

Péče o člověka odlišné kultury během hospitalizace

Adéla Kopečná

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Adéla Kopečná**
Osobní číslo: **H170458**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Péče o člověka odlišné kultury během hospitalizace**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

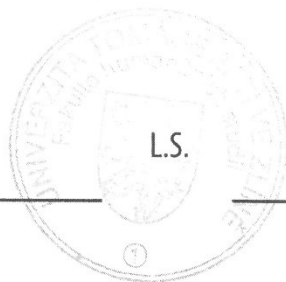
Seznam doporučené literatury:

- HÁJEK, M. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada, 2016. 200 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- LEININGER, M. a M. McFARLAND. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Researches & Practice*. 3rd ed. New York: McGraw- Hill, Medical Publishing Division, 2002. 648 s. ISBN 0-07-135397-6.
- OLIŠAROVÁ, V. a V. TÓTHOVÁ. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: Lidové noviny, 2018. 200 s. ISBN 978-80-7422-630-4.
- TÓTHOVÁ, V. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2013. 280 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka 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 užit 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

.....

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 nevydělečně 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). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematiku péče o pacienty odlišné kultury během hospitalizace. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly, ve kterých popisujeme základní pojmy a modely multikulturního ošetrovatelství, specifika vybraných menšin (romské, muslimské, vietnamské a ukrajinské kultury) a role sestry v péči o pacienty odlišné kultury. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali a jak se liší péče o pacienty odlišné kultury během hospitalizace. Hlavní cíl byl naplněn prostřednictvím pěti dílčích cílů. Pro praktickou část práce jsme zvolili metodu kvantitativního šetření, technikou dotazníku. Zjistili jsme, že péče o pacienty odlišné kultury se liší v mnoha ohledech, a to nejen v komunikaci, ale také ve skladbě stravy, zvyklostech pacienta a z toho vyplývajících požadavků na sestry apod.

Klíčová slova: Kultura, multikultura, péče, sestra, pacient odlišné kultury

ABSTRACT

The Bachelor's thesis focuses on the topic of hospitalisation care for patients deriving from different cultures. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical section contains four chapters describing primary concepts and models of multicultural nursing, the specifics of selected minorities (Roma, Muslim, Vietnamese and Ukrainian cultures), and the role of nurses in caring for patients of different cultures. The primary objective of the Bachelor's thesis was to determine whether and how does the hospitalisation care of patients of different cultures differ. The thesis' main objective was fulfilled through five sub-goals. For the practical part of the work, the author chose to apply quantitative research and questionnaires. The author has determined that the care of patients of different cultures differs in many respects, not only in communication but also in the diet, the patients' habits, the resulting requirements on the nurses, etc.

Keywords: Culture, multicultural, care, nurse, patients of different cultures

Nejdříve bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení, trvalý zájem, trpělivost a cenné rady, které my poskytovala při zpracování práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na empirickém šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	12
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	12
1.1.1 Etnikum, etnicita, etnické vědomí.....	12
1.1.2 Národ, národnost, národnostní menšina.....	13
1.1.3 Majorita a minorita.....	14
1.1.4 Kultura, kulturní předsudek, vnučování, slepota, bolest.....	15
1.2 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	16
1.3 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	17
1.4 KULTURNÍ ŠOK	17
2 MODELY MULTIKULTURNÍ PÉČE	21
2.1 MADELEINE LEININGER	21
2.1.1 Model Leiningerové	21
2.1.2 Metaparadigma koncepce definované podle M. Leininger.....	23
2.2 MODEL ROZVÍJENÍ KULTURNÍ ZPŮSOBILOSTI JOSEPHY CAMPINHY-BACOTE.....	23
2.3 MODEL KULTURNĚ OHLEDUPLNÉ A UZPŮSOBENÉ PÉČE GIGEROVÁ A DAVIDHIZAROVÁ.....	24
2.3.1 Metaparadigma modelu dle Gigarové- Davidhizarové	26
3 SPECIFIKA VYBRANÝCH MENŠIN	27
3.1 ROMOVÉ.....	27
3.2 MUSLIMOVÉ	29
3.3 VIETNAMCI.....	31
3.4 UKRAJINCI.....	32
4 ROLE SESTRY V PÉČI O PACIENTY ODLIŠNÉ KULTURY	34
4.1 ZNAKY CHARAKTERIZUJÍCÍ ROLI SESTRY	34
4.2 KOMPETENCE SESTRY PEČUJÍCÍ O PACIENTA ODLIŠNÉ KULTURY	35
4.3 ETICKÝ PŘÍSTUP K CIZINCŮM.....	36
4.3.1 Složky kulturního hodnocení z hlediska etiky	37
4.4 RESPEKTOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB	37
4.5 RESPEKTOVÁNÍ TRADIC V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
5 METODIKA	41
5.1 CÍLE PRÁCE	41
5.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	41

