

Problematika vzdělávání nelékařského personálu v rámci komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik v nemocničním zařízení

Kateřina Wesleyová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Wesleyová**
Osobní číslo: **H11942**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Andragogika v profilaci na řízení lidských zdrojů
v neziskové sféře**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Problematika vzdělávání nelékařského personálu
v rámci komunikačních a kulturních bariér při péči
o pacienty odlišných etnik v nemocničním zařízení**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BENEDICT, Ruth. Kulturní vzorce. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-720-3212-7.

DEVITO, Joseph A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9988-8.

FERJENČÍK, Ján. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Polepilová
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce:

9. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 9. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
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
30.4.2015



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 nevydávalečně 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 vzdělávacímu 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). *Opírá-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 jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá problematikou zdravotnického personálu ve vztahu k cizincům s cílem zjistit jejich postoj, komunikační dovednosti, znalosti spojené s danou kulturou či náboženstvím. Bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá základními pojmy v oblasti multikulturního ošetrovatelství, vznikem a historií transkulturního ošetrovatelství, dále také systémem zdravotní péče v České republice a specifikací komunikace s cizinci jako pacienty. Praktická část je zaměřená na analýzu, která probíhala formou dotazníků s respondenty z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Kde bylo zjišťováno, jaký postoj si chovají zdravotní sestry k pacientům odlišné kultury, do jaké míry jsou informovány o specifických potřebách pacientů jiných národností, zájem o vzdělávání v této oblasti a jejich jazykové znalosti. Následným vyhodnocením anonymních dotazníků byla získána data pro zpracování závěrů.

Klíčová slova: transkulturní ošetrovatelství, cizinec, etnikum, pojištění, komunikace, tlumočnick

ABSTRACT

This work deals with the relationship between hospital staff and foreign patients. The goal is to find out what is the staff's attitude towards foreigners, their knowledge of culture and religion and their communication skills in foreign languages. This bachelor's paper is divided in two parts- theoretical and practical one. The theoretical part deals with several terms such as- multicultural nursing, the origin and history of transcultural nursing, the system of health care in the Czech Republic and at last but not least this work deals with the specific communication with foreigners as patients. The practical part is focused on analysis done through questionnaires with respondents from the County Thomas Baťa Hospital in Zlín. Through this questionnaire I tried to find out what is the nurses' attitude towards patients of other belief, the level of being informed of the specific needs of these patients and the nurses' interest of being educated in this topic as well as in language skills. By the final analysis of the anonymous questionnaires I gained the data for processing the final conclusion.

Keywords: transcultural nursing, foreigner, ethnicity, insurance, communication, interpreter

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Renatě Polepilové za její rady, ale také její čas a ochotu. Dále za její konzultace, které mi poskytovala v rámci svého volného času. Také chci poděkovat svým nejbližším za jejich podporu při psaní práce a při mém studiu.

Motto:

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči“

Madeleine Leiningerová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MULTIKULTURNÍ POJMY	12
1.1 KULTURA	13
1.1.1 Fáze kulturního šoku:	15
2 MULTIKULTURNÍ PŘÍSTUPY VE ZDRAVOTNICTVÍ	16
2.1 HISTORIE MULTIKULTURNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	16
2.2 CHARAKTERISTIKA TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ	16
2.2.1 Faktory ovlivňující transkulturní ošetřovatelství	17
2.3 MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ	17
2.4 MODEL JOYCE NEWMAN GIGEROVÉ, RUTH DAVIDHIZAROVÉ.....	18
3 AKTUÁLNÍ PŘEHLED MENŠIN NA ÚZEMÍ ČR	19
3.1 ČESKÁ REPUBLIKA A MIGRACE	19
3.1.1 Národnostní menšiny u nás v ČR.....	19
3.2 NEJPOČETNĚJŠÍ MINORITY NA ÚZEMÍ ČR.....	20
3.2.1 Romové	20
Komunikace Romske minority	21
Romové a náboženství	21
Romové – zdraví a nemoc	22
Romové a hospitalizace	22
3.2.2 Vietnamci	22
Vietnamci a komunikace	23
Vietnamci a náboženství	24
Vietnamci – nemoc, zdraví a hospitalizace	24
3.2.3 Ukrajinci.....	25
Ukrajinci a komunikace	25
Ukrajinci a náboženství	26
Ukrajinci – zdraví nemoc a hospitalizace	26
4 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	27
4.1 CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE	27
4.2 DRUHY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	27
4.2.1 Veřejné zdravotní pojištění	27
4.2.2 Smluvní zdravotní pojištění	28
4.3 PRÁVA A POVINNOSTI CIZINCŮ PŘI ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR.....	29
4.3.1 Pojištěnci veřejného zdravotního pojištění	29
Práva účastníka na veřejném zdravotním pojištění.....	29
Povinnost účastníka veřejného zdravotního pojištění.....	30
4.3.2 Pojištěnci dlouhodobého smluvního pojištění	31
Práva pojištěnce dlouhodobého smluvního pojištění.....	31
Povinnosti pojištěnce dlouhodobého smluvního pojištění.....	31
4.4 BEZPLATNÉ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA ZÁKLADĚ MEZINÁRODNÍCH SMLUV	31
5 SPECIFIKA KOMUNIKACE	33

5.1	KOMUNIKACE.....	33
5.1.1	Verbální komunikace	34
5.1.2	Neverbální komunikace	35
5.2	INTERKULTURNÍ KOMUNIKACE.....	37
5.2.1	Interkulturní komunikace ve zdravotnictví	37
5.3	KOMUNIKACE V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ	38
5.4	KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ	39
5.4.1	Komunikační bariéry.....	39
5.5	DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI S PACIENTY CIZINCI.....	40
5.5.1	Doporučení pro komunikaci.....	40
5.6	ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY KOMUNIKACE V TRANSKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ	41
5.7	KOMUNIKAČNÍ KARTY (PIKTOGRAMY)	42
5.8	KOMUNIKACE S CIZINCI PROSTŘEDNICTVÍM TLUMOČNÍKA	42
5.8.1	Doporučení pro komunikaci s pacientem zprostředkovanou tlumočnickem.....	43
II	PRAKTICKÁ ČÁST	44
6	VÝZKUMNÁ ČÁST	45
6.1	CÍLE VÝZKUMU	45
6.2	METODICKÝ POSTUP.....	45
7	ANALÝZA DAT	47
8	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ	69
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Jsme členy Evropské unie a každý den se setkáváme s lidmi jiné kultury, jiné národnosti nebo etnické příslušnosti. Kultury se vzájemně potkávají na veřejném prostranství, ale také na našem pracovišti, ať už jako kolegové nebo zákazníci, klienti, pacienti atd. Téma migranti jsou v dnešní době pořád aktuální a dlouho také budou, protože žijeme v moderním světě a všechno kolem nás jde rychle dopředu, z čehož nám plyne, že jedinec s odlišnou kulturou, než je ta naše, nám nebude už připadat jako něco divného a ohavného, ale budou to lidi, kteří žijí vedle nás a žijí stejně jako my. V některých případech a v praxi to bohužel funguje jinak, proto jsem si také vybrala téma mé bakalářské práce „Problematika vzdělávání nelékařského personálu v rámci komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik v nemocničním zařízení“. Nemocnice je centrem dění, kde se kultury střetávají každý den a já jsem toho svědkem. Jsem zaměstnancem Baťovi nemocnice ve Zlíně a ze své zkušenosti vím, že je neustálým problémem komunikace mezi sestrami a cizinci jako pacienty. Mezi námi je velmi málo zdravotnického personálu, který by ovládal cizí jazyk na dokonalé úrovni, aby předešel zbytečnému konfliktu a frustraci na pracovišti. Dalším hlavním problémem jsou informace, které se týkají specifických potřeb pacientů jiné národnosti nebo etnické příslušnosti, ty jsou bohužel v mnoha případech nedostačující. Má práce se tedy v teoretické části zaměřuje na vznik a vývoj multikulturního ošetrovatelství, ze kterého vyplývají multikulturní bariéry, na nejpočetnější a nejčastější migranty, se kterými můžeme přijít běžně do kontaktu, ale také na problematiku v rámci komunikace ve zdravotnictví. Výzkumnou částí chci tedy zjistit respektování specifík daných kultur, zájem o vzdělávání sester a jejich zkušenosti ať už s využitím náhradních komunikačních prostředků nebo jejich znalosti cizího jazyka.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ POJMY

Problematika multikultury vychází z níže uvedených pojmů, které si veřejnost mnohdy vysvětluje v rozporu s jejich skutečným významem. Jednotlivé pojmy se prolínají a navzájem na sebe navazují, je tedy nutné brát je jako celek (Ivanová a kol., 2005, s. 19).

- **Etnikum, etnická skupina**

První zmínky o etniku přicházejí ze starého Řecka, kde ethnos považovali Řekové za rasu a národ. Jsou to skupiny lidí s různými kulturami. Je to tedy skupina se společným původem, mají společné prostorové teritorium (Novotná, 2008, s. 9). Etnikum užívá určitého jména a je určitým jménem označováno. Pro příklad si můžeme uvést „Inuité“, kteří jsou nazýváni Eskymáky (Nováková, 2008, s. 9).

- **Etnická skupina**

Sociální skupina neboli společenství lidí, které má stejnou kulturu, společné specifické rysy – jazykové, náboženské, barvu pleti, stejný národní původ. Jde o předávání dědictví z generace na generaci. Etnické skupiny mají v podstatě společný historický vývoje, ve kterém se vytvářejí společné kulturní znaky (Novotná, 2008, s. 10).

- **Etnicita**

Etnicitou rozumíme identitu jedince a jeho příslušnost ke skupině, která je dána určitými kritérii. Jedinec získává etnicitu už při svém narození. Etnicita je tedy souhrn vlastností a znaků, utvářející etnikum. Abychom si svoji etnicitu uvědomovali, musíme přijít do vzájemné interakce s lidmi, kteří se od nás liší (Ivanová a kol., 2005, s. 20).

- **Etnické vědomí**

Etnické vědomí jsou názory na původ, vlast, naše postavení, na naši historii, je to také pohled na etnikum a jeho místo mezi ostatními etniky. Vnímáme svoji kulturu, svůj jazyk, žijeme s tím, odkud pocházíme (Nováková, 2008, s. 10). Etnické vědomí je také psychickým stavem, jako každé vědomí, proto je doprovázeno emocemi (Průcha, 2001, s. 19).

- **Etnocentrismus**

Je negativní postoj jedince nebo skupiny lidí jedné kultury ke druhé. Je to také tzv. povýšení našeho etnického vědomí nad jiným etnikem. Nebo také o nepochopení a nerespektování jiné kultury, než té naší (Nováková, 2008, s. 10).

- **Národ**

Národ je v mnoha názorech nelehké definovat, je to uvědomělé kulturní a politické společenství, kde jsou největším vlivem na jeho vznik a utváření společné dějiny a území. Je to společný dům, který je nazýván vlastí, kde je společný jazyk a svazky (Průcha, 2001, s. 21). Národ má tři kritéria, podle nichž je identifikován:

- a) **Kritérium kultury:** spisovný jazyk, společné náboženství a dějiny,
- b) **Kritérium politické:** národ má svůj vlastní stát nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě,
- c) **Kritérium psychologické:** silné národní uvědomění - vlastenectví (Nováková, 2008, s. 10).

- **Národnost**

Národností chápeme příslušnost k určitému národu. Statistická komise OSN, doporučuje brát národnost jako příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, jazykem a náboženstvím, které ji odlišuje od ostatní populace (Ivanová a kol. 2005, s. 22).

- **Národnostní menšina**

Je malé etnikum bez vlastního národního státu nebo jde část velkého národa sídlícího na území jiného státu (např. Romové). V České republice **zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, vymezuje pojem národnostní menšina v § 2 takto:** Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi (Nováková, 2008, s. 11).

1.1 Kultura

Kultura pochází už z dob středověké antiky, kde byla spojována s obděláváním půdy. Kulturou se však začal zajímat římský filozof Marcus Tullius Cicero, který ve svých Tuskulských hovorech nazval filozofii kulturou ducha. Tím vznikl začátek pojetí kultury (Ivanová a kol. 2005, s. 26). Kultura také značí významy, hodnoty a společenské normy, podle kterých se jedinci řídí ve společnosti a jsou předávány dalším generacím (Průcha,

2001, s. 32). Kultura je obdivuhodná tím, jak velkou má rozmanitost (Ivanová, 2005, s. 26).

- **Enkulturation**

Enkulturation je jednoduše řečeno předávání kulturních významů, kde hraje v hlavní roli každá společnost, která se musí starat o to, aby předala další generaci významy a interpretaci světa. Člověk, který se do své kultury narodí, musí porozumět významům kolem sebe, které ho obklopují, bez toho není schopen ve společnosti žít, protože by jí nerozuměl (Ivanová, 2005, s. 29).

- **Akulturation**

Akulturation jsou tzv. vědomé i nevědomé změny v kulturních vzorech, které vznikají při častém kontaktu dvou odlišných sociokulturních systémů (Ivanová, 2005, s. 29). Svůj podíl na tom mají osudy, tragédie malých nebo velkých národů, kmenů a etnik. Akulturation přebírá a zároveň vylučuje prvky jiných kultur (Průcha, 2001, s. 34).

- **Asimilace**

Asimilace je tzv. přizpůsobování se většině kolem nás a jejich zvykům. Je to postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tím, že se znaky dané kultury postupně vytrácejí a nahrazují je znaky nové kultury. Asimilace může být dobrovolná nebo vynucená chováním dané společnosti. Při asimilaci nejsou jedinci vytvářeny žádné speciální podmínky, protože asimilace většinou probíhá, aniž by o ní jedinec nebo skupina věděli (Ivanová, 2005, s. 30).

Kulturní šok

Kulturním šokem máme na mysli, když se například jedinec ocitne v jiném kulturním prostředí, než je zvyklý a může tak pro něj nastat nepříjemná situace. Kulturní šok má fyzické i emocionální příznaky. Objevují se u lidí, kteří přicházejí žít do jiné země, která je kulturně odlišná od té jejich. Člověk má potíže s jazykem, s chováním druhých lidí kolem sebe, má strach o svoji bezpečnost (Bäumelová a kol, 2011).

1.1.1 Fáze kulturního šoku:

Nadšení – Jedinec se těší na nové začátky, vše je pro něho lákavé a neobvyklé. Jsou zde první znaky kultury, které vstřebává.

Frustrace – Jedinec začíná více komunikovat, ale zároveň vzniká frustrace z neporozumění, kritizuje a odsuzuje.

Obrat – Člověk si prošel dvěma cestami a to nadšením a zároveň frustrací, což ho dovedlo k obratu, kde konečně začal chápat, snaží se být něco víc, nevzdal se, věci začínají fungovat, přicházejí první úspěchy.

Přizpůsobení – V této fázi začínají věci ve vašem životě více a více fungovat a nabírají nový směr, prostředí už pro vás není tak nepřátelské, jak vám doposud připadalo, ale chápete ho, že je jen jiné a nový svět a nová kultura, vám nabízejí mnohem větší možnosti, o kterých jste netušili a jdete vstříc novým zkušenostem.

Návrat – Fáze návratu je většinou z nás určitě známá, protože se jedná o fázi, kdy se člověk vrací ke své staré kultuře a jakmile se v ní ocitne, tak není schopen běžného fungování, protože si stihl navyknout na novější, lepší a mnohem atraktivnější možnosti v jiném světě, v jiné kultuře. Po návratu do známého prostředí mohou nastat dvě situace v závislosti na síle prožitku z druhé kultury. Jedinec se adaptuje okamžitě nebo problém s návratem zpět přetrvává do konce života (Ivanovová, 2006).

2 MULTIKULTURNÍ PŘÍSTUPY VE ZDRAVOTNICTVÍ

V posledních letech se migrace natolik vystupňovala a rozšířila, že už je problémem celého světa. Každý migrující člověk má k migraci důvod a to politický, ekonomický, sociální a studijní. Cizince tedy nepotkáváme jen při památkách, ale jsme s nimi v kontaktu i ve zdravotnickém zařízení, kde lékaři a sestry musí ošetřit spoustu pacientů jiných etnik (Bittnerová, 2010). Multikulturní přístup má opačný přístup a postoj z hlediska diskriminace a rasismu, je tedy nástrojem, jak předejít etnocentismu (Nováková, 2008, s. 19).

