the care of foreigners, I focus on a model of transcultural nursing established by Madeleine Leininger and I point to the specifics of individual nursing care for selected national, cultural or ethnic minorities.

The practical part deals with the questionnaire survey, I compare the information obtained among nurses with the secondary medical school education and sisters with university education and I propose solutions for the practice.

Klíčová slova: ethnicity, culture, multicultural nursing, religion, nationality, nursing care, nurse

Touto cestou bych ráda poděkovala

vedoucí mé bakalářské práce, **doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D.**, ředitelce Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně za odborné vedení, trpělivost a cenné rady, které mně velmi pomohly při zpracování této práce.

Rovněž děkuji panu Thanh Nguyen za ochotu a poskytnutí informací z oblasti vietnamské kultury a také všeobecným sestrám, které se zúčastnily tohoto výzkumného šetření.
V neposlední řadě patří zvláštní poděkování mým rodičům a slečně Bc. Sylvii Richterové za psychickou podporu po celou dobu mého studia.

„ Veškeré lidstvo – jednoho původu jest.“

„ All mankind is of one origin.“

Aleš Hrdlička

OBSAH

ÚVOD **11**

CÍLE PRÁCE **12**

I TEORETICKÁ ČÁST **13**

1 SEZNÁMENÍ S PROBLEMATIKOU **14**

1.1 OBJASNĚNÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ 14

1.2 LEGISLATIVA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮM 18

1.2.1 Veřejné zdravotní pojištění 19
1.2.2 Smluvní zdravotní pojištění 19
1.2.3 Bezplatné poskytování zdravotní péče 20
1.2.4 Práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče v ČR 20

2 TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ **23**

2.1 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ 23

2.1.1 Kultura 23
2.1.2 Struktura kulturních hodnot 24
2.1.3 Kulturní šok 24

2.2 VZNIK TEORIE 26

2.3 OŠETŘOVATELSTVÍ PODLE M. LEININGER 26

2.3.1 Hlavní jednotky transkulturního ošetřovatelství 27
2.3.2 Metaparadigma ošetřovatelství dle M. Leininger 27
2.3.3 Model vycházejícího slunce 28

3 NÁRODNOSTNÍ, ETNICKÉ A NÁBOŽENSKÉ MENŠINY V ČR **31**

3.1 NÁRODNOSTNÍ MENŠINY A CIZINCI V ČR 31

3.2 NEJPOČETNĚJŠÍ ETNICKÉ A MINORITNÍ SKUPINY NA ÚZEMÍ ČR 32

3.2.1 Ukrajinci 32
3.2.2 Romové 32
3.2.3 Vietnamci 33

3.3 NÁBOŽENSKÉ A SPIRITUÁLNÍ SKUPINY 33

3.3.1 Křesťanství 34
3.3.2 Islám 35
3.3.3 Judaismus 36
3.3.4 Hinduismus 36
3.3.5 Buddhismus 37
3.3.6 Svědkové Jehovovi 37

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA JINÉ NÁRODNOSTI, ETNIKA ČI KULTURY **38**

4.1 DESATERO ZÁSAD PÉČE O KLIENTA JINÉ KULTURY 38

4.1.1 Otázky, které by si sestra měla vždy položit 39

4.2 ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE S KLIENTEM JINÉHO ETNIKA ČI KULTURY 39
4.3 VYBRANÁ SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U KLIENTA JINÉ NÁRODNOSTI, ETNIKA ČI KULTURY 40
II PRAKTICKÁ ČÁST 41
5 METODIKA VÝZKUMU 42
5.1 POUŽITÁ METODA 42
5.2 VÝZNAM VÝZKUMU 42
5.3 ZKOUMANÉ CÍLE 42
5.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU 43
5.5 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK 43
5.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ 44
6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 45
6.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 45
6.2 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU 77
6.3 PRAXEOLOGICKÁ OPATŘENÍ 81
7 DISKUSE 83
ZÁVĚR 85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 86
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 88
SEZNAM GRAFŮ 89
SEZNAM TABULEK 90
SEZNAM PŘÍLOH 91

ÚVOD

Transformace společnosti, vstup České republiky do Evropské unie roku 2004, kdy se ČR tímto zavázala přijmout celou řadu opatření, které se vztahují k oboru ošetřovatelství, rovněž otevření schengenského prostoru, zvýšení požadavků a kompetencí zdravotnických pracovníků, ale i reforma zdravotnictví si vyžaduje zvýšení znalostí v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Nároky na kvalitní a odborné vzdělání zdravotnického personálu se zvyšují. Současné zdravotnictví si žádá kvalifikované a připravené absolventy středních i vysokých škol. Rovněž změna zákona ve vzdělávání zdravotních sester přispívá ke zkvalitnění péče a doporučuje sestrám celoživotní vzdělávání.

V současné době je kladen důraz na respektování etnických odlišností. Tento obor je rozvíjen na mnoha vysokých školách se zdravotnickým zaměřením. Dříve však na pojmy jako je multikulturní nebo transkulturní ošetřovatelství nebyl kladen takový důraz, proto je nezbytné udělat řádnou osvětu a již pracující zdravotnické pracovníky připravit a dostatečně informovat o národnostních, kulturních i náboženských odlišnostech jednotlivých etnických skupin. Zrovna tak je nezbytná výchova nové generace sester, které budou mít potřebné vědomosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství a holistický pohled na člověka. Všechny tyto sestry by měly umět nejen zhodnotit, ale i uspokojit potřeby klientů s odlišnou kulturou, etnikem a náboženstvím.

Téma multikulturního ošetřovatelství nemusí být zajímavé pro všechny typy zdravotnických profesí, ovšem i tak by se základní pojmy měly dostat do povědomí každého začínajícího i zkušeného zdravotnického pracovníka. Je nezbytné uvědomit si narůstající prolínání světů a rostoucí migraci, díky kterým se tato problematika dostává do popředí a je stále více diskutovaným tématem.

Cílem mé práce je upozornit na rostoucí počet etnických a náboženských menšin v České republice, objasnit základní pojmy týkající se multikulturního ošetřovatelství a zjistit informovanost zdravotnických pracovníků v této oblasti.

Výsledky výzkumu nám pomohou zmapovat informovanost všeobecných sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství a jejich zájem o další vzdělávání. Analýzou výsledků zjistíme zda, v jakém rozsahu a jaké formě je potřeba udělat osvětu, aby o ni byl projeven zájem, a aby byl splněn její cíl. Jen tak bude v našich zdravotnických zařízeních poskytována kvalitní, kulturně shodná péče.

CÍLE PRÁCE

I. Analyzovat informovanost všeobecných sester o multikulturním ošetřovatelství.

II. Zjistit rozsah znalostí všeobecných sester o multikulturních odlišnostech jednotlivých etnických a náboženských skupin.

III. Zmapovat zájem sester o pedagogické konference a další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

IV. Zjistit jak zdravotníci hodnotí své jazykové schopnosti a kde je získávají.

V. Na závěr porovnat znalosti mezi všeobecnými sestrami bakalářkami, jejichž studium je ukončeno státní závěrečnou zkouškou a všeobecnými sestrami se střední zdravotnickou školou, jejichž vzdělání je ukončeno maturitou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SEZNÁMENÍ S PROBLEMATIKOU

Jelikož některé termíny, vztahující se k multikulturnímu ošetřovatelství a k tématu mé bakalářské práce, jsou nejen laiky, ale i zdravotníky vnímány nepřesně, nebo nejsou vůbec známy, považuji proto za nezbytné objasnit alespoň základní pojmy a vysvětlit jejich přesný význam, aby mohly být správně pochopeny a tím byl veden kvalitní ošetřovatelský proces o klienty jiné náboženské či etnické skupiny. Rovněž je třeba nastínit legislativu, která se vztahuje k poskytování zdravotnické péče cizincům, aby nedocházelo k porušování zákonů či jiných předpisů při péči o cizince.

1.1 Objasnění základních pojmů

Multikulturní výchova

Multikulturní výchova je transdisciplinární oblast, kde se spojují přístupy: pedagogiky, kulturní antropologie, interkulturní psychologie, sociolingvistiky apod. Jejím úkolem je prostřednictvím edukace zvýšit způsobilost lidí chápat a respektovat odlišné kultury. Tato výchovná činnost je nejčastěji realizována ve školních institucích, ale může být prováděna ve formě různých seminářů, které jsou součástí celoživotního vzdělávání. Multikulturní výchova směřuje k poznání a porozumění rozmanitým kulturám a vede tak ke sbližování a spolupráci mezi jednotlivými národy, kulturami a „rasami“. [13]

Multikulturní ošetřovatelství

Multikulturní ošetřovatelství má své kořeny v multikulturní výchově. Cílem multikulturního ošetřovatelství je poskytovat vhodnou a účinnou pomoc a podporu ve zdraví a nemoci každému klientovi, a to při respektování jeho náboženských či etnických přesvědčení a zásad. K poskytování vhodné kulturně determinované péče je potřeba mít dostatek informací o dané multikulturní oblasti, rovněž empatii a vnímavost k potřebám klientů z cizích zemí či odlišných etnik.

Cílem multikulturní péče je:

- dodržovat a respektovat práva pacienta,
- uspokojit potřeby pacienta v co nejvyšší míře,
- zamezit diskriminaci pacienta a jeho rodiny,
- chránit pacienta před vznikem „kulturní bolesti“.

Etnikum

Termín etnikum pochází z antické řečtiny, v níž ethnos znamenal „kmen, rasa, národ“. Dle sociologického slovníku pojem etnikum zahrnuje skupinu jedinců, kteří se od jiných skupin odlišují svou etnicitou neboli souhrnem faktorů kulturních, „rasových“, teritoriálních a jazykových, dále pak svou historií, sebepojetím, vědomím společného původu a také tím, že jsou jako etnicky odlišní vnímáni druhými. Tímto termínem se často označuje také národ, národnost, národnostní menšina, kmen, ale to není přesné, neboť ne všichni příslušníci jednoho etnika jsou příslušníky stejného národa. [3]

Etnická skupina

Etnická skupina je společenství, v němž je účast dána narozením do této skupiny. Její členové mají pocit sounáležitosti. Etnická skupina si udržuje a předává dál své kulturní a sociální dědictví dalším generacím. [2]

Antropologie

Antropologie je rozsáhlá věda zabývající se člověkem, lidskými společnostmi, kulturami a lidstvem celkově. Zabývá se všemi lidmi ve všech dobách a zároveň také všemi rozměry lidství. Zkráceně lze říci, že antropologie je věda o člověku, která se v různých svých odvětvích zabývá jinými složkami. Např. kulturní antropologie se zabývá srovnáním lidských kultur. V antropologii se velmi prolíná praktické využití poznatků na základě teoretického výzkumu. [3]

Pedagogika

Pedagogika je společenská věda, která zkoumá podstatu, strukturu a zákonitosti výchovy a vzdělávání člověka, jako záměrné, cílevědomé a soustavné činnosti formující osobnost v nejrůznějších sférách života společnosti. Stručně řečeno, pedagogika je věda o výchově a vzdělávání člověka. [13]

Etnicita, etnická příslušnost a etnické vědomí

Etnicita je souhrn společných vlastností či znaků vymezujících etnikum.

Etnická příslušnost je sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím.

Etnické vědomí je uvědomělý pocit sounáležitosti s etnickou skupinou.

Národ, národnost, národnostní menšiny

Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společenské dějiny a společné území. [2]

K této definici se uvádějí tři typy kriterií, jimiž jsou národy identifikovány:

1. Kriterium kultury: spisovný jazyk, společné náboženství nebo společná dějinná zkušenost.
2. Kriterium politické existence: národy mají buď vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnoho národnostním či federativním státě.
3. Kriterium psychologické: jednotlivci sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu. Jedná se o tzv. vlastenectví – silné národní uvědomění, jež je v souladu s následným jednáním. [2]

Národnost

Národnost je příslušnost osoby k určitému národu, přičemž národ chápeme jako společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny, společná kultura a společné území. Statistická komise OSN doporučuje zjišťovat národnost obyvatel na základě tohoto širokého vymezení: „příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatní populace“.

Národnost jako příslušnost k určitému národu je v současném světě chápána ve dvojím smyslu, ve vztahu k pojmu „národ“, na jedné straně ve smyslu etnickém, na straně druhé ve smyslu politickém.

Národ ve smyslu etnickém je soubor osob obvykle se společným jazykem, společnou historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím.

Národ ve smyslu politickém je soubor občanů určitého státu, tedy soubor osob se státní příslušností tohoto státu.

Obyvatelé každého státu se dělí na občany toho státu (státní příslušníky) a na cizince, kteří jsou příslušníky jiného státu (cizí státní příslušníky).

Státní příslušnost – občanství je právní skutečnost, podložená nějakým dokumentem či zápisem. Získává se narozením, sňatkem, někdy i na základě doby pobytu v dané zemi.

Zjišťování etnické národnosti je složitější než zjišťování národnosti politické, neboť státní občanství je ověřitelný, objektivní znak. [2]

Příslušnost k národu není vždy jen otázka objektivních znaků, ale také pocit skutečné vnitřní sounáležitosti s národem, s jeho historií, tradicemi a zvyklostmi.

Národnostní menšina

Ze sociologického pohledu se jedná o skupinu, která má specifické fyzické nebo kulturní rysy, které jsou dominantní společností takto vnímány. Vyznačuje se vnitřní soudržností. Členství v menšině se přenáší dědičností a příslušníci menšin mají tendenci uzavírat manželství uvnitř skupiny. [1]

Problém národnostních menšin je komplikován tím, že některé národnosti se vymezují nikoliv na základě etnického kritéria, ale na základě náboženského či „rasového" kritéria. Dochází tak ke vzniku skupin populace označované jako náboženská či „rasová" menšina. V České republice se to vztahuje na Židy a Romy. [14]

Xenofobie a diskriminace

Xenofobie je odborný sociologický termín, který v doslovném překladu znamená strach z cizinců. Obecně se slovo používá k označení mezilidské nesnášenlivosti a předsudků vůči lidem z jiné země, či při nedostatku úcty k jejich tradicím a rozdílné kultuře. [3]

Diskriminace může být ve smyslu pozitivním či negativním a znamená rozlišování, které znevýhodňuje jednu skupinu vůči druhé.

Rasy, rasismus

„Rasa" je antropologický termín, který označuje skupinu osob, které sdílejí genetické dědictví, které se projevuje odlišnými somatickými rysy (barva pleti, tvar a barva vlasů, očí, rysy tváře, tvar lebky, nosu atd.). Z důvodu možného pocitu diskriminace jedince se nyní pojem „rasa" a dělení „ras" ve společnosti příliš neužívá, ovšem stále se toto členění vyskytuje v literatuře, a proto je uvedeno i v mé bakalářské práci.

V literatuře se můžeme setkat s rozlišením tří základních ras:

1. europoidní = bílé, lidé zejména evropského původu či z Blízkého Východu, severní Afriky, střední Asie a severozápadní části indického subkontinentu. Vzhled této rasy je velmi rozmanitý, typické je zejména světlé zbarvení kůže.
2. mongoloidní = žlutohnědé, patří sem zejména lidé z Asie i někteří původní obyvatelé Ameriky, mezi charakteristické znaky mongoloidní rasy patří: rovné černé nebo velmi tmavé vlasy, šikmé černé oči, světlá až snědá pleť a malý vzrůst.
3. negroidní = černé, zejména původní obyvatelstvo Afriky, mezi typické rysy patří tmavé zbarvení kůže, dále široký nos, plné rty a tmavé, často kudrnaté vlasy.

Rasismus je ideologie, která zastává názor, že kvalita jednotlivců je bezpodmínečně spojena s viditelnými fyzickými rysy.

Rasismus vychází z pocitu jednotlivce či skupiny o nerovnocennosti lidí.

I nyní existují lidé, kteří projevují nelibost vůči lidem jiné „rasy“. Pokud tak činní, lze takové jednání nazvat rasovou diskriminací.

Rasová diskriminace je znevýhodňování osob či skupin, které je podmíněno odlišnou národností, etnickým původem či pouze barvou pleti a vede k potlačení rovnoprávného postavení těchto osob ve společnosti. Tímto jednáním dochází k omezování lidských práv a svobod diskriminovaného. [20]

1.2 Legislativa poskytování zdravotní péče cizincům

Přímé ustanovení o léčebně preventivní péči ve vztahu k cizím státním příslušníkům obsahuje Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Zákon stanoví, že cizincům se poskytuje zdravotní péče: bezplatně, na základě zdravotního pojištění nebo za přímou úhradu. Komplexní úpravu právního postavení cizinců během pobytu na území ČR obsahuje zákon č. 326/1999 Sb., O pobytů cizinců na území České republiky.

Cizinci mohou být účastníky veřejného zdravotního pojištění, smluvního zdravotního pojištění nebo za ně úhradu zdravotní péče může zajišťovat Ministerstvo vnitra nebo mohou využívat mezinárodních smluv ve zdravotním pojištění.

Cizinec má při pobytu v ČR povinnost být řádně pojištěn. Přijede – li nepojištěn a zjistí – li to příslušný státní orgán, nemusí mu být povolen vstup na naše území. V případě pobytu cizince

na území ČR bez řádného pojištění porušuje české právní předpisy a hrozí mu postih za přestupek.

1.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na provázaném vztahu pojištěnce, poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny. Plátcem veřejného zdravotního pojištění je pojištěnec, stát nebo zaměstnavatel.

Účast na veřejném zdravotním pojištění vzniká:

- osobám s trvalým pobytem na území ČR. Jedná se o občany ČR, kteří jsou zde hlášeni k trvalému pobytu, dále cizince, kteří jsou držiteli povolení k pobytu na území ČR nebo jimž byl udělen azyl.
- osobám, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR.

Účast na tomto pojištění vzniká ze zákona č. 48/1997 Sb. a pojištěncem se stane osoba ke dni, kdy byla splněna některá z výše uvedených podmínek.

Účast na veřejném zdravotním pojištění zaniká ukončením trvalého pobytu na území ČR nebo ukončením zaměstnaneckého poměru v ČR a je vyloučena u cizinců, kterých se týká vynětí ze zdravotního pojištění.

Osoba, která je pojištěncem ve smyslu veřejného zdravotního pojištění, má nárok na výběr zdravotní pojišťovny u které bude pojištěna. [23]

1.2.2 Smluvní zdravotní pojištění

Je pro ty, kteří nesplňují podmínky pro účast na veřejném zdravotním pojištění. Smluvní zdravotní pojištění lze uzavřít pouze u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která je pro tuto činnost vybavena licencí. S ohledem na rozsah péče hrazené z pojištění se uzavírá buď krátkodobé smluvní zdravotní pojištění s rozsahem pojistné ochrany omezené pouze na nutnou a neodkladnou zdravotní péči nebo dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění, které se svou pojistnou ochranou blíží rozsahu veřejného zdravotního pojištění. Plátce smluvního pojištění je žadatel o pojištění.

Krátkodobé zdravotní pojištění se uzavírá při pobytu do 1 roku, je vhodné při krátkodobém pobytu na našem území. Z pojištění se hradí pouze nutná a neodkladná péče a jeho součástí je i pojištění v tranzitních zemích.

Dlouhodobé zdravotní pojištění mohou uzavřít například cizinci pobývající v ČR na základě víza nad 90 dnů. Toto pojištění je svým rozsahem velmi blízké veřejnému zdravotnímu pojištění a uzavírá se na základě vstupní lékařské prohlídky. Výše pojistného je závislá na věku a pohlaví žadatele a na stanovených smluvních podmínkách.

Pojištění vzniká na základě uzavření smlouvy, a to ke dni, který smlouva stanoví. Smluvní zdravotní pojištění končí uplynutím lhůty sjednané ve smlouvě nebo vypovězením smlouvy. [23]

1.2.3 Bezplatné poskytování zdravotní péče

Bezplatné poskytování zdravotní péče na území ČR se děje na základě mezinárodních smluv, které jsou uzavřeny mezi Českou republikou a některými domovskými státy cizinců. Jedná se především o smlouvy o bezplatném poskytování nutné a neodkladné péče na území ČR. Pro uplatnění péče na základě těchto smluv stačí prokázat občanství cestovním pasem.

1.2.4 Práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče v ČR

Pojištěnci veřejného zdravotního pojištění

Cizinec, který je účastníkem veřejného zdravotního pojištění má tato **práva**:

- právo na výběr zdravotní pojišťovny, kterou lze změnit pouze jednou za 12 měsíců,
- právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení, kteří mají smlouvu s příslušnou pojišťovnou,
- právo na výběr dopravní zdravotní služby, která je rovněž ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,
- právo na zdravotní péči bez přímé úhrady s výjimkou výkonů, které ze zákona nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění,
- na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o přípravky hrazené z veřejného zdravotního pojištění,

- právo na podání stížnosti v případě pocitu pochybnosti o kvalitě poskytované zdravotní péče.

Pojištěnci vznikají tyto **povinnosti**:

- povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné,
- povinnost spolupracovat při léčbě,
- povinnost přijmout stanovené preventivní opatření,
- povinnost vyhnout se jednání, které vede k vědomému poškození vlastního zdraví,
- povinnost prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem,
- povinnost plnit oznamovací povinnost vůči zdravotní pojišťovně v případě ztráty či změny osobních údajů.

Pojištěnci dlouhodobého smluvního zdravotního pojištění

Cizinec má na základě dlouhodobého zdravotního pojištění tato **práva**:

- právo na zdravotní péči v rozsahu stanoveném všeobecnými pojistnými podmínkami lékařů a ve zdravotnických zařízeních, se kterými má VZP smlouvu,
- právo na vrácení části nákladů na vstupní lékařskou prohlídku pro účely uzavření pojištění,
- právo na úhradu poskytnuté zdravotní péče do výše 1 000 000 Kč,
- právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče, právo se odvolat k reviznímu lékaři
- právo na informace ze strany pojišťovny.

Pojištěnci dlouhodobého smluvního zdravotního pojištění mají následující **povinnosti**:

- povinnost uvádět údaje týkající se zdravotního pojištění včas a pravdivě,
- povinnost docházet na stanovené preventivní prohlídky,
- povinnost podrobit se protiepidemickým a hygienickým opatřením, které stanoví orgán ochrany veřejného zdraví.

Cizinci mají možnost obrátit se na lékaře, či zdravotnické zařízení, kde se hovoří cizími jazyky. Seznam těchto zařízení či lékařů je možné získat při uzavírání pojistné smlouvy, nebo je lze nalézt v centrálním informačním systému, který je známý pod zkratkou H.E.L.P.[1] [23]

Ovšem předpokladem každého zdravotnického pracovníka by měla být schopnost základní komunikace v minimálně jednom světovém jazyce.

V oblasti péče o klienty má velký význam Listina základních práv a svobod č.2/1993. Cizinci tak mají zajištěnu péči, která vychází z tohoto dokumentu. Současně však platí, že jsou povinni dodržovat zákonné předpisy platné na území ČR.

[1] Systém H.E.L.P. – Hlavní evidence léčby a prevence, který je provozován Lékařským informačním centrem. V rámci systému jsou uloženy informace o soukromých lékařích, nemocnicích, lékárnách, lázních, soukromých klinikách, sanatoriích a všech ostatních zdravotnických zařízeních, působících na území České republiky.

2 TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

2.1 Transkulturní ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství vychází z oborů antropologie a ošetřovatelství. Snaží se o poskytnutí kvalitní péče všem jedincům bez ohledu na jejich národnost, víru, přesvědčení a kulturní zvyky. Hovoříme o poskytnutí tzv. kulturně kongruentní péče. Tato péče má velký význam nejen pro péči o cizince, ale zejména pro péči o příslušníky jiných etnických a náboženských skupin. [11]

Transkulturní přístup je nedílnou součástí naší praxe, vzdělávání a rovněž dalšího výzkumu.

2.1.1 Kultura

Kultura jako pojem, představuje kompletní celek, který zahrnuje morální a právní odpovědnost, zákony, zvyky, poznání, umění a obyčeje, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením. Kultura usměrňuje jedince v myšlení, rozhodování a činnosti.

Dominantní kultura je hlavní kultura obyvatelstva, která je na určitém území majoritní.

Subkultura se utváří na základě původu, národnosti a etické příslušnosti. Členové subkultury jsou nositeli specifických vzorců chování.

Mezi hlavní znaky kultury patří:

- sociálnost (vzájemné vztahy a soudržnost),
- adaptabilita (přizpůsobivost lidí),
- integrovanost (schopnost integrovat se do společnosti, hledat něco nového),
- lingvistická podmíněnost (jazyk a řeč),
- ontogenetická podmíněnost (utváření osobnosti od narození),
- fylogenetická podmíněnost (genetika),
- normativnost (nese s sebou určitý znak),
- opodstatněnost (uspokojení základních potřeb).