5.3	TECHNIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
5.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	42
5.5	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
5.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	43
6	VÝSLEDKY	44
6.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	44
6.2	VÝSLEDKY VE VZTAHU K CÍLŮM PRÁCE A JEJICH VYHODNOCENÍ	47
7	DISKUSE	75
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ	85
	SEZNAM TABULEK	86
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

V současné době je téma multikulturního ošetrovatelství velmi aktuální a celospolečensky významné. V České republice stále častěji setkáváme s cizinci, ať už se jedná o turisty, studenty, zahraniční zaměstnance nebo migranty. S pacienty odlišných kultur se můžeme setkat i ve zdravotnických zařízeních, kdy narážíme na jazykové a komunikační bariéry, odlišné zvyky a náboženství a specifické požadavky těchto pacientů. Péče pacientům odlišné kultury by měla být poskytována bez rozdílu na jejich věk, pohlaví, ale také vyznání a kulturní příslušnost. Velkou část cizích státních příslušníků na území České republiky tvoří: Slováci, Ukrajinci, Němci, Rusové, Rumuni, Poláci, Bulhaři a Vietnamci. Se kterými kulturami se ovšem zdravotnický personál setkává ve své praxi, chceme zjistit v praktické části práce.

Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole se zabýváme vysvětlením pojmů z multikulturního ošetrovatelství. Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na modely multikulturního ošetrovatelství, jako jsou Model vycházejícího slunce od Madeleine Leiningerové, Model rozvíjení kulturní způsobilosti od Josephy Campinhy-Bacote a Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče od Gigerové a Davidhizarové. Třetí kapitola je zaměřena na specifika vybraných menšin, kde jsme se zaměřili na romskou, muslimskou, vietnamskou a ukrajinskou kulturu. Přibližujeme zde jejich kulturu, zvyky, stravovací návyky, komunikaci a jejich chování v roli pacientů. Ve čtvrté kapitole se zabýváme rolí sestry a přístupem k pacientům odlišné kultury.

V praktické části byl zvolen hlavní cíl, který měl zjistit, zdali a jak se liší péče o pacienty odlišné kultury během hospitalizace, od kterého se odvíjelo dalších pět dílčích cílů. Praktická část byla zpracována kvantitativní metodou, technikou výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou přibližně stejně velkých nemocnicích na interním, traumatologickém, ortopedickém, neurologickém a urologickém oddělení.

V současné době by mělo být samozřejmostí, že ošetrující personál dokáže reflektovat potřeby pacientů odlišných kultur, ale jak je tomu ve skutečnosti, chceme zjistit v bakalářské práci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Myšlenkou kulturně uzpůsobené ošetrovatelské péče se začala v padesátých letech 20. století jako první na světě zabývat profesorka Madeleine Leiningerová. Multikulturalismus lze definovat jako doktrínu, která tvrdí, že samostatné etnické skupiny mají právo se kulturně lišit od většinové společnosti, stejně jako má většina právo na svou kulturu (Eriksen, 2008, s. 337).

Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči, praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi, anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem (Leininger, McFarland, 2002, s. 46).

„Ošetrovatelství je naučená, humanitní a vědecká profese a disciplína, zaměřená na fenomény péče o lidskou bytost a na pečování, na činnosti asistování jiným, na podporu a usnadňování nebo umožňování individuím či skupinám udržovat nebo znovu získat jejich zdraví či pohodu kulturně vhodnou a prospěšnou cestou, nebo pomáhat individuím čelit hendikepům nebo smrti“ (Leininger, McFarland, 2002, s. 46). Nejzásadnějším prvkem v ošetrovatelství dle Leiningerové a McFarland (2002, s. 46) je péče a pečování.

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Etnikum, etnicita, etnické vědomí

Etnikum

Etnikum lze definovat jako společenství lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu. Souhrnně lze říct, že etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou (Petrušek a Vodáková, 1996, s. 277).