2.1 Historie multikulturní péče ve zdravotnictví

Od vzniku multikulturní péče uběhlo už 50. let. Při vzniku oboru byla v popředí Madeleine Leiningerová, která se snažila plout proti proudu, měla tak pocit, že při péči o nemocné schází určitá dimenze. Multikulturní péče má své začátky u dětí, se kterými přišla M. Leiningerová do styku na psychiatrii v USA, kde působila jako zdravotní sestra. Všimla si všemožných odlišností mezi dětmi. Jeden z hlavních rozdílů byl jejich původ a výchova. Některé si hráli příliš tiše oproti jiným, byl také rozdíl i v přístupu k lékům. Úlohou multikulturní péče tedy bylo praktické zaměření a plnění úkolů pro společnost. Vypukl tak nový boom a začaly se dávat dohromady učební texty a zvyšoval se zájem sester o nový obor. Rok 1974 byl významný svým založením Společenství pro transkulturní ošetřovatelství s mottem „Mnoho kultur – jeden svět“. V roce 1989 začala společnost udělovat certifikáty sestrám, které získávaly kvalifikaci, aby mohly poskytovat kvalitní multikulturní péči pacientům různých odlišných kultur. 90. Léta přinášejí větší zájem sester o kulturní péči a zároveň přibývají pozitivní postoje k jiným kulturám i v medicíně (Mastiliaková a kol., 2003, s. 10-11).

2.2 Charakteristika transkulturního ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství je praktický a teoretický obor, který se zabývá rozdíly při péči různých kultur a jejich hodnot, zvyklostí a přesvědčení, ale také je jeho cílem poskytovat smysluplnou péči v nemoci i ve zdraví. Snaží se také naplňovat lidské potřeby, aby se tak předcházelo k negativnímu a pasivnímu postoji pacienta – cizince, který by přestal při péči spolupracovat. Transkulturní ošetřovatelství se také zabývá lidskými právy, která jsou podstatou transkulturního ošetřovatelství. Každá kultura chce být při péči respektována, což považují za své právo. Pro sestru by tedy mělo být normální, aby se

zajímala o specifika pacientovy kultury, aby se předcházelo zraňujícímu chování. Transkulturní ošetřovatelství ve své podstatě vychovává novou generaci sester, které mají rozhled a zkušenosti, znalosti, ale hlavně pochopení pro multikulturní svět (Mastiliaková, 2003, s. 6 -7).

2.2.1 Faktory ovlivňující transkulturní ošetřovatelství

Jedná se o faktory, které přispívají k utváření potřeb multikulturního ošetřovatelství v celém světě (Mastiliaková, 2003, s. 8) :

- Trvalý vzestup populační migrace,
- kulturní míšení,
- nárůst kulturního vědomí,
- zavádění moderní zdravotní techniky,
- kulturní potyčky, které ohrožují životy,
- větší působení sester a lékařů v cizích zemích,
- zájem o lidská práva,
- obhajoba kulturních práv při péči.

2.3 Model Madeleine Leiningerové

Jak už jsme se zmínili výše, tak Madeleine Leiningerová byla jednou ze zakladatelek transkulturního ošetřovatelství a její působnost trvá dodnes. Teorii začala rozvíjet v polovině padesátých let 20. Století. Podle Leiningerové je hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství aplikace vhodné znalosti při poskytování kulturně specifické péče o lidské zdraví a lidské potřeby. Proto M. Leiningerová uplatňuje svoji transkulturní teorii a model pro větší a jednodušší pochopení. Model nazvala „**Modelem vycházejícího slunce**“, který znázorňuje teorii kulturní diverzity a univerzity ošetřovatelské péče (Špirudová a kol., 2006, s. 24-25). Model vycházejícího slunce obsahuje 3 základní složky:

- **Rozměr kulturní a sociální struktury** – jednotlivé paprsky slunce, které znázorňují technologické, náboženské, filozofické, politické, vzdělávací či rodinné faktory, ale také kulturní hodnoty. Faktory se vzájemně prolínají, a proto ovlivňují člověka souvisle. Jádrem slunce je tvořené znaky a praktikami péče, tudíž je ve vzájemném vztahu se slunečními paprsky. Faktory ovlivňují vnímání nemoci a její způsob léčby.

- **Systém tradiční a profesionální péče** – Tradiční systém se zaměřuje na způsoby péče, kterou provádějí příslušníci subkultury. Jde také o naučné a získané názory lidí, které využívají k podpoře činností jedince, skupiny nebo instituce. Profesionální systém klade důraz na profesionální péči. Snaží se zohledňovat názory majoritních částí společnosti. V profesním systému jsou v hlavní roli i sestry, které velmi často neprojevují zájem o tradiční způsoby péče. Péče sester je ovlivněna kulturou, ve které žijí a kterou jsou obklopeny, proto transkulturní ošetřovatelství učí sestry využívat jednoduchost v péči o pacienty jiného etnika.
- **Kulturní péče** – její realizace probíhá třemi způsoby, které jsou závislé na stavu a problému pacienta (Pavlíková, 2006, s. 70) :
 - Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví,
 - kulturní péče umožňující adaptaci,
 - kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu.

2.4 Model Joyce Newman Gigerové, Ruth Davidhizarové

Model kulturně ohleduplné péče, který navazuje na teorii M. Leiningerové tím, že hodnotí stav potřeb pacienta. Model byl vytvořen pro usnadnění péče poskytované pacientům jiného etnika a kultury. Model má šest základních hodnotících kritérií (Špirudová a kol, 2006, s. 51-52):

- **Komunikace** – je nejčastějším problémem při péči o pacienty odlišných etnik,
- **interpersonální prostor** – každá kultura si svůj osobní prostor vymezuje jinak, ale pokud se nerespektuje osobní zóna pacienta, může nastat problém u poskytování zdravotní péče,
- **sociální začlenění** – kritérium pro funkci a strukturu rodiny, náboženství, hodnot a víry,
- **čas** – kulturní skupina se zaměřuje na minulost, přítomnost, budoucnost,
- **ovládání prostředí** – informace o jedinci, kontrola nad vlastním zdravím,
- **biologické variace** – vliv genetiky na specifické onemocnění pro konkrétní kulturu, vnímání jedince a jeho postoj k nemoci.

3 AKTUÁLNÍ PŘEHLED MENŠIN NA ÚZEMÍ ČR

Etnická struktura v České republice nebyla takřka nikdy příliš homogenní a to proto, že už během doby, kdy Slované osídlovali území Čech a Moravy. Statistiky dneska uvádějí velmi široký rozsah etnických menšin v ČR, než je dáno v zákoně uznávaných národnostních menšin. Na území ČR žije široké spektrum etnických menšin, které denně potkáváme na ulici mezi námi, někdy mě napadá, zda jsou to už mí spoluobčané s trvalým pobytem nebo jen turisté. Mezi nejčastější etnika, která v České republice žijí, jsou Bulhaři, Chorvati, Maďaři, Němci, Poláci, Rakušané, Romové, Rusíni, Řekové, ale také Slováci a Ukrajinci. Avšak největší počty s legálním pobytem v ČR jsou Ukrajinci (cca 124 339), Vietnamci (cca 60 301) a také příslušníci romského národa (Ivanová a kol., 2005, s. 170).

3.1 Česká republika a migrace

Česká republika dříve spadala mezi země, které neměly možnost poznávat další svět. Na úkor toho nebyla zkušenost s velkým počtem národností, které zastávají jiných zvyklostí, hodnot a mají jiné tradice a komunikují jinak, než Česi (Šisková, 2011). V Českých zemích od roku 1989 zůstalo asi půl milionu Slováků. Někteří zůstali v ČR trvale a po rozdělení Československa zůstali občany ČR, jiní zůstali v Česku jako občané Slovenské republiky. Nejen Slováci, ale také Maďaři a Rumuni romské národnosti se přistěhovali do České republiky, mezi níž jsou už občané České republiky nebo cizinci. Po roce 1989 se počet migrujících výrazně změnil, otevřely se hranice a to umožnilo migrace ze států bývalého SSSR. Početné migrace už tedy nejsou žádnou novinkou a je to tzv. přirozená součást naší společnosti. Stěhování lidí z různých zemí do jiných, barva pleti, lidé odlišných kultur, bude provázet dále dnešní společnost i budoucí generace (Mastiliaková a kol., 2003, s. 41).

3.1.1 Národnostní menšiny u nás v ČR

Pojem národnostní menšiny u nás jasně vymezuje zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů (tzv. menšinový zákon). A to tak, že národnostní menšinou se rozumí společenství občanů ČR žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka, kultury a zároveň za účelem vyjádření a

ochrany zájmů svého společenství, které se historicky utvořilo. Příslušníkem národnostní menšiny je občan ČR, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti. Ústavní úpravu menšin v ČR můžeme najít také v hlavě třetí Listiny základních práv a svobod, která nese název Práva národnostních a etnických menšin. Podle čl. 3 odst. 1: „ se základní práva a svobody zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení (Petráš a kol., 2009, s. 24).

3.2 Nejpočetnější minority na území ČR

Následující podkapitoly se zabývají menšinami, které se nejčastěji vyskytují na našem území ČR, kde si řekneme, co je pro každou kulturu typické, jaké mají zvyky a náboženství. Z čehož vyplývá, ulehčení při poskytnutí zdravotní péče zdravotnímu personálu, ale i pacientům odlišných etnik.

3.2.1 Romové

Romové nebo také Cikáni jsou viděni ve všech evropských zemích, což je důvodem, proč jim nadnárodní politická instituce věnuje větší pozornost než jiným minoritním skupinám. Romská minorita je považována za největší etnickou minoritu v České republice. Odhaduje se, že počet romské minority je mezi 150 000 a 300 000 jednotlivci. Romskou minoritu řadíme do jednotlivých skupin, podskupin a rodů. Každá skupina má své zvyky, obřady, dialekt, rodové profese a způsob života.

Máme tři způsoby dělení:

- a) Dělení vnitřní - romské,
- b) dělení vnější z hlediska majoritní společnosti,
- c) dělení odborné z hlediska jazykově etnického.

Migrace romské menšiny probíhala v několika osách a skupiny Romů, se tak po Evropě rozsídlovaly nezávisle na sobě. Proto se nedá přesně určit příchod Romů. Kolem 14. Století se teprve začínají objevovat první zmínky o kočovnicích, kteří se liší barvou pokožky, oblečením, způsobem života, jazykem, hodnotami a také svým temperamentem.

Příchod a přijetí Romů bylo v minulosti v zemích ztěžováno jejich fyzickou a

kulturní odlišností, ale i jejich původem. Romské menšiny byly brány evropskými obyvateli nejprve pozitivně, předávali řadu nových řemesel, jako například nové technologie zpracování železa a kovů, ale nakonec byli na základě vydaného ediktu donuceni opustit země pod hrozbou fyzických trestů a smrti (Tóthová a kol., 2012, s. 21-26).

První spekulace o Romech v Čechách byla považována ta, která se psala v Dalimilově kronice „ O Kartasiech pohanských“. Také u nás byli Romové bráni přívětivě, ale i tady osud zasáhl a jako první represálii proti Romům nařídil tehdejší Leopold 1. Také Marie Terezie byla proti Romům velmi přísná, ale později se naopak snažila o asimilaci Romů. Dala zákaz kočovnému způsobu života a chtěla začít budovat romské kolonie. Děti byly násilím brány od svých rodičů a musely pravidelně chodit do školy. V České republice jsou Romové z hlediska sociálního profesně, sociálně i ekonomicky na nejnižší úrovni a tvoří spodní nebo okrajové vrstvy naší společnosti (nezaměstnanost, vzdělání, bydlení, životní úroveň, kriminalita). Osobní růst, posun dětí a životní kariéra jednotlivce, jsou mezi Romy brány jako vzepření se společenskému dobru (Gabal a kol., 1999, s. 153-155).

Komunikace Romské minority

Jako je pro nás tradičním jazykem čeština, tak pro Romy je to romština, ale většina z nich se často dorozumívá jazykem majority, ve které žijí. Romština je indoevropský jazyk. Temperament je hlavním znakem romské komunikace, ale také hlasitá intonace, větší gesta, kterými zdůrazňují verbální projev. Jakmile nastane konflikt, zvyšuje se intenzita hlasu a používají se velká gesta. K agresivnímu jednání dochází však málo kdy (Tóthová a kol., 2012, s. 27). Písemný projev však poněkud zaostává, protože nemá solidní úroveň gramatiky a stylizace, což jim ubírá na jejich možnostech při výběru zaměstnání (Gabal a kol., 1999, s. 158).

Romové a náboženství

Romové většinou přijímají náboženství z prostředí, ve kterém žijí. U nás v ČR je hlavním náboženským směrem křesťanství, je tedy víc než pravděpodobné, že se romská minorita přikloní k tomuto náboženství. Romové jsou však známí tím, že si potrpí na svých rituálech v magii a přírodních sil a proto si i křesťanství přizpůsobí k obrazu svému. Romové berou náboženství jako způsob života, podle kterého se mají chovat. Co se svátků

týče, tak slaví většinou svátky křesťanské, protože své vlastní nemají (Tóthová a kol., 2012, s. 31).

Romové – zdraví a nemoc

U nás je zdraví bráno jako stav fyzické a psychické pohody, kdežto Romové berou zdraví také jako sociální a ekonomické zajištění. Za zdraví považují také toleranci od společnosti, ve které žijí. Pokud jsou Romové odloučení od své rodiny díky nemoci, stávají se nesamostatnými a mají strach. Z toho potom může vyplynout agresivita a neochota spolupracovat s doktorem nebo sestrami. U Romů je známé, že jsou nedůvěřiví k lékařům, ale na druhou stranu, pokud se důvěra však projeví, vděk a laskavost jsou u nich na prvním místě. Jak všichni víme, Romové jsou velmi početná rodina, proto je těžké pro lékaře domluva s rodinou a vybrat člena rodiny, kterému budou poskytovány veškeré informace o zdravotním stavu romského pacienta. Romové jsou velmi emočně založení a dávají intenzivně najevo strach ze smrti a z bolesti a to i v případě, kdy jejich zdravotní stav není vážný. Romský pacient vyžaduje individuální přístup a je potřeba, aby jim zdravotnický personál jasně vysvětlil příčinu a průběh nemoci, aby jim Romové dostatečně ve všem rozuměli (Tóthová a kol., 2012, s. 35-36).

Romové a hospitalizace

Pro Romy je důležité, aby byla respektována jejich intimita, pokud lékaři nebo sestry nerespektují základní věci, tak to může ovlivnit fyzický i psychický stav pacienta. Zdravotníci by měli samozřejmě ke všem pacientům přistupovat stejně, tedy i k Romům. Ochota a přívětivost by měli být na prvním místě. Romové nejsou při hospitalizaci nijak problémoví, spíše naopak, nemají problém přistoupit na potřebná vyšetření a ochotně dodržují dietní režim. Nemívají ani zvláštní požadavky na pokoj nebo pohlaví spolupacienta. Jazyková bariéra se při hospitalizaci objevuje jen zřídka. Romové považují zdravotní péči v ČR za kvalitní (Tóthová a kol., 2012, s. 39).

3.2.2 Vietnamci

Vietnamský národ je známý svou hrдостí za statečnost, kdy se ubránil před největší říší, říší Velikého Chána, ale také svou lidovostí. Vietnamci považují za velkou hodnotu ve svém životě rodinu. Je to dáno hlavně vlivem dlouhodobého konfuciánství, které kladlo důraz na rodinu a její vztahy. Jsou zvyklí si prokazovat navzájem úctu, hlavně jí prokazují učitelům, rodičům a starším sourozencům, ti mají ale jako povinnost se na oplátku postarat

o níže postavené. Za doby konfucianství byl ve vietnamské rodině v popředí muž, ale díky obdivu ženské kultury, zvítězil na chvíli matriarchát. Později však společnost zachovává jako hlavu rodiny otce. Praxe však dokazuje, že ne vždy a všude musí být muž jako vedoucí osobnost, ale i ženy ve Vietnamu řídí například různé podniky a jsou na vysokých pozicích. Když srovnám naši zemi, respektive povahu našeho národa, s národem vietnamským, tak vidím obrovské rozdíly v chování vůči druhým lidem. Vietnamci mají jako základ slušného chování neztěžovat si na vlastní problémy či život, mají dojem, že by to ztěžovalo situaci druhým. Kdežto my jsme takoví, že si naopak rádi postěžujeme druhým, bez ohledu na to, jaký to na ně udělá dojem nebo vliv. Ve Vietnamu si lidé navzájem slovně nenadávají a nevyhledávají konflikty. Nehledají příležitost, aby za každou cenu druhému vytýkali chyby a zostuzovali ho na veřejnosti. Je to také základem slušného chování. Vietnamci jsou schopni utratit veškeré své úspory za vzdělání svých dětí. Je to pro ně velká hodnota. Vietnamci nás často vnímají, jako bledé tváře s ochlupením. Máme podle nich tzv. směšný vzhled. Stejně jako my vnímáme Vietnamce naprosto bez rozdílu, tak i oni nás vnímají jako nerozeznatelné, i když my Evropané máme v podstatě jinou výšku a barvu vlasů. Vietnamci se velmi často usmívají, aniž by tím chtěli vyjádřit radost nebo štěstí. Proto míváme většinou předsudky, že se hloupě usmívají a my nevíme proč a nerozumíme jim. Vietnamci se od nás také velmi liší v citovém vnímání, dotek a pohazení vnímají také jinak než my, pro ně je to jeden ze znaků sebedůvěry (Šišková, 2001, s. 100-102).