2.1.2 Struktura kulturních hodnot

Když se člověk dostane do jiného kulturního prostředí, hned si všimne základních rozdílů. Na první pohled je zřejmé, že je v jiné zemi. Lidé nosí jiné oblečení, mají odlišné stravovací návyky, je zde jiné prostředí, architektura a většinou i rozdílná řeč.

Kultura se dá přirovnat k tzv. „ kulturní cibuli“, která se dělí se na 3 vrstvy, zevní, střední a vnitřní.

Zevní vrstvu tvoří jazyk, celková úprava, vzhled a také strava. Vše co je součástí zevní vrstvy je na první pohled zřetelné a snadno rozpoznatelné.

Střední vrstvu tvoří dojmy, které se odhalují pomaleji a prohlubují se s délkou pobytu v jiné kultuře. Jedná se zejména o hodnoty a normy, rozpoznání co je špatné a co dobré, gesta, pozdrav i témata k rozhovoru.

Vnitřní vrstva neboli jádro kulturní cibule obsahuje základní hodnoty a otázky existence. Jádro kultury je pro cizince těžko poznatelné a k proniknutí do něj je potřeba dlouhého a úzkého styku se zkoumanou kulturou. [11]

Samozřejmě je třeba si uvědomit, že ve všech kulturních vrstvách jsou individuální rozdíly. Na každého jedince působí mnoho faktorů, jako jsou osobnost, výchova, politické a sociální vlivy, proto nelze všechny jedince z dané kultury chápat stejně!

2.1.3 Kulturní šok

Jde o stav, který vzniká jako reakce na přechod do jiného kulturního prostředí, než na které jsme zvyklí. Je způsoben zejména nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která jsou vyvolána právě kontaktem s neznámou kulturou. Na člověka působí prostředí, jazyk, chování, různá pravidla a omezení. Jedinec prožívá silný pocit, že je cizí a ten se může projevovat různými způsoby. Nejčastěji jde o pocity nejistoty a úzkosti, obavy, strach, apatii a agresi. To vše může vyústit až v nemoc. [11]

Nejde o jednorázovou záležitost, ale o proces trvající týdny až měsíce, podle toho jak jsme nebo nejsme schopni strávit změny, které nás v cizím prostředí obklopí.

Kulturní šok je jednou ze čtyř fází kulturního kontaktu.

Dělení fází kulturního šoku dle Backera:

1. Euforie – je stav, kdy se jedinec aktivně zajímá o cizí kulturu, poznává nové lidi, vidí vše optimisticky a každou událost přijímá s velkým nadšením.
2. Kulturní šok – je období, kdy mizí pocit jistoty, jedinec si připadá ztracený a kulturní rozdíly jsou pro něj zřetelné a velmi výrazné, má pocit osamělosti a stesku po domově.
3. Přizpůsobení se kultuře – jedinec si zlepšuje znalost cizího jazyka, své schopnosti, poznává místní zvyky a tradice a nachází si nové přátele.
4. Stabilita – jde o poslední fázi, kdy se jedinec naučí zacházet s kulturními rozdíly, žije celkem klidný a efektivní život. Ovšem pokud se jedinec v této fázi vrátí zpět do předchozí kultury, může utrpět obrácený kulturní šok. [11]

Jednotlivé fáze trvají různě dlouhou dobu, vše je individuální a závisí na typu jedince, jeho osobnostních rysů a dalších vlastností.

Adaptace v cizí kultuře je však dlouhodobý, komplexní proces, který je často provázený stresem a úzkostí. Dochází zde k odloučení nejen od rodiny a domova, ale i od mateřské kultury.

O kulturním šoku lze hovořit i v souvislosti s pobytem cizince v nemocničním zařízení. Klient se podrobuje nemocničnímu harmonogramu, což pro něj může být velmi složité. Je vytržen ze známého prostředí a včleněn do prostředí zcela odlišného a neznámého, které funguje podle jiného řádu, než na který je zvyklý. Proto je nesmírně důležité při ošetřovatelské péči o klienta jiné kultury, v jakékoliv fázi kulturního šoku, respektovat jeho názory, postoje a chování.

Při opomíjení pacientových potřeb se mohou vyskytnout skryté zdravotní problémy, roste strach a pocit nedorozumění, pacient uniká nebo se vyhýbá kontaktům, ztrácí pocit jistoty a bezpečí, což může vyústit až k útlaku osobnosti a vyvrcholit úplnou apatií či agresí pacienta.

Sestra musí předcházet těmto negativním projevům, a to zejména vhodnou ošetřovatelskou péčí, která bude podporovat pacientovy hodnoty, názory a zvyky, samozřejmě za předpokladu, že tomu nebrání jeho zdravotní stav.

2.2 Vznik teorie

První zmínky o teorii transkulturního ošetřovatelství pochází z 50. let 20. století. Madeleine Leininger – zakladatelka teorie, v té době pracovala jako sestra na dětské psychiatrické jednotce v USA a během práce s dětmi z různých kultur si všimla velkých odlišností v jejich chování. Uvědomovala si kulturní podmíněnost těchto rozdílů a začala se jimi zabývat hlouběji. Zkoumala vliv kultury na chování člověka v období zdraví a nemoci, neustále sbírala zkušenosti a aplikovala je v praxi. M. Leininger si uvědomovala nezbytnost znalostí zdravotnického personálu v této oblasti, které byly dosud nedostatečné. Začala proto rozvíjet svou teorii, která se původně jmenovala teorie kulturní péče nebo také teorie shodné péče, založenou na různorodosti a všestrannosti. V období 2. sv. války (1939 – 1945) a po ní výrazně stoupla migrace populace. Lidé začali pracovat na jiných místech, cestovali, rostla ekonomika, poptávka a trh se značně rozšiřoval. V tu dobu byla potřeba shodné péče ještě značně navýšena. Sestry byly nuceny zabývat se pacientem z holistického pohledu a ošetřovat klienty různých národností s různými kulturními specifiky. M. Leininger si toho byla vědoma a začala rozšiřovat své názory. V 60. letech 20. století zavedla pojem teorie transkulturního ošetřovatelství a rozvíjela výzkumnou a pedagogickou činnost. Stala se profesionální sestrou a na základě svých nasbíraných zkušeností získala doktorát v oboru antropologie. To vedlo ke vzniku nového dílčího oboru, oboru transkulturní péče. V letech 1965 – 1969 probíhaly přednášky a první kurzy transkulturního ošetřovatelství na Katedře ošetřovatelství Coloradské university a později i na jiných věhlasných místech. Roku 1973 byla založena katedra transkulturního ošetřovatelství na univerzitě ve Washingtonu, kterou vedla M. Leininger ve funkci děkana. Později, v roce 1978 byl zahájen magisterský a doktorský program transkulturního ošetřovatelství na univerzitě v Utahu. V 80. a 90. letech 20. století obor pronikal na další univerzity, vznikaly odborné časopisy, organizace a obor se začal šířit i mimo území USA. [11], [18]

2.3 Ošetřovatelství podle M. Leininger

M. Leininger definovala ošetřovatelství jako: „ Naučenou, humanitní a vědeckou profesi a disciplínu, zaměřenou na fenomény péče o lidskou bytost a na pečování, asistování jiným, na podporu a usnadňování nebo umožňování individuím či skupinám udržovat nebo znovuzískat je-

jich zdraví či pohodu kulturně vhodnou a prospěšnou cestou, nebo pomáhat individuu čelit handicapu nebo smrti.“

M. Leininger vychází z toho, že lidé mají právo na vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby a zdravotní sestra, která chce poskytnout klientovi kvalitní péči má toto právo respektovat. Cílem není vytvořit jednu velkou kulturu, ale hledat společné prvky v ošetřovatelské péči. [18]

2.3.1 Hlavní jednotky transkulturního ošetřovatelství

Na níže uvedených hlavních jednotkách staví M. Leininger svou teorii a ošetřovatelskou péči o jedince jiných kultur.

Cíl ošetřovatelství – poskytnout osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládání nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů.

Pacient neboli klient – je holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Osoby z různých kultur vnímají zdraví, nemoc, léčbu, závislost a nezávislost různě.

Role sestry – poznat tradiční způsob péče o příslušné kultury či subkultury a jeho kladné stránky využívat v profesionální péči.

Zdroj potíží – rozdílnost kultur.

Ohnisko zásahu – problém související s rozdílností kultur.

Způsob zásahu – podpora udržení zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně, nebo pomoc při umírání, přičemž zdravotní sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetřovatelské péče.

Důsledky – zdraví a blaho nebo klidná smrt dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsobem péče. [11]

2.3.2 Metaparadigma ošetřovatelství dle M. Leininger

Osoba – je popisována jako holistická bytost, která je ovlivněna prostředím, přičemž společenská struktura, pohled na svět a hodnoty lidí se kulturně liší.

Prostředí – v tomto kontextu chápeme jako závislý systém společnosti, který se skládá z politického, ekonomického, sociálního a vzdělávacího, technického, náboženského a kulturního systému.

Zdraví – definuje jako stav pohody, kdy jedinci nebo skupiny lidí mohou vykonávat denní činnosti kulturně vyjádřenými, užitečnými a vzorovými způsoby, neboli tak, jak byli zvyklí.

Ošetřovatelství – je to věda, která se zabývá péčí a zaměřuje se na podporu a udržování zdravého jednání nebo zotavení se z nemoci kulturně shodným způsobem. [11], [18]

2.3.3 Model vycházejícího slunce

Tento model byl vypracováván v letech 1955 – 1985 a jeho přesný název v anglickém jazyce je Sunrise model. Tento název dostal podle schématu, které M. Leininger vypracovala, a jehož vizuální znázornění jejich ideí připomíná vzhled vycházejícího slunce.

Tento model má čtyři úrovně, z nichž první tři poskytují základnu pro plánování a poskytování kulturně přiměřené péče. Čtvrtá úroveň je pomáhající.

První úroveň – je na úrovni pohledu na svět a úrovni sociálního systému, které se řadí nad kulturu, neboli způsob, jakým vnímá okolní suprasystém.[2]

Druhá úroveň – obsahuje poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích v rozmanitých podobách zdravotnických systémů. Popisuje jejich projevy ve vztahu k péči a ke zdraví.

Třetí úroveň – vystihuje charakteristiky jednotlivých zdravotnických systémů. Soustředí se na lidový a profesionální zdravotnický systém a ošetřovatelství jako takové. Informace umožňují identifikovat kulturní shody a odlišnosti. Poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče. Porovnání systémů je uvedeno v tab. 1.

Čtvrtá úroveň – je úrovní rozhodovací. Na této úrovni modelu vycházejícího slunce se provádí péče přiměřená svým příjemcům, sestavená podle jejich potřeb. [11]

[2] Suprasystém - je celek vyššího řádu tvořený skupinou menších jednotek.

Tab. 1. Porovnání systémů péče

Tradiční systém péče	**Profesionální systém péče**
- V centru stojí člověk jako celostní bytost.	- V centru stojí pacient/ klient.
- Opírá se o praktické zkušenosti kultury, životní styl, víru a hodnoty.	- Opírá se o vědecké poznatky, používá cizí termíny, přístupy, diagnostické a terapeutické výkony.
- Zaměřuje se na prevenci chorob a smrti a dodržování kulturních rolí, praktik a tabu.	- Zaměřuje se na nápravu tělesného a duševního stavu.
- Při poskytování péče využívá domácí prostředí, domácí zdroje, rodinu a komunitu.	- Péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, nemocnicích, ne v domácím prostředí.
- Využívá domácí léčiva a vlastní ošetřovatele, kteří jsou finančně méně nákladní.	- Cena za profesionální služby je značně vysoká a pro některé skupiny finančně neúnosná.
- Používá způsob komunikace, který je dané skupině vlastní.	- Používá způsob komunikace, který je pro danou subkulturu méně známý.
- Limituje používání moderní techniky.	- Využívá moderní techniku.

Sestry v dnešní praxi využívají především profesionální systém péče. Je však důležité, zejména z pohledu transkulturního ošetřovatelství, aby znaly i tradiční systém péče a jeho pozitiva využili v péči o klienta jiné kultury.

Schéma modelu vycházejícího slunce představuje jednotlivé složky:

Rozměr kulturní a sociální struktury je ve schématu znázorněn paprsky slunce, které reprezentují technologické, náboženské a filozofické, politické a právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl, přičemž všechny jsou propojeny a nelze je chápat odděleně.

Systém péče, jak již bylo zmíněno, je rozdělen na tradiční systém péče, jež je vztažen na příslušníky dané subkultury a profesionální systém, který převládá v profesionálních institucích a prezentuje názory majoritní společnosti.

Typy péče – kulturně shodná péče se může podle M. Leininger realizovat třemi způsoby, a to jako kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví, dále kulturní péče umožňující adaptaci, kdy je úkolem sestry dohodnout se s klientem na takové péči, která bude respektovat jeho potřeby, ale zároveň i požadavky nemocničního systému. V neposlední řadě jde o kulturní péči pomáhající uskutečnit změnu, kdy sestry učí klienty měnit způsob, jakým se starají o své zdraví. [11], [18]

Ústřední myšlenkou je, aby zdravotní sestra porozuměla postoji daného člověka k onemocnění, rozpoznala kulturní shodnost a odlišnost, a tyto získané informace použila k pozitivnímu ovlivnění ošetřovatelské péče a zdraví jedince.

Na závěr je třeba říci, že transkulturním ošetřovatelstvím se nezabývala pouze Madeleine Leininger, ale i Josephy Campinhy – Bacote, Joyce Newman Giger, Virginie Henderson, a mnoho dalších osob. Ovšem tato teorie je dosud nejvíce propracovaná právě Madeleine Leininger, a proto se jí ve své bakalářské práci nejvíce zabývám.

3 NÁRODNOSTNÍ, ETNICKÉ A NÁBOŽENSKÉ MENŠINY V ČR

3.1 Národnostní menšiny a cizinci v ČR

Česká republika patří zajisté mezi země, kde dochází k migraci obyvatel. Zjišťování národnostní situace na území Čech, Moravy a Slezska bylo vždy trvalou součástí sčítání lidu, domů a bytů v České republice. Zatím poslední sčítání proběhlo v roce 2001 a další se plánuje na rok 2011.

Národnostní složení obyvatel ČR v roce 2001 na našem území je patrné v následující tabulce.

Tab. 2. Obyvatelstvo podle národnosti k 1.3.2001 [zdroj: CZSO]

Národnost	Absolutní počet	V % z celk. počtu obyva-tel	Národnost	Absolutní počet	V % z celk. počtu obyva-tel
česká	9 249 777	90,42	bulharská	4 363	0,04
moravská	380 474	3,72	rumunská	1 238	0,01
slezská	10 878	0,11	řecká	3 219	0,03
slovenská	193 190	1,89	vietnamská	17 462	0,17
polská	51 968	0,51	albánská	690	0,01
německá	39 106	0,38	chorvatská	1 585	0,02
romská	11 746	0,11	srbská	1 801	0,02
maďarská	14 672	0,14	jiná	26 499	0,26
ukrajinská	22 112	0,22	dvojí nár. celkem	12 978	0,13
ruská	12 369	0,12	nezjištěno	172 827	1,69
rusínská	1 106	0,01	obyvat. úhrnem	10 230 060	100,0

Z této tabulky jasně vyplývá, že ke dni 1.3.2001 k pěti nejpočetnější etnickým či národnostním menšinám v ČR patří Slováci, Poláci, Němci, Ukrajinci a Vietnamci. Romové s počtem 11 746 jsou na osmém místě.

K 30. 9. 2009 Ředitelství služby cizinecké policie MV ČR v České republice evidovalo 437 251 cizinců, z toho 177 769 cizinců s trvalým pobytem, 259 482 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů.

Z toho byli v ČR nejvíce zastoupeni občané Ukrajiny (133 033 osob, 30 %) a Slovenska (75 915 osob, 17 %). Dále následovala státní občanství: Vietnam (60 996 osob, 14 %), Rusko (29 479 osob, 7 %) a Polsko (20 155 osob, 5 %). [21]

3.2 Nejpočetnější etnické a minoritní skupiny na území ČR

3.2.1 Ukrajinci

Ukrajinci jsou kromě Slováků největší národnostní skupinou v ČR. Tvoří největší část těch, kteří mají v ČR povolení k dlouhodobému pobytu, a jejich počet každým rokem stoupá. Ukrajinci jsou stejně jako Češi a Slováci příslušníky slovanských národů. Ukrajinština je jazykem pocházejícím ze stejného základu, stejně jako ruština užívá azbuku.

Většina ukrajinských migrantů jsou mladí muži v produktivním věku. Ukrajinci si do ČR většinou přicházejí vydělat peníze na uživení své rodiny, která zůstává doma na Ukrajině.

Je předpokládáno, že na Ukrajině je zdravotnická péče na nižší úrovni než na území ČR. Na to poukazuje i fakt, že na Ukrajině před nástupem hospitalizace budoucí klient zpravidla obdrží seznam věcí, pomůcek a léků, které si musí koupit.

U nás jsou ukrajinští pacienti většinou velice ukáznění a nemívají žádné speciální požadavky a emocionálně se příliš neprojevují. Maximálně se přizpůsobují režimu nemocnice a oddělení. Největším problémem při ošetřování ukrajinských pacientů je komplikovaná komunikace, která souvisí s neznalostí jazyka, a rovněž problémy s často chybějícím zdravotním pojištěním Ukrajinců. [2]

3.2.2 Romové

Romové pocházejí původně z Indie. V dnešní době žijí po celém světě, nerovnoměrně rozmístěni na všech kontinentech. Romové patří k „rase europoidní“, ale mají některé odlišné antropologické rysy. Charakteristická je i barva jejich pleti, ale i mnoho morfologických znaků jako např. tvar hlavy, ruky a tělesné proporce. Romové jsou považováni za kočovný národ. Rozlišují se mezi sebou na tzv. čisté a špinavé Romy, dále potom na městské a venkovské. Jako jazyk

používají romštinu. Velký význam má pro Romy rodina, jejíž hlavou je vždy muž, žena jako podřízená má ve zvyku chodit několik kroků za mužem. Děti jsou největším bohatstvím romské rodiny a v jejich výchově je brán ohled na pohlaví. Dívky zakládají rodinu velmi brzy a většinou si musí brát muže, kterého jim rodiče vyberou. Většina českých Romů se hlásí ke katolíkům. Jejich víra je však symbiózou mezi náboženstvím a jejich vlastními pověrami, které si přinesli z Indie. Romové nejsou zvyklí děkovat a prosit, rovněž mají jiný postoj k pravdě než většina české společnosti. Nemyslí na budoucnost, žijí pouze přítomností. U Romů jsou jistá, více či méně, výrazná specifika v oblasti ošetřovatelské péče – viz kapitola 4. 3. [10], [17]

3.2.3 Vietnamci

Vietnam je země v Jihovýchodní Asii u Jihočínského moře s hlavním městem Hanoj. Ústředním jazykem je vietnamština. Označením Vietnamci myslíme všechny obyvatele Vietnamu bez ohledu na jejich národnostní či etnickou příslušnost. Česká republika má poměrně dlouhodobé zkušenosti s přítomností vietnamského etnika na svém území. Vietnamský národ je typický svým lidovým charakterem a hrdostí na svou statečnost. Vietnamci, kteří k nám přijíždějí často zažívají velký kulturní šok, z důvodu velké rozdílnosti těchto dvou kultur. Povolení k dlouhodobému pobytu mělo v ČR k 30.9.2009 přes 60 000 Vietnamců , přičemž se navíc předpokládá nelegální pobyt okolo 5 000 Vietnamců.

Nejvíce Vietnamců se hlásí k buddhismu, preferují rovnováhu síly jang a jing a dodržování kulturních tradic. Velmi výrazným rysem vietnamské komunity je její uzavřenost. V rodině rozhoduje otec nebo nejstarší syn a ženy zde jsou podřízené. Od vietnamských dětí se očekává poslušnost a respekt před staršími. Jsou učeny, aby byly poctivé, tiché a slušné. V oblasti zdraví se Vietnamci většinou přiklánějí k lidové medicíně. [2]

3.3 Náboženské a spirituální skupiny

Náboženství a duchovno patří mezi základní lidské potřeby. V dnešní době již není na víru kladen takový význam jako v minulých letech, avšak pro mnohé je nezbytnou součástí života. K víře a náboženství se často lidé obracejí zejména v období nemoci, duševního strádání nebo z vlastního přesvědčení. Určité typy náboženství jsou dané kulturou a společností, ve které se jedinec narodil nebo vyrůstal. V dnešní době není ani výjimkou, že pro víru je člověk často ochoten i zemřít, a naopak víra může jedinci velmi zpříjemnit život. Je pravdou, že do jisté mí-

ry je jedinec náboženstvím podmiňován k hierarchizaci hodnot, proto volba patřit do církve by měla být svobodná a měla by vycházet pouze z vlastního přesvědčení.

Je nutné si uvědomit, že spiritualita a náboženství jsou v zásadě oddělené identity, které se mohou překrývat, avšak nemusí. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici, často souvisí s církví. Náboženství může být vnímáno jako nástroj k pochopení a vyjádření duchovna prostřednictvím hodnot nebo rituálů a náboženských aktivit. Religiozita směřuje převážně k Bohu jako bytosti. [2]

Spiritualita je často intenzivně zesílena v období nemoci. Je možné, že pacientovy spirituální potřeby mohou v určité fázi nemoci nabýt priority před potřebami biologickými. Proto je potřeba s nemocným více komunikovat a ptát se jak vnímá svůj zdravotní stav a jaké jsou jeho spirituální potřeby. Tyto potřeby pak pomoci nemocnému uspokojit. Všeobecná sestra by měla získat informace o duchovních potřebách klienta, respektovat jeho víru, informovat pacienta i jeho příbuzné o možnosti poskytování bohoslužeb ve zdravotnickém zařízení, možnosti zprostředkovat návštěvu kněze, mnicha nebo rabína a zprostředkovat návštěvu jiných věřících.

Náboženství nelze definovat jedním slovem, zkráceně však lze říci, že se jedná o vztah člověka nebo určitého společenství k něčemu, co je přesahuje a na čem závisí. Jednotlivá náboženství se mezi sebou liší, všechna však mají společné provádění rituálů nebo bohoslužeb, určité představy o světě a místě člověka v něm a většina vyžaduje i určitou morálku. Mezi největší světová monoteistická náboženství se řadí křesťanství, islám a judaismus. [15]

3.3.1 Křesťanství

Křesťanství je světově nejrozšířenější, monoteistické náboženství, jehož středem je život a učení Ježíše Krista neboli Božího syna či samotného Boha, který se v Kristu zjevil. Tato církev mimo jiné hlásá, že celý vesmír je dílem Božím a všichni lidé od něj dostali dar života a jsou jeho dětmi. Původně jednotné křesťanské společenství je rozděleno do několika větví: katolická církev, pravoslavná církev či církev protestantská. Jednotlivé církve různě chápou sami sebe, ovšem jejich pilíř - víra v Ježíše Krista je společná.

Křesťanství se obrací ke každé osobě, protože víra v křesťanství není předem dána kulturou, ani původem, a vymezuje se pouze přijetím jistého učení, morálky a náboženské praxe.

Všichni křesťané věří v jednoho Boha, kterého představují jako spasitele. Uznávají křest, jehož přijetím dávají najevo svou náklonnost k této víře a přijímají pravidla církve, mezi které patří

milovat své bližní, odpouštět jim a šířit pokoj a mír. Křesťané věří v odpuštění hříchů a připravují se na druhý příchod Ježíše Krista.

Křesťanské náboženství vychází ze svaté knihy – Bible, která se dělí na Starý a Nový zákon. Starý zákon popisuje stvoření světa a člověka, dějiny izraelského národa a Boží jednání s ním. Tématem Nového zákona je život a umučení Ježíše Krista a vznik křesťanské církve. Bible je dodnes nejčtenější knihou světa a křesťané věří, že skrze ni mluví sám Bůh, a proto je také nazývána Božím slovem. [15]

3.3.2 Islám

Islám je stejně jako křesťanství monoteistické náboženství, a hned po něm je druhé nejrozšířenější na světě. Vyznavači islámu se nazývají muslimové a věří v Boha, kterého nazývají Alláh. Za zakladatele či znovuobjevitele islámu je považován prorok Mohamed.

Učení islámu je objasněno v knize zvané Korán, která obsahuje boží sdělení věřícím, a kterou podle pověstí Mohamedovi nadiktoval Bůh.