Etnicita

Etnicita je souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum – je úzce spojena s prvky příslušné kultury. Je to vzájemně provázaný systém kulturních, materiálních a duchovních, rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu (Průcha, 2001, s. 18).

Etnické vědomí

Etnické vědomí můžeme definovat jako vědomí sounáležitosti pro určitou etnickou skupinu na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového

původu. Lze říct, že se jedná o souhrn názorů na původ, vlast, postavení, historii, úlohu a povahu etnika (Ivanová a kol., 2005, s. 20; Průcha, 2001, s. 19).

1.1.2 Národ, národnost, národnostní menšina

Národ

Národ označuje celou řadu vzájemně historicky, kulturně, ekonomicky a sociálně diferencovaných jevů. Z toho vyplývá i nejednotnost ve vymezení pojmu (Geist, 1992, s. 244).

1. **Sociologické vymezení** – jde o osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. K této definici se uvádějí tři typy kritérií, jimiž jsou národy identifikovány:
 - kritérium kultury: spisovný jazyk, společné náboženství nebo společná dějinná zkušenost;
 - kritérium politické existence: národy mají buď vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě;
 - psychologické kritérium: subjekty národa (jednotlivci) sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu. Silné národní uvědomění, jež je v souladu s následným jednáním, se nazývá vlastenectví (Ivanová a kol., 2005, s. 21–22).
2. **Historiografické vymezení** – nezbytnou podmínkou pro existenci národa jsou tyto okolnosti:
 - národ je občanskou pospolitostí rovnoprávných jedinců;
 - téměř každý jedinec si je vědom své příslušnosti k národu;
 - národní pospolitost prošla shodnou historií, má společný soud (Průcha, 2001, s. 21–22).

Národnost

Národnost je obvykle chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. Statistická komise OSN doporučuje zjišťovat národnost obyvatel na základě tohoto širokého vymezení: „*příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatní populace*“ (Ivanová a kol., 2005, s. 22; Průcha, 2001, s. 22–23).

Rozlišujeme národnost etnickou a národnost politickou. Národnost etnická je charakterizována souborem osob se společným jazykem, historií, tradicí, zvyky, územím a hospodářstvím. Národnost politická je definována jako soubor občanů určitého státu – státní příslušnost, občanství (Ivanová a kol., 2005, s. 239; Nováková, 2008, s. 10).

Národnostní menšina

Jedná se o malé etnikum bez vlastního státu nebo jde o část velkého státního národa sídlícího na území jiného státu (Nováková, 2008, s. 10).

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, definuje národnostní menšinu takto:

1. Národnostní menšina je společenství občanů České republiky (ČR) žijících na území současné ČR, 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 a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.
2. 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 (Zákon č. 273/2001 Sb.).

Z výše uvedeného vyplývají následující charakteristiky národnostní menšiny:

- jedná se o skupinu občanů v ČR;
- odlišují se od většiny počtem, jazykem, kulturou, původem a tradicemi;
- spojuje je úsilí o zachování a rozvoj svébytnosti menšiny;
- menšina má historickou souvislost s ČR (Nováková, 2008, s. 11).

Na území ČR podle státního občanství k roku 2018, žijí déle než 90 dnů tito cizinci: Slováci, Ukrajinci, Němci, Rusové, Rumuni, Poláci, Bulhaři, Vietnamci, Američané a Maďaři (Český statistický úřad, 2018).

1.1.3 Majorita a minorita

Majorita neboli většina jde ruku v ruce s dominantní kulturou. Dominantní kultura je hlavní kultura obyvatelstva, zahrnuje jazyk, chování, náboženství, hodnoty, rituály, které bývají často normou pro společnost. Dominantní kultura má obvykle na určitém území převahu (majorita, majoritní společnost) (Kraus, 2014, s. 159).

Minorita znamená v překladu menšina. Představuje skupinu osob, které se svými kulturními (a často i fyzickými) charakteristikami liší od většiny (majority). Vymezení

tohoto pojmu stanovuje § 2 zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů:

1. Národnostní menšina je společenství občanů ČR žijících na území současné ČR, 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 a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.
2. 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 (Zákon č. 273/2001 Sb.; Kraus, 2014, s. 159).