Vietnamci a komunikace

Pro Vietnamce je verbální i neverbální komunikace velmi důležitá, dávají si tak najevo vzájemné sympatie, projev úcty nebo naopak. Stisk pravé ruky s doprovodem lehkým přidržením levé ruky, je vyjádřena úcta k druhé člověku, ale pokud se podá jen ruka pravá, znamená to projev neúcty. Když bychom to srovnali s tím, jak je to u nás, tak by asi zvítězila neúcta, protože jsme zvyklí, podávat si spíše jednu ruku a to pravou. Pokud se rozhodnete někdy navštívit Vietnam, vyhněte se přímému pohledu do očí, protože je to považováno za nezdvořilost a domýšlivost. U nás v ČR je běžné, že skoro každý z nás sedíme ve společnosti s nohou zkříženou přes druhou a to i většina pánů, pro nás naprosto normální a přirozená věc, ale Vietnamci to mezi sebou vnímají, jako projev nadřazenosti (Tóthová a kol., 2010, s. 120).

Vietnamci a náboženství

Vietnamský národ je vedený několika náboženskými směry a těmi jsou: konfucianismus, buddhismus, taoismus. V mnoha rodinách je pravděpodobné, že u nich nalezneme rituální oltáře, které se dědí z generace na generaci. Nejčastěji se však ve Vietnamu objevuje buddhismus a to z cca 60 %, což je více než, polovina národa. Buddhismus má ve Vietnamu dvě podoby – Mahájánový buddhismus (severní škola) a Therávádový buddhismus (jižní škola). Ve Vietnamu ale převládá spíše Mahájánový buddhismus, který má velmi výrazné rysy jako například víra ve spasení, nauka o duši, modlitba a vyzívání k Bohu. Buddhismus je známý tím, že má své Čtyři ušlechtilé pravdy: 1. Život je utrpení, 2. Utrpení je způsobováno touhou, 3. Utrpení se lze vyhnout tím, že se člověk vyhne touze, 4. Aby se člověk vyhnul touze, musí kráčet po osminásobné cestě. Osminásobná cesta znamená: správný názor, správné myšlení, správná řeč, správný čin, správný život, správné úsilí, správné přehodnocení a správná meditace. Další náboženské směry, se kterými se můžeme u Vietnamské minority setkat, je katolicismus, animismus, uctívání předků, ale také Hoa Hao a Cao Dai, které jsou úzce spojeny a navázány na buddhismus a křesťanství (Tóthová a kol., 2010, s. 53).

Vietnamci – nemoc, zdraví a hospitalizace

Jsme odlišní v kulturách, tradicích, chování, proto tomu musí být stejně i v pohledu na nemoc a zdraví. My jsme spíše takoví, že chodíme zbytečně často k lékaři, abychom náhodou něco nezanedbali, i když situace není ve své podstatě vážná, ale Vietnamci upřednostňují zase hlavně domácí léčbu před návštěvou nebo hospitalizací v nemocnici. Pokud mají veliké bolesti a jsou neústupné, teprve v tento okamžik se rozhodnou jít k lékaři. Při péči o vietnamskou menšinu je důležité, abychom jim pořádně vysvětlili výsledky testů, diagnózu, postup při léčbě atd. a musíme se ujistit, že nám ve všem opravdu rozuměli, protože Vietnamci se neustále usmívají a přikyvuji, že je vše srozumitelné, tím pádem lékaři a sestry nabývají dojmu, že je jim vše jasné a souhlasí například s nějakým operačním výkonem, aniž by věděli, o co jde. Pokud budeme chtít informovat vietnamského pacienta o dalších postupech při léčbě, měli bychom to napřed zkonzultovat především s manželem nebo otcem pacienta, ten potom rozhodne, kdy můžeme informovat nemocného, aby nebyl pod větším stresovým tlakem. Když se zaměříme na hygienu, tak ta je velmi intimní záležitostí, pokud to dovoluje zdravotní stav, chtějí si hygienu udělat sami. V případě, že jsou neschopní, přejí si mít u sebe nejbližšího

člena rodiny, zda to ovšem dovolí zdravotní personál. Jestliže trpí vietnamský pacient bolestí, sám o tlumící léky nepožádá, protože má strach z vedlejších účinků a návyku na léky, proto by měly sestry nebo lékař nabídnout léky zavčas, samozřejmě podle předpisu podání (Tóthová a kol., 2010, s. 58).

3.2.3 Ukrajinci

Ukrajina je po Rusku druhou největší zemí v Evropě. První nejaktivnější migrace Ukrajinců do ČR byla už kolem 20. Století, kdy k nám přijížděli hlavně studenti, kteří chtěli vystudovat vysokou školu. Měli zájem o zvýšení vzdělání a získat si práci v oboru. Postupně se k nim také přidali dělníci, kteří pracovali na zemědělských statcích a v uhelných dolech. Byl založený první ukrajinský spolek a to údajně u nás v Příbrami. V neúspěšném boji Ukrajiny za nezávislost, přišla další vlna migrace. Kromě vojáků, to byli také politici, státní úředníci, spisovatelé, umělci, novináři a vědci. Většina z nich se však domů už nevrátila a zůstali v ČR. Někteří ukrajínští emigranti postupně získávali české občanství. Za 2. Světové války se situace zhoršila. Němci neuznávali ukrajinské nacionalisty a většinu pronásledovali a věznili. Do Čech tedy emigrovalo více a více Ukrajinců. V roce 1945 došlo k zániku zbylých ukrajinských škol a národním spolkům a institucím byla ukončena činnost. Přišel rok 1989, který umožnil znovuoobnovení spolků národnostních menšin. V roce 1990 vzniklo v ČR Sdružení Ukrajinců a na to navázal Spolek ukrajinských žen. Ukrajinská aktivita u nás stále funguje. Spadá pod neziskovou organizaci, která podporuje rozvoj ukrajinské kultury v rámci českého a evropského společenství. V dnešní době je současná migrace Ukrajinců důvodem zlepšení své ekonomické situace a uživení svých rodin, které zůstávají doma na Ukrajině. Kvůli tvrdým pracovním podmínkám se snaží o rychlý výdělek a poté ihned o návrat domů ke své rodině. Odbor azylové migrační politiky Ministerstva vnitra ČR uvádí, že k roku 2011 se u nás vyskytuje 106 040 Ukrajinců, z nichž 50 052 má trvalý pobyt a 55 988 má povolený dlouhodobý pobyt (Tóthová a kol., 2012, s. 60).

Ukrajinci a komunikace

Pro Ukrajince je typickým jazykem ukrajinština. Je to indoevropský jazyk, který pochází z východoslovanské jazykové skupiny. Ukrajinci považují mluvení ukrajinsky jako důležitou věc, kvůli nacionalismu bylo pro ně důležité, aby byl jejich jazyk uznán. Ukrajinský jazyk si je velmi podobný s Ruštinou a často se srovnává se Slovenštinou a Češtinou.

Ukrajinci a náboženství

Na Ukrajině je nejrozsáhlejším náboženstvím pravoslavné křesťanství, které se rozšířilo do několika větví. Někteří věřící provádějí různé rituály, které jsou doprovázeny duchovním procesem. Hlavním náboženským symbolem v pravoslavném křesťanství jsou pravoslavní svatí s různým posláním. Každý kostel má nějakou podobu svatých, například v podobě ikony. Muži jsou povinni si před vstupem do kostela sundat pokrývku hlavy, kdežto ženy, ty si je musí naopak zakrýt. Během doby Sovětského svazu, bylo náboženství potlačováno, proto je dneska pravoslavní symbolem patriotismu a nezávislosti. Ukrajina je už dlouho považována za velmi náboženskou zemi. Na Ukrajině není jen křesťanství, ale také zastoupení řeckých katolíků, dále také judaismus (Tóthová a kol., 2012, s. 62).

Ukrajinci – zdraví nemoc a hospitalizace

Ukrajinci, kteří žijí v České republice, se o své zdraví starají poměrně dobře. Je pro ně důležitá psychická pohoda a fyzická kondice. Někteří užívají pravidelně léky, ale někdo také upřednostňuje pití bylinkových čajů, přírodní léčiva a jiné. Pokud mají jakékoliv bolesti, tak většina z nich jde k lékaři ihned, někdo užije analgetika a někdo dá přednost alternativní medicíně. Velká většina Ukrajinců trpí onemocněním ledvin, močových cest, srdce a cév nebo také žlučníku. Na Ukrajině je zdravotní péče trochu jiná, než u nás v ČR, lidé, kteří cestují na Ukrajinu, jsou velmi často na tento rozdíl upozorňováni. Zdravotní péči vám na Ukrajině poskytnou za úplaty nebo v případě, že máte zahraniční zdravotní pojištění na cestu. Ukrajinci hodnotí naše lékařské zařízení včetně ambulancí jako velmi dobrou. Jsou ale také povinni platit si zdravotní pojištění pro cizince, bez toho by jim nebyla zdravotní péče umožněna. Velkým problémem bývá často komunikační bariéra, ta způsobuje neinformovanost o systému zdravotnictví. Někteří ukrajinští pacienti během hospitalizace mohou mít problémy se stravováním, proto si nechávají nosit jídlo od rodinného příslušníka, nebo drží tzv. půst, nebo vyžadují vegetariánskou stravu. Jsou ale mezi nimi i tací, kteří se stravou problém nemají (Tóthová a kol., 2012, s. 71).

4 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Kapitola se zabývá stručnou charakteristikou systému zdravotní péče u nás v ČR. Dále si řekneme, jaké typy pojištění máme a nezapomeneme ani zmínku o právech a povinnostech cizinců, při čerpání zdravotní péče v České republice.

4.1 Charakteristika systému zdravotní péče

Náš zdravotní systém má v podstatě 2 pohledy. Jeden se zaměřuje na instituce a činnosti, které v něm probíhají a jejichž cílem je zlepšení zdravotního stavu občanů formou prevence nebo lékařské péče. Ten druhý pohled zajišťuje chod zdravotnických zařízení, což je například organizování činností a finanční zajištění (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2009).

Systém zdravotní péče má také své zásadní principy, na kterých je založen a to solidarita, vysoký podíl samosprávy, více zdrojové financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění, svobodná volba lékaře zdravotnického zařízení, svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění a jako poslední je to stejná dostupnost poskytování péče pro všechny pojištěnce (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004).

4.2 Druhy zdravotního pojištění

Zdravotní péče se v ČR zajišťuje v rámci zdravotního pojištění. Praxe nám tedy napovídá, že pokud jsme pojištěni, neplatíme za běžné úkony u lékaře my, ale naše zdravotní pojišťovna. V ČR proto tedy rozlišujeme dva druhy zdravotního pojištění – **veřejné zdravotní pojištění a smluvní zdravotní pojištění.**

4.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění u nás vzniká ze zákona všem, kteří mají trvalý pobyt v ČR nebo těm, kteří zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci na území ČR. Lidé, kteří nesplňují podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění, mohou zavřít tzv. smluvní zdravotní pojištění. Poskytnutí zdravotní péče by měla být stejná, bez ohledu na druhu pojištění. Značné rozdíly jsou v rozsahu zdravotní péče pod záštitou veřejného a smluvního zdravotního pojištění a podmínek území o vzniku, zániku nebo trvání pojištění.

U veřejného zdravotního pojištění v ČR je dána vazba mezi pojištěncem-poskytovatelem zdravotní péče-zdravotní pojišťovnou. Nárok na veřejné zdravotní pojištění, vzniká osobám s trvalým pobytem na území ČR, občanům ČR, kteří jsou hlášeni k trvalému pobytu na území ČR, cizincům, kteří jsou držiteli povolení k pobytu na území ČR nebo těm, kterým byl udělen azyl, a jsou u nás hlášeni k trvalému pobytu. Dále osobám, které trvalý pobyt v ČR nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Jak už jsme si uvedli v charakteristice systému zdravotní péče, tak veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona, nemusí tedy občan jednat s pojišťovnou. Pojištěncem se osoba stane ke dni, kdy byla splněna alespoň jedna z výše uvedených podmínek. Ke každému pojištění se vztahuje také jeho zánik, který nastává ukončením trvalého pobytu na území ČR, dále také ukončením zaměstnaneckého poměru v ČR. Veřejné zdravotní pojištění u nás sjednávají zdravotní pojišťovny. Největší zastoupení v České republice má Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), ale máme také dalších 8 pojišťoven, které mohou sjednat pojištění pro cizince. Každá zdravotní pojišťovna je povinna přijmout jako pojištěnce každou osobu, jež splňuje podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění.

4.2.2 Smluvní zdravotní pojištění

Smluvní zdravotní pojištění je určeno pro občany, kteří nesplňují podmínky pro uzavření veřejného zdravotního pojištění. Smluvní pojištění lze uzavřít u VZP ČR, jiná volba v tomto případě není možná. Pojištění se uzavírá s ohledem na délku doby, po kterou se chce osoba pojistit a s ohledem na rozsah péče hrazené z pojištění. Proto se uzavírá tzv. krátkodobé smluvní zdravotní pojištění nebo dlouhodobé smluvní pojištění.

a) Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění

- Uzavírá se při pobytu do 365 dní.
- Vhodná pro osoby za účelem turistiky nebo pracovních důvodů.

b) Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění

- Uzavírá se při délce pobytu nad 365 dní.
 - Možnost uzavření pojištění cizincům, pobývajícím v ČR na základě víza nad 90 dní.

Smluvní zdravotní pojištění vzniká uzavřením smlouvy ke dni, který stanoví smlouva. Pojištění se ukončuje uplynutím lhůty sjednané ve smlouvě nebo vypovězením smlouvy

dle smluvních podmínek. V případě neplacení pojistného, smlouva zaniká. Cena pojistného je vyšší, než u veřejného zdravotního pojištění a rozdíl je také v tom, že smluvní pojištění pokrývá užší rozsah zdravotní péče než veřejné zdravotní pojištění. Úhrada léků je poskytována stejně. Poskytnutí zdravotní péče je stejná, bez ohledu na druh pojištění. Patrné rozdíly jsou v rozsahu zdravotní péče pod záštitou veřejného a smluvního zdravotního pojištění a podmínek vzniku, zániku a trvání pojištění. Úhrada pojistného je vždy předem a to čtvrtletně, půlročně nebo na celé období jednoho roku. Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění se poskytuje pouze osobám, které nejsou starší 70 let, na základě vstupní zdravotní prohlídky v lékařském zařízení určené pojišťovnou na náklady pojištěnce. Po uzavření smlouvy, je část vynaložené částky vyplacena zpět, nejvýše však 400Kč). Výše pojistného je závislá na pohlaví, věku a stanovených smluvních podmínkách (Špirudová a kol., 2004).

4.3 Práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče v ČR

4.3.1 Pojištěnci veřejného zdravotního pojištění

Pokud je cizinec účastníkem veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění, má následující práva a povinnosti.

Práva účastníka na veřejném zdravotním pojištění

- **Výběr zdravotní pojišťovny** - zdravotní pojišťovnu lze měnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku lze podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Přihlášku lze podat pouze jednu.
- **Léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely** – bez přímé úhrady, jde li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a jsou li předepsané v souladu s tímto zákonem.
- **Poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny** - jedná se o veškeré poskytnutí hrazené péče pojištěnci.
- **Podílení se na kontrole** – jedná se o kontrolu při poskytnutí zdravotní péče hrazené zdravotní pojišťovnou.
- **Vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku** – poskytovatel je povinen vydat doklad na žádost pojištěnce.

- **Vystavení dokladu o zaplacení doplatku za** – vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Lékárenský poskytovatel je povinen na žádost pojištěnce doklad vydat.
- **Uhrazení částky přesahující limit** – pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zdravotní pojišťovnou v zákonem stanovené lhůtě.