Muslimové jsou povinni dodržovat pět pilířů islámu neboli pět pravidel, mezi která patří: víra v jedinost Boha a božské poslání Mohameda, modlitba zvaná salát, která je vykonávána pětkrát denně, půst v měsíci Ramadánu[3] od úsvitu do soumraku a alespoň jednou za život uskutečnit pouť do Mekky. Pátým z pilířů bylo udílení almužny chudým, avšak tato činnost byla zakázána, neboť se z ní stala náboženská daň. [6], [15]

Posvátné místo všech muslimů je mešita v Mekce a základním obřadem je modlitba, která je vykonávána za úsvitu, v poledne, odpoledne, v době při západu slunce a v noci. Každou modlitbu provází typický rituál – viz kap. 4.3.

[3] Ramadán – je devátý měsíc islámského kalendáře, během kterého údajně prorok Mohamed obdržel první Boží zjevení.

3.3.3 Judaismus

Jedná se rovněž o monoteistické náboženství vycházející z židovského národa, za jehož zemi vzniku je pokládáno území dnešní Palestiny. Podle Tóry[4] jsou předky judaismu tři praotcové – Abrahám, Izák a Jákob. Bohoslužby se konají v synagóze a posvátného textu se nesmí nikdo dotknout. Podle judaismu se nesmí ani boží jméno – Bůh vyslovit, a proto je zde nazýván různě, např. Hospodin. V židovském kalendáři se roky počítají od stvoření světa. Rok začíná na podzim a má 354 dnů. Judaismus má své typické tradice a zvyky, přičemž velký důraz klade na rodinu, oslavu svátků a přípravu jídla, které musí být vždy košer, což ve stručnosti znamená zákaz vepřového masa a oddělené požívání mléčných a masitých výrobků. Typickým znakem judaismu je provádění obřízky u chlapců, jež se koná již velmi brzy po chlapcově narození a je znamením jeho vstupu do náboženského života. Teologie judaismu slouží jako základ mnohým náboženstvím včetně křesťanství a islámu. [7], [19]

3.3.4 Hinduismus

Hinduismus je tradiční nábožensko-filosofický směr, který vznikl ve starověké Indii. V pravém slova smyslu se nedá o hinduismu mluvit jako o náboženství, spíše o nábožensko – sociálním systému, který má určitá pravidla a společenské normy. Hinduismus je označován za polyteismus, což znamená, že uznává a uctívá více bohů a bohyň, přičemž za stvořitele celého světa je zde považován bůh Brahma. Svět netrvá věky, ale je periodicky ničen a znovu tvořen. Hinduisté neuznávají, že by pravda měla pouze jedinou podobu, jsou přesvědčeni, že je třeba ji neustále hledat. Společná je pouze víra v neomylnost a posvátnost védských spisů, které obsahují modlitby k bohům. Je zde obsažena i hlavní myšlenka hinduismu, a to je víra v reinkarnaci[5]. Úroveň reinkarnace závisí na tom, jak hinduista prožil předchozí život, svými činy si vytvořil dobrou nebo špatnou karmu a ta se projeví v příštím zrození. [19]

---

[4] Tóra – v přímém smyslu znamená zákon, návod nebo poučení židovského národa uložené ve Starém zákoně v knihách Mojžíšových.

[5] Reinkarnace – převtělení nebo „znovuvtělení“, kdy hinduisté věří, že lidská duše se po smrti znovu narodí do jiného těla.

3.3.5 Buddhismus

Je mladší než hinduismus a stejně jako on vychází z indického náboženství. Je spjat s postavou a životem bájného Buddhy, který je považován za zakladatele buddhistického učení. Buddhismus je rovněž považován spíše za náboženský systém, než za náboženství samotné. Jedná se o soubor mravních zásad a principů, které mají sloužit jako návod pro lidské bytí. Celé Buddhovo myšlení vychází ze dvou základních principů: je přesvědčen, že člověk má jisté potřeby a chtíče, a tím, že je nepřekonává, ale uspokojuje, vzniká zlo, které vytváří pocit blaženosti neboli nirvánu. Ovšem, když k nirváně dospěje a neuspokojí, ale potlačí přitom své touhy bude si tak počínat buddhisticky, tedy zásadově a principiálně. [19]

3.3.6 Svědkové Jehovovi

Jedná se o celosvětovou náboženskou společnost, která svou víru a učení opírá o vlastní překlad Bible. Věří v jediného Boha, který má jméno Jehova. Její členové se považují za jediné, pravé křesťany a od ostatních církví si udržují odstup. Přitom velké církve považují Svědky Jehovovy za sektu. V České republice se v roce 2001 při sčítání lidu k tomuto náboženskému směru přihlásilo přes 23 000 lidí. Odhaduje se, že nyní toto číslo může být daleko vyšší.

Ve zdravotnictví je hlavní problém, že Svědkové Jehovovi odmítají krevní transfúze, zejména tzv. plnou krev, což často přichází do sporu s právní normou, Hippokratovou přísahou a morálním přesvědčením lékaře. [19]

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA JINÉ NÁRODNOSTI, ETNIKA ČI KULTURY

V dnešní společnosti se stále více setkáváme s příslušníky jiné národnosti, etnika či kultury. Proto je nezbytné, aby byl zdravotnický personál těmto občanům schopen poskytnout kvalitní, odbornou a kulturně podmíněnou ošetřovatelskou péči a správným bio-psycho-sociálním přístupem tak zlepšit zdravotní stav pacienta.

Na multikulturní péči má vliv mnoho faktorů, mezi které patří zejména: trvalý vzestup migrace, narůstající kulturní vědomí klientů, větší pracovní pohyb lékařů a sester, narůstající zájem o lidská práva, zájem o jiné kultury a etnika a v neposlední řadě vzdělávání zdravotníků. To vše ovlivňuje nebo by mělo ovlivňovat zájem o poskytování vhodné péče klientům jiné kultury.

4.1 Desatero zásad péče o klienta jiné kultury

Na úvod je třeba říci, že péče o každého klienta má svá specifika. V následujícím odstavci jsem se však pokusila shrnout několik z mnoha zásad péče o klienta jiné kultury. Zprvu se může zdát, že jde o neustále se opakující informace, které již děláme automaticky u všech příchozích pacientů, ovšem právě skupina pacientů odlišné kultury potřebuje, abychom se v těchto oblastech obzvláště zamysleli a tak mohli posléze poskytnout kvalitní ošetřovatelskou péči.

1. Provést důkladnou anamnézu.
2. Najít vhodný způsob komunikace.
3. Rozpoznat kulturní odlišnosti.
4. Vážit si a respektovat tyto odlišnosti.
5. Chápat kulturní důvody chování klienta.
6. Naslouchat a učit se.
7. Projevovat jistou úctu ke klientovi a odlišné kultuře.
8. Mít trpělivost.
9. Analyzovat své chování i chování klienta.
10. Zajistit zpětnou vazbu.

4.1.1 Otázky, které by si sestra měla vždy položit

Tyto otázky lze použít všeobecně u každého klienta při plánování, realizaci a hodnocení ošetřovatelského procesu. Měla by si je položit každá sestra, která má o svého klienta zájem a chce mu poskytnout odbornou péči.

Kdo je můj nemocný?

Co ho trápí, jaký má problém?

Co pro něj mohu udělat? Co může udělat klient či jeho rodina?

Vhodná, promyšlená realizace ošetřovatelské péče.

Pomohla jsem nemocnému/klientovi?

Je důležité naplánovat klientovi odlišné kultury či etnika vhodný ošetřovatelský plán, který zohledňuje jeho potřeby vycházející z jeho víry a přesvědčení.

4.2 Zásady správné komunikace s klientem jiného etnika či kultury

Při komunikaci a poskytování péče klientovi jiného etnika či kultury je třeba zohledňovat jeho etické a kulturní hodnoty, názory a praktiky.

Obecné zásady komunikace s cizincem:

- Zjisti, zda je možné komunikovat v třetím jazyce (AJ/NJ), jak jej klient zná, nebo zda je potřeba zajistit tlumočníka.
- Mluv pomalu, jasně, zřetelně artikuluj, ale nekřič.
- Používej pomůcky ke zlepšení komunikace – obrázky, gesta, atd.
- Zopakuj klientovi poskytnuté informace.
- Zajisti zpětnou vazbu a ověř si, zda nás klient pochopil správně.
- Používej jednoduché věty, vyhni se souvětím.
- Všímej si, kterým slovům klient nejlépe rozumí, a ta používej.
- Pokud je to možné, nauč se pozdrav v řeči klienta, projevíme tak zájem a vyvoláme v klientovi pocit důvěry.
- Jestliže nám není přesně jasné, co chtěl klient říci, je vhodné ho požádat o zopakování informací (např. jinými slovy).
- Nespěchej, ponechej čas k vyjádření.

- Sleduj neverbální příznaky strachu, obav, nepokoje a bolesti, protože jejich projev může být kulturně zkreslený.
- Vyhýbej se při komunikaci medicínským výrazům a zdravotnickému slangu.
- Používej piktogramy. [5], [12]

Zásady komunikace přes tlumočníka:

- Mluv pomalu v krátkých větách, ponechej čas tlumočníkovi, aby mohl přeložit text.
- Otázky adresuj přímo na klienta, nikoli na tlumočníka.
- Trvej na tom, aby tlumočník překládal přesně, co klientovi říkáme, a nemodifikoval překlad.
- Zajisti potřebné doklady, nutné k umožnění komunikace přes třetí osobu – tlumočníka. [5]

4.3 Vybraná specifika ošetřovatelské péče u klienta jiné národnosti, etnika či kultury

Uvedená specifika u klientů jiné národnosti, etika či kultury byla vybrána na základě výraznější odlišnosti v oblasti ošetřovatelské péče a z důvodu častějšího pobytu těchto klientů ve zdravotnických zařízeních v ČR oproti jiným etnickým, náboženským či kulturním menšinám. Je třeba si ovšem uvědomit, že každý jedinec je přísně individuální bytost, a to se odráží i na jeho individuálních potřebách v každé oblasti ošetřovatelské péče. Proto uvedené informace nelze zobecňovat, je třeba je brát pouze jako jisté „doporučení“, získané z mnoha na sobě nezávislých výzkumů a zdrojů.

Vybraná specifika jsou uvedena v příloze P V.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

5.1 Použitá metoda

Pro potvrzení cílů a k analýze dat jsem si vybrala kvantitativní výzkum, což je výzkum, který využívá statistické metody k popisu společných jevů, redukuje realitu na měřitelné znaky, které jsou dále zpracovány a interpretovány. Kvantitativní výzkum oproti kvalitativnímu zahrnuje větší počet respondentů, z toho důvodu jsem ho využila ve své práci.

Z možností metod kvantitativního výzkumu jsem si vybrala dotazníkové šetření, a to kvůli velkému procentu návratnosti, lepší formě komunikace při větším počtu dotazovaných a anonymitě respondentů. Samozřejmě jsem si vědoma, že výzkum pomocí dotazníků má i svou jistou nevýhodu, která spočívá zejména v krátkodobém kontaktu s respondenty.

5.2 Význam výzkumu

Z důvodu změn postavení a zařazení České republiky ve světě, je potřeba zajistit kvalitní zdravotnické pracovníky. Dochází k nárůstu pobytů občanů jiných národností na území České republiky a tito občané mnohdy potřebují zdravotnické ošetření a kvalitní péči. A my jako vyspělá země bychom jim měli být schopni tuto péči v adekvátní míře poskytnout a dbát přitom na odlišnosti, které pro ně a jejich uzdravení mají mnohdy zásadní význam.

Výzkum mé bakalářské práce má především za cíl zjistit informovanost všeobecných sester o jednotlivých národnostních, kulturních a náboženských odlišnostech u jednotlivých menšin nacházejících se na území ČR a o multikulturním ošetřovatelství jako takovém.

5.3 Zkoumané cíle

Pro svou bakalářskou práci jsem stanovila celkem pět cílů, kterými jsem se řídila při zjišťováni potřebných informací.

Cíle:

I. Analyzovat informovanost všeobecných sester o multikulturním ošetřovatelství.

II. Zjistit rozsah znalostí všeobecných sester o multikulturních odlišnostech u příslušníků jednotlivých etnických a náboženských skupin.

III. Zmapovat zájem sester o pedagogické konference a další vzdělávání se v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

IV. Zjistit jak zdravotníci hodnotí své jazykové schopnosti.

V. Porovnat znalosti z oblasti multikulturního ošetřovatelství mezi sestrami bakalářkami, jejichž studium je ukončeno státní závěrečnou zkouškou a sestrami se střední zdravotnickou školou, jejichž vzdělání je ukončeno maturitou.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro svůj výzkum jsem stanovila celkem sto respondentů, z toho padesát všeobecných sester se střední zdravotnickou školou, jejichž vzdělání je ukončeno maturitní zkouškou a padesát všeobecných sester – bakalářek, jejichž vzdělání je ukončeno státní závěrečnou zkouškou. Výzkum probíhal na různých odděleních Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně, a to se souhlasem náměstkyně ošetřovatelské péče a ředitelky Ústavu ošetřovatelství Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Pro svůj výzkum využívám dotazníkové šetření, které je z důvodu většího počtu respondentů nejvhodnější. Dotazované osoby byly seznámeny se skutečností, že sdělené informace v rámci dotazníkové studie jsou anonymní, čímž předpokládám objektivní vyjádření převážné většiny respondentů. Domnívám se proto, že uvedené skutečnosti jsou věrohodné a nezkreslené.

5.5 Charakteristika položek

Použitý dotazník obsahuje celkem 29 položek a je uveden jako příloha P IV.

Tyto položky vedly ke zjištění mnou stanovených cílů. Úvod zahrnuje oslovení respondentů, představení mé osoby, název bakalářské práce, stručný cíl práce a návod k vyplnění dotazníku.

V samotném dotazníku byly využity otázky otevřené – kde respondent mohl vyjádřit svůj názor vlastními slovy a podle vlastního uvážení, což mi umožnilo věrněji zachytit jeho pohled na danou problematiku. Otázky uzavřené – které nabízely několik variant odpovědí, ze kterých si dotazovaný vybral jednu nebo více odpovědí, které se nejvíce blížily jeho názoru. Otázky polozavřené – kde si respondent mohl vybrat z nabídnutých odpovědí a ještě odpověď doplnit.

Položky dotazníku č. 1 - 4 sloužily ke zjištění pohlaví respondenta, věkové skupiny, délky praxe a dosaženého vzdělání.

Položky č. 5 - 18 sloužily k získání informací, zda se respondenti setkali s multikulturním ošetřovatelstvím ať již ve škole či v praxi, jak znají a jak se zajímají o národnostní, kulturní a náboženské menšiny a jejich zvyky a jaké informační zdroje využívají.

Položky č. 19 – 24 zjišťovaly, jak zdravotníci hodnotí své jazykové schopnosti a co je pro ně motivací k dalšímu studiu cizího jazyka.

Položky č. 25 – 27 zkoumaly zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Položky č. 28 a 29 jsou volné, kdy v otázce č. 28 mohl dotazovaný napsat, o jaké informace v oblasti multikulturního ošetřovatelství by měl zájem a v otázce č. 29 mohl volně vyjádřit svůj názor na problematiku multikulturního ošetřovatelství.

Jednotlivé položky dotazníku se vztahují ke stanoveným cílům.

5.6 Zpracování získaných informací

Získané informace byly vyhodnoceny pomocí tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny absolutní četnosti a relativní četnosti a následně vytvořeny tabulky a grafy. Pro zpracování informací byl využit počítačový program Microsoft Excel. Položky byly zařazeny do tabulek a ty byly slovně popsány a graficky vyhodnoceny.

Absolutní četnost (n_i) v tabulce vyjadřuje počet dotazovaných, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (f_i) je udávána v procentech a poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu.

Celkový počet respondentů (n).

Vyhodnocení jsem prováděla po jednotlivých otázkách pomocí statistického vzorce

$Fi = (ni / n) \cdot 100$ k určení procentuálního vyhodnocení otázek.

6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

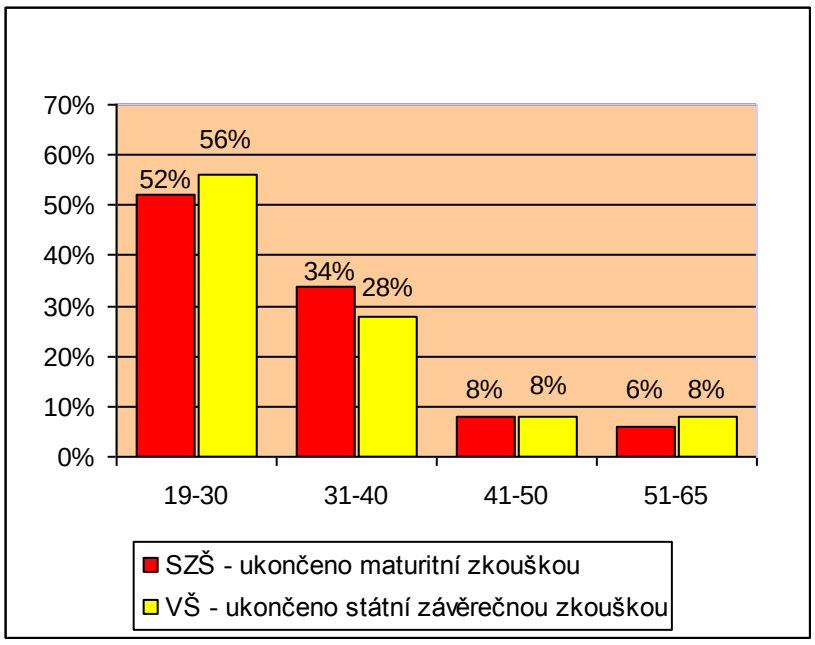
Otázka č. 1: **Jste muž nebo žena?**

Z celkového počtu sta dotazovaných všeobecných sester 100 % uvedlo - ŽENA.

Otázka č. 2: **Kolik je Vám let?**

Tab. 3. Věk respondentů

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) 19-30	26	52 %	28	56 %
B) 31-40	17	34 %	14	28 %
C) 41-50	4	8 %	4	8 %
D) 51-65	3	6 %	4	8 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



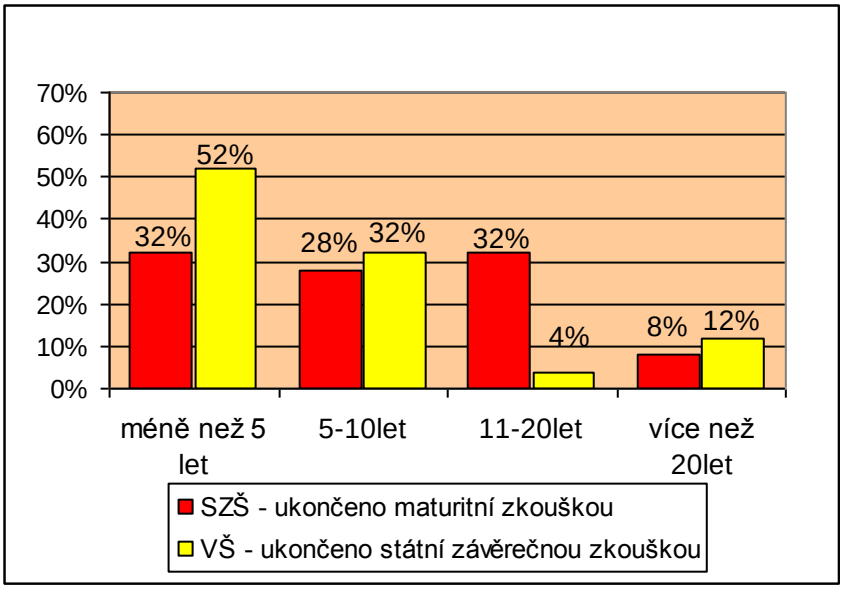
Graf 1. Věk respondentů

Respondenti byli rozděleni do různých věkových kategorií v rozsahu 19 – 65 let. Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných bylo ve věku 19-30 let 26 (52 %) sester se SZŠ a 28 (56 %) sester s VŠ, v kategorii 31-40 let bylo 17 (34 %) sester se SZŠ a 14 (28 %) sester s VŠ, ve věku 41-50 let 4 (8 %) sestry se SZŠ a 4 (8%) sestry s VŠ a ve věkové skupině 51-65 let byly 3 (6%) sestry se SZŠ a 4 (8%) sestry s VŠ. Nejpočetněji byla zastoupena skupina sester ve věku 19-30 let a nejméně skupina v kategorii 51-65 let.

Otázka č. 3: **Jak dlouho pracujete v nemocnici?**

Tab. 4. Délka praxe

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) méně než 5 let	16	32 %	26	52 %
B) 5-10 let	14	28 %	16	32 %
C) 11-20 let	16	32 %	2	4 %
D) víc než 20 let	4	8 %	6	12 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



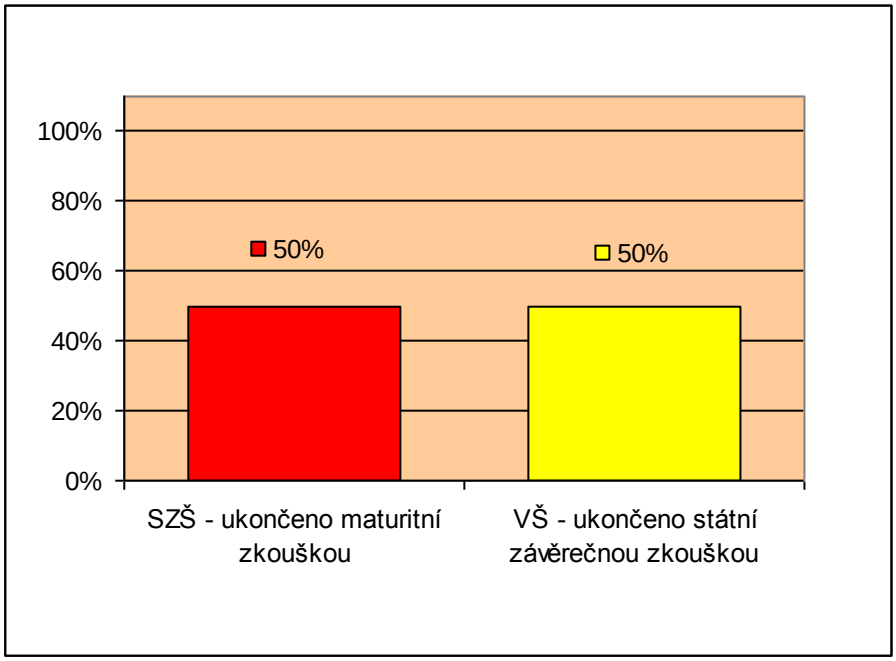
Graf 2. Délka praxe

Délka praxe sester byla rozdělena do 4 kategorií. 16 (32 %) sester se SZŠ a 26 (52 %) sester s VŠ mají délku praxe kratší než 5 let, 14 (28 %) sester se SZŠ a 16 (3 2%) sester s VŠ mají délku praxe v rozsahu 5-10 let, 16 (3 2%) sester se SZŠ a 2 (4 %) sestry s VŠ mají praxi mezi 11 až 20 lety a 4 (8 %) sestry se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ mají délku praxe více než 20 let.

Otázka č. 4: **Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tab. 5. Vzdělání sester

	Počet sester (n_i)	**Počet sester (f_i)**
A) SZŠ – ukončeno maturitní zkouškou	50	50 %
B) VŠ – ukončeno státní závěrečnou zkouškou	50	50 %
celkem (n)	100	100 %



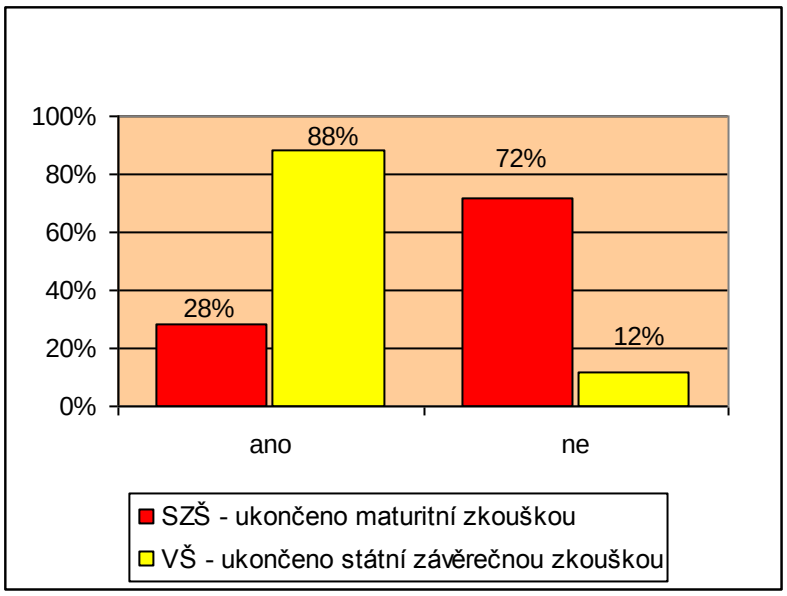
Graf 3. Vzdělání sester

Z celkového počtu sester, které jsem si pro tento výzkum vybrala, bylo 50 (50 %) sester se SZŠ, jejichž vzdělání bylo ukončeno maturitní zkouškou a 50 (50 %) sester s VŠ, jejichž vzdělání bylo ukončeno státní závěrečnou zkouškou.