Minorita také zahrnuje *subkulturu*, což je odlišnost od dominantní společnosti, utváří se na základě původu, národnosti, etnické příslušnosti, kdy členové subkultury jsou nositeli specifických vzorců chování. Minoritní národnostní skupiny se obvykle soustřeďují na určitém území (čtvrti), kde následně vytvářejí majoritní skupinu (Kraus, 2014, s. 159).

1.1.4 Kultura, kulturní předsudek, vnucování, slepota, bolest

Kultura je klíčový pojem v transkulturním ošetřovatelství. Chápeme ji jako souhrn životních forem, hodnotových představ a životních podmínek obyvatel na časově a prostorově vymezeném úseku, ale také je to systémové zevšeobecňování symbolů, které si musí jedinec osvojit v procesu osvojení (Líšková a Nádaská, 2006, s. 10; Plevová a kol., 2019, s. 139).

Kultura se dá přirovnat k „cibuli“. *Zevní vrstvu* „kulturní cibule“ tvoří řeč, strava, oblečení a architektura, vše je okamžitě viditelné a vnímatelné. *Střední vrstva* obsahuje normy a hodnoty, které se odkrývají pomaleji v kontaktu s danou kulturou (běžná gesta, co je dobré a zlé, rituály pozdravu, témata rozhovoru). A *vnitřní vrstvu* tvoří základní hodnoty a otázky existence, stereotypy, archetypy a základní pravdy o životě (Krátká, 2018, s. 107; Nováková, 2008, s. 17) (P I).

Kulturní předsudek

Pojem kulturní předsudek označuje přísný hodnotící postoj či stanovisko hodnotitele odlišné kultury k hodnotám a víře hodnoceného, k jeho zvládnutí situace a k jeho

rozhodování. Kulturní předsudek může narušovat vztahy s klienty a brát jim prostor pro projevy kulturní svébytnosti (Špirudová a kol., 2006, s. 33–34).

Kulturní vnucování

Pojmem kulturní vnucování chápeme jako tendenci vnucovat z různých důvodů jedinci či skupině víru, hodnoty a vzorce jiné kultury. Např. sestry svá měřítká a vzorce z pozice autority často aplikují na pacienty, čímž jim z různých důvodů upírají právo na svobodné rozhodování a volbu (Špirudová a kol., 2006, s. 33–34).

Kulturní slepota

Kulturní slepota popisuje stav, kdy jedinec nedokáže zřetelně vnímat, že jeho jednání je kulturně jednostranné. M. Leiningerová uvádí příklad kulturní slepoty ve své knize, kdy australská sestra pečuje o muslimského pacienta a nebyla si schopná uvědomit, že tomuto pacientovi nemá nosit léky na pokoj v době, kdy se zdržuje na modlitbách mimo nemocniční pokoj, jelikož trvala na svých kulturně podmíněných pracovních stereotypch (Špirudová a kol., 2006, s. 33–34).

Kulturní bolest

Kulturní bolest je poměrně nový pojem zdravotní péče. Ke kulturní bolesti dochází, pokud si zdravotnický personál neuvědomuje, že svým chováním/jednáním u klientů vyvolává diskomfort nebo ponížení (např. poznámky o vzrůstu, tělesné konstrukci, barvě pleti, zvyklostech, víře, rodině...)

Jedním z východisek hodnocení je znalost bio kulturalismu (jak fyzikální a biokulturní faktory ovlivňují reakce různých klientů na nepříjemné pocity, tělesné postižení apod. (Špirudová a kol., 2006, s. 33–34).

1.2 Multikulturní ošetřovatelství

Multikulturní ošetřovatelství je obor, který studuje kultury a náboženství z hlediska ošetřovatelské praxe. Zohledňuje v praxi přesvědčení a zvyklosti jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí s cílem poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci. Má význam nejen pro ošetřování cizinců, ale především pro péči o příslušníky etnických menšin (Dobešová, 2010).

Multikulturní péči ovlivňuje mnoho aspektů: komunikace, časové a prostorové představy, sociální organizace, struktura společnosti, stravovací návyky, svátky a rituály, ale také

normy a zákony, názory společnosti na svět a člověka a ekonomika (Kolektiv autorů, 2007, s. 8–9).