Povinnost účastníka veřejného zdravotního pojištění

- Plnění oznamovací povinnosti,
- sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn – jeho povinností je nahlásit i změnu pojišťovny v době trvání zaměstnání a to ve lhůtě 8 dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny,
- hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné – pokud zákon nestanoví jinak,
- poskytnutí součinnosti při poskytnutí zdravotních služeb – kontrola průběhu individuálního léčebného postupu a dodržení léčebnému režimu,
- podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám,
- dodržování opatření k odvrácení vzniku nemoci,
- vyvarovat se jednání, které by mohlo záměrně poškozovat zdraví,
- prokazovat se platným průkazem pojištěnce nebo jiným dokladem vydaným příslušnou pojišťovnou,
- oznámit ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce dané zdravotní pojišťovně a to do 8 dnů,
- vrácení průkazu pojištěnce dané pojišťovně při zániku zdravotního pojištění, změně zdravotní pojišťovny a při dlouhodobém pobytu v zahraničí, nejpozději do 8 dnů,
- oznámit dané pojišťovně změnu jména, příjmení, trvalého pobytu, rodného čísla a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo,
- hrazení regulačních poplatků poskytovateli,
- uhradit poskytovateli, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní péči, rozdíl mezi cenou poskytnutých zdravotních služeb a výši úhrady ze zdravotního pojištění (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

4.3.2 Pojištěnci dlouhodobého smluvního pojištění

Cizinec pojištěný na základě dlouhodobého smluvního pojištění má také určitá práva a povinnosti, které musí plnit vůči dané pojišťovně nebo naopak může využít svých práv.

Práva pojištěnce dlouhodobého smluvního pojištění

- Poskytnutí zdravotní péče v rozsahu se všeobecnými pojistnými podmínkami u lékaře a ve zdravotnických zařízeních,
- vrácení části nákladů na vstupní lékařskou prohlídku pro účely uzavření pojištění, podmínkou však je uzavření smlouvy,
- úhrada poskytnutí zdravotní péče do výše 1.000 000 Kč,
- podílení se na kontrole poskytnuté zdravotní péče,
- dostupnost veškerých informací ze strany pojišťovny,

Povinnosti pojištěnce dlouhodobého smluvního pojištění

- Podrobení se stanoveným preventivním prohlídkám, protiepidemickým a hygienickým opatřením stanovených orgánem ochrany veřejného zdraví,
- včasné a pravdivé uvádění údajů pojišťovně, které se týkají smluvního pojištění,
- řádně a včas hradit pojistné ve stanovené výši.

4.4 Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních smluv

V ČR máme kromě veřejného zdravotního pojištění, možnost poskytnutí zdravotní péče cizím státním příslušníkům na základě mezinárodních smluv, uzavřených mezi Českou republikou a jejich domovským státem. Jsou to smlouvy, které se zavazují pro bezplatné poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče v ČR. Cizinci stačí, když své občanství prokáže platným cestovním pasem. Veškerou poskytnutou zdravotní péčí hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR. Jsou sjednány tzv. **biratelární smlouvy**, které upravují vzájemné bezplatné poskytování zdravotní péče svým občanům s těmito státy: Afghánistán, Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Irák, Jemen, Republika Makedonie, Kambodža, Kuba, Kypr, Libye, Maďarsko, Maroko, Mosambik, Polsko, státy bývalého SSSR: Arménie, Azerbajdžán, Gruzie, Kyrgystán, Moldávie, Tadžikistán, Řecko, Slovinsko, Sudán, Sýrie, Velká Británie. Další uzavřené smlouvy jsou smlouvy o

sociálním zabezpečení, kde je jejich součástí také poskytování zdravotní péče. Dochází zde k nároku čerpání ze zdravotního pojištění na území druhého smluvního státu. Je nutné však dodržet určité administrativní postupy. Smlouva se vztahuje k daným státům jako Rakousko, Chorvatsko, Lucembursko, Německo, Svazová republika Jugoslávie (Srbsko a Černá Hora), Izrael a Slovenská republika. Podmínky, kterých je péče poskytována, jsou uvedeny ve správních vyjednáních, které jsou součástí těchto smluv (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003).

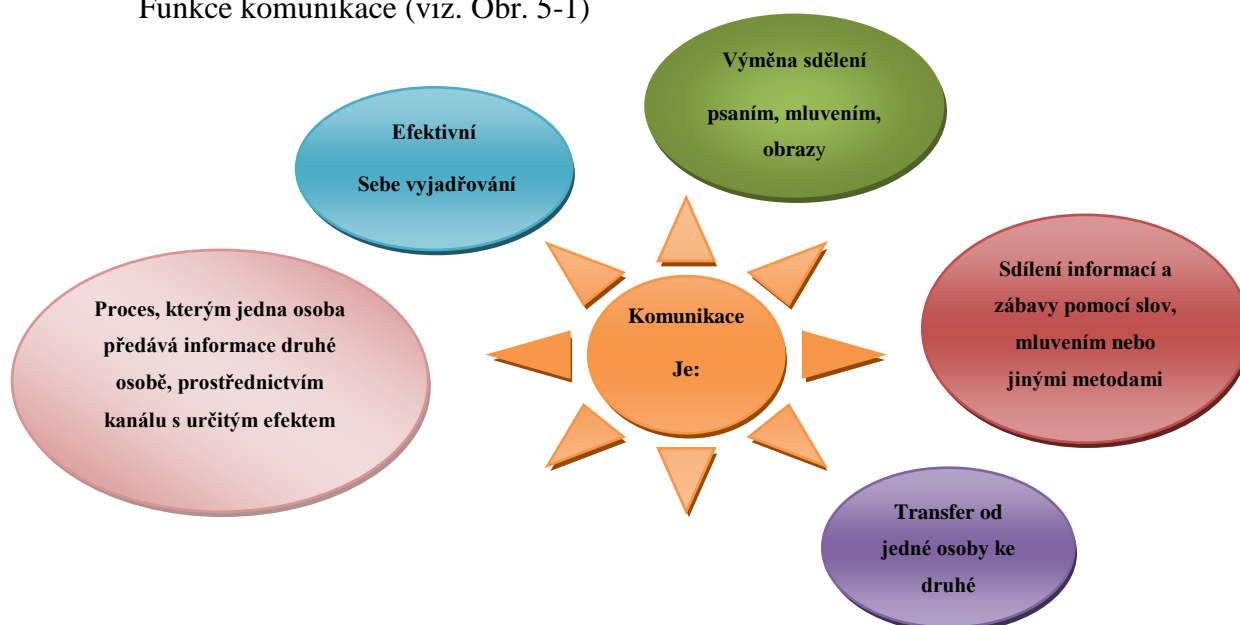
5 SPECIFIKA KOMUNIKACE

Většina z nás vnímá pasivní příjem informací z hromadných sdělovacích prostředků, ale také v běžném životě, jako je pracovní, přátelská nebo vztahová půda. Často se stává, že dojde ke špatnému přenosu informací mezi dvěma lidmi, nedostávají mezi sebou zpětnou vazbu, proto je důležité, aby byl rozhovor aktivně obousměrný. Dnešní svět na nás chrlí neskutečné množství informací a naše úspěchy v životě, pracovní úspěchy, nejsou jen díky našim znalostem, ale velký podíl na tom všem má naše schopnost dobře komunikovat a navazovat tak kontakt s lidmi. Je podstatné, abychom věděli, CO chceme říct, KDY, KDE a JAK informaci použít (Janáčková, 2008, s. 11).

5.1 Komunikace

Komunikací rozumíme základní proces, který nám umožňuje mezilidské spojení, přenos informací mezi dvěma a více lidmi, navazování kontaktu, oznamování myšlenek, pocitů, zážitků, ale také vyjádření svého postoje. Komunikace se dělí na verbální a neverbální (Ivanová a kol., 2005, s. 61). Komunikovat tedy znamená, že si něco navzájem sdělujeme, společně se s někým radujeme z určitých věcí, někomu předáváme, dáváme, naopak přijímáme, navzájem sdílíme informace (Quisová, 2009, s. 13).

Funkce komunikace (viz. Obr. 5-1)

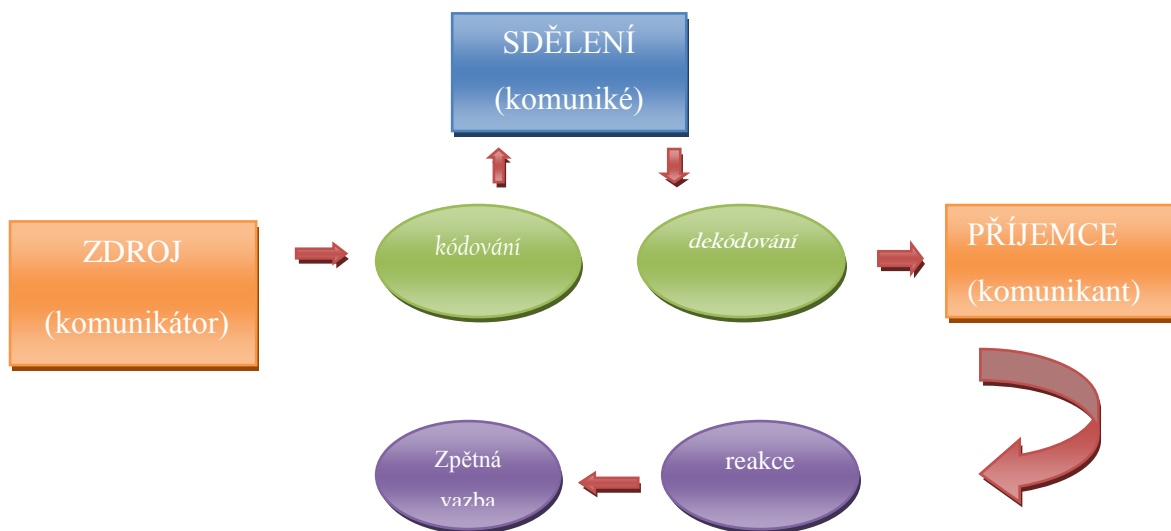


Obr. 5-1 Funkce komunikace - vlastní zpracování (Obereignerů, 2009, s. 14)

5.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je způsob neboli forma mluvené a psané řeči. Je nejvyspělejší komunikacím kanálem. Je to dorozumívání pomocí slov a jinými znakovými symboly. Komunikace by měla být stručná, jasná a srozumitelná. Aby byla verbální komunikace srozumitelná, je důležité vědět, CO chceme říct a JAK to řekneme. Verbální komunikaci rozdělujeme na komunikaci zvukovou (ústní, mluvená) a komunikaci grafickou (písemná). (Vybíral, 2009, s. 87).

Komunikační proces (viz. Obrázek 5-2).



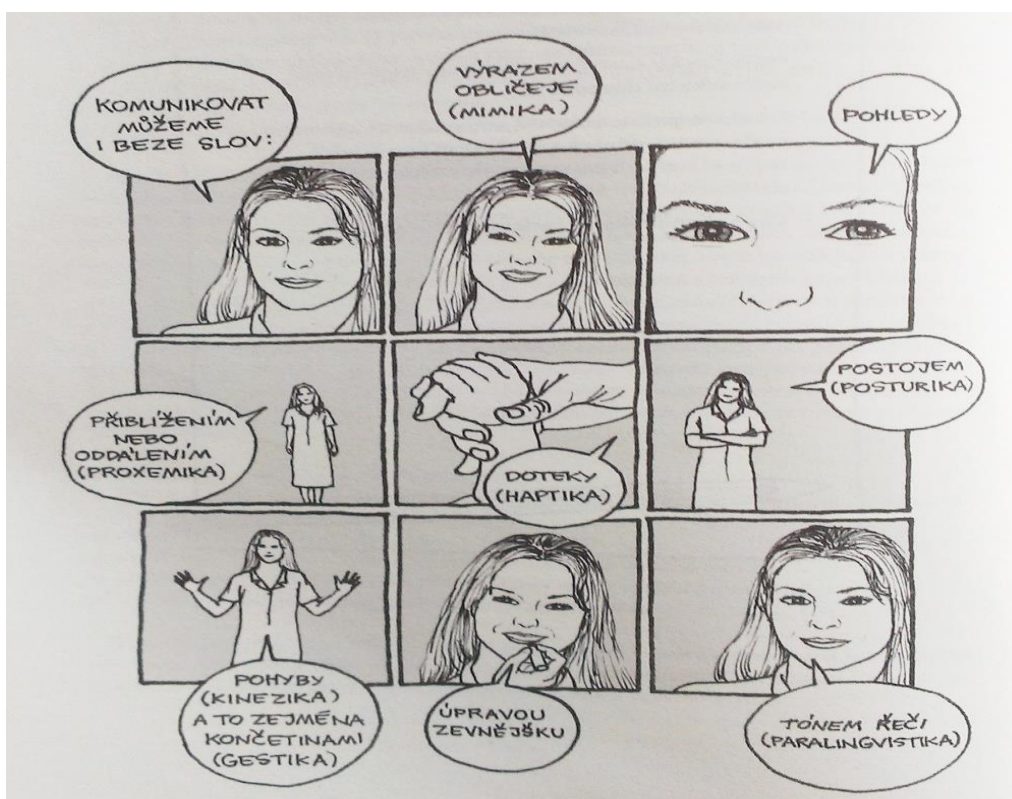
Obr. 5-2 Komunikační proces (vlastní zpracování)

- **Komunikátor** – zdroj informací, kdy je předpokladem, že příjemce informaci porozumí.
- **Komunikant** – je ten, který přijímá informace, má vlastní zkušenosti, prožitky i cíle a může se stát, že informaci vnímá jinak, než komunikátor.
- **Komuniké** – jsou informace, myšlenky, pocity sdělované mezi komunikátorem a komunikantem (Obereignerů, 2009, s. 23).

5.1.2 Neverbální komunikace

Na komunikaci nestačí jen slova, ale je potřeba zapojení také různých postojů našeho těla, což je mimoslovní neboli neverbální komunikace. Informace sdělujeme pomocí gest, mimiky, doteků, pohybů a vzájemnou vzdáleností, ale také tónem hlasu. Většina studií prokazuje, že při rozhovoru dvou a více lidí, 7 % veškerých informací sdělujeme slovy, 38% tónem hlasu a 55 % pomocí řeči těla. Zajímavé je, když má člověk ve tváři výraz jiný, než je jeho tón hlasu a jeho slova, obvykle vnímáme a přijímáme neverbální složku komunikace, v tomto případě výraz ve tváři. Význam neverbálních znaků je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím (Ivanová a kol., 2005, s. 66). Říká se, že slova jsou důležitá, protože tvoří rozhovor a většina si myslí, že je to pravda, ovšem v mnoha situacích za nás hovoří výrazy, gesta a naše chování (Quisová, 2009, s. 19).

Neverbální komunikace (viz. Obr. 5-3)



Obr. 5-3 Neverbální komunikace (Špaténková a kol., 2009, s. 28)

Druhy neverbální komunikace

- **Mimika** - jsou to vědomé i nevědomé výrazy ve tváři, pomocí obličejových svalů, se kterými dáváme najevo naše pocity, emoce. Je vědecky dokázáno, že mimikou lze vyjádřit 8 primárních emocí a to štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor, opovržení a zájem.
- **Proxemika** - sdělování pomocí přibližování nebo oddalování se od druhé osoby. Osobní prostory, tedy velikost osobní zóny, je dána především prostředím, ve kterém žijeme a také kultura a charakteristika člověka.

E. T. Hall rozlišil 4 druhy vzdálenosti, které určují vztahy mezi lidmi:

- a) Intimní sféra - ochranná sféra jedince, kde se cítí bezpečně. Je to zóna, která do 40 cm, tzn. vztah mezi matkou a dítětem nebo mezi manželi a milenci.
 - b) Osobní sféra - vzdálenost od 45 cm, ve které se můžeme držet za ruce, do 1,5 m, což je vzdálenost při přátelské komunikaci.
 - c) Sociální sféra - prostor je vyhrazen od 1,5 m do 3,6 m pro styk s cizími lidmi, např. obchodní jednání.
 - d) Veřejná sféra – minimální vzdálenost je 3,6 m, člověk má dostatečný odstup pro své bezpečí, útěk. Je to například zóna v divadle mezi herci a publikem, veřejné prostranství.
- **Kinezika** - znamená pohyb rukou, v neverbální komunikaci to může být třeba škrábání na nose, ťukání do čela, protírání očí atd.
 - **Pohledy** - pohledem vyjadřujeme také velkou část svých pocitů a dojmů. Něco se vám nelíbí nebo vám to přijde hloupé, tak protočíte očima, nebo chcete udělat dojem, tak mrknete na muže na diskotéce.
 - **Úprava zevnějšku** – tím se rozumí, co je možné vyčíst z oblečení, účesu, líčení. Je to trocho náznak toho, jak člověk žije, ovšem také se může stát, že zevnějšek dává najevo jiné věci, než opravdu ukryvá nitro člověka.
 - **Haptika** - je to vyjadřování pomocí doteku, hmatu nebo fyzického kontaktu. Je to nejprimitivnější druh neverbální komunikace a každý tělesný kontakt je provázen silnými pocity a prožitky s emocionální odezvou.