Otázka č. 5: **Měl/a jste ve škole výuku tzv. multikulturního ošetřovatelství?**

Tab. 6. Výuka multikulturního ošetřovatelství

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	14	28 %	44	88 %
B) ne	36	72 %	6	12 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



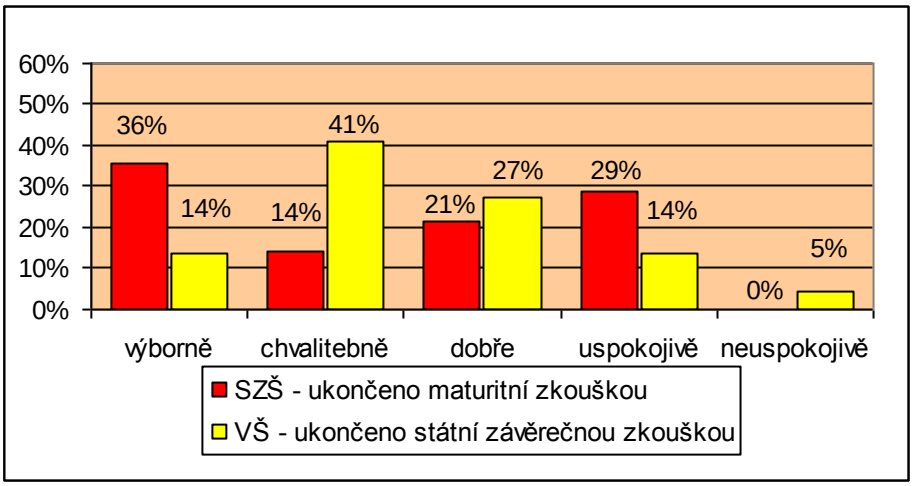
Graf 4. Výuka multikulturního ošetřovatelství

Na otázku zda sestry měly ve škole výuku tzv. multikulturního ošetřovatelství, odpovědělo ano 14 (28 %) sester se SZŠ a 44 (88 %) sester s VŠ, odpověď ne označilo 36 (72 %) sester se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ. Z toho vyplývá, že převážná většina sester s VŠ měla ve škole výuku multikulturního ošetřovatelství a mají tak jisté informace o této problematice. Naproti tomu mi přijde kritická hodnota 72 % sester se SZŠ, které uvádí, že se s výukou multikulturního ošetřovatelství nesetkaly. Při upřesnění odpovědi ano, respondenti nejčastěji uvedli, že buď se jednalo o samostatný předmět Multikulturní ošetřovatelství na VŠ a nebo tato výuka proběhla v rámci předmětu Ošetřovatelství, Etika či Společenské vědy na SZŠ.

Otázka č. 6 : **Jak byste hodnotil/a kvalitu této výuky?**

Tab. 7. Kvalita výuky

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) výborně	5	36 %	6	14 %
B) chvalitebně	2	14%	18	41 %
C) dobře	3	21 %	12	27 %
D) uspokojivě	4	29 %	6	14 %
E) neuspokojivě	0	0 %	2	5 %
celkem (n)	14	100 %	44	100 %



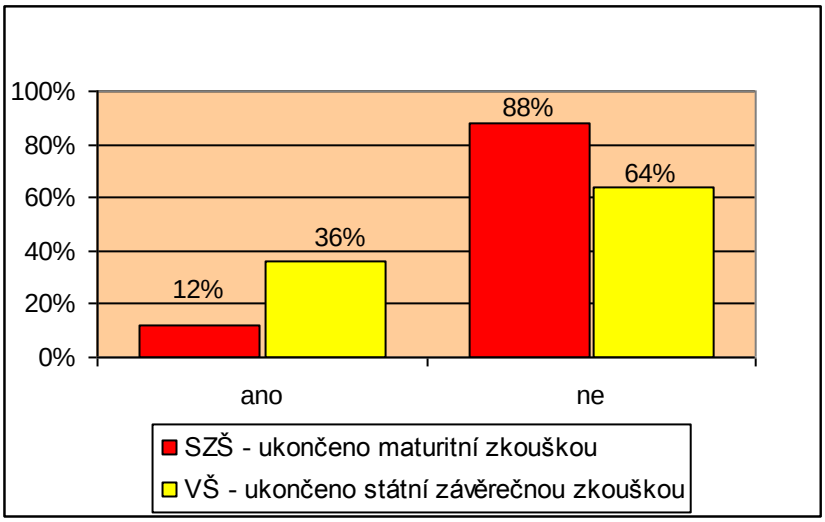
Graf 5. Kvalita výuky

Hodnota (n) je v této otázce vyjádřena počtem celkových odpovědí, kdy jednotlivec na otázku odpověděl pouze v případě, že na předchozí dotaz odpověděl, že měl ve škole výuku multikulturního ošetřovatelství. Z celkového počtu 58 odpovědí hodnotilo výborně výuku 5 (36 %) sester se SZŠ a 6 (14 %) sester s VŠ, chvalitebně 2 (14 %) sester se SZŠ a 18 (41 %) sester s VŠ, dobře 3 (21 %) sester se SZŠ a 12 (27 %) sester s VŠ, uspokojivě 4 (29 %) sester se SZŠ a 6 (14 %) sester s VŠ, neuspokojivě 0 (0 %) sester se SZŠ a 2 (5 %) sestry s VŠ. Z toho vyplývá, že výuka byla sestrami, v obou skupinách, hodnocena spíše kladně.

Otázka č. 7: **Domníváte se, že jste dobře informován/a o kulturních zvyklostech jiných zemí?**

Tab. 8. Informovanost o kulturních zvyklostech jiných zemí

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	6	12 %	18	36 %
B) ne	44	88 %	32	64 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



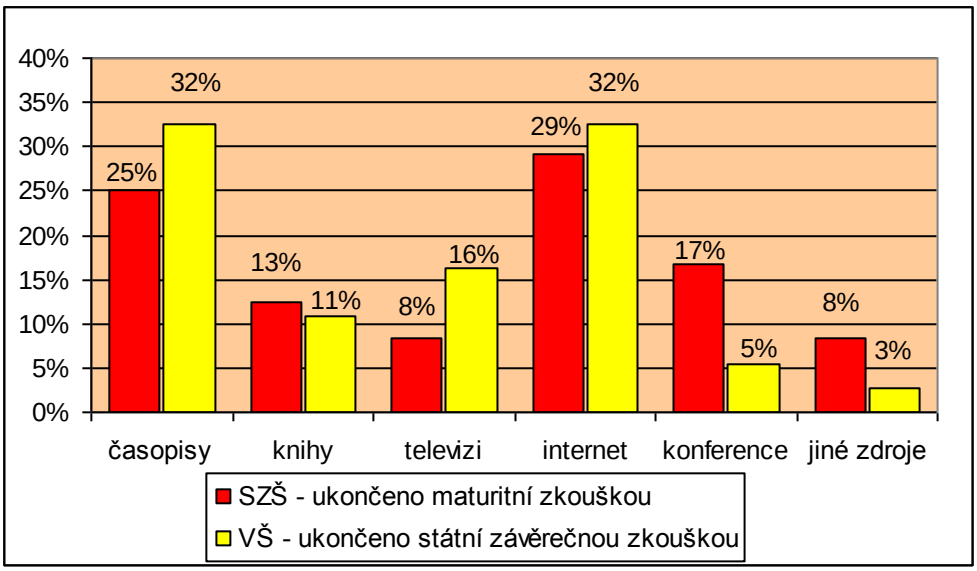
Graf 6. Informovanost o kulturních zvyklostech jiných zemí

6 (12 %) sester se SZŠ a 18 (36 %) sester s VŠ se domnívá, že jsou dobře informovány o kulturních zvyklostech jiných zemí. 44 (88 %) sester se SZŠ a 32 (64 %) sester s VŠ se domnívá, že nejsou dobře informovány o kulturních zvyklostech jiných zemí. Pocit nedostatku informací mají zejména sestry se SZŠ (88 %), ale i sestry s VŠ (64 %).

Otázka č. 8: **Pokud ano, jaké informační zdroje využíváte?**

Tab. 9. Informační zdroje

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) časopisy	12	25 %	24	32 %
B) knihy	6	13 %	8	11 %
C) televizi	4	8 %	12	16 %
D) internet	14	29 %	24	32 %
E) konference	8	17 %	4	5 %
F) jiné zdroje	4	8 %	2	3 %
celkem (n)	48	100 %	74	100 %



Graf 7. Informační zdroje

V tomto případě je celková hodnota (n) dána celkovým počtem všech odpovědí, kterých mohl, v této otázce, každý respondent zakroužkovat více.

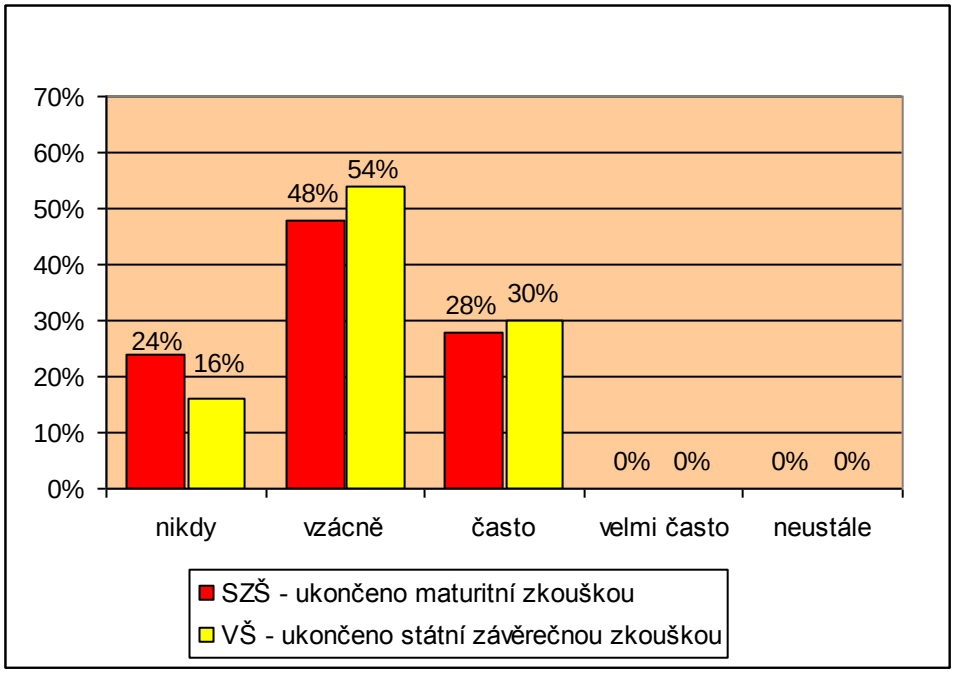
12 (25 %) sester se SZŠ a 24 (32 %) sester s VŠ uvedlo jako nejvíce využívaný zdroj internet, 6 (13 %) sester se SZŠ a 8 (11 %) sester s VŠ uvedlo knihy, 4 (8 %) sester se SZŠ a 12 (16 %)

sester s VŠ uvedlo televizi, 14 (29 %) sester se SZŠ a 24 (32 %) sester s VŠ uvedlo internet, 8 (17 %) sester se SZŠ a 4 (5 %) sester s VŠ uvedlo konference. Jinou odpověď uvedly 4 (8 %) sestry se SZŠ a 2 (3 %) sestry s VŠ. Mezi jinými byl nejčastěji uváděn mentorský kurz a vysoká škola. Mezi nejvíce využívané zdroje u sester se SZŠ i sester s VŠ patří internet a časopisy.

Otázka č. 9: **Už jste někdy využil/a nebo využíváte multikulturní znalosti v praxi?**

Tab. 10. Využití znalostí v praxi

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) nikdy	12	24 %	8	16 %
B) vzácně	24	48 %	27	54 %
C) často	14	28 %	15	30 %
D) velmi často	0	0 %	0	0 %
E) neustále	0	0 %	0	0 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



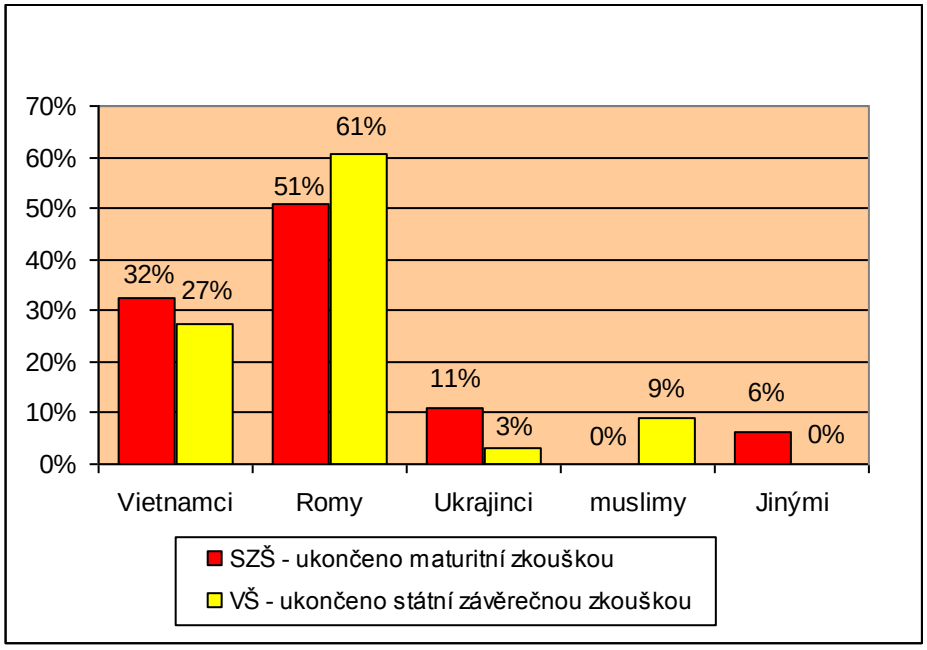
Graf 8. Využití znalostí v praxi

Dosud žádné využití multikulturních znalostí v praxi uvádí 12 (24 %) sester se SZŠ a 8 (16 %) sester s VŠ, vzácné využití těchto znalostí uvádí 24 (48 %) sester se SZŠ a 27 (54 %) sester s VŠ a časté využití udává 14 (28 %) sester se SZŠ a 15 (30 %) sester s VŠ. Z tabulky je patrné, že využívání multikulturních znalostí je přibližně stejné u sester se SZŠ a sester s VŠ.

Otázka č. 10: **Se kterými etnickými či náboženskými menšinami se ve své praxi nejčastěji setkáváte?**

Tab. 11. Setkání s menšinami

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) Vietnamci	21	32 %	18	27 %
B) Romy	33	51 %	40	61 %
C) Ukrajinci	7	11 %	2	3 %
D) muslimy	0	0 %	6	9 %
E) jinými	4	6 %	0	0 %
celkem (n)	65	100 %	66	100 %



Graf 9. Setkání s menšinami

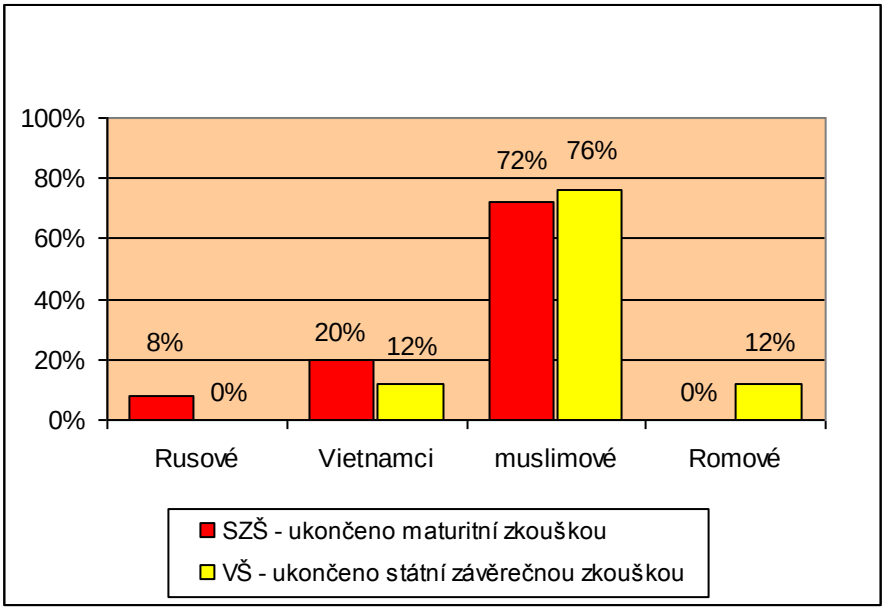
V tomto případě je celková hodnota (n) dána celkovým počtem odpovědí, kdy respondent měl možnost u dané otázky označit více odpovědí současně. 21 (32 %) sester se SZŠ a 18 (27 %) sester s VŠ se nejčastěji setkává s Vietnamci, 33 (51 %) sester se SZŠ a 40 (61 %) sester s VŠ se nejvíce setkává s Romy, 7 (11 %) sester se SZŠ a 2 (3 %) sestry s VŠ se setkává s Ukrajinci,

0 (0 %) sester se SZŠ a 6 (9 %) sester s VŠ se setkává s muslimy a 4 (6 %) sester se SZŠ a 0 (0 %) sester s VŠ se setkává s jinými skupinami. Mezi jinými skupinami byli nejčastěji uvedeni Slováci, Poláci a Italové. Z tabulky plyne, že v praxi se sestry nejvíce setkávají s Romy a Vietnamci.

Otázka č. 11: **U které národnostní, etnické či náboženské menšiny především bychom si měli dávat pozor na to, co kterou rukou podáváme?**

Tab. 12. Specifické podávání předmětů rukou

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) Rusové	4	8 %	0	0 %
B) Vietnamci	10	20 %	6	12 %
C) muslimové	36	72 %	38	76 %
D) Romové	0	0 %	6	12 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



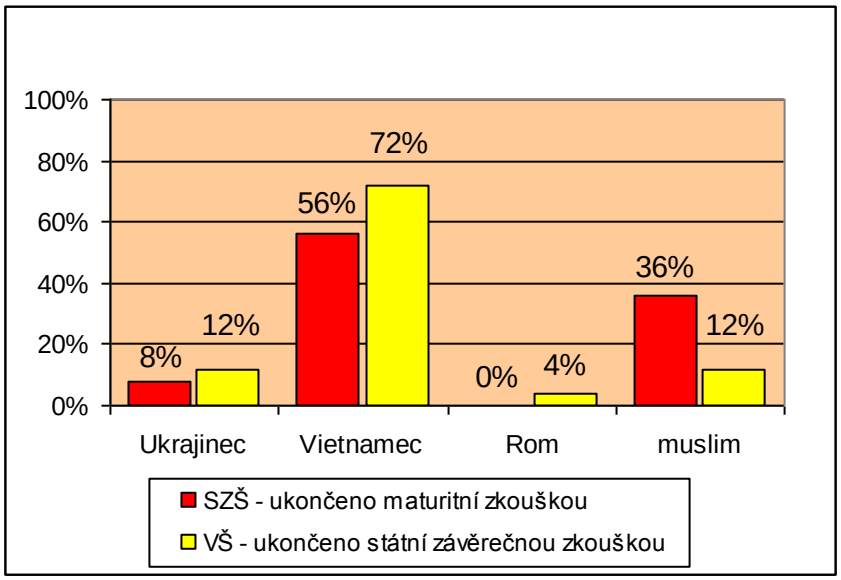
Graf 10. Specifické podávání předmětů rukou

Odpověď na otázku, u které národnosti či etnické menšiny především bychom si měli dávat pozor, co kterou rukou podáváme, uvedly 4 (8 %) sestry se SZŠ a 0 (0 %) sester s VŠ Rusové, 10 (20 %) sester se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ Vietnamci, 36 (72 %) sester se SZŠ a 38 (76 %) sester s VŠ muslimové a 0 (0 %) sester se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ Romové. Převážná většina zdravotních sester se SZŠ (72 %) a většina sester s VŠ (76 %) uvedla správnou odpověď.

Otázka č. 12: **Kdo si Vám téměř nikdy nepostěžuje, že ho něco bolí?**

Tab. 13. Specifika reakce na bolest

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) Ukrajinec	4	8 %	6	12 %
B) Vietnamec	28	56 %	36	72 %
C) Rom	0	0 %	2	4 %
D) muslim	18	36 %	6	12 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



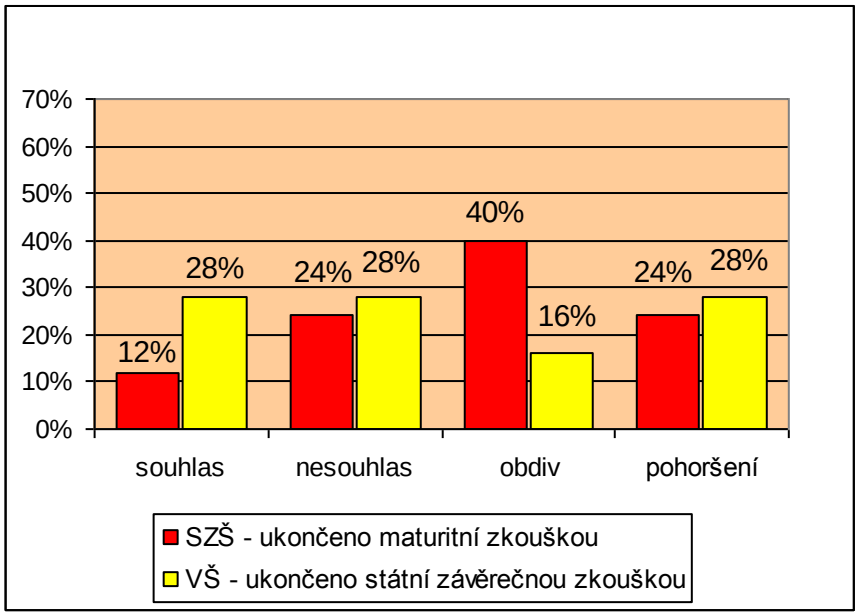
Graf 11. Specifika reakce na bolest

Na tuto otázku odpovědělo celkem 100 respondentů (100 %), 4 (8 %) sestry se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ se domnívá, že si na bolest téměř nikdy nepostěžuje Ukrajinec, 28 (56 %) sester se SZŠ a 36 (72 %) sester s VŠ se domnívá, že je to Vietnamec, 2 (4 %) sester s VŠ se domnívá, že jde o Roma a 18 (36 %) sester se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ je toho názoru, že jde o muslima. Správnou odpověď označila většina sester s VŠ (72 %) i většina sester se SZŠ (56 %).

Otázka č. 13: **Co si představíte pod gestem, když muslim nadzvedne hlavu a mlaskne?**

Tab. 14. Gesto muslima

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) souhlas	6	12 %	14	28 %
B) nesouhlas	12	24 %	14	28 %
C) obdiv	20	40 %	8	16 %
D) pohoršení	12	24 %	14	28 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



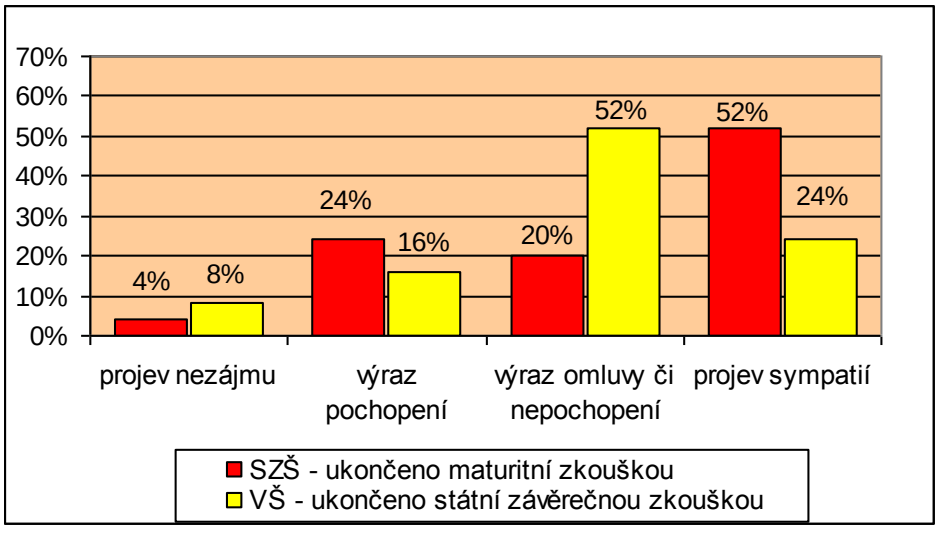
Graf 12. Gesto muslima

V souvislosti s gestem, když muslim nadzvedne hlavu a mlaskne si 6 (12 %) sester se SZŠ a 14 (28 %) sester s VŠ představí souhlas, 12 (24 %) sester se SZŠ a 14 (28 %) sester s VŠ si představí nesouhlas, 20 (40 %) sester se SZŠ a 8 (16 %) sester s VŠ si představí obdiv a 12 (24 %) sester se SZŠ a 14 (28 %) sester s VŠ pohoršení. Správná odpověď je v tomto případě nesouhlas.