Zásady multikulturní ošetrovatelské péče z etického hlediska:

1. Zásada morální spravedlnosti a ekvity (rovnosti);
2. Zásada kulturní ohleduplnosti a dodržování lidských práv;
3. Zásada obecného prospěchu – konání k prospěchu člověka;
4. Zásada sloužit druhým a chránit je před destruktivními vlivy;
5. Zásada dostatečně častého monitorování etických a morálních veličin tak, aby nám pomohly rozlišovat mezi potřebami různých kultur (Ivanová a kol., 2005, s. 58).

1.3 Transkulturní ošetrovatelství

Myšlenka transkulturního ošetrovatelství pochází z konce 50. a začátku 60. let 20. století, a její zakladatelkou je Madeleine Leiningerová. V té době pracovala na dětské psychiatrii s postiženými dětmi, kde pochopila vliv různých kultur na děti z hlediska stravy, spánku, hry a dalších oblastí z běžného života.

Transkulturní ošetrovatelství je komparativní (srovnávací) teoretický a praktický obor zaměřený holisticky na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s ohledem na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytovat kulturně shodnou, citlivou a kompetentní péči a podporu ve zdraví a nemoci.

Cílem je zkoumat a aplikovat vědomosti z výzkumu kultur za účelem poskytování kulturně shodné péče lidem z různých kultur (Plevová a kol., 2019, s. 132).

1.4 Kulturní šok

Kulturní šok je „*psychická reakce, kterou prožívá člověk přemístěný do kultury velmi odlišné od jeho vlastní kultury nebo od kultur, na kterou je zvyklý*“ (DeVito, 2001, s. 396). Tento nepříjemný traumatický proces často zažívají imigranti, uprchlíci, kteří přicházejí do země, která je jim neznámá, jsou tam jiné zvyky, rituály, strava, jazyk i klimatické podmínky. Jde o proces, který není jednorázový ani rychlým zvratem a trvá týdny až měsíce (De Vito, 2001, s. 396).

Tento termín byl prvně použit v roce 1951, a to americkým kulturním antropologem C. D. Boistem, který čerpal z vlastní zkušenosti, kdy jeho rodiče přišli do USA ze Švýcarska. Dalším, kdo se věnoval tomuto problému, byl kanadský kulturní antropolog K. Oberg, který v roce 1954 důsledně popsal kulturní šok a uvedl jeho čtyři fáze (Kutnohorská, 2013, s. 74).

Definice kulturního šoku

Dle Oberga je kulturní šok pocit „úzkosti“ vznikající při přestěhování jedince do cizího prostředí, kdy dochází ke ztrátě kontaktu jedince s lidmi, zvyky, hodnotami a normami, které jsou součástí jeho každodenního života a kultury (Kutnohorská, 2013, s. 74).

Antropologové tento termín popisují jako pocit dezorientace a stresu, jež zakoušejí lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Je zejména způsoben nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která jsou vyvolána kontaktem s cizí, neznámou kulturou (Ivanová a kol., 2005, s. 30).

Fáze kulturního šoku

Rozdělení do čtyř odlišných fází spojených s pobytem v jiné kulturní společnosti uvedl Oberg v roce 1954:

1. Fáze „medových týdnů“ (honeymoon) nebo také „turistická fáze“: důraz je položen na počáteční euforické reakce: okouzlení, fascinace, nadšení z nové kultury.
2. Fáze krize (crisis): náhlý obrat charakterizovaný pocity nepřiměřenosti, frustrace, úzkosti a hněvu. Život v nové kultuře se stává složitým (složitá je komunikace, včlenění se do sociálních vazeb).
3. Fáze zotavení (recovery): zahrnují odhodlanost a kulturní učení.
4. Fáze přizpůsobení (adjustment): odráží potěšení z fungujících schopností v nových životních podmínkách, těší se z nové kultury, váží si jí i lidí kolem (Ivanová a kol., 2005, s. 158–159; Kutnohorská, 2013, s. 74).

Při popisu prožitků po návratu domů je používána křivka dvojitého „U“. Tato křivka vyjadřuje výše uvedené fáze (P II).

Predispozice pro kulturní šok

K. Oberg v roce 1960 uvedl šest negativních charakteristik kulturního šoku, jelikož kulturní šok je nemoc a tím pádem má své příčiny, symptomy i léčbu.