- **Posturologie** - znamená v mezilidské komunikaci postoj nebo držení těla, různé Polohy částí nebo celého těla. Polohy lidského těla vyjadřují emoční stavy, únavu, nemoc, kondici. Tělem vyjadřuje také svoji dominanci nebo lhostejnost.
- **Gestika** - jedná se o pohyby, které mají obrovský sdělovací účel, je jimi doprovázen slovní projev. Gestikulace nahrazuje, doprovází nebo doplňuje řeč. Většina gest jsou však pohyby rukou nebo hlavou.
- **Paralingvistika** - je druh neverbální komunikace, kde není důležité, co řekneme, ale jak to řekneme. Zaměřujeme se zde tedy na to, jaký tón hlasu se použije, rychlost a plynulost mluvení, hlasitost, výška, mlčení, výslovnost. Při záměrně nebo nezáměrně změně paralingvistiky, se mění celý obsah sdělení (Křivohlavý, 1988, s. 71; Šedivý, 2009, s. 57; Tegze, 2003, s. 195).

5.2 Interkulturní komunikace

Už v dávné době docházelo v lidské civilizaci ke družnosti příslušníků různých etnik, národů, kultur a také jejich jazyků. Lidé se od sebe lišili nejen odlišným jazykem, ale měli k sobě určité předsudky a postoje. Interkulturní komunikací se rozumí, proces interakce a sdělování, které se uskutečňuje za různých situací, kde jsou účastníky lidé kulturně a jazykově odlišných etnik a rasových nebo náboženských společenství. Interkulturní komunikace má své specifika a to kulturu, jazyk, mentalitu a systém komunikace. Lidé různých zemí se stále, více, častěji stýkají ať už obchodně, pracovní, nebo i v medicíně, proto je interkulturní komunikace jedním z nejčastějších témat v multikulturalismu (Průcha, 2010, s. 14-16). Kulturní kontakty mohou být někdy nepříjemné, může se stát, že nám nemusí být příjemná právě ta odlišnost v kulturách, což vede k tomu, že můžeme hned na začátku zvolit nevhodný styl komunikace. Například úsměvem můžeme skrývat rozpaky a nervozitu (Nováková, 2008, s. 51).

5.2.1 Interkulturní komunikace ve zdravotnictví

Zdravotnický personál jakož to lékaři, sestry a další zdravotníci v dnešní době přicházejí stále častěji do kontaktu s cizinci, kde se vyskytují odlišné kultury a různé jazyky, proto je uplatnění interkulturní komunikace důležité (Průcha, 2010, s. 163). Zdravotní péči zdravotníci tedy neposkytují jen na základě biologických aspektů, ale důležité jsou také aspekty sociální, kulturní, náboženské a třeba i politické (Ptáček a kol., 2014, s. 451). Rok 1989 se otevřel světu, tzn., že i lékaři nepotkávají jen obyčejné

pacienty, ale také pacienty – cizince s přechodným pobytem, uprchlíci nebo přistěhovalci. Tzv. sociokulturní rozdíly jsou ve většině případů na straně pacientů výrazné. Například postoje k bolesti u pacientů jiného etnika jsou velmi rozdílné, bolestivé chování, vyhledávání odborné pomoci, akceptování doporučené léčby, dodržování léčebného režimu, zapojování rodiny do léčby. Pokud lékaři neakceptují tyto dané aspekty, neposkytují tak komplexní léčbu. Na pacienta padá úzkost a strach. Je dobré, aby lékaři zapojili také psychosociální intervenci. Jak už jsme se výše zmínily o sociokulturních rozdílech, které jsou rozdílné, tak rozdíly nemusejí být jen na straně pacienta, ale také u lékaře. Například v České republice pracují v nemocnicích lékaři různého etnického původu (Ptáček a kol., 2014, s. 453-454).

5.3 Komunikace v multikulturním ošetřovatelství

Multikulturní ošetřovatelská péče, není jen teorií, ale taky realitou. Pacienti pocházejí z nejrůznějších kulturních prostředí a mluví různými jazyky. Může se stát, že pacienti nejsou schopni kvůli jazykové bariéře říct své problémy, bolesti a držet se tak instrukcí sester. Dochází tak k negativním emocím na obou stranách. Je jasné, že zdravotnický personál nemůže znát všechny kulturní praktiky a specifika, ale to neznamená, že by se neměli částečně vzdělávat a připravovat na zmíněné situace. Ulehčili by tak oběma stranám (Špaténková a kol., 2009, s. 96). Komunikace zaujímá velkou část a místo v transkulturním ošetřovatelství. Stává se, že je častou překážkou mezi sestrou a pacientem / cizincem, v případě, kdy jsou jejich vzájemné kultury odlišné (Nováková, 2008, s. 90). Transkulturní komunikace v ošetřovatelství se bere také jako organizovaná činnost, zaměřené na chování, která má za úkol řídit interakci mezi sestrou a pacientem. Vyměňují si tak navzájem zprávy, které tvoří daný děj. Vzájemná komunikace probíhá tedy současně a tak vzniká spjatost mezi oběma kulturami. Aby byla komunikace efektivní, musí obě strany navzájem pochopit význam odevzdané zprávy. Transkulturní komunikace je ovlivněna mnoha faktory, které jsou vysvětleny v konceptuálním modelu sociální interakce mezi sestrou a pacientem od Hildegardy E. Peplau, který říká, že kvalitní ošetřovatelství je účelné v okamžiku, kdy se stává komunikace mezi sestrou a pacientem efektivní. Umožňuje to spolupráci a usnadňuje to cestu k cíli – ke zdraví (Mastiliaková a kol., 2003, s. 89).

5.4 Komunikační bariéry v multikulturním ošetřovatelství

Problémy a překážky, které vznikají ve vztahu zdravotník a pacient (cizinec), přinášejí jazykové a kulturní bariéry, ovlivňující obě strany navzájem. Pacient má určitou kulturní identitu, proto je vnímání bolesti jiné a odlišné, než od českých pacientů. Vnímání nemoci, obtíží, je značně rozdílné. Pacient (cizinec), je zvyklý na jinou péči ze své země, kterou jim poskytují zdravotníci, proto jsou často frustrováni a vystresováni, na což navazuje i neznalost našich zdravotníků o různých kulturách a jejich specifik, na úkor čehož mají ztížené podmínky pro poskytování péče cizincům (Mastiliaková a kol., 2003, s. 88).

5.4.1 Komunikační bariéry

Obecně můžeme také komunikační bariéry rozdělit na interní a externí (Pokorná, 2008, s. 41).

- **Interní**

- Vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu,
- obava z neúspěchu,
- negativní emoce (strach, zlost),
- bariéry postoje (xenofobie),
- nepřipravenost,
- fyzické nepohodlí, nemoc.

- **Externí**

- Jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním,
- vyrušení další osobou,
- hluk, šum,
- vizuální rozptylování,
- neschopnost naslouchat,
- komunikační zahlcení.

Další problémy v komunikaci:

- Jazyková bariéra ve vztahu zdravotník – pacient,

- transkulturní způsob projevu a forem prezentace obtíží,
- vzácná neobvyklá onemocnění,
- nedostatečná nebo žádná spolupráce s pacientem,
- poruchy sociální interakce,
- sociální izolace,
- nesprávný přístup k léčebnému režimu (Nesvadbová a kol., 2003, s. 7), (Mastiliaková a kol., 2010, s. 89).

Komunikační bariéry nejsou způsobeny jen neznalostí cizích jazyků, ale také svým stereotypem a etnofaulismy ve specifičnosti kultur. Etnickým stereotypem máme na mysli, postoje a názory jedné etnické skupiny vůči jiné etnické skupině nebo více skupin, jedná se tedy o negativní postoje a diskriminaci. V hlavní roli stojí tedy předsudky, které se přenášejí z generace na generaci a začínají už v raném věku dítěte. V České republice byly také zjištěny stereotypy, ale tzv. národní stereotypy, které se objevují u dětí, mládeže i dospělých jedinců. Jsou to také předsudky k příslušníkům sousedních i jiných národů. Zmíníme se také o etnofaulismech, což je označení, používané příslušníky jednoho etnického nebo národního společenství pro pojmenování příslušníků jiných etnik, národů a zemí. Mají často humorný až zesměšňující charakter. Například „Němčouři“ (Němci), „Ivani“ (Rusové), „Frantíci“ (Francouzi), (Průcha, 2010, s. 64-65).

5.5 Doporučení pro komunikaci s pacienty cizinci

Jestliže zdravotník ošetřuje pacienta, který je z jiné země než my a nerozumí, je důležité si v danou chvíli uvědomit, že má jazykovou bariéru, protože někdy zdravotnický personál může na pacienta cizince začít křičet, jako by byl snad hluchý, přičemž jen nerozumí našemu jazyku. Proto je zde dobré, zmínit se o různých bodech, jak přistupovat k takovému pacientovi (Špatenková a kol., 2009, s. 97).

5.5.1 Doporučení pro komunikaci

- 1) Boj proti egocentrismu – Sestry i celý zdravotnický personál, by se měl oprostít od předsudků a stereotypů vůči jiným kulturám.
- 2) Vhodný způsob komunikace – Možností je spousta, nemusíme komunikovat jen verbálně, ale i neverbálně, tedy gestikulací, mimikou a pohybem.

- 3) Ověření jazykové znalosti – Je důležité si ověřit jazykovou znalost u pacienta, ale také u sebe. Můžeme využít například i tlumočnicka nebo někoho požádat o překlad.
- 4) Pomalé přistupování k pacientovi – Měli bychom zdvořile pozdravit, správná výslovnost pacientova jména.
- 5) Mluvit klidně a nezvyšovat hlas – Některé sestry mají dojem, že když pacient nerozumí, zároveň i neslyší.
- 6) Ujištění pacienta – Pacient musí mít pocit, že je v nemocnici sestra nebo lékař, kteří mu chtějí pomoci, ne ublížit.
- 7) Možná dostupnost informačních materiálů v jazyce pacienta
- 8) Snaha o respektování pacientovy kultury
- 9) Trpělivost

5.6 Alternativní způsoby komunikace v transkulturním ošetřovatelství

Jakmile se podaří navázat kontakt s pacientem, nejvhodnější začátek pro komunikaci je použití základního pozdravení a jednoduché společenské fráze. Nejvhodnější by bylo mluvit jazykem, kterému pacient rozumí. Pokud zdravotnický personál mluví jen česky, měl by přestat vynakládat snahu mluvit nahlas a tvořit jednoduché věty, výrazná artikulace bohužel také k ničemu není, cizinec není hluchý, má jen neznalost jazyka a nemůže tedy verbálně komunikovat. Jestliže je možnost, je dobré požádat kohokoliv kolem sebe o tlumočení. Pokud nikoho takového kolem sebe nemáme, je další alternativou navázání komunikace pomocí gest, mimiky, obrázky (piktogramy), čím více věcí se zkombinuje, tím větší je šance na úspěch. Pacient je v situaci, kdy se cítí být z části ohrožen, protože nemůže dát najevo své problémy a bolesti, má nejistotu a strach. Jsou tedy pro něj důležité první informace v rámci neverbální komunikace ze strany zdravotnického personálu.

Je to například:

- **Mimika** – mimikou musíme dát najevo ochotu, pochopení, snahu pomoci, ale hlavně ponechat úsměv ve tváři,
- **gestikulace** – arogance a nadřazenost sester musí jít stranou, totéž platí i pro pocit bezradnosti, gestikulace musí být přiměřená situaci,
- **zabarvení a tón hlasu** – hlas by měl být klidný, přiměřená hlasitost, příjemný, nesmí být cítit nezáměr,

- **haptika a postoj** – haptické postoje by neměly být nepříjemné, bolestivé nebo netaktní,
- **osobní úprava** – špinavý pracovní oděv nebo ruce nepůsobí na nikoho z nás.

Další alternativou pro komunikaci mohou být piktogramy, foto seriály, videoprojekce, překladové, informační a edukační pomůcky (Špirudová a kol., 2006, s. 77).

5.7 Komunikační karty (piktogramy)

Situace, kdy pacient není schopný mluvit ani v jednom jazyce, který mu je pro domluvu nabídnut, z čeho vyplývá, že mu nemůžeme ani my poskytnout žádné informace, jsou proto vytvořeny „**sady komunikačních karet**“. V praxi je tímto způsobem komunikace pochopitelně delší, než verbální, ale je nutné podotknout, že přináší podstatné informace mezi pacientem a sestrou. Je důležité zmínit, že každá instituce, která chce komunikační karty využívat, musí si je přizpůsobit dle svých specifík. Piktogram na kartě by měl být jednoduchý a výstižný, aby mu rozuměl každý člověk. Aby byla metoda s kartami efektivní a zdařilá, musí pacient spolupracovat (Špirudová a kol., 2006, s. 78).

5.8 Komunikace s cizinci prostřednictvím tlumočnicka

Cizinec, který se ocitne v nemocnici, v zemi jejíž jazyk je pro něj naprosto neznámý a nerozumí ani jiným jazykům, kterým na něj mluví sestry nebo lékaři, se cítí bezmocně. Pro tyto případy byl v roce 1996 vytvořen projekt vnitřní nemocniční tlumočnické služby. U vybraných jedinců – tlumočnicků, je důležitá empatie a kreativita, která je pro cizince velkou oporou. Je důležité podotknout, že tlumočnickou službu nehradí pojišťovna a pacient musí tedy podepsat speciální formulář – písemný souhlas. Nejčastěji si tlumočnickou službu žádají lékaři pro sdělení výsledků, vysvětlení vyšetření, souhlas k operaci nebo propuštění pacienta do domácího léčení. Každá nemocnice by měla mít na svém intranetu vypsany seznam s tlumočnickými, které mohou kontaktovat. Nasazení tlumočnicka by mělo trvat maximálně 1 hodinu a minimálně 0,5 hodiny, po ukončení musí tlumočnick odeslat zprávu na ředitelství v nemocnici. Rozlišují se dvě formy tlumočení - **akutní tlumočení** - musí se uskutečnit ihned a **normální tlumočení**, které je dáno termínem a musí navazovat na ranní službu nebo předcházet službě odpolední (Špirudová a kol., 2006, s. 78-79).

5.8.1 Doporučení pro komunikaci s pacientem zprostředkovanou tlumočnickem

- Pokud je to možné, je dobré se sejit s tlumočnickem před zahájením tlumočení,
- nechat si dostatek času na komunikaci,
- mluvit přímo na pacienta,
- hovořit krátké věty a nechat překládat tlumočnicka,
- nepoužívat příliš odborných výrazů (Špaténková a kol., 2009, s. 97).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Praktická část vysvětluje cíle výzkumu, popisuje metodiku práce včetně zpracování dotazníků vedoucí k získání potřebných informací a v neposlední řadě pak jejich vyhodnocení vedoucí k formulaci závěru.

6.1 Cíle výzkumu

Předmětná bakalářská práce (dále jen BP) se zabývá vztahem zdravotnického personálu k pacientům odlišných kultur s cílem zjistit potřebné informace, které by mohly vést ke zlepšení situace ve zdravotnických zařízeních. Jako zaměstnanec Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně jsem byla nejednou svědkem situace, kdy byl pacient jiné kultury přijat na oddělení, na kterém nebyl personál schopen komunikace v cizím jazyce. Nastal i případ, že zdravotní sestra projevila značný etnocentrismus vůči pacientovi jiného etnika. Právě z těchto důvodů jsem zvolila téma výše uvedené bakalářské práce.

Informace o jazykových znalostech, zájmu dalšího vzdělávání sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství a samotné respektování specifických potřeb pacientů - cizinců, byly stěžejními podklady pro zpracování výzkumné části práce.

6.2 Metodický postup

Data pro zpracování BP byly získány dotazníkovou metodou, která se běžně používá pro sběr dat z nejrůznějších průzkumů, a jejichž vyhodnocení je snadné a časově nenáročné. Nejtěžším úkolem je pak vhodná formulace otázek tak, aby co nejlépe vystihly problematiku daného průzkumu a usnadnily tím samotné zpracování poskytnutých dat.

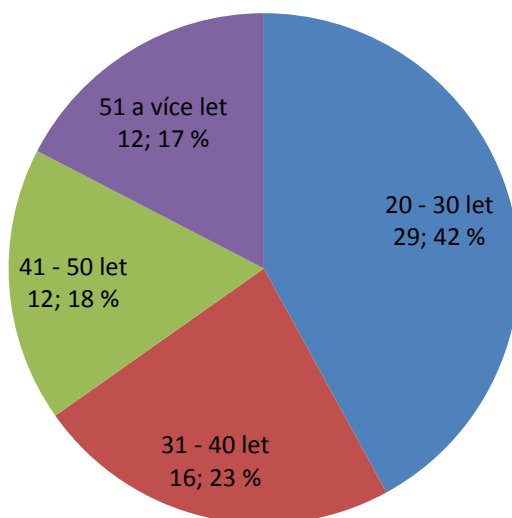
Pro potřeby výzkumu byl zpracován originální dotazník s celkovým počtem otázek 20., kdy 5 z nich bylo otevřených a 15 uzavřených (viz. Příloha P1). Dotazník byl anonymní, respondenti odpovídali na základě svých zkušeností a vlastního přesvědčení ve vztahu k práci. Otázky č. 1. a 2. zjišťovaly údaje o věku a délce praxe respondentů. Zkušenosti či znalosti z praxe v souvislosti s cizími kulturami poskytovaly otázky č. 3. – 8. Zájem o vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství zjišťovaly otázky č. 9. – 11. Vlastní postoj zdravotnického personálu k pacientovi odlišné kultury osvětlily otázky č. 12. - 14. Informace o jazykových znalostech a jiných alternativních možnostech komunikace s cizinci poskytlo zbývajících 5 otázek.