Otázka č. 14: **Víte, co značí úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců mimo klasický projev radosti?**

Tab. 15. Úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) projev nezájmu	2	4 %	4	8 %
B) výraz pochopení	12	24 %	8	16 %
C) výraz omluvy, nepochopení	10	20 %	26	52 %
D) projev sympatií	26	52 %	12	24 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



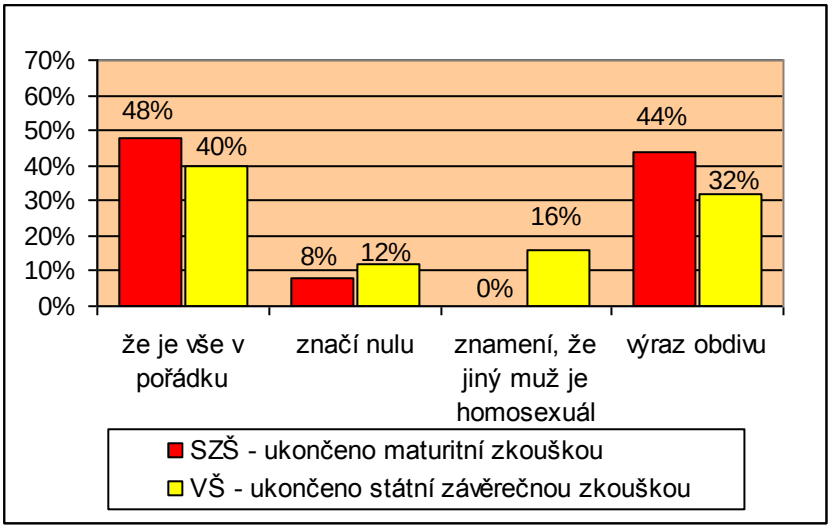
Graf 13. Úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců

Dle respondentů úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců mimo klasický výraz radosti značí pro 2 (4 %) sestry se SZŠ a 4 (8 %) sestry s VŠ projev nezájmu, pro 12 (24 %) sester se SZŠ a 8 (16 %) sester s VŠ výraz pochopení, pro 10 (20 %) sester se SZŠ a 26 (52 %) sester s VŠ výraz omluvy či nepochopení a pro 26 (52 %) sester se SZŠ a 12 (24 %) sester s VŠ projev sympatií. Správnou odpověď v tomto případě označily převážně sestry s VŠ (52 %).

Otázka č. 15: **Co znamená, když Španěl udělá kroužek z prstů ve tvaru „OK“?**

Tab. 16. Kroužek z prstů

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) že je vše v pořádku	24	48 %	20	40 %
B) značí nulu	4	8 %	6	12 %
C) znamení, že jiný muž je homosexuál	0	0 %	8	16 %
D) výraz obdivu	22	44 %	16	32 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



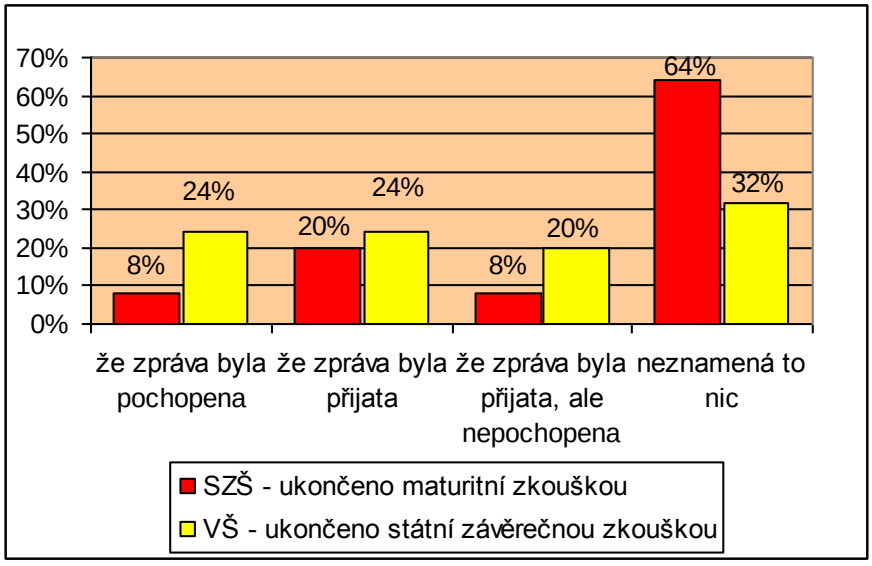
Graf 14. Kroužek z prstů

24 (48 %) sester se SZŠ a 20 (40 %) sester s VŠ, se domnívá, že když Španěl udělá kroužek z prstů ve tvaru „OK“ jedná se o projev, že je vše v pořádku, 4 (8 %) sestry se SZŠ a 6 (12 %) sester s VŠ je toho názoru, že značí nulu, 8 (16 %) sester s VŠ projev bere jako znamení, že jiný muž je homosexuál a 22 (44 %) sester se SZŠ a 16 (32 %) sester s VŠ si myslí, že jde o výraz obdivu. Správnou odpověď, že kroužek z prstů je znamení, že jiný muž je homosexuál, označilo pouze 8 (16 %) sester s VŠ.

Otázka č. 16: **Co znamená mrknutí očima v průběhu rozhovoru s Vietnamcem?**

Tab. 17. Mrknutí při rozhovoru s Vietnamcem

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) že zpráva byla pochopena	4	8 %	12	24 %
B) že zpráva byla přijata	10	20 %	12	24 %
C) že zpráva byla přijata, ale nepochopena	4	8 %	10	20 %
D) neznamená to nic	32	64 %	16	32 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



Graf 15. Mrknutí při rozhovoru s Vietnamcem

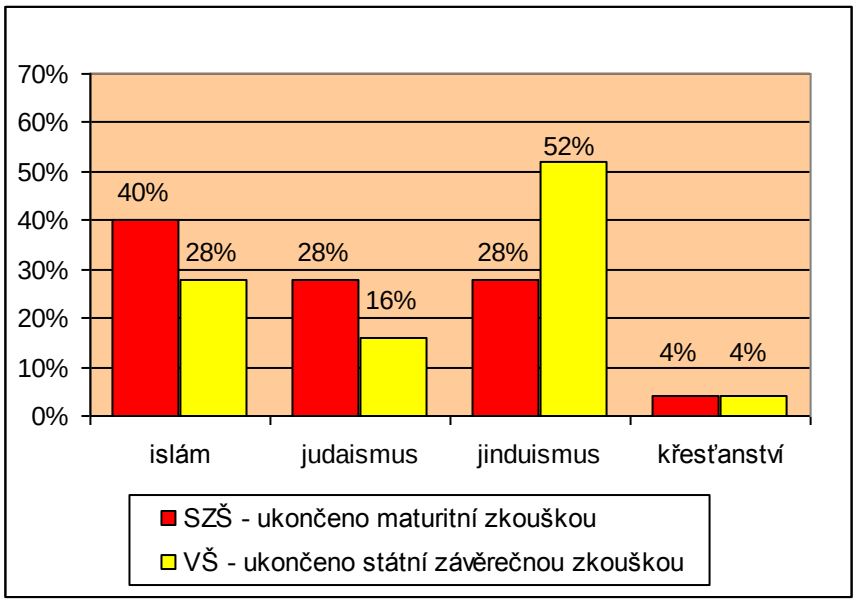
Při odpovědi na otázku, co znamená mrknutí očima v průběhu rozhovoru s Vietnamcem, 4 (8 %) sestry se SZŠ a 12 (24 %) sester s VŠ odpovědělo, že zpráva byla pochopena, 10 (20 %) sester se SZŠ a 12 (24 %) sester s VŠ, že zpráva byla přijata, 4 (8 %) sestry se SZŠ a 10 (20 %) sester s VŠ, že zpráva byla přijata, ale nepochopena a 32 (64 %) sester se SZŠ a 16 (32 %)

sester s VŠ odpovědělo, že to neznamená nic. Správnou odpověď, že zpráva byla přijata, ale nepochopena označily 4 (8 %) sestry se SZŠ a 10 (20 %) sester s VŠ.

Otázka č. 17: **Hlavní složkou, kterého náboženství je víra v reinkarnaci (znovuvtělování)?**

Tab. 18. Víra v reinkarnaci

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) islám	20	40 %	14	28 %
B) judaismus	14	28 %	7	16 %
C) hinduismus	14	28 %	27	52 %
D) křesťanství	2	4 %	2	4 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



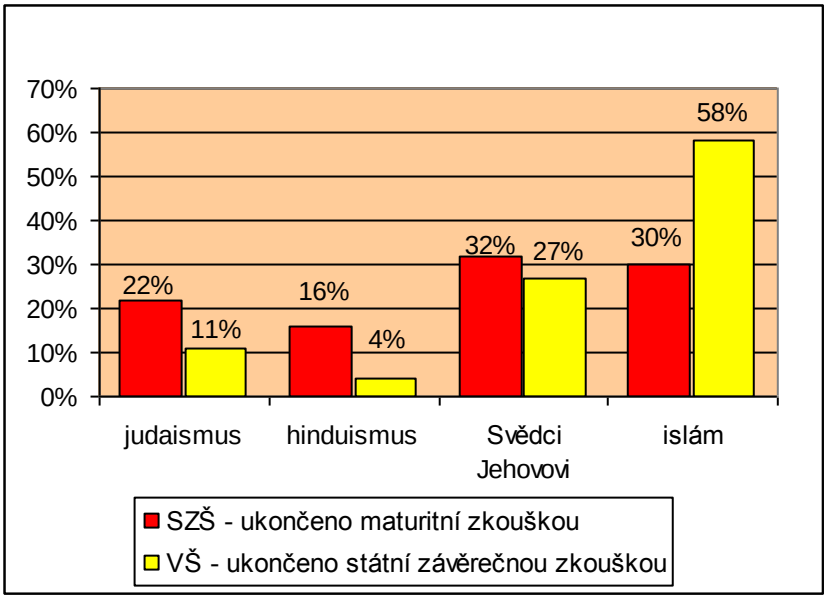
Graf 16. Víra v reinkarnaci

20 (40 %) sester se SZŠ a 14 (28 %) sester s VŠ označilo, jako odpověď na tuto otázku islám, 14 (28 %) sester se SZŠ a 8 (16 %) sester s VŠ judaismus, 14 (28 %) sester se SZŠ a 27 (52 %) sester s VŠ označilo správně hinduismus a 2 (4 %) sestry se SZŠ a 2 (4 %) sestry a VŠ uvedly křesťanství.

Otázka č. 18: **Které náboženství přísně zakazuje homosexualitu či bisexualitu?**

Tab. 19. Náboženství, které přísně zakazuje homosexualitu či bisexualitu

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) judaismus	11	22 %	4	11 %
B) hinduismus	8	16 %	2	4 %
C) Svědci Jehovovi	16	32 %	10	27 %
D) islám	15	30 %	34	58 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



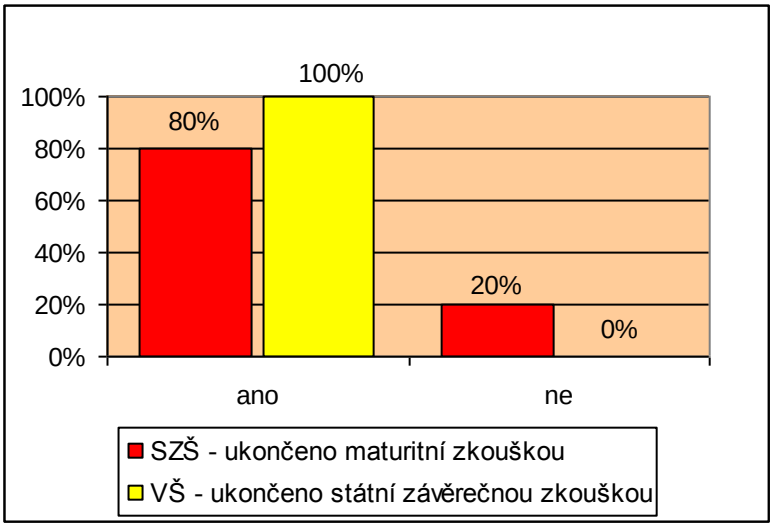
Graf 17. Náboženství, které přísně zakazuje homosexualitu či bisexualitu

Na otázku, které náboženství přísně zakazuje homosexualitu či bisexualitu 11 (22 %) sester se SZŠ a 4 (11 %) sestry s VŠ odpověděly judaismus, 8 (16 %) sester se SZŠ a 2 (4 %) sestry s VŠ označily hinduismus, 16 (32 %) sester se SZŠ a 10 (27 %) sester s VŠ označilo Svědci Jehovovi a 15 (30 %) sester se SZŠ a 34 (58 %) sester s VŠ uvedlo islám, který opravdu velmi přísně zakazuje homosexualitu a bisexualitu.

Otázka č. 19: **Mluvíte nějakým cizím jazykem?**

Tab. 20. Cizí jazyk

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	40	80 %	50	100 %
B) ne	10	20 %	0	0 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



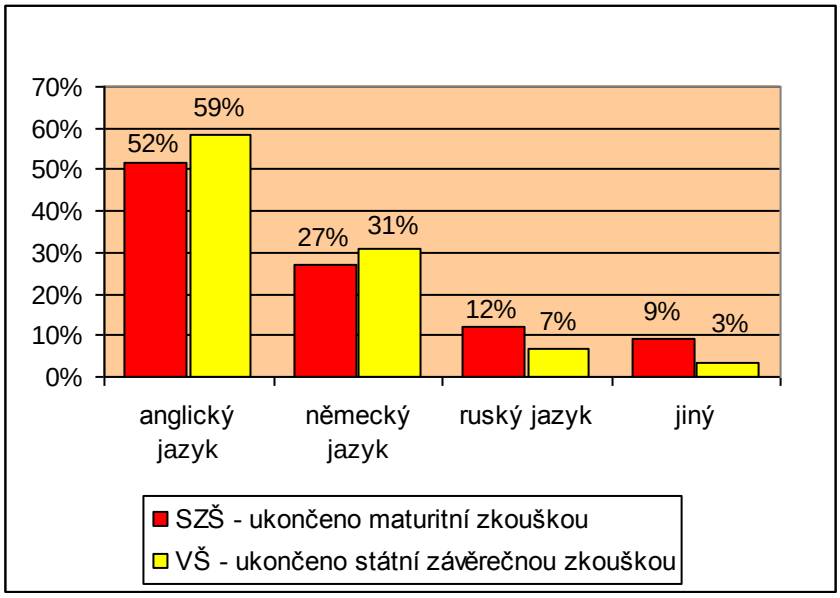
Graf 18. Cizí jazyk

Na otázku č. 19 odpovědělo 40 (80 %) sester se SZŠ a 50 (100 %) sester s VŠ, že mluví cizím jazykem. Pouze10 (20 %) sester se SZŠ uvedlo, že nemluví žádným cizím jazykem.

Otázka č. 20: **Pokud ano, jakým?**

Tab. 21. Druh cizího jazyka

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) anglický jazyk	34	52 %	34	29 %
B) německý jazyk	18	27 %	18	31 %
C) ruský jazyk	8	12 %	4	7 %
D) jiný	6	9 %	2	3 %
celkem (n)	66	100 %	58	100 %



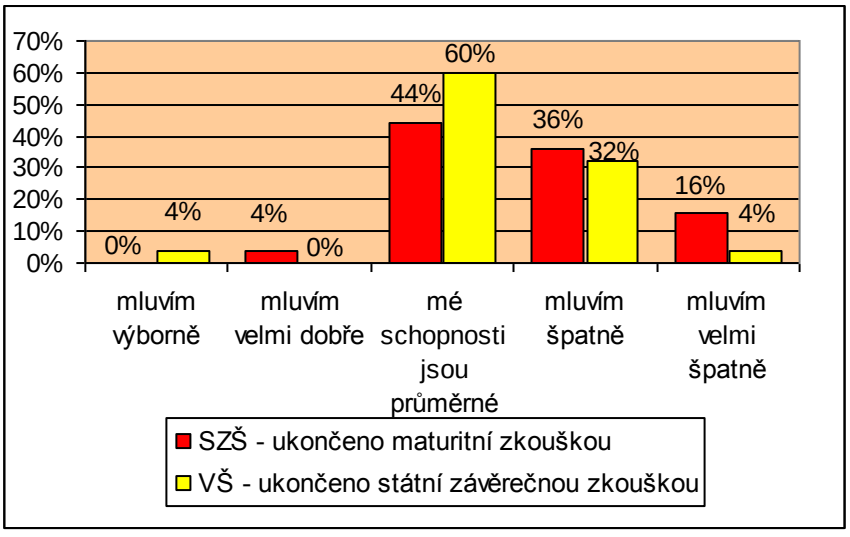
Graf 19. Druh cizího jazyka

V tomto případě měl respondent možnost označit více odpovědí současně, proto je celková hodnota (n) rovna počtu všech označených odpovědí. 34 (52 %) sester se SZŠ a 34 (59 %) sester s VŠ uvedlo, že mluví anglickým jazykem, 18 (27 %) sester se SZŠ a 18 (31 %) sester s VŠ uvedlo, že mluví německým jazykem, 8 (12 %) sester se SZŠ a 4 (7 %) sestry s VŠ označily ruský jazyk a 6 (9 %) sester se SZŠ a 2 (3 %) sestry s VŠ uvedly jazyk jiný – nejčastěji italský a francouzský.

Otázka č. 21: **Jak hodnotíte své znalosti cizího jazyka?**

Tab. 22. Hodnocení znalosti cizího jazyka

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) mluvím výborně	0	0 %	2	4 %
B) mluvím velmi dobře	2	4 %	0	0 %
C) mé schopnosti jsou průměrné	22	44 %	30	60 %
D) mluvím špatně	18	36 %	16	32 %
E) mluvím velmi špatně	8	16 %	2	4 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



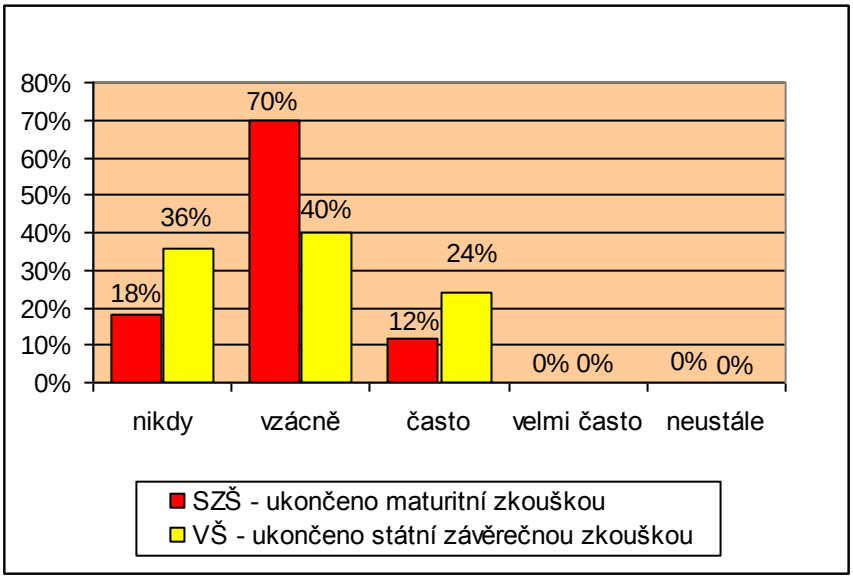
Graf 20. Hodnocení znalosti cizího jazyka

Pouze 2 (4 %) sestry s VŠ hodnotí své znalosti cizího jazyka jako výborné a jen 2 (4 %) sestry se SZŠ uvedly, že mluví velmi dobře. 22 (44 %) sester se SZŠ a 30 (60 %) sester s VŠ uvedly, že jejich schopnosti jsou průměrné, 18 (36 %) sester se SZŠ a 16 (32 %) sester s VŠ odpovědělo, že mluví špatně a 8 (16 %) sester se SZŠ a 2 (4 %) sestry s VŠ odpověděly, že mluví velmi špatně.

Otázka č. 22: **Už jste někdy využil/a nebo využíváte cizí jazyk v nemocniční praxi?**

Tab. 23. Využití cizího jazyka v nemocniční praxi

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) nikdy	9	18 %	18	36 %
B) vzácně	35	70 %	20	40 %
C) často	6	12 %	12	24 %
D) velmi často	0	0 %	0	0 %
E) neustále	0	0 %	0	0 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



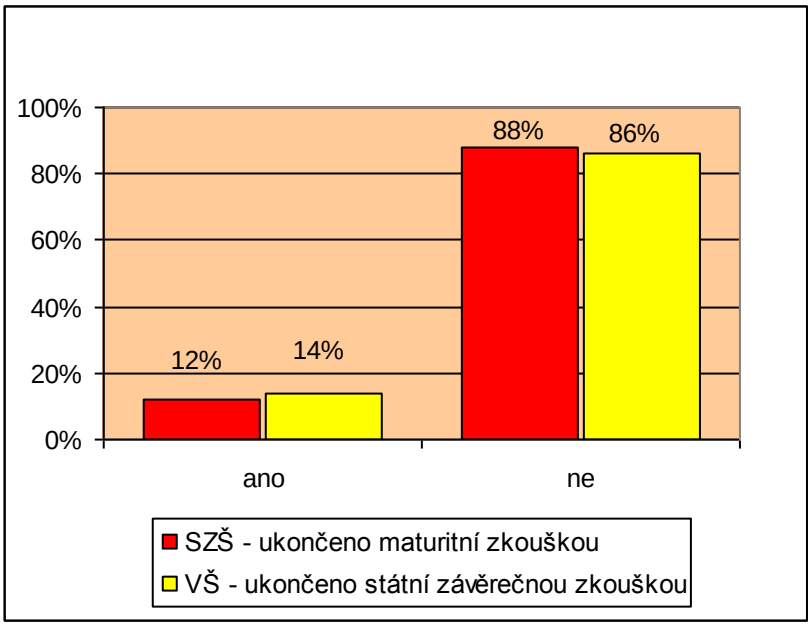
Graf 21. Využití cizího jazyka v nemocniční praxi

9 (18 %) sester se SZŠ a 18 (36 %) sester s VŠ uvedlo, že nikdy nevyužily cizí jazyk v nemocniční praxi, 30 (70 %) sester se SZŠ a 20 (40 %) sester s VŠ uvedlo, že jej vyžívají vzácně a 6 (12 %) sester se SZŠ a 12 (24 %) sester s VŠ uvedlo, že jejich využití cizího jazyka je časté. Velmi časté nebo neustálé využívání cizího jazyka neoznačil žádný respondent.