1. Napětí a stres v souvislosti s psychologickou adaptací.
2. Pocity ztráty nebo deprivace vyplývající z odloučení od přátel, ztráty společenského postavení, role a osobního majetku.
3. Obavy z odmítnutí nebo pocity odmítnutí novou kulturou.
4. Zmatek v definování rolí, očekávaných pocitech a identitě.
5. Neočekávaná úzkost, zklamání, nechuť nebo rozhořčení týkající se kulturních odlišností.
6. Pocity bezmocnosti a bezradnosti, frustrace a deprese (Kutnohorská, 2013, s. 76).

Kulturním šokem se zabýval také australský profesor sociologické psychologie Ronald Taft, který identifikoval kulturní šok šesti aspekty:

1. Napětí v důsledku nezbytné psychologické adaptace.
2. Pocity ztráty a pocity deprivace ve vztahu k přátelům, postavení, povolání a majetku.
3. Zamítnutí nových členů kultury.
4. Zmatek v očekáváních, hodnotách, pocitech a sebeidentitě.
5. Překvapení, úzkost, dokonce i odpor a rozhořčení z poznatků o kulturních rozdílech.
6. Pocity bezmocnosti kvůli neschopnosti vyrovnat se s novým prostředím (Kutnohorská, 2013, s. 77).

Carmen Guanipa, která pochází z Venezuely, působila jako psycholog-konzultant pro otázky multikultury v Montrealu v Kanadě uvádí, že symptomy kulturního šoku mohou být odlišné v průběhu času. Ačkoli kulturní šok působí mnohým značné obtíže, je také příležitostí k vytvoření nových životních cílů, nové hierarchie hodnot (Kutnohorská, 2013, s. 77) (P III).

Zvládání kulturního šoku

Carmen Guanipa v roce 2010 uvádí několik možností, jak lze zvládat kulturní šok:

- věnujte se koníčkům;
- nezapomínejte na to dobré, co už máte;
- buďte trpěliví;
- buďte konstruktivní;
- vyhýbejte se nepříznivému prostředí;
- do svého každodenního života zařaďte pravidelnou formu fyzické aktivity;
- pozitivně působí relaxace a meditace;
- udržujte kontakt se svojí etnickou skupinou, to vám dodá pocit sounáležitosti a nebudete se cítit osamělí a odcizení;
- udržujte kontakt s novou kulturou, učte se nový jazyk;
- staňte se dobrovolníkem v nějaké společnosti, zároveň procvičíte jazyk a budete se cítit užitečně;
- nebuďte nešťastní kvůli lidem, které jste nechali doma ve své původní zemi (rodina, přátelé);
- akceptujte novou zemi a zaměřte svou sílu na cestu vpřed;
- udržujte pozornost i na vztahy s rodinou a kolegy z práce, budou vás podporovat v těžkých časech;

- vytvořte si jednoduché cíle, u kterých budete moci vyhodnocovat svůj postup;
- naučte se žít i s věcmi, které vám stoprocentně nevyhovují;
- neztrácejte sebedůvěru, jděte za svými ambicemi a pokračujte ve svých plánech do budoucna, pokud máte pocit, že potřebujete vyhledat pomoc, vždy se najde někdo, nebo nějaké služby, které vám budou k dispozici (Kutnohorská, 2013, s. 85).

2 MODELY MULTIKULTURNÍ PÉČE

Model je vědecká konstrukce, obraz, představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické, anebo fyzikální vizualizace.

Koncepce je pojetí, chápání, myšlenková osnova či způsob pohledu a výkladu určitého jevu. Koncepce představuje základní hledisko nebo vedoucí ideu vysvětlení určitého jevu, hlavní záměr nebo konstrukční princip různých druhů činností. Může ji tvořit také soustava názorů na určitý jev.

Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Koncepční modely se zaměřují na vybrané jevy a ovlivňují naše vnímání reality. Týkají se názorů a jevů, které souvisejí s daným oborem.

Teorie je soubor poznatků charakterizující určitý jev; výklad příčin a souvislostí jevu, či jevů v určité oblasti, které je možné empiricky ověřovat.

Metaparadigma je jádro nebo obsah či předmět, kterým se příslušná vědní disciplína zabývá. Je to globální pohled na obsahové zaměření vědní disciplíny. Tvoří první úroveň rozlišení mezi vědními disciplínami. Specifikované je koncepcemi a teoriemi (Pavlíková, 2006, s. 16–18).