Dotazník byl rozdán mezi nelékařské pracovníky Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, a to na oddělení interní kliniky, chirurgické a gynekologické oddělení. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z toho odpovědělo pouze 70 respondentů. Převážná většina dotazovaných byly ženy, mužská populace byla zastoupena třemi jedinci.

7 ANALÝZA DAT

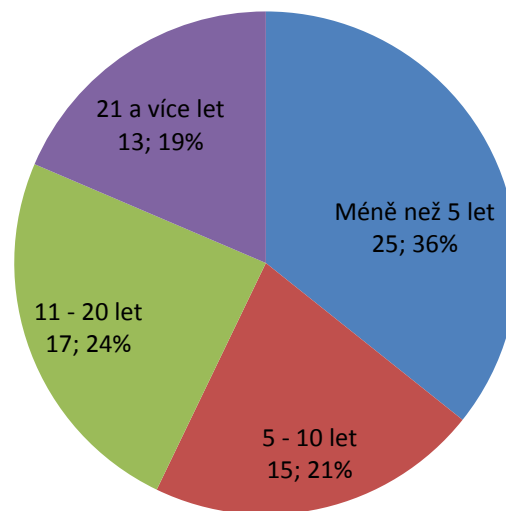
Analýze bylo podrobena 70 dotazníků z celkového počtu 100. Pro každou otázku byla na základě jednotlivých odpovědí vytvořena tabulka a výsečový graf, který procentuelně znázorňuje výsledky analýz daných otázek.

Otázka č. 1.: Věk respondentů

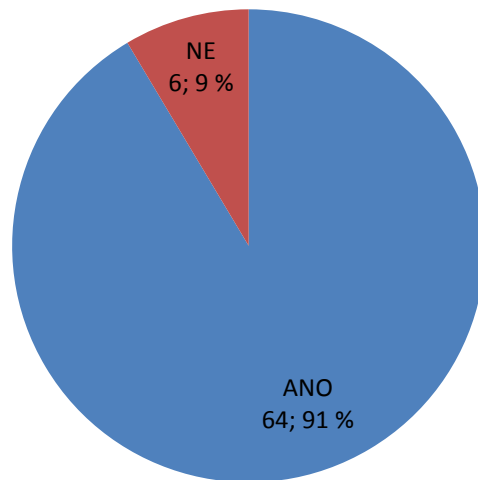


Graf 1 Věk respondentů

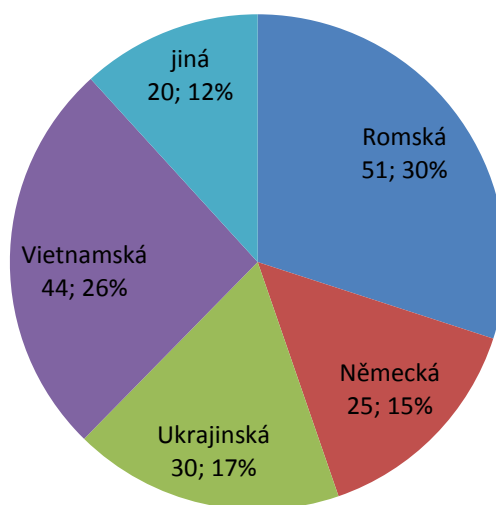
Na základě otázky č. 1. byl vyhodnocován věk zdravotnického personálu za účelem posouzení demografického ukazatele. Jednotlivé kategorie byly rozděleny do skupin dle věku na osoby mladší 20 let, dále pak kategorie 20 – 30 let, věkové rozmezí 31 – 40 let, 41 – 50 let a starší 51 let. S věkem do 20 let disponoval/a jedna dotazovaná, mezi 31 – 40 rokem bylo 16 osob a celkem tedy 23 % dotazovaných. 12 osob bylo ve věkové kategorii 41 – 50 let, stejně tak tomu bylo v kategorii osob starších 51 let. Nejpočetnější skupina byla tvořena respondenty ve věku 20 – 30 let, přičemž se jednalo o 29 dotazovaných, z celkového počtu 42 %.

Otázka č. 2: Délka praxe**Graf 2 Délka praxe**

U otázky na délku praxe ve zdravotnictví jsem zjistila, že se počet nelékařských pracovníků nijak rozdílně neliší. Skupinu respondentů s praxí do 5 let odpovědělo s nejvyšším počtem respondentů a to 25 (tj. 36 %). Naopak při délce praxe více jak 21 let odpovědělo nejméně respondentů 13 (tj. 19 %). 17 respondentů (tj. 24 %) tvořilo složku s délkou praxe 11 – 20 let. Poslední skupinu s délkou praxe 5 – 10 let odpovědělo 15 respondentů (tj. 21 %).

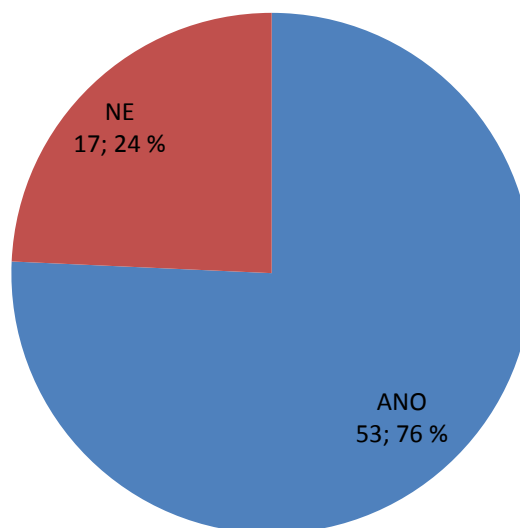
Otázka č. 3: Setkal/a jste se už někdy s pacientem jiné národnosti?**Graf 3 Kontakt s pacientem - cizincem**

Na setkání s pacientem jiné národnosti odpověděla ANO většina respondentů v počtu 64 (tj. 91 %), zbylých 6 respondentů (tj. 9 %) odpovědělo NE, čili se doposud nesečkali s pacientem – cizincem.

Otázka č. 4 : Setkání s konkrétní národností při práci**Graf 4 Zkušenost s cizinci jako pacienty**

Nejmenší počet respondentů se setkal s jinou, než romskou, vietnamskou, ukrajinskou a německou národností a to 20 respondentů (tj. 12 %). Další menší zastoupení měla složka s německou národností s počtem 25 respondentů (tj. 15 %). Ukrajinská složka měla zástup respondentů v počtu 30 (tj. 17 %). S vietnamskou národností přišlo do styku 44 odpovídajících (tj. 26 %) a s největším počtem 51 respondentů (tj. 30 %) se setkalo při své práci s romskou národností. Při této otázce měli respondenti možnost odpovědět i otevřeně, kdy mohli uvést jiné menšiny, se kterými přišli při své práci do kontaktu. Častými odpověďmi byli Italové, Španělé, Rakušané a také Američané.

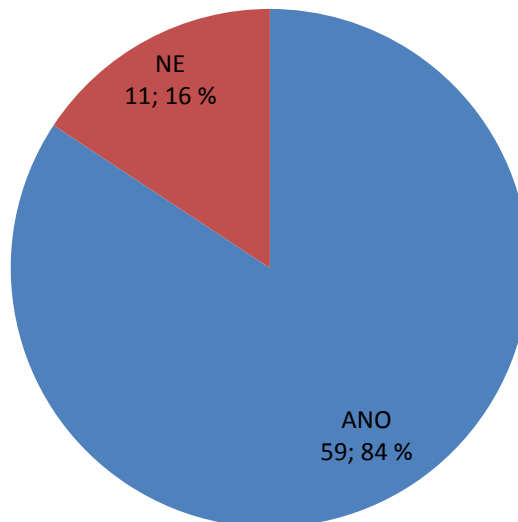
Otázka č. 5: Jsou tedy pro vás důležité znalosti specifických potřeb při péči o pacienta jiného etnika?



Graf 5 Znalosti specifík jiných kultur

Při otázce zda jsou důležité znalosti specifických potřeb u pacienta jiného etnika, odpovědělo 53 respondentů (tj. 76 %), že ano a zbylých 17 (tj. 24 %) odpovědělo, že ne.

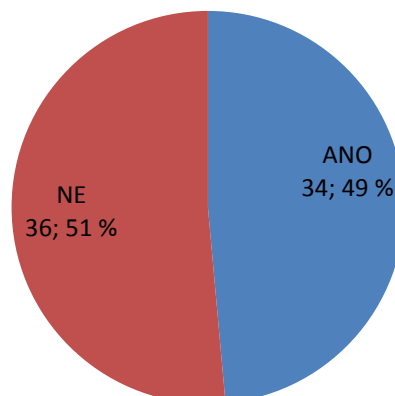
Otázka č. 6: Je podle vás důležité respektovat náboženství a kulturu u pacienta jiné národnosti?



Graf 6 Respektování kultury a náboženství

Většina respondentů v počtu 59 (tj. 84 %) odpovědělo, že je podle nich důležité, aby se náboženství a kultura u pacienta respektovala. Zbývajících 11 (tj. 16 %) odpovědělo, že to pro ně důležité není.

Otázka č. 7 : Domníváte se, že náš zdravotnický personál respektuje daná specifika u pacientů jiné národnosti?



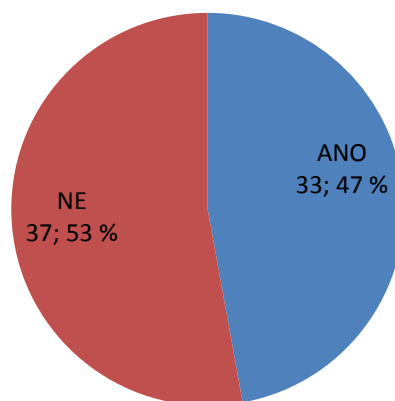
Graf 7 Respektování specifík personálem

U dané otázky převahují odpovědi, že zdravotnický personál nerespektuje specifika kulturních národností, odpovědělo tak 36 respondentů (tj. 51 %) a 34 respondentů (tj. 49 %) odpovědělo, že je respektují.

Otázka č. 8: Znáte důvody, proč zdravotnický personál nezohledňuje specifické potřeby pacientů jiné národnosti?

Na otázku č. 8 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 7 odpověděli, že si myslí, že náš zdravotnický personál nezohledňuje specifika pacientů jiné národnosti. Zajímalo mne tedy, zda znají důvody, které ovlivňují nerespektování specifik. Mezi nejčastější odpovědi bylo zaznamenáno, že nedostatek času při práci stojí za problémem nerespektování potřeb zdravotnickým personálem. Další častou odpovědí od respondentů byla neinformovanost o konkrétních etnických skupinách, která je také důvodem, proč sestry a další zdravotnický personál neberou ohled na potřeby cizích pacientů. Někteří také odpověděly, že právě peníze, které nejsou velké, jsou pro ně hnací silou v zaměstnání, tudíž bych to shrnula, že dělají „do výše svého platu“. Nejméně častou odpovědí byl však rasismus neboli předsudky, které vládnu mezi některými zaměstnanci nemocnice. Proto neradi zohledňují potřeby a specifika u pacientů odlišné kultury. Necelá polovina respondentů na otázku neodpověděla vůbec.

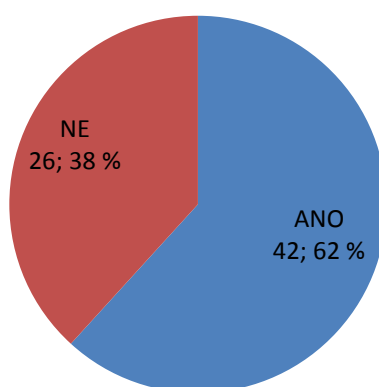
Otázka č. 9: Zajímáte se o informace o potřebách, zvycích a náboženském vyznání jiných národností?



Graf 8 Zájem o informace

Většina respondentů 37 (tj. 53 %) nejeví zájem o informace jiných národností, což je podle mě i důvodem, proč vznikají konflikty při péči a nemohou se pak respektovat potřeby u pacientů odlišných kultur. Zbývající respondenti 33 (tj. 47 %) odpověděli, že se zajímají o informace o potřebách a náboženském vyznání jiných národností.

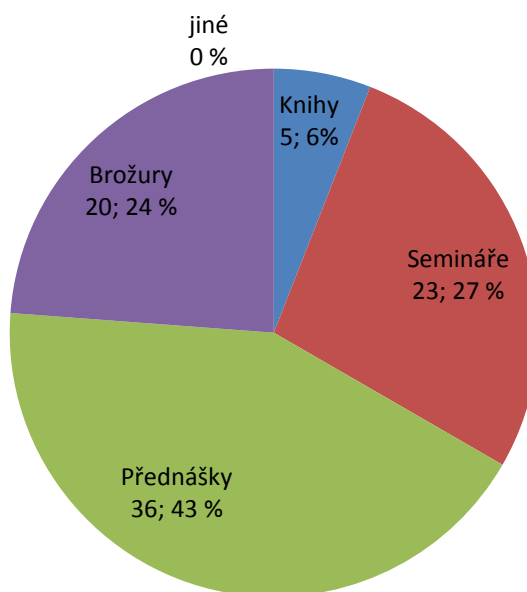
Otázka č. 10: Uvítal/a byste, kdyby vám zaměstnavatel nabídl možnost získávat více informací o pacientech jiných národností?



Graf 19 Zájem o vzdělávání

Pro zájem o vzdělávání a získání více informací o jiných národnostech odpovědělo více jak polovina respondentů a to 42 (tj. 62 %), což můj předpoklad potvrdilo. Svým nezájmem se vyjádřilo 26 odpovídajících (tj. 38 %)

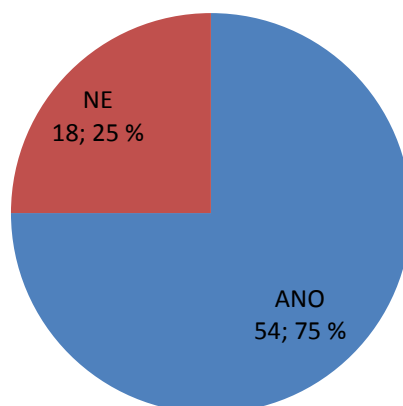
Otázka č. 11: Pokud by byly pro vás nové informace přínosem, jakou formou byste se nejraději v této oblasti vzdělával/a?



Graf 10 Formy vzdělávání

Na otázku č. 11 odpovídali jen respondenti, kteří na předchozí otázku č. 10 odpověděli ano, s tím, že mají zájem o vzdělávání, tedy informovanost. Respondenti měli také možnost odpovědi v otevřené možnosti, aby vyjádřili svůj názor, která jiná forma vzdělávání, než je uvedeno v jiných možnostech (brožury, přednášky atd.) by pro ně bylo nejvhodnější. Na tuto možnost neopověděl téměř žádný respondent (tj. 0 %). Dle grafu vidíme, že by odpovídajícím 36 (tj. 43 %) nejvíce vyhovovala možnost vzdělávání v rámci přednášek. Pro další vhodnou možnost vzdělávání seminářem odpovědělo 23 respondentů (tj. 27 %). Méně už by se jim zamlouvaly brožury, což zodpovědělo 20 (tj. 24 %) respondentů. Jako poslední se ujaly knihy, tedy s nejmenším počtem odpovědí 5 (tj. 6 %).

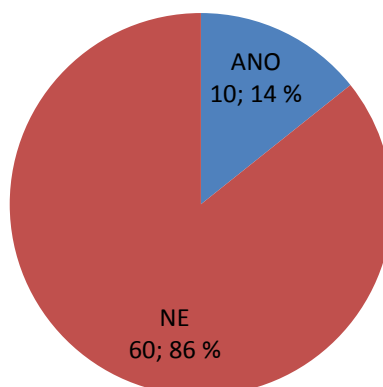
Otázka č. 12 : Setkal/a jste se už někdy s pojmem xenofobie?