Otázka č. 23: **Myslíte si, že výuka jazyků ve škole vás dokázala připravit pro komunikaci v cizím jazyce ve vaší praxi?**

Tab. 24. Připravenost pro komunikaci v cizím jazyce

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	6	12 %	7	14 %
B) ne	44	88 %	43	86 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



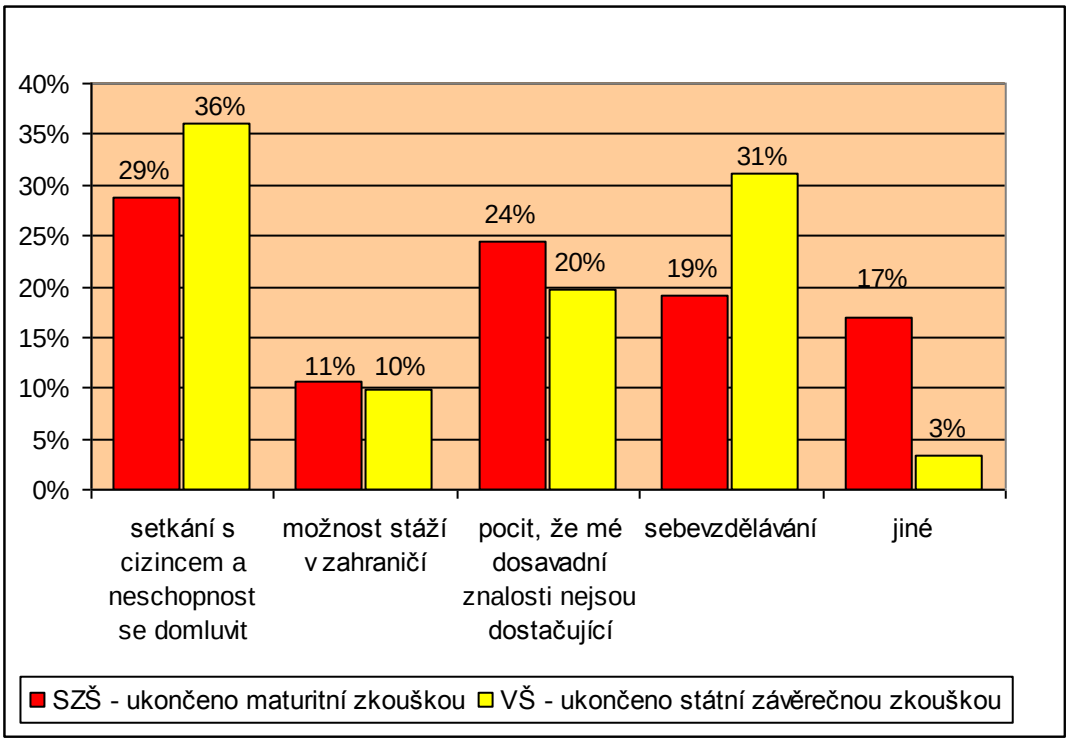
Graf 22. Připravenost pro komunikaci v cizím jazyce

Na otázku, zda vás škola dokázala připravit pro komunikaci v cizím jazyce, odpovědělo celkem 100 sester, z toho 6 (12 %) sester se SZŠ a 7 (14 %) sester s VŠ uvedlo ano a 44 (88 %) sester se SZŠ a 43 (86 %) sester s VŠ odpovědělo ne. Důvod ne, byl nejčastěji upřesněný tak, že se neřešily konkrétní situace, ale pouze plnily zadané úkoly. Dále respondenti uváděli, že se v hodinách málo komunikovalo a více psalo. Dalším problémem bylo mnoho studentů a málo času, časté střídání učitelů a v neposlední řadě neprofesionálnost vyučujícího.

Otázka č. 24: **Co Vás motivuje pro studium cizího jazyka?**

Tab. 25. Motivace ke studiu cizího jazyka

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) setkání s cizincem a neschopnost se domluvit	27	29 %	22	36 %
B) možnost stáží v zahraničí	10	11 %	6	10 %
C) pocit, že mé dosavadní znalosti nejsou dostačující	23	24 %	12	20 %
D) sebevzdělávání	18	19 %	19	31 %
E) jiné	16	17 %	2	3 %
celkem (n)	94	100 %	61	100 %



Graf 23. Motivace ke studiu cizího jazyka

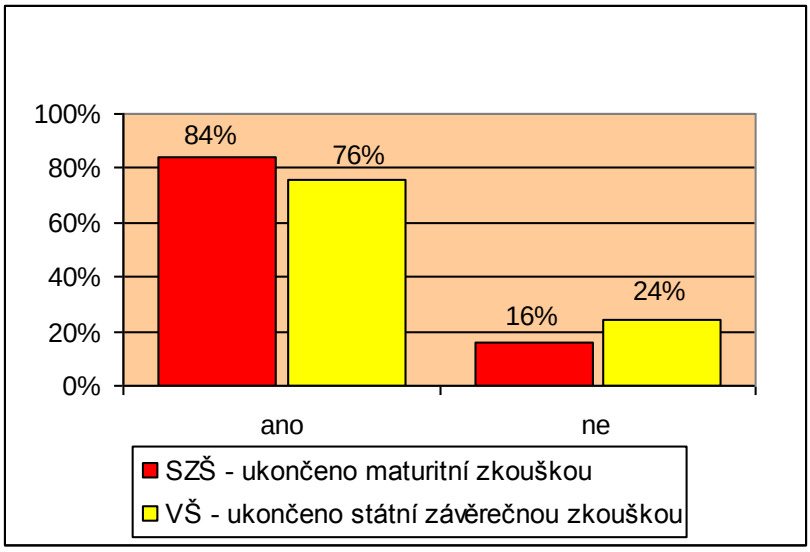
V tomto případě, měl respondent možnost označit více odpovědí současně, proto je celková hodnota (n) rovna počtu všech označených odpovědí. 27 (29 %) sester se SZŠ a 22 (36 %) sester s VŠ uvedlo, že je ke studiu cizího jazyka nejvíce motivuje možnost setkání s cizincem a neschopnost se domluvit, 10 (11 %) sester se SZŠ a 6 (10 %) sester s VŠ uvedlo jako největší motivaci možnost stáží v zahraničí, 23 (24 %) sester se SZŠ a 12 (20 %) sester s VŠ uvedlo, že hlavní motivací pro ně je pocit, že jejich dosavadní znalosti nejsou dostačující, 18 (19 %) sester se SZŠ a 19 (31 %) sester s VŠ motivuje sebevzdělávání a pro 16 (17 %) sester se SZŠ a 2 (3 %) sestry s VŠ je motivace jiná – nejčastěji zvědavost, dovolená v cizině a neschopnost se domluvit a práce s počítačem, kde je většina názvů a programů v angličtině.

Ke studiu cizího jazyka sestry se SZŠ i s VŠ nejvíce motivuje setkání s cizincem a neschopnost se domluvit.

Otázka č. 25: **Navštěvujete konference – vzdělávací akce nutné pro celoživotní vzdělávání?**

Tab. 26. Návštěva konferencí

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	42	84 %	38	76 %
B) ne	8	16 %	12	24 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



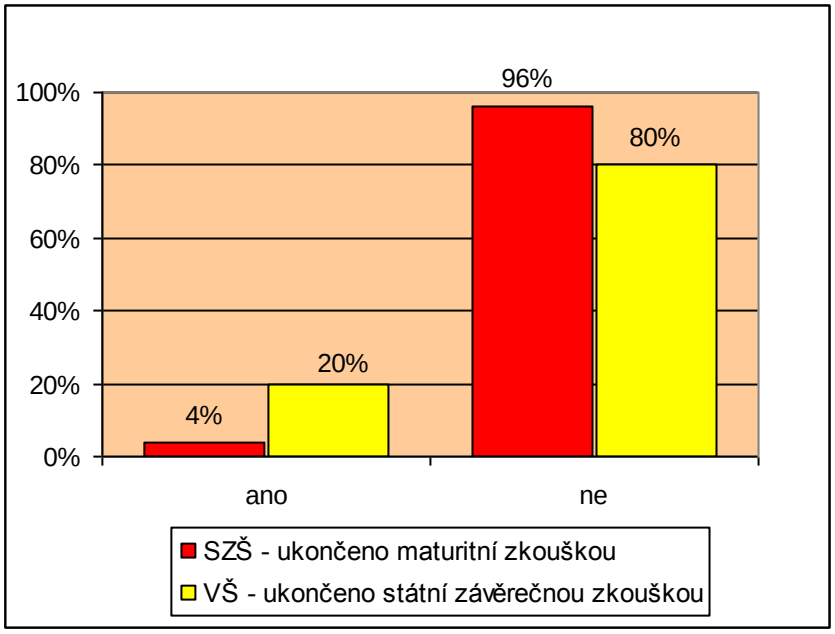
Graf 24. Návštěva konferencí

Konference - vzdělávací akce potřebné k celoživotnímu vzdělávání navštěvuje celkem 42 (84 %) sester se SZŠ a 38 (76 %) sester s VŠ, naproti tomu je nenavštěvuje rovných 8 (16 %) sester se SZŠ a 12 (24 %) sester s VŠ.

Otázka č. 26: **Navštívil/a jste někdy nějakou vzdělávací akci k tématu „multikulturní ošetřovatelství“?**

Tab. 27. Návštěva vzdělávací akce na dané téma

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	2	4 %	10	20 %
B) ne	48	96 %	40	80 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



Graf 25. Návštěva vzdělávací akce na dané téma

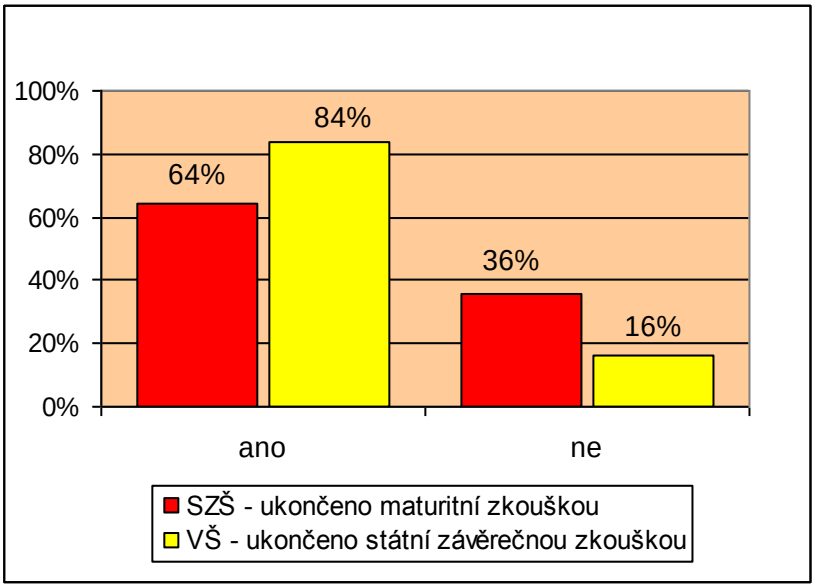
Vzdělávací akci na téma multikulturní ošetřovatelství navštívily 2 (4 %) sestry se SZŠ a 10 (20 %) sester s VŠ, tuto akci nikdy nenavštívilo 48 (96 %) sester se SZŠ a 40 (80 %) sester s VŠ.

Sestry, které odpověděly na tuto otázku ano, nejčastěji uváděly, že navštívily kongres, přednášku v rámci studia na vysoké škole nebo konferenci.

Otázka č. 27: **Ocenil/a byste nějakou vzdělávací akci k doplnění znalostí o jiných kulturách?**

Tab. 28. Zájem o vzdělávací akci na dané téma

	Počet sester SZŠ (n_i)	**Počet sester SZŠ (f_i)**	**Počet sester VŠ (n_i)**	**Počet sester VŠ (f_i)**
A) ano	32	64 %	42	84 %
B) ne	18	36 %	8	16 %
celkem (n)	50	100 %	50	100 %



Graf 26. Zájem o vzdělávací akci na dané téma

Zájem o vzdělávací akci na toto téma je vysoký, ano odpovědělo 32 (64 %) sester se SZŠ a 42 (84 %) sester s VŠ. Na dotaz o jakou vzdělávací akci by se mělo jednat, uváděly sestry nejčastěji seminář nebo kongres. Nezájem projevilo 18 (36 %) sester se SZŠ a 8 (16 %) sester s VŠ.

Otázka č. 28: **Z oblasti multikulturního ošetřovatelství bych měl/a zájem doplnit si informace typu:**

Tato otázka byla dána formou volné odpovědi. Největší zájem byl projeven o oblast paliativní péče u jiných národnostních a kulturních menšin, dále o specifika v oblasti ošetřovatelské péče o klienta jiné národnosti a kultury a o informace o multikulturním ošetřovatelství jako takovém.

Otázka č. 29: **Volná odpověď** – zde mohli respondenti uvést svůj názor na problematiku multikulturního ošetřovatelství.

Názory na problematiku multikulturního ošetřovatelství se mezi jednotlivci značně lišily. Setkala jsem se převážně s názory pozitivními, kdy sestry jeví zájem o vzdělávání, chtějí nabýt nové informace a mají zájem o poskytování kulturně kvalitní péče. Naproti tomu se vyskytly názory negativní, kdy některé sestry jsou toho přesvědčení, že pokud se nábožensky, kulturně nebo národnostně odlišný jedinec vyskytne na území České republiky nebo v nemocnici, měl by se podrobit našim právním normám i nemocničnímu řádu. Některé názory na mě působily až dojmem rasistickým, zejména když se v dotazníku objevila hesla typu: „o cizince nemám zájem“ a „Romy tu nechceme“. Chápu, že každý má právo na svůj názor, i já ho mám. Ovšem národnostních, kulturních a náboženských menšin v naší republice neustále přibývá a my jako zdravotní sestry, bychom měly respektovat lidská práva a podporovat zdraví bez ohledu na barvu pleti, víru nebo národnost každého jedince.

6.2 Vyhodnocení výzkumu

Ke konečnému zpracování dat bylo využito celkem 100 dotazníků, které byly vyplněny 50 všeobecnými sestrami se střední zdravotnickou školou (SZŠ) a 50 všeobecnými sestrami s vysokou školou (VŠ).

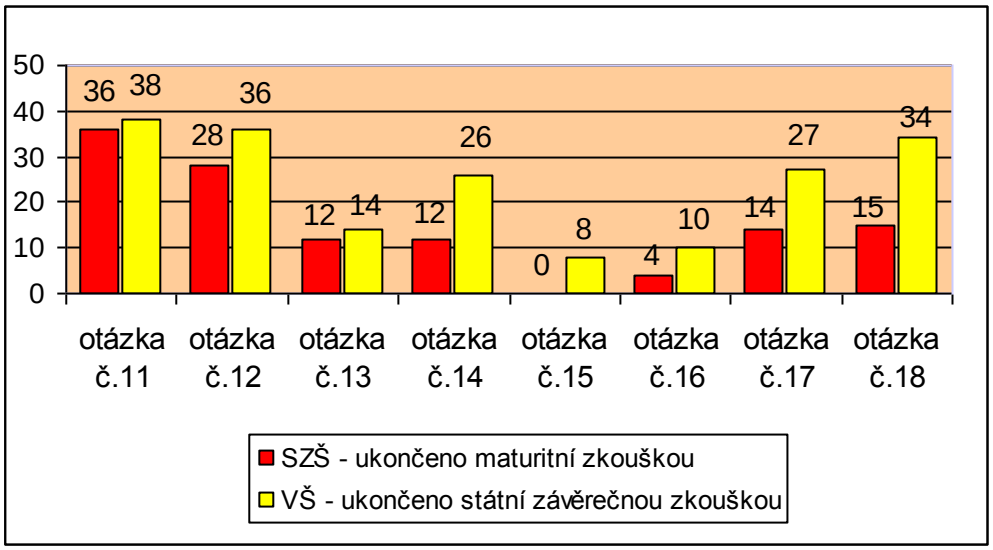
Na základě výsledků šetření jsem mohla zjistit mnou stanovené cíle.

Cílem č. I bylo analyzovat informovanost všeobecných sester o multikulturním ošetřovatelství.

Dle výsledků výzkumného šetření lze říci, že informovanost zkoumaného vzorku všeobecných sester je průměrná. Je však velmi znepokojivé, že pouze 14 (28 %) sester se SZŠ udává, že mělo ve škole výuku tzv. multikulturního ošetřovatelství. Naproti tomu sester s vysokou školou, které měly tuto výuku, bylo 44 (88 %), a tato výuka byla hodnocena kladně. Nepříznivý je výsledek, kdy se 44 (88 %) sester se SZŠ a 32 (64 %) sester s VŠ se domnívá, že nejsou dobře informovány o kulturních zvyklostech jiných zemí. Mezi nejčastěji uváděné a využívané informační zdroje, co do celkového počtu všech odpovědí, patří: na 1. místě internet, na 2. místě časopisy, na 3. místě televize, dále pak knihy a konference.

Cílem č. II bylo zjistit rozsah znalostí všeobecných sester o multikulturních odlišnostech jednotlivých etnických a náboženských skupin. K tomuto cíli byly položeny otázky č. 11 – 18.

Pro přehlednost počtu správných odpovědí a porovnání znalostí mezi sestrami se SZŠ a sestrami s VŠ byl vytvořen následující graf.



Graf 27. Počet správných odpovědí sester se SZŠ a sester s VŠ na otázky multikulturního ošetřovatelství

Z grafu lze vyčíst, že u všech otázek převažuje správnost odpovědí u sester s vysokou školou.

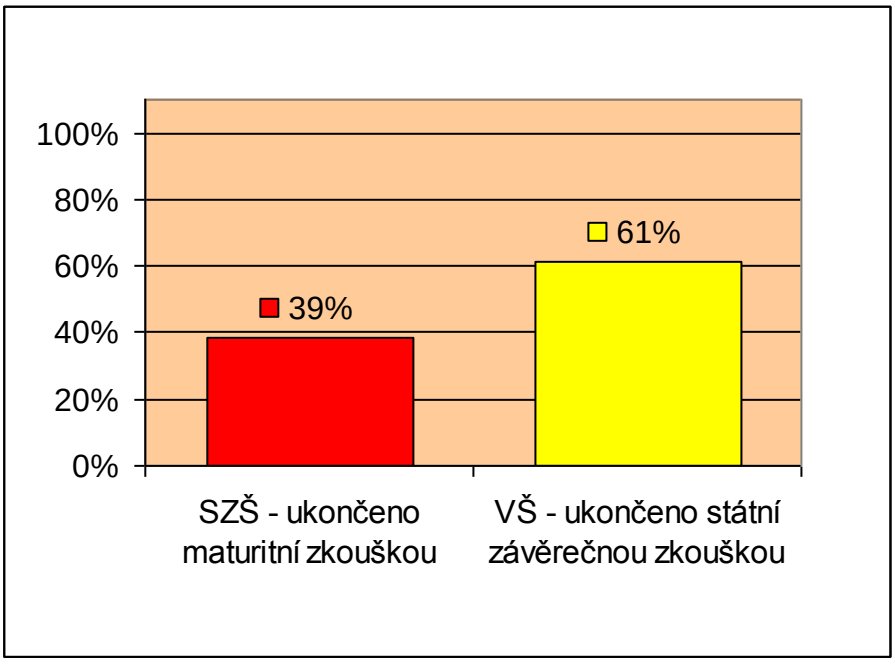
Otázky č. 11-16 se týkaly především specifické péče o občany jiné národnosti, etnika či kultury. Otázky číslo 17 a 18 se týkaly náboženských znalostí. Je zřejmé, že sestry mají povědomí o tom, že existují jistá specifika v oblasti ošetřovatelské péče o jednotlivce jiné národnosti, kultury a etnika, ovšem je zde patrný i výskyt nejasností či nepřesností, které mohou mít pro klienta zásadní význam. A to převážně u sester se SZŠ. To je však dle mého názoru dáno zejména tím, že pouze 14 (28 %) sester se SZŠ udává, že mělo ve škole výuku tzv. multikulturního ošetřovatelství.

Cíl č. III byl stanoven za účelem zmapování zájmu všeobecných sester o pedagogické konference a další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Konference – vzdělávací akce nutné pro celoživotní vzdělávání navštěvuje 42 (84 %) sester se SZŠ a 38 (76 %) sester s VŠ. Vzdělávací akci vztahující se k tématu multikulturní ošetřovatelství navštívily pouze 2 (4%) sestry se SZŠ a 10 (20 %) sester s VŠ. Avšak zájem o vzdělávací akci k doplnění znalostí o jiných kulturách projevilo 32 (64 %) sester se SZŠ a 42 (84 %) sester s VŠ. Respondenti v dotazníku nejčastěji uváděli, že mají zájem o kongres či konferenci. Z výsledků výzkumného šetření tedy vyplývá, že všeobecné sestry mají zájem o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství, což je jistě velmi pozitivní zjištění.

Cílem č. IV bylo zjistit, jak zdravotníci hodnotí své jazykové schopnosti. Ze sta respondentů udává 40 (80 %) sester se SZŠ a 50 (100 %) sester s VŠ, že mluví cizím jazykem. Nejvíce uváděným jazykem byla angličtina, kterou používá 34 (52 %) sester se SZŠ a 34 (29 %) sester s VŠ, dále německý jazyk, který uvedlo 18 (27 %) sester se SZŠ a 18 (31 %) sester s VŠ, potom ruský jazyk, který označilo 8 (12 %) sester se SZŠ a 4 (7 %) sester s VŠ. Jiný jazyk označilo 6 (9 %) sester se SZŠ a 2 (3 %) sestry s VŠ. Mezi jiným byl nejčastěji uveden jazyk italský. Znalost cizího jazyka byla sestrami hodnocena průměrně až špatně. 22 (44 %) sester se SZŠ a 30 (60 %) sester s VŠ uvedlo, že jejich schopnosti jsou průměrné a 18 (36 %) sester se SZŠ a 16 (32 %) sester s VŠ označilo, že mluví špatně. U ostatních možností byla procenta nízká a téměř vyrovnaná. Pouze 2 (4 %) sestry s VŠ uvedly, že mluví výborně. Na otázku, už jste někdy využil/a cizí jazyk v nemocniční praxi odpovědělo 9 (18 %) sester se SZŠ a 18 (36 %) sester s VŠ nikdy, 35 (70 %) sester se SZŠ a 20 (40 %) sester s VŠ vzácně, 6 (12 %) sester se SZŠ a 12 (24 %) sester s VŠ označilo, že často. Velmi negativní je výsledek, kdy sestry hodnotily, zda je výuka ve škole dokázala připravit pro komunikaci v cizím jazyce v nemocniční praxi. Celkem 44 (88 %) sester se SZŠ a 43 (86 %) sester s VŠ, uvedlo, že ne. Jako nejčastější příčiny byly uvá-

děny: neřešení konkrétních situací, více psaní než mluvení, velký počet studentů a neprofesionálnost vyučujícího. Jako motivace pro studium cizího jazyka byla nejvíce uváděna neschopnost se domluvit při setkání s cizincem, a to u 27 (29 %) sester se SZŠ a 22 (36 %) sester s VŠ, na druhém místě byl pocit, že dosavadní znalosti nejsou dostačující – u 23 (24 %) sester se SZŠ a 12 (20 %) sester s VŠ, na třetím místě bylo sebevzdělávání a to u 18 (19 %) sester se SZŠ a 19 (31 %) sester s VŠ, dále pak možnost stáží v zahraničí u 10 (11 %) sester se SZŠ a 6 (10 %) sester s VŠ. 16 (17 %) sester se SZŠ a 2 (3 %) sestry s VŠ označily odpověď jinou, ve které nejčastěji uváděly jako největší motivaci zvědavost a dovolenou v zahraničí.

Cílem č. V bylo porovnat znalosti mezi sestrami se střední zdravotnickou školou, jejichž vzdělání je ukončeno maturitou a sestrami bakalářkami, jejichž studium je ukončeno státní závěrečnou zkouškou. Tyto dvě skupiny respondentů jsem porovnávala z hlediska znalostí v oblasti multikulturního ošetřovatelství. K zodpovězení tohoto cíle mi sloužily otázky č. 11 -18. Pro přehlednost jsem vytvořila celkový graf porovnávající tyto dvě skupiny dotazovaných.



Graf 28. Procentuální porovnání celkového počtu správných odpovědí sester se SZŠ a sester s VŠ

Z grafu vyplývá, že všeobecné sestry – bakalářky, jejichž vzdělání je ukončeno státní závěrečnou zkouškou jsou na tom znalostně v oblasti multikulturního ošetřovatelství lépe o celých 22 % oproti sestrám se střední zdravotnickou školou. Tento rozdíl přisuzuji zejména tomu, že pouhých 14 (28%) sester se SZŠ v dotazníku uvedlo, že absolvovalo ve škole výuku multikulturního ošetřovatelství. Na vysokých školách je multikulturní ošetřovatelství zahrnuto většinou jako samostatný předmět, který bývá vyučován minimálně v rozsahu jednoho semestru. Naproti tomu na středních zdravotnických školách bývá multikulturní ošetřovatelství zahrnuto v předmětech jako Ošetřovatelství, Společenské vědy, Občanská nauka a Psychologie a to většinou pouze v rozsahu několika vyučovacích hodin.

Výsledek průzkumu, kdy 61 % sester s VŠ a 39 % sester se SZŠ dosáhlo úspěšnosti, považuji jako pozitivní. Myslím, že z výše uvedené vyhodnocení dotazníkového šetření je patrné, že zájem sester o rozdílnou péči o klienty jiné kultury, národnosti či etnika roste. Výsledky výzkumu považuji, zejména u sester s VŠ za velmi příznivé. I když, jak samy sestry uvedly ve volných odpovědích, mají jisté nejasnosti, které by si rády upřesnily a také získaly nové poznatky, které dosud nevěděly.