2.1 Madeleine Leininger

Madeleine Leininger (1925–2012) byla americká profesorka ošetrovatelství a zakladatelka Katedry transkulturního ošetrovatelství ve Washingtonu. V roce 1960 poprvé definovala termín „transkulturní ošetrovatelství“. Pracovala jako řádová a staniční sestra na chirurgickém oddělení, později působila jako ředitelka ošetrovatelských služeb psychiatrického oddělení v Omaha. Později se stala ředitelkou centra na podporu výzkumu transkulturního ošetrovatelství. Je autorkou a editorkou 28 knih a stála u zrodu časopisu *Journal of Transcultural Nursing* a Společnosti pro transkulturní ošetrovatelství (Farkašová a kol., 2005, s. 124–126; Kutnohorská, 2013, s. 40).

2.1.1 Model Leiningerové

Model Leiningerové, teorie transkulturního ošetrovatelství nebo také model vycházejícího slunce dostal název podle schématu, ve kterém Leiningerová znázornila svoje ideje a představuje jednotlivé složky teorie:

- kulturní a sociální struktura;

- systémy péče;
- typy péče.

Kulturní a sociální struktura prezentuje technologické, náboženské, filozofické, politické, právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny tyto faktory jsou navzájem propojeny a jejich vliv na jedince nemůžeme chápat odděleně.

Systémy péče rozdělujeme na dva systémy, a to na tradiční a profesionální. Tradiční systém je využíván u příslušníků subkultury a profesionální systém se prezentuje názory dominantní kultury, která je odlišná od kultury sester (Archalousová, 2003, s. 33–36; Farkašová a kol., 2005, s. 124–126) (P IV).

Typy péče jsou centrem ošetrovatelských činností, kdy kulturní péče se může realizovat třemi způsoby, v souvislosti se stavem, problémem a potřebami klienta:

- kulturní péče pomáhající uchovat nebo získat zdraví je zaměřená na zdravého i nemocného klienta;
- kulturní péče umožňující adaptaci zahrnuje intervence, které pomáhají klientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče;
- kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu se dostává do popředí tehdy, kdy je zapotřebí modifikovat nebo změnit způsob, kterým se klient stará o své zdraví.

Leiningerová zdůrazňuje, že lidé mají právo mít vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby. Proto sestry musí poskytovat takovou péči, která bude toto právo respektovat. Cílem teorie je poukázat na vhodnou a zodpovědnou péči, která se shoduje s pacientovými kulturními potřebami, hodnotami nadějemi a realitou životního stylu (Archalousová, 2003, s. 33–36; Farkašová a kol., 2005, s. 124–126) (P V).

Pojmy modelu:

Kulturní antropologie je věda zkoumající vývoj, strukturu a fungování různých kultur v čase a prostoru.

Kultura definuje naučené a přenášené hodnoty, víru, normy, životní styl jednotlivce či skupiny, které usměřují jejich myšlení, rozhodnutí a činnosti.

Dominantní kultura je hlavní kultura obyvatelstva, která má na daném území převahu.

Subkultura je pojem vztahující se na skupinu lišící se od příslušníků dominantní kultury, která je její součástí. Členové subkultury jsou nositelé specifických norem, hodnot, chování, životního stylu, který se odlišuje od většinové kultury.

Transkulturní ošetrovatelství se zabývá péčí, která je zaměřená na podporu, udržení zdravého způsobu chování či uzdravování kulturně vhodnými způsoby (Pavlíková, 2006, s. 62).

2.1.2 Metaparadigma koncepce definované podle M. Leininger

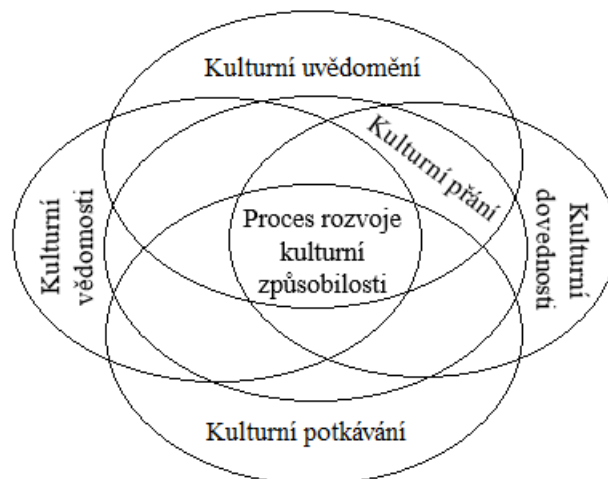
Osoba	Jedinec, který se dokáže starat o sebe a projevuje zájem o své potřeby, pohodu a přežití a k tomu využívá různé způsoby závislé na kultuře a prostředí.
Prostředí	Je to vzájemně závislý systém společnosti, který se skládá ze složek politických, ekonomických, sociálních, vzdělávacích, technických, náboženských a kulturních.
Zdraví	Je kulturně určený stav pohody, vyjadřující schopnost jednotlivců/skupin vykonávat denní činnosti kulturně vhodným způsobem.
Ošetrovatelství	Je transkulturní profese a vědní disciplína, která poskytuje péči osobám různých kultur (Archalousová, 2003, s. 33–36; Farkašová a kol., 2005, s. 124–126).