Graf 11 Pojem xenofobie

U otázky zjišťující znalost pojmu xenofobie, odpovědělo 54 respondentů (tj. 75 %), že se již setkali s xenofobií, a dokázali též slovně popsat, co tento pojem znamená. Dalších 18 respondentů (tj. 25 %) se s xenofobií nikdy nesečkali.

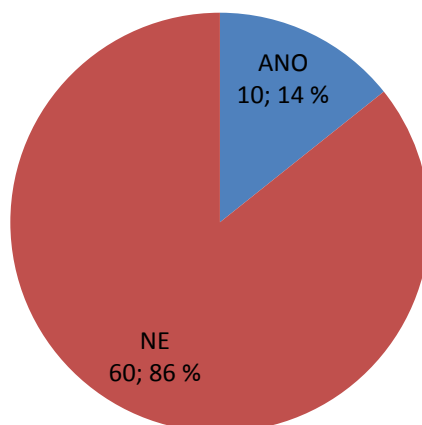
Otázka č. 13: Bylo vám nepříjemné být v blízkosti pacienta jiné národnosti při jeho ošetření?



Graf 12 Nepříjemný pocit při péči o cizince

Respondenti s počtem 60 (tj. 86 %) uvedli, že při jejich práci jim není nepříjemné být v blízkosti pacienta jiné kultury. Ostatním, kteří nejspíše neumějí odolávat předsudkům, odpověděli, že jim bylo nepříjemné ošetřovat cizince.

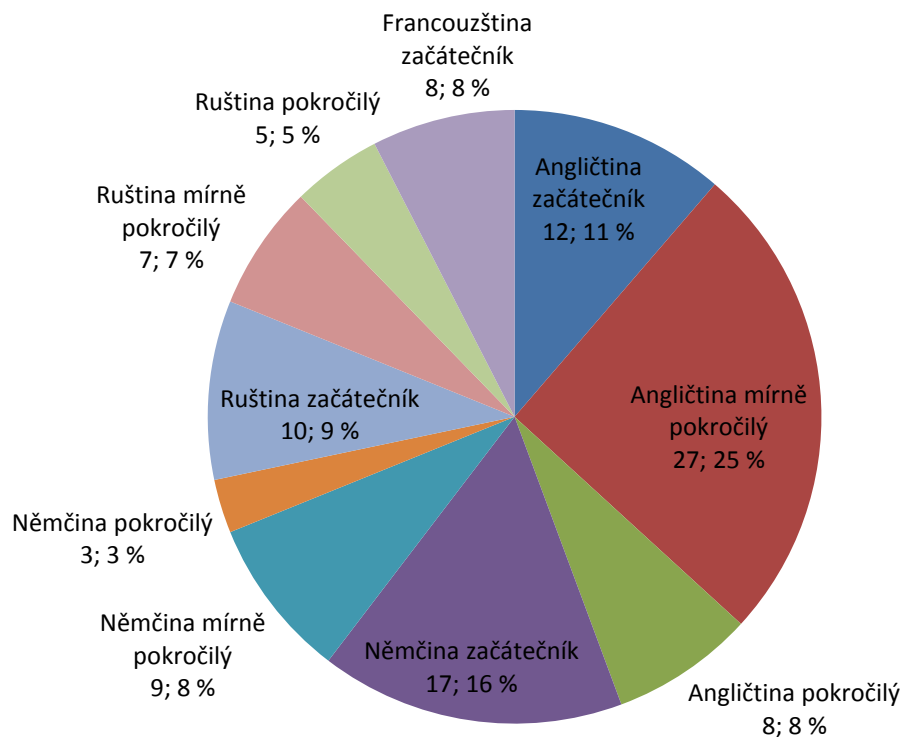
Otázka č. 14: Snažil/a jste se spíše vyhybat takovému pacientovi a nechávat práci pro vašeho kolegu?



Graf 13 Vyhýbání se cizímu pacientovi

V otázce, zda se například sestry vyhýbají situacím, kdy musí ošetřit cizince, odpovědělo 60 respondentů (tj. 86 %), že se nevyhýbají a dalších 10 (tj. 14%) napsalo, že jim tyto situace nejsou příliš příjemné a proto raději práci přenechají druhým.

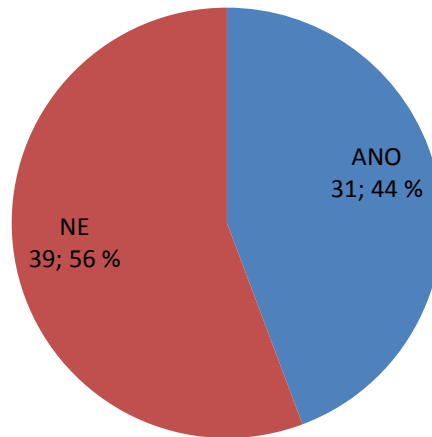
Otázka č. 15: Jaké jsou vaše jazykové znalosti?



Graf 14 Jazykové znalosti

Otázkou č. 15 jsem zjišťovala jazykové znalosti respondentů. Na otázku odpovídalo celkem 70 respondentů. Z toho nejméně užívaný jazyk vyšla Ruština, která je nejvíce ovlivněna věkem respondentů. Jako začátečníci ruského jazyka odpovědělo 10 respondentů (tj. 9 %), mírně pokročilý odpovědělo 7 respondentů (tj. 7 %) a pokročilý v Ruštině odpovídalo 5 respondentů (tj. 5 %). S Francouzským jazykem má zkušenosti pouze 8 respondentů (tj. 8 %) pouze jako začátečníci. Mírně pokročilý a pokročilý neodpověděl žádný z respondentů. Druhým nejpočetnějším jazykem je Němčina, kde je 17 začátečníků (tj. 16 %), 9 respondentů jsou mírně pokročilý (tj. 8 %) a pro pokročilou skupinu odpověděli pouze 3 respondenti (tj. 3 %). Dle předpokladu nejvíce respondentů mají zkušenosti s Anglickým jazykem. Nejvíce respondentů mluví Anglicky v mírně pokročilé fázi a to 27 respondentů (tj. 25 %), jako začátečníci se považuje 12 respondentů (tj. 11 %) a 8 respondentů (tj. 8 %) mluví plynule anglicky.

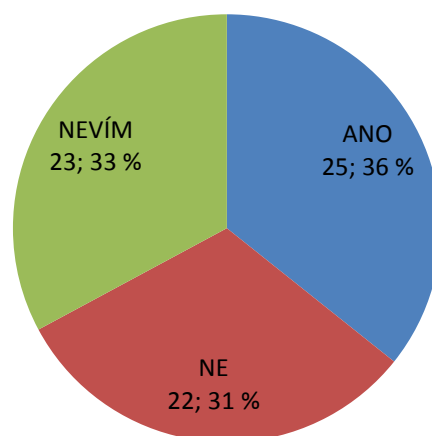
Otázka č. 16: Využil/a jste svých jazykových znalostí při péči o pacienta jiné národnosti?



Graf 15 Využití jazykových znalostí

Většina zdravotních sester v počtu 39 (tj. 56 %), které odpovídaly, své jazykové znalosti při práci s cizinci nevyužívá. Domnívám se, že je to způsobeno i věkem, kdy respondenti ve věku nad 50 let znalosti cizího jazyka mají horší než např. respondenti ve věku od 20 do 40 let. Ostatní sestry 31 (tj. 44 %) uvedlo, že znalost cizího jazyka už v praxi využilo.

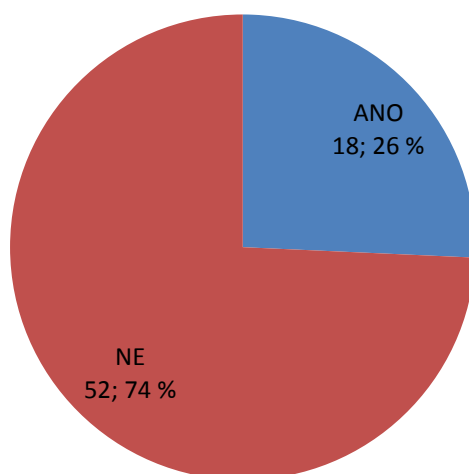
Otázka č. 17: Máte možnost využití služby tlumočnicka na vašem pracovišti?



Graf 16 Možnost využití tlumočnicka

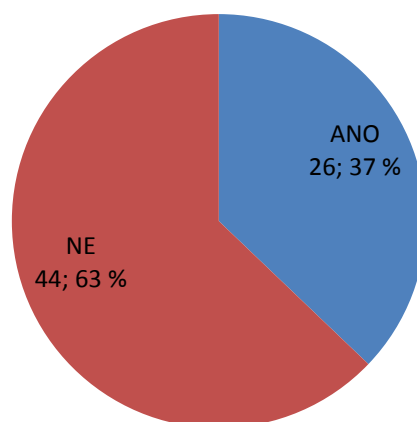
Většina zaměstnanců v Baťově nemocnici ve Zlíně, nemá tušení, že má každé oddělení možnost využití tlumočnicka. Každá nemocnice by už v dnešní době měla mít svoji vnitřní tlumočnickou službu, která je vyvěšena na intranetu. Když srovnáme, kolik respondentů odpovědělo, že nemají možnost 22 (tj. 31 %) nebo neví o tom 23 (tj. 33 %), že by využití tlumočnicka bylo v nemocnici možné, není mezi nimi velký rozdíl. O možnostech využití tlumočnické služby vědělo 25 (tj. 36 %).

Otázka č. 18: Donutila vás už někdy situace, abyste využil/a služby tlumočnicka při péči o pacienta jiné národnosti?

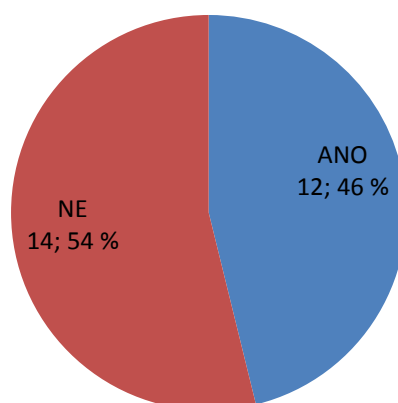


Graf 17 Využití tlumočnicka v praxi

18 respondentů (tj. 26 %) ze 70 ti dotazovaných odpovědělo, že už služby tlumočnicka při své práci využili. Myslím si, že to dokazuje dobrou stránku věci, která má přínos pro zdravotnictví. Dalších 52 respondentů (tj. 74 %) odpovědělo, že neměli doposud zkušenosti s tlumočnickem při své práci.

Otázka č. 19: Slyšel/a jste někdy o tzv. komunikačních kartách?**Graf 18 Komunikační karty**

Komunikační karty by správně měly být k dispozici na každém oddělení v nemocnici, tudíž by měly být sestry většinou informované, co to komunikační karty jsou. 44 (tj. 63%) ze 70 ti respondentů odpovědělo, že o kartách nikdy neslyšely. Dalších 26 respondentů (tj. 37 %) ví, co komunikační karty jsou.

Otázka č. 20: Vyzkoušel/a jste už někdy komunikační karty v praxi?**Graf 19 Využití komunikačních karet**

Otázku zodpovídali pouze respondenti, kteří se s pojmem komunikační karty už setkali. Vychází nám tedy, že z 26 respondentů (tj. 37 %) využilo 14 (tj. 30 %) respondentů komunikační karty při péči o cizince, což je více jak polovina odpovídajících.

8 DISKUZE

Výzkumná část práce analyzuje charakter respondentů odpovídajících na otázky zaměřené na problematiku vztahující se k pracovnímu prostředí, kde mohou přijít do kontaktu s pacienty jiných kultur. Z celkového počtu rozdaných dotazníků bylo analyzováno 70 z nich. Každá otázka byla jednotlivě vyhodnocena a zpracována do grafu včetně procentuelního vyjádření.

V první otázce byl zjišťován věk respondentů, přičemž nejpočetnější skupinu (42 %) tvořili respondenti ve věku 20 – 30 let. Vzhledem k přetrvávajícímu nedostatku zdravotnického personálu, konkrétně zdravotních sester, řeší vedení nemocnic tuto situaci postupným dosazováním absolventů středních škol. Tento fakt potvrzují výsledky hodnocení v pořadí druhé otázky, která poskytuje informaci o délce praxe dotazovaných. Bylo zjištěno, že největší počet respondentů neměl praxi delší než 5 let, a to celých 36 %. Z analýzy dat dále vyplývá, že délka praxe respondentů přímo úměrně roste s jejich věkem. Na otázku „Setkal/a jste se už někdy s pacientem jiné národnosti?“ odpovědělo 91 % dotazovaných kladně. Tento údaj jasně udává patřičnou důležitost zkoumané problematice, přičemž pravděpodobnost kontaktu s pacienty odlišné kultury je skutečně vysoká. Je tedy nutné zdravotnický personál řádně připravit na styk s etnickou menšinou a zajistit co nejvhodnější podmínky pro vzájemnou komunikaci.

Nejčastějšími pacienty – cizinci jsou v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně s 30% zastoupením Romové a Vietnamci (26 %). Další početnější skupinu pak tvoří Ukrajinci a Němci. Ošetřeni byli také Italové, Španělé, Rakušané i Američané. Co se Romské a Vietnamské komunity týče, spolu s Ukrajinci tvoří zároveň statisticky nejpočetnější skupinu cizinců žijící na území ČR.

Ze 70 dotazovaných se 53 z nich vyjádřilo, že jsou pro ně důležité znalosti specifických potřeb pacientů jiného etnika. Zbýlých 16 respondentů tyto znalosti nepovažuje za důležité. V návaznosti na informovanost zdravotnického personálu o potřebách pacientů bylo zjišťováno, zda tyto znalosti specifických potřeb také respektují. Stejně jako v předchozí výzkumné otázce převažovaly kladné odpovědi (59 ze 70 dotazovaných) nad zápornými.

V otevřené otázce, zda respondenti znají důvody, proč zdravotnický personál nezohledňuje specifické potřeby pacientů jiné národnosti, byl nejčastějším důvodem nedostatek času a jejich neinformovanost. Mezi odpověďmi se našly i připomínky na

finanční stránku, kdy personál není ochoten pracovat více než je nutné. Jedna z odpovědí byl i očekávaný rasismus. Zde přichází v úvahu otázka, jak motivovat zaměstnance nemocnic tak, aby byli ochotni poskytnout cizincům péči, která by odpovídala jejich požadavkům a potřebám, přestože to může znamenat práci nad rámec jejich pracovní náplně. Dále je nutné, aby si primárně zdravotnický personál uvědomil fakt, že jejich práce je zároveň posláním a oni sami se rozhodli pro práci v tomto nelehkém oboru.

Přestože při hodnocení otázky č. 6, zda je důležité respektovat náboženství a kulturu pacientů jiné národnosti byly odpovědi převážně kladné, z otázky č. 9, která zjišťuje zájem o informace týkající se potřeb, zvyků a náboženství pak vyplývá, že 53% dotazovaných se aktivně nezajímá o zvyklosti či potřeby pacientů. Odůvodněním pro výsledky analýzy této otázky může být stejně jako v předchozí otevřené otázce nedostatek času personálu popřípadě nízké finanční ohodnocení. Respondenti, kteří projeví zájem o informace o potřebách, zvycích a náboženském vyznání jiných národností se mohli vyjádřit, zda by uvítali možnost získávání informací o pacientech prostřednictvím zaměstnavatele. Zájem o tyto informace projevilo 42 dotazovaných. Největší zájem o vzdělání byl zaznamenán ve věkové kategorii 20 – 30 let, zatímco personál ve věku 51 a více let se dál vzdělávat nechce, což je pochopitelné vzhledem k jejich zažitým stereotypům a spoléhání se na zkušenosti získané dlouhodobou praxí. Jako nejvíce preferovanou formou získávání informací byly vyhodnoceny přednášky, další v pořadí byly semináře, brožury a jako nejméně žádaná forma vzdělávání byla vyhodnocena kniha.

Pojem xenofobie neboli projev chování, který spočívá v nedůvěře, odporu a nepřátelství ke všemu cizímu znalo 54 respondentů.

Většině dotazovaných (86 %) nebylo nepříjemné být v blízkosti pacienta jiné národnosti při jeho ošetření. Zbývajících 14 % se v přítomnosti cizince necítilo příjemně bez udání důvodu. Důvodem může být právě xenofobie u personálu nebo tolik diskutovaný rasismus. Stejných 14 % dotazovaných se vyhýbají práci s cizincem a přenechávají činnosti spojené s jeho ošetřením na kolegovi.