6.3 Praxeologická opatření

Pojem multikulturní ošetřovatelství se stále více dostává do podvědomí nejen zdravotnického personálu, ale i široké veřejnosti. Zejména z médií můžeme dnes slyšet velký přísun informací o problémech multikulturní společnosti, soužití občanů jiné národnosti či etnika, o diskriminaci a „rasové intoleranci". Člověk v plném zdraví dokáže uspokojit a bránit své potřeby, které neodmyslitelně patří k jeho životu, a které činí jeho život kvalitnějším. Ovšem v období nemoci jsme oslabeni a často odkázáni na hospitalizaci v neznámém prostředí, s jiným harmonogramen a denními rituály, než na které jsme zvyklí. Česká republika i české zdravotnictví se snaží o zlepšení celkové situace v běžném životě příslušníků těchto minoritních skupin obyvatelstva i při jejich hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Ovšem k takovému zlepšení je třeba mít především dostatek znalostí a informovaný zdravotnický personál. Základem toho je kvalitní zdravotnické vzdělání, které umožní každé sestře získat potřebné znalosti, a ty později aplikovat do praxe. Z mého výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry – bakalářky s vysokou školou jsou na tom znalostně lépe, než všeobecné sestry se střední zdravotnickou školou. Je zarážející, že pouhých 14 (28 %) sester se střední zdravotnickou školou udává, že v rámci studia absolvovalo výuku multikulturního ošetřovatelství, zbylých 36 (72 %) udává, že touto výukou neprošlo. Skutečnost je taková, že multikulturní ošetřovatelství je většinou na středních zdravotnických školách vyučováno pod záštitou jiných předmětů, a to pouze v rozsahu několika hodin. Tento fakt je mnou ovšem těžce ovlivnitelný, je na uvážení každé školy, kam tuto oblast zařadí a v jakém rozsahu ji bude vyučovat. Je však nezbytné budoucím zdravotnickým pracovníkům tyto informace poskytnout.

Celkem 32 (64 %) sester se střední zdravotnickou školou a 42 (84%) sester s vysokou školou by ocenilo vzdělávací akci k doplnění znalostí o jiných kulturách. A na dotaz, o jakou akci by se mělo jednat uváděly sestry nejčastěji odpověď seminář nebo kongres. Tyto akce se dnes většinou konají pod vedením České asociace sester, a to v rámci celoživotního vzdělávání sester a sestry kromě nových informací za ně obdrží i určité množství kreditů, potřebné ke své registraci. Tyto semináře probíhají na nejrůznější témata, ovšem témata multikulturního ošetřovatelství se objevují zřídka. Přitom setry tato oblast zajímá, je pro ně dosud ne zcela objasněná a specifika ošetřovatelské péče u minoritních skupin jsou pro ně atraktivní. V dotazníku uváděly sestry svá přání a požadavky na takové akce. Z výzkumu vyplývá, že je zájem spíše o jednodenní seminář, kde by byla sekce vědecká a sekce studentská. Sestry by uvítaly zejména informace typu: specifika ošetřovatelské péče o příslušníky jiných národnostních menšin – zejména Vietnamce,

dále specifika v oblasti péče o umírajícího klienta jiné národnosti, etnika či náboženského vyznání a v neposlední řadě specifika ošetřovatelské péče o romského klienta. Dále by bylo vhodné, aby na konferencích vztahujících se k multikulturnímu ošetřovatelství vystupovali právě příslušníci minoritních skupin a prezentovali tak svůj pohled a názor na danou problematiku, či návštěvníky přímo zasvětili do specifik jejich kultury či etnika.

Navrhuji tato témata konferencí:

Ošetřovatelská péče o vietnamského klienta, Komunikace s klientem jiné národnosti, Specifika péče o umírajícího klienta jiné národnosti, etnika či náboženského vyznání, Specifika hospitalizace Romů v našich nemocnicích. Osobně si velmi ráda připravím příspěvek na jakoukoliv regionální konferenci vztahující se k tématu multikulturního ošetřovatelství.

Dále jsem zkoumala, jaký zdroj ke zdělávání sestry využívají nejvíce. Nejčastěji byl uváděn internet, dále časopisy a výše zmíněné konference. Proto by bylo vhodné vyzdvihnout tuto specifickou oblast ošetřovatelství právě na internetu či v odborném časopise, dále zajistit pravidelnou rubriku či několika stránkovou přílohu, která se vztahuje právě ke specifické péči o klienty jiné kultury, etnika či náboženského vyznání. Já osobně budu velmi ráda, když má bakalářská práce bude později umístěna na internetu a bude tak k ní mít přístup nejen široká veřejnost, ale zejména zdravotnický personál, který si touto cestou vyhledává potřebné informace.

V neposlední řadě jsem vypracovala Standard ošetřovatelské péče u klienta jiné národnosti, etnika či kultury, který je určen všem sestrám a může jim být nápomocen při kontaktu s jedincem právě jiné národnosti, etnika či kultury. Jsou v něm uvedeny zásady správné komunikace s tímto klientem, obecné zásady péče o klienta odlišné kultury a vybraná specifika ošetřovatelské péče o muslimy, Romy a Vietnamce. Tento navržený Standard ošetřovatelské péče je vložen jako příloha P V a může být zařazen do Standardů ošetřovatelské péče Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, a.s.

7 DISKUSE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo pomocí kvantitativního výzkumu zjistit informovanost všeobecných sester o multikulturním ošetřovatelství. Zároveň jsem zjišťovala rozsah těchto znalostí a porovnávala ho mezi sestrami se střední zdravotnickou školou a sestrami - bakalářkami, s vysokou školou.

Podle výchozích informací jsem hodnotila danou problematiku jako nepříznivou. Předpokládala jsem, že sestry sice jeví jistý zájem o multikulturní ošetřovatelství, ale nemají potřebné konkrétní znalosti. Domnívala jsem se, že multikulturní ošetřovatelství, jako termín, je více v povědomí vysokoškolsky vzdělaných sester a méně znám u sester se střední zdravotnickou školou. Rovněž jsem byla názoru, že jednotlivá specifika v ošetřovatelské péči o zmiňované menšiny, jsou dosud ne zcela objasněna.

Ze zjištěných skutečností však jasně vyplývá, že daná problematika již není zdaleka tak špatná, jak se mi zprvu jevila, ovšem jisté nesrovnalosti v informacích se zde nacházejí. Rovněž mi bylo potvrzeno, že termín multikulturní ošetřovatelství je skutečně více v povědomí sester s vysokou školou a i jistá specifika v ošetřovatelské péči jsou dle mého dotazníkového šetření známější všeobecným sestrám-bakalářkám. Tuto skutečnost však přisuzuji faktu, že rovných 36 (72 %) sester se střední zdravotnickou školou uvedlo, že nemělo ve škole výuku tzv. multikulturního ošetřovatelství. Z celkového shrnutí mého výzkumu vyplývá, že zdravotní sestry s vysokou školou jsou na tom s vědomostmi v oblasti multikulturního ošetřovatelství lépe, než zdravotní sestry se střední zdravotnickou školou.

Dále jsem zjišťovala jak velký je zájem o vzdělávací konference, či jiné akce, vztahující se k tématu „multikulturního ošetřovatelství“. Domnívala jsem se, že tyto akce jsou hojně navštěvovány, avšak pouze 2 (4 %) sestry se SZŠ a 10 (20 %) sester s VŠ podobnou akci někdy navštívilo. Potvrdilo se mi však, že tyto akce jsou vítány, a to u 32 (64 %) sester se SZŠ a 42 (84 %) sester s VŠ. Zjistila jsem, že nejvíce využívaným zdrojem k získání informací na toto téma jsou internet a odborné časopisy.

Zajímalo mne, se kterými národnostními, kulturními, či etnickými menšinami se sestry nejvíce ve své praxi setkávají a také jak často využívají multikulturní znalosti. Nejvíce sester se ve své praxi setkává s Romy, a to rovných 33 (51 %) sester se SZŠ a 40 (61 %) sester s VŠ, na druhém místě to byli Vietnamci a dále Ukrajinci a muslimové. Využití multikulturních znalostí mi vy-

šlo jako průměrné, kdy 24 (48 %) sester se SZŠ a 27 (54 %) sester s VŠ uvedlo využití vzácně a 14 (28%) sester se SZŠ a 15 (30%) sester s VŠ využívá tyto znalosti často.

Výsledky dotazníkového šetření téměř potvrdily má očekávání. Je zřejmé, že multikulturní péče i multikulturní ošetřovatelství, se čím dál více dostávají do povědomí všeobecných sester, avšak neustále je potřeba zdokonalovat a prohlubovat své znalosti a zamezit výrazným rozdílům mezi informovaností sester se střední zdravotnickou školou a sester s vysokou školou.

ZÁVĚR

Ošetřovatelství dnešní doby je velmi flexibilní a neustále se přizpůsobuje novým trendům, proto je i problematika multikulturního ošetřovatelství výrazně v popředí. Zdravotníci se stále častěji setkávají s příslušníky jiných národů, kultur a náboženského vyznání, řeší problémy a situace způsobené jazykovými odlišnostmi a jiným životním stylem. To vše si od zdravotníků vyžaduje dostatek znalostí a vnímavosti. Proto má práce měla nastínit multikulturní ošetřovatelství nejen po stránce teoretické, ale i z praktického hlediska.

V teoretické části jsem objasnila jednotlivé pojmy vztahující se k tomuto tématu, poukázala jsem na legislativu, která souvisí s péči o cizince, pokusila jsem se objasnit model transkulturního ošetřovatelství Madeleine Leininger a v neposlední řadě jsem popsala jednotlivá vybraná specifika ošetřovatelské péče u mnou zvolených národnostních, kulturních či etnických menšin.

Praktickou část jsem podložila kvantitativním výzkumem, který sloužil k potvrzení mnou stanovených cílů. Hlavním bodem bylo zjistit informovanost všeobecných sester o multikulturním ošetřovatelství a porovnat tyto informace mezi sestrami se střední zdravotnickou školou a sestrami - bakalářkami s vysokou školou. Ukázalo se, že všeobecné sestry s vysokou školu, jsou na tom znalostně o něco lépe než sestry se střední školou. Sestry v obou případech projevily zájem o tuto problematiku i o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Závěrem mé práce je navržená praxeologická opatření, která vyplývají ze všech získaných informací.

Je třeba podotknout, že k poskytování vhodné, kulturně determinované péče je potřeba mít nejen dostatek znalostí o dané multikulturní oblasti, ale zejména velkou míru empatie k potřebám klientů z cizích zemí či odlišných etnik.

"Jsme všichni listy na jednom stromě,

žádný se nepodobá druhým,

a přece jsou stejně důležité pro celek."

G. Ch. Lichtenberg

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

[3] GABAL, I. et al. *Etnické menšiny ve střední Evropě*. Praha: G plus G, 1999. 341 s. ISBN 80-86103-23-4.

[2] IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

[3] JANDOUREK, J. *Sociologický slovník.* Praha: Portál, 2001. 286 s. ISBN 80-7178-535-0.

[4] JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007. 97 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

[5] KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník.* Praha: Grada, 2009. 134 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

[6] KROPÁČEK, L. *Islám a západ.* Praha: Vyšehrad, 2002. 197 s. ISBN 80-7021-540-2.

[7] LANCASTER, B. *Judaismus.* Praha: Knižní klub Ikar, 2000. 247 s. ISBN 80-7202-704-2.

[8] MACHALOVÁ, T. *Lidská práva proti rasismu.* Praha: Portál, 2001. 264 s. ISBN 80-7239-099-6.

[9] MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z.* Praha: Grada, 2005. 151 s. ISBN 80-247-1024-2.

[10] NAVRÁTIL, P. *Romové v české společnosti.* Praha: Portál, 2003. 224 s. ISBN 80-7178-741-8.

[11] PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce.* Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

[12] PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace.* Praha: Grada, 2010. 199 s. ISBN 978-80-247-3069-1.

[13] PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova: teorie – praxe – výzkum.* Praha: ISV nakladatelství, 2001. 211 s. ISBN 80-85866-72-2.

[14] SIROVÁTKA, T. *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*. Brno: Georgetown, 2002. 355 s. ISBN 80-86251-13-6.

[15] SOKOL, J. *Člověk a náboženství.* Praha: Portál, 2004. 246 s. ISBN 80-7176-886-4.

[16] SOUKUP, V. *Dějiny sociální a kulturní antropologie*. Praha: Karolinum, 1996. 303 s. ISBN 80-7184-158-7

[17] ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice: My a oni v multikulturní společnosti 21. století.* Praha: Portál, 2001. 184 s. ISBN 80-71778-648-9.

[18] ŠPIDUROVÁ, L. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

[19] VOJTÍŠEK, Z. *Netradiční náboženství u nás*. Praha: Dingir, 1998. 137 s. ISBN 80-902528-0-X.

[20] WOLF, J. *Lidské rasy a rasismus v dějinách a v současnosti. Člověk a jeho svět II*. Praha: Karolinum, 2000. 200 s. ISBN 80-246-0099-4.

Internetové zdroje:

[21] CZSO [online]. 23.11.2009 [cit. 2010-03-09]. Cizinci v ČR. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/uvod>.

[22] Český statistický úřad [online]. 6.9.2008 [cit. 2010-02-15]. Zdravotní péče. Dostupné z WWW:

<http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/o/ciz_zdravotni_pece-souvisejici_legislativa>.

[23] Portál veřejné správy České republiky [online]. 25.5.2009 [cit. 2010-02-15]. Vyhledávání v předpisech ze Sbírky zákonů. Dostupné z WWW:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=48/1997>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AJ	anglický jazyk
CZSO	Český statistický úřad
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NJ	německý jazyk
OSN	Organizace spojených národů
SZŠ	střední zdravotnická škola
UTB	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
USA	Spojené státy americké
VŠ	vysoká škola
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk respondentů 45
Graf 2. Délka praxe 47
Graf 3. Vzdělání sester 48
Graf 4. Výuka multikulturního ošetřovatelství 49
Graf 5. Kvalita výuky 50
Graf 6. Informovanost o kulturních zvyklostech jiných zemí 51
Graf 7. Informační zdroje 52
Graf 8. Využití znalostí v praxi 54
Graf 9. Setkání s menšinami 55
Graf 10. Specifické podávání předmětů rukou 57
Graf *11. Specifika reakce na bolest* 58
Graf 12. Gesto muslima 59
Graf 13. Úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců 60
Graf 14. Kroužek z prstů 61
Garf 15. Mrknutí při rozhovoru s Vietnamcem 62
Graf 16. Víra v reinkarnaci 64
Graf *17. Náboženství, které přísně zakazuje homosexualitu či* 65
Graf 18. Cizí jazyk 66
Graf 19. Druh cizího jazyka 67
Graf 20. Hodnocení znalosti cizího jazyka 68
Graf 21. Využití cizího jazyka v nemocniční praxi 69
Graf *22. Připravenost pro komunikaci v cizím jazyce* 70
Graf 23. Motivace ke studiu cizího jazyka 71
Graf 24. Návštěva konferencí 73
Graf 25. Návštěva vzdělávací akce na dané téma 74
Graf 26. Zájem o vzdělávací akci na dané téma 75
Graf 27. Počet správných odpovědí sester se SZŠ a sester s VŠ na otázky 77
Graf 28. Procentuální porovnání celkového počtu správných odpovědí 79

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Porovnání systémů péče 29
Tab. 2. Obyvatelstvo podle národnosti k 1.3.2001 [zdroj: CZSO] 31
Tab. 3. Věk respondentů 45
Tab. 4. Délka praxe 47
Tab. 5. Vzdělání sester 48
Tab. 6. Výuka multikulturního ošetřovatelství 49
Tab. 7. Kvalita výuky 50
Tab. 8. Informovanost o kulturních zvyklostech jiných zemí 51
Tab. 9. Informační zdroje 52
Tab. 10. Využití znalostí v praxi 54
Tab. 11. Setkání s menšinami 55
Tab. 12. Specifické podávání předmětů rukou 57
Tab. 13. Specifika reakce na bolest 58
Tab. 14. Gesto muslima 59
Tab. 15. Úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců 60
Tab. 16. Kroužek z prstů 61
Tab. 17. Mrknutí při rozhovoru s Vietnamcem 62
Tab. 18. Víra v reinkarnaci 64
Tab. 19. Náboženství, které přísně zakazuje homosexualitu či bisexualitu 65
Tab. 20. Cizí jazyk 66
Tab. 21. Druh cizího jazyka 67
Tab. 22. Hodnocení znalosti cizího jazyka 68
Tab. 23. Využití cizího jazyka v nemocniční praxi 69
Tab. 24. Připravenost pro komunikaci v cizím jazyce 70
Tab. 25. Motivace ke studiu cizího jazyka 71
Tab. 26. Návštěva konferencí 73
Tab. 27. Návštěva vzdělávací akce na dané téma 74
Tab. 28. Zájem o vzdělávací akci na dané téma 75

SEZNAM PŘÍLOH

P I Model „vycházejícího slunce“ dle M. Leininger

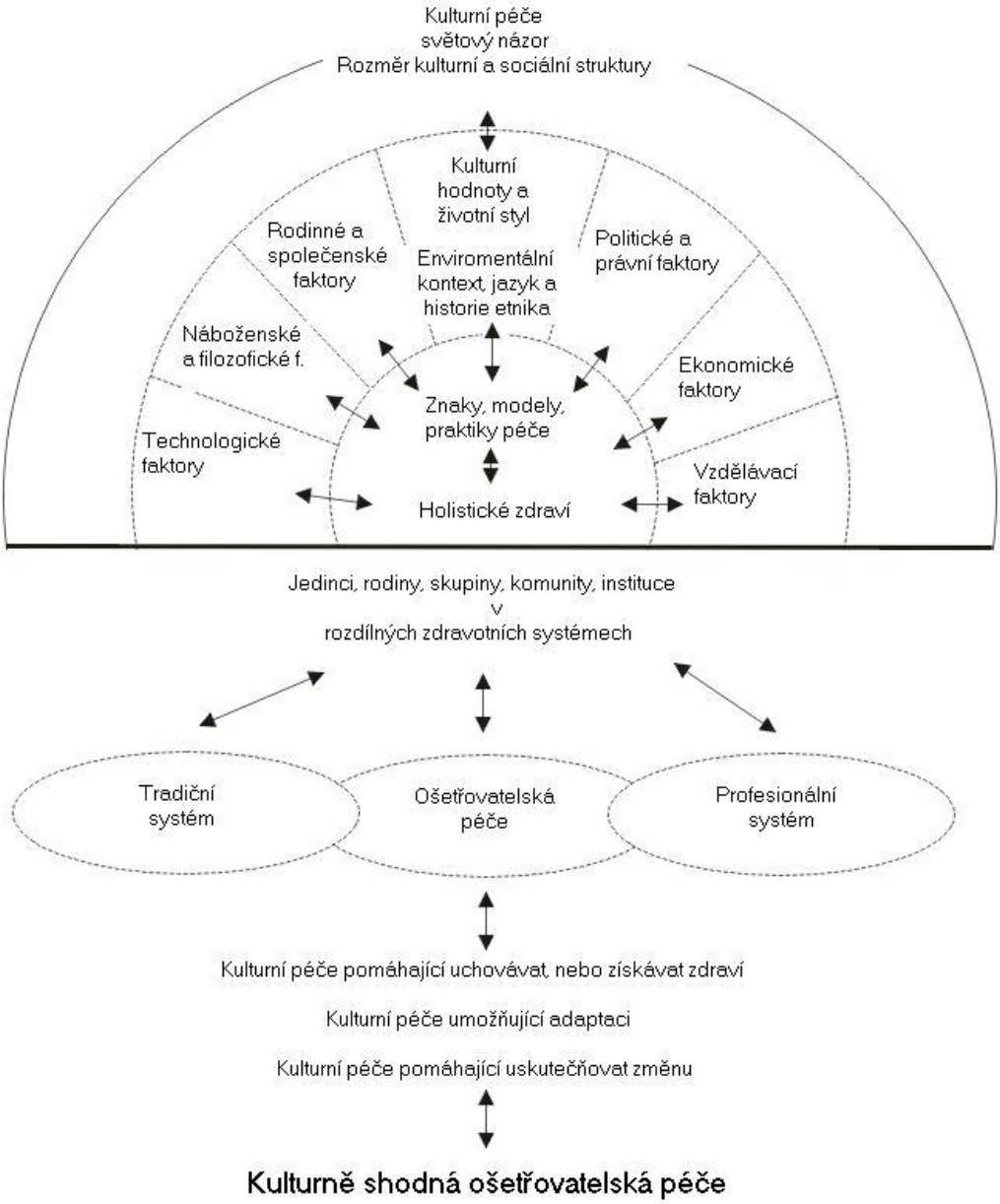
P II Vývoj počtu cizinců s trvalým pobytem a dlouhodobými pobyty nad 90 dní v ČR

P III Žádost o umožnění dotazníkového šetření

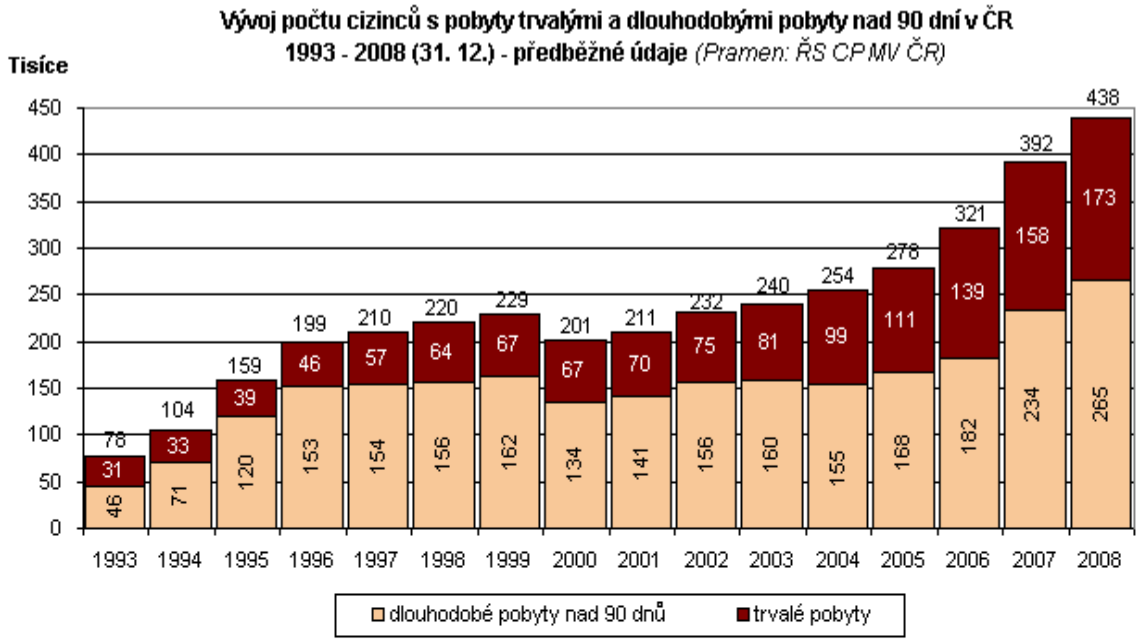
P IV Dotazník

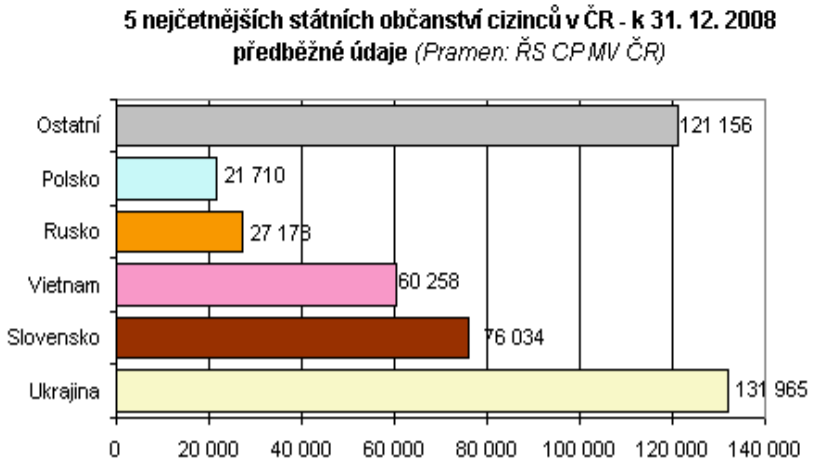
P V Standard ošetřovatelské péče u klienta jiné národnosti, etnika či kultury

PŘÍLOHA P I: MODEL „VYCHÁZEJÍCÍHO SLUNCE“ DLE M. LEININGER



PŘÍLOHA P II: VÝVOJ POČTU CIZINCŮ S TRVALÝM POBYTEM A DLOUHODOBÝMI POBYTY NAD 90 DNÍ V ČR





PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Lenka Vaculíková
Téma bakalářské práce	Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetřovatelství
Skupina respondentů	všeobecné sestry se střední zdravotnickou školou všeobecné sestry s vysokou školou
Pracoviště	různá oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 11. 2009

....
Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)
....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Lenka Vaculíková a jsem studentkou třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně – studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra. Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila téma Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetřovatelství. Cílem této práce je zjistit informovanost všeobecných sester o odlišnostech v péči o jednotlivé etnické a náboženské skupiny, zmapovat zájem sester o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství a zjistit jak zdravotníci hodnotí své jazykové schopnosti.

Proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní, a jehož výsledky výzkumu budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Následující položky jsou uzavřené i otevřené. Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte nebo doplňte.

Vyplněný dotazník, mi prosím odevzdejte.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Jste muž nebo žena?
   A) muž
   B) žena

2. Kolik je Vám let?
   A) 19-30
   B) 31-40
   C) 41-50
   D) 51-65

3. Jak dlouho pracujete v nemocnici?
   A) méně než 5 let
   B) 5-10 let
   C) 11-20 let
   D) více než 20let

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
   A) SZŠ – obor Všeobecná sestra (Zdravotní sestra apod.) – ukončeno maturitní zkouškou
   B) VŠ – obor Všeobecná sestra – ukončeno státní závěrečnou zkouškou

5. Měl/a jste ve škole výuku tzv. multikulturního ošetřovatelství (vysvětlující zvyky odlišných kultur)? Pokud odpovíte ne, nevyplňujte otázku č. 6.

A) ano (upřesněte, v jakém rozsahu)……
B) ne

6. Jak by jste hodnotil/a kvalitu této výuky?

A) výborně
B) chvalitebně
C) dobře
D) uspokojivě
E) neuspokojivě

7. Domníváte se, že jste dobře informován/a o kulturních zvyklostech jiných zemí?

A) ano
B) ne

8. Pokud ano, jaké informační zdroje využíváte?

A) časopisy

B) knihy

C) televizi

D) internet

E) konference na téma multikulturní ošetřovatelství

F) jiné zdroje (uveďte jaké) ……

9. Už jste někdy využil/a nebo využíváte multikulturní znalosti v praxi?

A) nikdy
B) vzácně
C) často
D) velmi často
E) neustále

10. Se kterými etnickými či náboženskými menšinami se ve své praxi nejčastěji setkáváte?

A) Vietnamci
B) Romy
C) Ukrajinci
D) muslimy
E) jinými (doplňte)……

11. U které národnostní, etnické či náboženské menšiny především bychom si měli dávat pozor na to, co kterou rukou podáváme?

A) Rusové
B) Vietnamci
C) muslimové

D) Romové

12. Kdo si Vám téměř nikdy nepostěžuje, že ho něco bolí?

A) Ukrajinec
B) Vietnamec
C) Rom
D) muslim

13. Co si představíte pod gestem, když muslim nadzvedne hlavu a mlaskne?

A) souhlas
B) nesouhlas
C) obdiv
D) pohoršení

14. Víte, co značí úsměv v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců mimo klasický projev radosti?

A) projev nezájmu
B) výraz pochopení
C) výraz omluvy či nepochopení
D) projev sympati

15. Co znamená, když Španěl udělá kroužek z prstů ve tvaru ,,Ok“ ?

A) že je vše v pořádku
B) značí nulu
C) znamení, že jiný muž je homosexuál
D) výraz obdivu

16. Co znamená mrknutí očima v průběhu rozhovoru s Vietnamcem?

A) že zpráva byla pochopena
B) že zpráva byla přijata
C) že zpráva byla přijata, ale nepochopena
D) neznamená to nic

17. Hlavní složkou, kterého náboženství je víra v reinkarnaci (znovuvtělování) ?

A) islám
B) judaismus
C) hinduismus
D) křesťanství

18. Které náboženství přísně zakazuje homosexualitu či bisexualitu?

A) judaismus
B) hinduismus
C) Svědci Jehovovi
D) islám

19. Mluvíte nějakým cizím jazykem?

A) ano
B) ne

20. Pokud ano, jakým?

A) anglický jazyk
B) německý jazyk
C) ruský jazyk
D) jiný (doplňte)…….

21. Jak hodnotíte své znalosti cizího jazyka?

A) mluvím výborně
B) mluvím velmi dobře
C) mé schopnosti jsou průměrné
D) mluvím špatně
E) mluvím velmi špatně

22. Už jste někdy využil/a nebo využíváte cizí jazyk v nemocniční praxi?

A) nikdy
B) vzácně
C) často
D) velmi často
E) neustále

23. Myslíte si, že výuka jazyků ve škole vás dokázala připravit pro komunikaci v cizím jazyce ve vaší praxi?

A) ano
B) ne (upřesněte problémy, které v této souvislosti vnímáte).....

24. Co Vás motivuje pro studium cizího jazyka?

A) setkání s cizincem a neschopnost se domluvit
B) možnost stáží v zahraničí
C) pocit, že mé dosavadní znalosti nejsou dostačující
D) sebevzdělávání
E) jiné……..

25. Navštěvujete konference – vzdělávací akce nutné pro celoživotní vzdělávání?

A) ano
B) ne

26. Navštívil/a jste někdy nějakou vzdělávací akci k tématu „multikulturní ošetřovatelství“?

A) ano (upřesněte jakou/jaké)……
B) ne

27. Ocenil/a by jste nějakou vzdělávací akci k doplnění znalostí o jiných kulturách?

A) ano (upřesněte jakou, např. konferenci, přednášku atd.)……
B) ne

28. Z oblasti multikulturního ošetřovatelství bych měl/a zájem doplnit si informace typu:

……
……
……

29. Volná odpověď - zde můžete uvést svůj pohled na problematiku multikulturního ošetřovatelství:

……
……
……
……

PŘÍLOHA P V: STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U KLIENTA JINÉ NÁRODNOSTI, ETNIKA ČI KULTURY

Platnost od: 2010	**Krajská nemocnice T. Bati, a. s.** Ošetřovatelský standard	Č.
Aktualizace: Dle potřeby	Předmět/Výkon/ Procedura **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA JINÉ NÁRODNOSTI, ETNIKA ČI KULTURY**	Strana procedury 1/12

Definice

V dnešní společnosti se stále více setkáváme s příslušníky jiné národnosti, etnika či kultury. Proto je nezbytné, aby byl zdravotnický personál těmto občanům schopen poskytnout kvalitní, odbornou a kulturně podmíněnou ošetřovatelskou péči a správným bio-psycho-sociálním přístupem tak zlepšit zdravotní stav pacienta.

Cíl

- zajistit kulturně kongruentní péči klientům různé národnosti, etnika či kultury
- poskytnout odbornou péči
- vhodnými postupy zlepšit léčebný efekt
- zamezit diskriminaci pacienta a jeho rodiny

Kompetence

- dle zákona č. 96/2004 Sb., a vyhlášky č. 424/ 2004 Sb.

Zásady správné komunikace s klientem jiného etnika či kultury:

Při komunikaci a poskytování péče klientovi jiného etnika či kultury je třeba zohledňovat jeho etické a kulturní hodnoty, názory a praktiky.

Obecné zásady komunikace s cizincem:

- Zjisti, zda je možné komunikovat v třetím jazyce (AJ/NJ), jak jej klient zná, nebo zda je potřeba zajistit tlumočníka.
- Mluv pomalu, jasně, zřetelně, artikuluj, ale nekřič.
- Používej pomůcky ke zlepšení komunikace – obrázky, gesta.

- Zopakuj klientovi poskytnuté informace.
- Zajisti zpětnou vazbu a ověř si, zda nás klient pochopil správně.
- Používej jednoduché věty, vyhni se souvětím.
- Všímej si, kterým slovům klient nejlépe rozumí a ta používej.
- Pokud je to možné, nauč se pozdrav v řeči klienta, projevíme tak zájem a vyvoláme v klientovi pocit důvěry.
- Jestliže nám není přesně jasné, co chtěl klient říci, je vhodné ho požádat o zopakování informací (např. jinými slovy).
- Nespěchej, ponechej čas k vyjádření.
- Sleduj neverbální příznaky strachu, obav, nepokoje a bolesti, protože jejich projev může být kulturně zkreslený.
- Vyhýbej se při komunikaci medicínským výrazům a zdravotnickému slangu.
- Používej piktogramy.

Zásady komunikace přes tlumočníka:

- Mluv pomalu v krátkých větách, ponechej čas tlumočníkovi, aby mohl přeložit text.
- Otázky adresuj přímo na klienta nikoli na tlumočníka.
- Trvej na tom, aby tlumočník překládal přesně, co klientovi říkáme a nemodifikoval překlad.
- Zajisti potřebné doklady, nutné k umožnění komunikace přes třetí osobu – tlumočníka

Obecné zásady péče o klienta odlišné kultury:

- Najít vhodný způsob komunikace.
- Rozpoznat a vážit si kulturních odlišností.
- Chápat kulturní důvody chování klienta .
- Naslouchat a učit se dříve, než začneme radit.
- Cítit s klientem odlišné kultury.
- Projevovat úctu ke klientovi a jeho kultuře.
- Mít trpělivost.
- Analyzovat své chování.

Vybraná specifika ošetřovatelské péče u klienta jiné národnosti, etnika či kultury.

Níže uvedená specifika u klientů jiné národnosti, etika či kultury byla vybrána na základě výrazné specifiky v oblasti ošetřovatelské péče a z důvodu častějšího pobytu těchto menšin ve zdravotnických zařízeních v ČR oproti jiným etnickým, náboženským či kulturním menšinám. Je třeba si ovšem uvědomit, že každý jedinec je přísně individuální bytost a to se odráží i na jeho individuálních potřebách v každé oblasti ošetřovatelské péče.

MUSLIMOVÉ	
Vnímání zdraví	Islám říká, že smrt a život, nemoc a zdraví jsou vůle boží. Muslimové zpravidla vnímají své zdraví velmi intenzivně a snaží se předcházet nemocem. Věří, že všechny nemoci stvořil Alláh, ale zároveň, že stvořil i lék na každou nemoc. Islám přísně zakazuje jakékoliv toxické látky – zejména drogy a alkohol. Základními životními hodnotami, jež vyplývají z islámu, jsou vedle víry především rodina, zdraví, poctivost a osobní čest.
Výživa a metabolismus	V Koránu je jasně napsáno, co je ve výživě zakázáno, a co naopak doporučeno. Muslimům není povoleno jíst vepřové maso, ani výrobky z něho vyrobené, včetně sádla a pokrmů připravených na sádle. Rovněž je přísně zakázán alkohol. V průběhu ramadánu se nesmí jíst ani pít před západem slunce – netýká se nemocných osob, těhotných a kojících žen a dětí do 14 let. Muslim přijímá stravu pouze pravou rukou, neboť levou ruku používá k věcem nečistým – např. při toaletě. Chléb se nesmí krájet, pouze lámat a jídlo jí muslimové většinou pouze lžící. Muslimské ženy většinou nepřijímají stravu v přítomnosti cizích mužů.
Vylučování	V islámských zemích používají zejména tzv. turecké zá-

	chody. Muslimové mají ve zvyku po toaletě použít mimo toaletní papír ještě bidet, případně sprchu a důkladně tak opláchnout genitál a oblast konečníku. Je důležité zmínit, že muslimové nesmějí na WC mluvit. Bývá to pro ně velmi nepříjemné, jestliže zdravotník stojí za dveřmi a na něco se jich ptá.
Aktivita	Muslimové bývají velmi aktivní. Islám vítá a podporuje všechny činnosti, které vedou ke zdravému myšlení, dodávají tělu čilost a udržují člověka ve zdraví.
Spánek a odpočinek	Muslimové se ke spánku ukládají po poslední večerní modlitbě a vstávají před východem slunce k první ranní modlitbě.
Vnímání - poznávání	V průběhu hospitalizace se muslimové zpravidla zajímají o svůj zdravotní stav, chtějí vědět, co se s nimi děje či dít bude. Muž doprovází svou ženu do zdravotnického zařízení, protože žena podle islámu musí mít souhlas svého manžela k vyšetření u lékaře. Rodina chce být neustále v blízkosti nemocného, modlí se s ním, nosí mu jídlo a jakýmkoliv způsobem se mu snaží zpříjemnit prostředí, ve kterém se nachází. Rodina i nemocný často preferují umístění klienta na samostatném pokoji. Závažné diagnózy jsou často rodinou záměrně tajeny. (POZOR: V českém zdravotnictví jsou informace rodině podávány až se souhlasem pacienta.) Povinností každého muslima je vzdělávat se, a to zejména v oblasti islámu. Vzdělání je dnes umožněno nejen chlapcům, ale i dívkám.
Sebepojetí	Každý muslim si je vědom posvátnosti lidského života a nutnosti chránit jeho hodnoty. Muslimové bývají velmi skromní, pokorní, přátelští a vnímaví, ale také velmi styd-

	livi, zvláště pokud jde o kontakt s opačným pohlavím a o kontakt se staršími.
Role - vztahy	V muslimských rodinách často žije více generací dohromady. Muž chrání svoji manželku, děti a ostatní ženy v rodině. Zabezpečuje finance a bývá považován za hlavu rodiny. Podle islámského náboženství je muž nadřazen ženě. Ve smyslu islámských tradic jsou rodiče vážení a respektování. Děti jsou pokladem a zřídkakdy opouštějí dům před tím, než uzavřou manželství.
Sexualita - reprodukce	V muslimských zemích je zakázána homosexualita či bisexualita, na toto chování je pohlíženo jako na hřích. V islámu není povolen předmanželský ani mimomanželský pohlavní styk. V islámské kultuře je tabu hovořit o intimních záležitostech mimo rodinu, především pak s příslušníky opačného pohlaví (lékař, zdravotní sestra). Kvůli stydlivosti muslimů by k nim zdravotnický personál měl přistupovat s co největším taktem a pochopením. Těhotenství bez manželství bývá považováno za hřích. Porod musí být veden lékařkou – ženou. Po porodu by měl být novorozenec nejprve vykoupán a teprve potom podán matce, která mu zašeptá do pravého ucha výzvu k modlitbě a do levého začátek modlitby, aby první co dítě uslyší se týkalo muslimské víry. O sedm dní později dítě dostane jméno.
Stres	Díky své hluboké víře bývají muslimové poměrně vyrovnaní a klidní lidé. Prostředkem proti stresu a jeho zvládání je pro muslimy pravidelná modlitba, proto se často při hospitalizaci táží, kterým směrem je Mekka. Velkou podporou je pro muslimy také velká soudržná rodina.

Víra	Muslimové vyznávají islám. Jedná se o monoteistické náboženství – věří v jednoho Boha. Věřící muslim se modlí pětkrát denně - před východem slunce, v poledne, odpoledne, po západu slunce a v noci. Nemocnému stačí tři modlitby za den nebo je od povinnosti modlit se zproštěn. Každá modlitba je spojena s povinností omývat se. Rituální omytí se skládá z vypláchnutí úst, očí, uší, z omytí rukou po lokty a nohou po kolena tekoucí vodou.
Jiné - Umírání	Smrt je v islámu přirovnávána ke spánku. Pitva je zakázaná, protože tělo patří pouze Alláhu. Muslimský umírající pacient si zpravidla přeje, aby byl otočený tváří k Mekce. Rodinní příslušníci vždy vyžadují přítomnost u lůžka umírajícího. Jakmile nastane smrt, tělo zabalí a otočí k Mekce nohama, poté příbuzní zahájí rituální přípravu. Pitva může být povolena, pouze je-li potřeba určit příčinu smrti, předepisují-li to zákony dané země nebo poslouží-li to k lékařským výzkumům. Příbuzným je nutné vše vysvětlit a odůvodnit, proč se pitva provádí.

ROMOVÉ	
Vnímání zdraví	Život a zdraví jsou pro Romy nejvyšší hodnotou.
Výživa a metabolismus	Jídlo bývá pro Romy symbolicky spjato s postavením rodiny. Jeho složení se téměř vždy odvíjí od možností a podmínek prostředí, ve kterém se romské skupiny právě pohybují. Příprava jídla má ovšem svá specifika a přísná pravidla – zejména hospodyně by při ní měla mít dobrou náladu, aby se ti, co potom pokrm jí, cítili příjemně.
Vylučování	U Romů nebývají žádná významná specifika v oblasti vylučování. Tato oblast je individuální.
Aktivita	Romové bývají velmi společenští a kulturně aktivní. Ne nadarmo se říká, že rytmus mají v krvi, a proto tanec a hudba má pro ně velký význam. Hudbu často poslouchají i v nemocnicích, napomáhá jim v uzdravovacím procesu.
Spánek a odpočinek	Romové mívají rádi aktivní styl života, zdržují se v komunitách, rádi se baví a zapojují do společenských akcí. Spánek pro ně nebývá hlavní prioritou.
Vnímání - poznávání	Romové a zejména romské ženy bývají velmi citliví na bolest, nahlas sténají a často vyjadřují nesouhlas s provedením různých bolestivých výkonů.
Sebepojetí	Romské rodiny drží vždy spolu, vnímají se navzájem velmi pozitivně a jakákoliv záležitost, např. nemoc blízkého, se týká celé komunity. Bývají velmi emocionální a své postoje, názory a emoce dávají zřetelně najevo.
Role - vztahy	Základem romské společnosti je rodina. Bývá zde typické soužití několika generací, jejich soudržnost a vzájemná podpora. Nejvyšší postavení má vždy nejstarší muž, přičemž váženost každého člena rodiny stoupá s věkem. Postavení ženy bývá ovlivněno počtem dětí, které má – čím více, tím je uznávanější. Mezi celou rodinou, zejména

	však mezi matkou a dětmi, je velké citové pouto. Romská žena bývá vychovávána tak, aby se dokázala postarat o rodinu a má často ekonomicky důležitější roli než muž. Romský muž bývá uvnitř i navenek hlavou rodiny a rovněž ochráncem prestiže rodiny. Pro romskou rodinu bývá nemyslitelné dát děti do dětského domova nebo rodiče do domova důchodců.
Sexualita - reprodukce	Na rozdíl od většinové populace, jejíž reprodukce je v záporných číslech, je reprodukce romské populace progresivní. Romové kladou zvláštní důraz na dobu prenatálního vývoje dítěte. Proto jsou romské ženy v řadě věcí omezovány – např. zpravidla nenosí žádný náhrdelník, aby dítě nemělo omotanou pupeční šňůru kolem krku, neměly by se podívat na žádného odpudivého tvora ani na zesnulého. Ovšem na druhou stranu jim bývá dopřáno jakékoliv jídlo i alkohol.
Stres	Romové bývají velmi nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu, je proto potřeba velmi dobrý psychologický přístup a značná míra empatie zdravotníků. Romové, situace, ve kterých se nachází velmi citově prožívají, obzvláště pak při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.
Víra	Romové jsou považováni za kočovný národ, který se k nám přistěhoval z Indie. Předpokládá se tedy, že hodnotový systém Romů vychází z indického náboženství. Přesto dnešní Romové žijící u nás se hlásí ke křesťanství a jsou často velmi oddáni Bohu. Ovšem je potřeba vzít na vědomí, že i prvky hinduismu se u dnešních Romů stále vyskytují. Nesmíme však zapomínat na to, že víra člověka je vždy přísně individuální a nelze ji zobecňovat.

Jiné - Umírání	Umírání člena rodiny je pro Romy velmi nešťastnou událostí, často trpí spolu s nemocným, jsou u něj neustále přítomni a až do poslední chvíle ho podporují a jsou v jeho blízkosti. Ženy projevují svou lítost dlouhým usedavým pláčem. Romové věří na duchy mrtvých. Jsou přesvědčení, že okolo lůžka mrtvého se scházejí duchové zemřelých příbuzných a jeden z nich odvádí zemřelého na onen svět. Duchy vidí jen umírající. Romové zpravidla věří, že duše zůstává až do pohřbu v těle mrtvého, stává se proto, že zemřelého hlídají po tři dny a noci než bude uskutečněn smuteční obřad. Smutek většinou drží příbuzní zemřelého celý rok.

VIETNAMCI	
Vnímání zdraví	Většinou se přiklánějí k lidové medicíně formou konzumu bylin, která se opírá o taoistickou filosofii. Tato filozofe, popisuje dvě navzájem opačné a doplňující se síly, které se nacházejí v každé živé i neživé části vesmíru. Jedná se o jin a jang, přičemž energie jin je negativní, charakterizována temnotou a chladem, a energii jang, která je pozitivní a představuje světlo a teplo. Pokud jsou tyto energie v rovnováze je člověk zdravý. Při nadbytku energie jin je člověk údajně nervózní a má žaludeční potíže. Při nadbytku jang se má objevit dehydratace, nevolnost a horečka.
Výživa a metabolismus	Vietnamská kuchyně je založena zejména na přípravě pokrmů z rýže. Typické je i používání různých druhů koření a sojových omáček. Pro Vietnamce bývá v kuchyni nepostradatelná zelenina. Vietnamci často jí pomocí hůlek a každý druh potravy je servírován zvlášť v nádobě – nejčastěji v misce. Při nemoci preferují teplé, lehce stravitelné jídlo. Odmítají studené. Hodně pijí, a to zejména vodu a teplé čaje. Stolování má pro tuto národnost zásadní význam, proto je třeba klást na výživu velký důraz a zabezpečit zejména přísun teplých tekutin po celý den. Je důležité si uvědomit, že většina Vietnamců není zvyklá na mléko a sýry, ty jim páchnou a způsobují jim zažívací potíže. Většinou nechávají v misce trochu jídla, jako projev úcty.
Vylučování	Z důvodu velké stydlivosti Vietnamci preferují používání záchodu před podložní mísou nebo močovou lahví. Rovněž je potřeba zajistit dostatečné soukromí při vyprazdňování.
Aktivita	Vietnamci se snaží o nenápadnost, většinou uznávají pocity a práva jiných, proto se vždy snaží chovat velkoryse a tak, aby nikoho neomezovali a nikomu neuškodili. Bývají ovšem společensky aktivní, i když v jejich případě to nutně

	nemusí znamenat bouřlivé oslavy na veřejnosti. Preferují své zvyky a uznávají vlastní kulturu a zejména hudbu.
Spánek a odpočinek	Vietnamská kultura spánek bere jako nedílnou součást uzdravovacího procesu.
Vnímání - poznávání	Vietnamci většinou dobrovolně nepožádají o analgetika, nejčastěji ze strachu z návyku a vedlejších účinků.
Sebepojetí	Vietnamci jsou velmi stydliví a to zejména ženy. Typické pro vietnamské muže bývá dlouhý nehet na jednom nebo obou malíčcích ruky. Je to pro ně výraz bohatství a dávají tak veřejnosti najevo, že oni nemusí fyzicky pracovat. Vietnamci se velmi často usmívají, ale úsměv ne vždy značí pouze výraz radosti. Může znamenat omluvu, a to zejména v případě, že dotyčný nerozumí projevu mluvčího, např. zdravotní sestry. Často se úsměvem snaží zmírnit nepříjemnou situaci, ve které se nachází.
Role - vztahy	Rodinné vztahy bývají velmi pevné a silně provázané. Rodina má pro Vietnamce velkou životní hodnotu. Pro vietnamskou rodinu bývá typická její uzavřenost. Hádky jsou v rodině téměř nepřípustné. Dominantní postavení má zpravidla muž.
Sexualita - reprodukce	Vietnamci bývají velmi zdrženliví a preferují soukromí, např. líbání milenců na veřejnosti je pro ně nepřípustné. Běžné je pouze objímání mezi přáteli. Vietnamské rodiny dávají přednost plánovanému rodičovství a často se stává, že preferují narození chlapce. V těhotenství bývají vietnamské ženy velmi zodpovědné. Je nutné jim však zdůraznit důležitost preventivních prohlídek, sami je většinou nevyhledávají. Přirozený porod bývá upřednostňován před císařským řezem. Stává se, že

	odmítají tišení bolesti v průběhu porodu.
Stres	Vietnamci preferují harmonii, proto se zpravidla vyhýbají konfliktům. Snaží se o nenápadnost, většinou se chovají tiše a poslušně. Vietnamští pacienti často vyžadují, aby o jejich zdravotním stavu byli informováni jejich rodinní příslušníci, kteří jsou často toho názoru, že není vhodné sdělovat závažná fakta o stavu pacienta bez konzultace s hlavou rodiny. Rodina si často nepřeje, aby byl pacient ve stresu a měl ještě více obav.
Víra	Většina Vietnamců vyznává buddhismus, ovšem nemusí to být pravidlem.
Jiné - Umírání	Vietnamci upřednostňují umírání v domácím prostředí, s tím, že o terminálně nemocnou osobu se stará většinou nejbližší žena v rodině, která bývá povinna jí denně zajistit koupel a teplé jídlo.