Důležitým aspektem při komunikaci s cizincem je překonání jazykové bariéry. Jazykové znalosti personálu zkoumala otázka č. 15 v dotazníku. Jako možné odpovědi byly uvedené následující: angličtina, němčina, ruština a francouzština. Respondenti měli možnost uvést, do jaké míry jsou v cizí mluvě zdatní (začátečník, mírně pokročilý, pokročilý). Z výsledku výzkumu vyplývá, že nejvíce zastoupeným cizím jazykem u

zdravotnických pracovníků je angličtina, a to na úrovni mírně pokročilých. Naopak znalost francouzského jazyky byla minimální. Jazykové dovednosti respondentů byly srovnány s jejich věkem a bylo zjištěno, že personál v rozmezí 20 – 30 let mluví převážně anglicky. Věková kategorie 31 – 40 let se nejčastěji domluví německy a pracovníci starší 51 let jsou znalí ruštiny a angličtiny. Přestože mezi dotazovanými byli jen 4 jedinci, kteří neovládali žádný světový jazyk, svých jazykových dovedností při své práci využilo pouze 31 pracovníků. Většina personálu (33 %) Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, netuší, že má na každém oddělení k dispozici tlumočnicka. O možnosti využití služeb tlumočnicka je obeznámeno 25 respondentů (tj. 36 %) a 18 z nich už tyto služby také při své práci využilo.

Komunikační karty slouží jako prostředek pro usnadnění komunikace mezi zdravotnickým personálem s pacientem – cizincem, který na dostatečné úrovni neovládá český jazyk. Karty jsou určeny všem, kteří při výkonu zdravotnické profese přicházejí do kontaktu s cizinci a zároveň nemají možnost využívat služeb tlumočnicků. V takových případech mohou být karty velmi užitečným pomocníkem, zejména při základních ambulantních výkonech, drobných zákrocích, pro určení předběžné diagnózy a vypracování prvotní anamnézy pacienta. Jejich prostřednictvím je možné předcházet závažným nedorozuměním a případným omylům plynoucím z omezené možnosti komunikace s pacientem – cizincem. O použití komunikačních karet má povědomí 37 % dotazovaných a 46 % je již využilo v praxi.

ZÁVĚR

Bakalářskou prací jsme se zaměřovali na multikulturní a komunikační bariéry při péči o cizince v nemocnici. Kde jsme chtěli nastínit problematiku dnešní doby, kdy je těžké pochopit specifické potřeby pacientů jiných kultur, a rádi bychom tímto motivovali veškerý zdravotnický personál ve Zlínské nemocnici. Dále jsme zjišťovali rozhled a hlavně zájem sester o transkulturní ošetřovatelství, ale také jejich jazykové znalosti. Před 50. lety, kdy M. Leiningerová vytvářela podmínky, teorie a dávala dohromady učební pomůcky pro zlepšení a pochopení transkulturního ošetřovatelství, byly multikulturní a komunikační bariéry zajisté ve větší míře, než v dnešní době. Tehdejší míru problematiky v rámci ošetřování etnických pacientů přikládáme k nevyspělé době, která měla velmi malé možnosti pro rozvoj transkulturního ošetřovatelství. Dnes, kdy je doba moderní a každým dnem vpřed s novými technikami, možnostmi atd., by měly být přístupy sester i dalších zdravotnických pracovníků na vysoké úrovni. Přístup k cizincům je dnes natolik otevřený a personál by měl být vzdělanější, ale bohužel jsem při dotazníkovém šetření zjistila pravý opak. Kde jsme vyhodnotili, že potřeby a specifika pacientů jiných kultur, nejsou zdaleka tak respektovány, jak by měly být. Na vině není rasismus nebo naše předsudky, ale bohužel je to čas a obrovská nevzdělanost zdravotníků, která jim chybí. Většina respondentů se přiklání k zájmu o vzdělávání a získání více informovanosti (20-30 let), které by mu zaměstnavatel zprostředkoval, bohužel možnosti jsou poněkud nulové. Dalším problémem byla u některých respondentů finanční stránka, která je omezuje v tom, aby udělali ve své práci něco navíc. Ohlásili se i tací respondenti, spíše ve věku nad 51 let, kteří neradi mění své stereotypy v zaměstnání a měly by se vzdělávat i něčemu novému a modernímu. Jako trend dnešní doby je Angličtina, kterou jsme také vyhodnotili jako nejčastější jazyk, kterým respondenti hovoří a to na úrovni mírně pokročilý.

Na závěr bychom tedy rádi navrhovali, aby zaměstnavatelé v nemocnici na každém oddělení zapracovali na motivaci svých zaměstnanců v přístupu k pacientovi jiné kultury ať už formou finančních odměn nebo aktivním a užitečným vzděláváním například přednáškami a semináři. Protože i my se můžeme dostat do situace, kdy budeme mimo naši zemi potřebovat lékařskou pomoc, a nikdo nám nebude rozumět.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDREWS, Margaret M. a Joyceen S BOYLE, 1999.** *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincott, 1999, 572 s. ISBN 0781710383.
- BITTNEROVÁ, Dana a Miriam MORAVCOVÁ, 2013.** *Etnické komunity*. vyd. 1. Praha: FHS UK, 2013, 223 s. Agora (Univerzita Karlova). ISBN 978-80-87398-6.
- DEVITO, Joseph A., 2001.** *Základy mezilidské komunikace*. Vyd.1. Praha: Grada, 2001, 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
- GABAL, Ivan, 1999.** *Etnické menšiny ve střední Evropě: konflikt nebo integrace*. Vyd. 1. Praha: G plus G, 1999, 341 s. ISBN 80-86-103-23-4.
- IVANOVÁ, K., J. KUTNOHORSKÁ, a L. ŠPIRUDOVÁ, 2005.** *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-24712121.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008.** *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1988.** *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1988, 235 s. Členská knihnice.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar a kol., 2003.** *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní / multikulturní odlišnosti v rámci Českého právního řádu*. Ostrava: Repronis, 2003, 120 s. ISBN 80-7042-344-7
- NESVADBOVÁ, Miluše, 2003.** *Péče o cizince v ordinaci lékaře v ČR*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 100 s. ISBN 80-86625-12-5.
- NOVÁKOVÁ, Iva, 2008.** *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008, 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
- OBEREIGNERŮ, Radko, 2009.** *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. Vyd. 1. Břeclav: Adamira, 2009, 136 s. ISBN 978-80-904217-2-1.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006.** *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PETRÁŠ, René, Helena PETRŮV, Harald Christian SCHEU, 2009.** *Menšiny a právo v České republice*. Vyd. 1. Praha: Auditorium, 2009, 507 s. ISBN 80-872-8400-3.
- POKORNÁ, Andrea, 2008.** *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

PRŮCHA, Jan, 2010. *Interkulturní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 199 s. ISBN 978-80-247-3069-1.

PRŮCHA, Jan, 2001. *Multikulturní výchova: teorie, praxe, výzkum*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2001, 211 s. ISBN 80-85866-72-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. Století*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

QUISOVÁ, Silvie, 2009. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav pedagogických a psychologických věd, 2009, 71 s. ISBN 978-80-7248-551-2.

ŠEDIVÝ, Vladimír, 2009. *Sociální komunikace*. Vyd. 1. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2009, 139 s. ISBN 978-80-7375-277-4.

ŠIŠKOVÁ, Tatjana, 2001. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. Století*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 188 s. ISBN 80-7178-648-9.

ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-0.

TEGZE, Oldřich, 2003. *Neverbální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2003, 482 s. ISBN 80-7226-429-0.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

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

VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

BÄUMELOVÁ, M., CIHLÁŘOVÁ N., KOHOUTOVÁ K., *Kulturní šok*, 2011. [Citace: 02-01-2015].

Dostupné z: http://www.hks.re/wiki1/doku.php?id=kulturni_sok_baeumelova_cihlarova_kohoutova

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, *Zdravotní systém ČR*, 2009. [Citace: 10-02-2015]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/51-0-Zdravotni-system-CR.html>

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY, *Základní principy systému zdravotní péče v ČR*, 2004, s. 5. [Citace: 10-02-2015]. Dostupné z: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Prirucka_zdravotni_pece_2004.pdf

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY, *Práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče v ČR*, 2003, s. 19-20. [Citace: 10-02-2015]. Dostupné z: http://www.domavcr.cz/rady_pro_zivot_v_ceske_republice/zdravi_a_lekarska_pece/prava_a_povinnosti_cizincu_pri_cerpani_zdravotni_pece_v_cr

IVANOVÁ, J., BŘICHŇÁČOVÁ, J., *Fenomén kulturního šoku, fáze adaptace na cizí kulturní prostředí*, 2013. [Citace: 01-02-2015].

Dostupné z: <http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/064Ivanovova.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Práva a povinnosti*, 2012. [Citace: 11-02-2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html

ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, J., *Pečujeme o klienty odlišných kultur a etnik*, 2004, s. 119 – 123. [Citace: 10-02-2015].

Dostupné z: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BP Bakalářská práce

ČR Česká republika

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 5-1 Funkce komunikace

Obrázek 5-2 Komunikační proces

Obrázek 5-3 Neverbální komunikace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů

Graf č. 2 Délka praxe

Graf č. 3 Kontakt s pacientem - cizincem

Graf č. 4 Zkušenost s cizinci jako pacienty

Graf č. 5 Znalosti specifík jiných kultur

Graf č. 6 Respektování kultury a náboženství

Graf č. 7 Respektování specifík zdravotnickým personálem

Graf č. 8 Zájem o informace

Graf č. 9 Zájem o vzdělávání

Graf č. 10 Formy vzdělávání

Graf č. 11 Pojem xenofobie

Graf č. 12 Nepříjemný pocit při péči o cizince

Graf č. 13 Vyhýbání se péči o cizince

Graf č. 14 Jazykové znalosti

Graf č. 15 Využití jazykových znalostí

Graf č. 16 Možnost využití tlumočnicka

Graf č. 17 Využití tlumočnicka v praxi

Graf č. 18 Komunikační Karty

Graf č. 19 Využití komunikačních karet v praxi

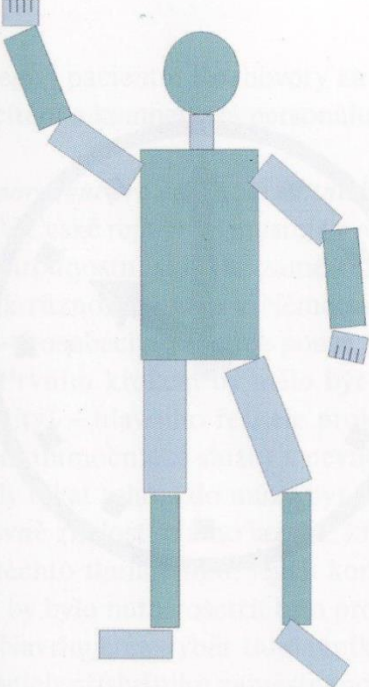

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Komunikační karty

Příloha P2: Dotazník

PŘÍLOHA P I: KOMUNIKAČNÍ KARTY

	
 jídelna	 injekce
 dining room	 injection
 das Speisesaal	 die Injektionen
 столовая	 инъекция
 jadalnia	 zastrzyki
 nhà ăn	 tiêm
 ماعط قرحح	 إنقح

	
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------



-  dělník
-  worker
-  der Arbeiter
-  рабочий
-  robotnik
-  công nhân
-  عمال



-  doklady
-  identity papers
-  die Dokumente
-  документы
-  dokumenty
-  giấy tờ
-  أوراق



-  lehnout
-  lie down
-  legen sich
-  садиться
-  położyć się
-  nằm xuống
-  دامت



-  lékař
-  a doctor
-  der Arzt
-  врач
-  lekarz
-  bác sĩ
-  طبيب

PŘÍLOHA PII DOTAZNÍK

Dobrý den.

Jsem studentka bakalářského studia oboru Andragogika v profilaci na řízení lidských zdrojů v neziskové sféře na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a píším bakalářskou práci na téma Problematika komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik. Ráda bych vás poprosila o chvíli vašeho času a o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a zabere vám krátkou chvíli. Pokud není uvedeno jinak, vyberte vždy jednu odpověď.

Mnohokrát děkuji.

Kateřina Wesleyová

Studentka 3. Ročníku oboru Andragogika v profilaci na řízení lidských zdrojů v neziskové sféře Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

1) JAKÝ JE VÁŠ VĚK?

- a) Méně než 20
- b) 20-30
- c) 31-40
- d) 41-50
- e) 51 a více let

2) JAKÁ JE DÉLKA VAŠÍ PRAXE?

- a) Méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 a více let

3) SETKAL/A JSTE SE UŽ NĚKDY S PACIENTEM JINÉ NÁRODNOSTI?

- a) Ano
- b) Ne

4) POKUD ANO, TAK SE KTEROU NÁRODNOSTÍ? (odpovězte, pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, můžete označit více možností, jinak pokračujte otázkou č. 5)

- a) Romskou
- b) Německou

- c) Ukrajinskou
 - d) Vietnamskou
 - e) Jinou, uveďte jakou
-

5) KAŽDÁ NÁRODNOSTNÍ MENŠINA MÁ SVÉ KLTURNÍ A NÁBOŽENSKÉ ODLIŠNOSTI. JSOU TEDY PRO VÁS DŮLEŽITÉ ZNALOSTI SPECIFICKÝCH POTŘEB PŘI PÉČI O PACIENTA JINÉHO ETNIKA?

- a) Ano
- b) Ne

6) JE PODLE VÁS DŮLEŽITÉ RESPEKTOVAT NÁBOŽENSTVÍ A KULTURU U PACIENTA JINÉ NÁRODNOSTI?

- a) Ano,
protože.....
- b) Ne,
protože.....

7) DOMNÍVÁTE SE, ŽE NÁŠ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL RESPEKTUJE DANÁ SPECIFIKA U PACIENTŮ JINÉ NÁRODNOSTI?

- a) Ano
- b) Ne

8) ZNÁTE DŮVODY, PROČ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL NEZOHLEDŇUJE SPECIFICKÉ POTŘEBY PACIENTŮ JINÉ NÁRODNOSTI?

.....

.....

9) ZAJÍMÁTE SE O INFORMACE O POTŘEBÁCH, ZVYCÍCH A NÁBOŽENSKÉM VYZNÁNÍ JINÝCH NÁRODNOSTÍ?

- a) Ano
- b) Ne

10) UVÍTAL/A BYSTE, KDYBY VÁM ZAMĚSTNAVATEL NABÍDL MOŽNOST ZÍSKÁVAT VÍCE INFORMACÍ O PACIENTECH JINÝCH NÁRODNOSTÍ? (pokud jste odpověděla ne, pokračujte otázkou č. 12)

- a) Ano
- b) Ne

11) POKUD BY BYLY PRO VÁS NOVÉ INFORMACE PŘÍNOSEM, JAKOU FORMOU BYSTE SE NEJRADĚJI V TÉTO OBLASTI VZDĚLÁVALA?

- a) Knihy
- b) Semináře
- c) Přednášky
- d) Brožury
- e) Jiné, uveďte

formu.....
.....

12) SETKAL/A JSTE SE UŽ NĚKDY S POJMEM XENOFOBIE?

- a) Ano, je

to.....
.....

- b) Ne

13) BYLO VÁM NEPŘÍJEMNÉ, BÝT V BLÍZKOSTI PACIENTA JINÉ NÁRODNOSTI PŘI JEHO OŠETŘENÍ?

- a) Ano
- b) Ne

14) SNAŽIL/A JSTE SE SPÍŠE VYHÝBAT TAKOVÉMU PACIENTOVI A NECHÁVAT PRÁCI PRO VAŠEHO KOLEGU?

- a) Ano
- b) Ne

15) JAKÉ JSOU VAŠE JAZYKOVÉ ZNALOSTI?

- a) Angličtina žádné/začátečník/mírně pokročilý/ pokročilý

- b) Němčina žádné/začátečník/mírně pokročilý/pokročilý

- c) Ruština žádné/začátečník/mírně pokročilý/pokročilý

- d) Francouzština žádné/začátečník/mírně pokročilý/pokročilý

16) VYUŽIL/A JSTE SVÝCH JAZYKOVÝCH ZNALOSTÍ PŘI PÉČI O PACIENTA JINÉ NÁRODNOSTI?

- a) Ano
- b) Ne

17) MÁTE MOŽNOST VYUŽITÍ SLUŽBY TLUMOČNÍKA NA VAŠEM PRACOVIŠTI?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18) DONUTILA VÁS UŽ NĚKDY SITUACE, ABYSTE VYUŽILA SLUŽBY TLUMOČNÍKA PŘI PÉČI O PACIENTA JINÉ NÁRODNOSTI?

- a) Ano
- b) Ne

19) SLYŠEL/A JSTE NĚKDY O TZV. KOMUNIKAČNÍCH KARTÁCH?

- a) Ano
- b) Ne

20) VYZKOUŠEL/A JSTE UŽ NĚKDY KOMUNIKAČNÍ KARTY VPRAXI?(pokud jste v předchozí otázce odpověděla ne, na otázku č. 20 neodpovídejte)

- a) Ano
- b) Ne