2.2 Model rozvíjení kulturní způsobilosti Josephy Campinhy-Bacote

J. C. Bacote patří mezi mimořádnou osobnost ošetrovatelství, je držitelkou několika státních, národních a mezinárodních certifikátů v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Je certifikovaná klinická specialista v péči o dospělé a certifikovaná zdravotní sestra pro transkulturní péči. J. C. Bacote je autorkou více než 1 000 národních a mezinárodních prezentací v oblasti transkulturního ošetrovatelství. V roce 1990 založila transkulturní CARE Asociaci a stala se její prezidentkou. Na začátku její práce v oblasti transkulturního ošetrovatelství bylo úmrtí jejího dědečka, které zapříčinila neznalost jeho etnika a kultury při jeho ošetření (Bizoňová, 2011, s. 5–6; Špirudová a kol. 2006, s. 17–18).

Kulturní kompetence zdravotníka v pojetí J. C. Bacote

Model vycházející z poznatků transkulturního ošetrovatelství M. Leiningerové, etnofarmakologie, psychiatrie a antropologie je mezi ostatními modely poměrně mladým modelem. Autorka nazvala svůj model jako Proces kulturní kompetence při poskytování zdravotní péče. Ústředními pojmy, se kterými J. C. Bacote v modelu pracuje, jsou: kultura, uvědomování si, vědomosti, dovednosti a zkušenosti, náhodná setkání (potkávání), přání (touha) (Bizoňová, 2011, s. 5–6; Špirudová a kol., 2006, s. 17).



Obrázek 1 *Model rozvoje kulturní způsobilosti J. C. Bacote*

Zdroj: Vlastní zpracování dle Špirudová, 2006, s. 54

Zdravotnický pracovník při poskytování péče musí mít kulturní kompetence, tento proces J. C. Bacote přirovnává k činné sopce, patří zde: kulturní podvědomí, znalosti, dovednosti, setkání a touha:

- kulturní podvědomí lze definovat jako zkoumání sama sebe ve smyslu zaujatosti k jiným rasám či kulturám;
- kulturní znalost jsou v modelu definovány jako proces, kdy zdravotnický pracovník získá základní, ale i odborné informace o různých etnických skupinách a kulturách;
- kulturní dovednosti jsou výsledkem schopnosti provádět posouzení, získání a zhodnocení relevantních údajů klienta s ohledem na jeho kulturu;
- kulturní setkání je proces podporující přímé zapojení zdravotnického pracovníka při setkání s lidmi různých kultur, s cílem upravit stávající přesvědčení o dané kulturní skupině a zamezit případným stereotypním názorům;
- kulturní touha představuje motivaci k zapojení do procesu (Bizoňová, 2011, s. 5–6).

2.3 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Gigerová a Davidhizarová

Model je charakterizován jako model ošetrovatelského posuzování, který zpočátku sloužil pro potřeby studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu. Model vznikl v 80. letech, konkrétně v roce 1988, kdy došlo k rozvoji transkulturního ošetrovatelství. Autorkami modelu se staly univerzitní profesorky Joyce Newman Gigerová a Ruth Elaine Davidhizarová.

Joyce Newman Gigerová je profesorkou na UCLA School of Nursing v Los Angeles. Kromě výzkumných činností spojených s kulturními kompetencemi a problematikou transkulturního ošetrovatelství, se také zaměřila na problematiku ischemické choroby srdeční u afroamerických žen.

Ruth Elaine Davidhizarová byla profesorkou a recenzentkou vědeckých časopisů, zaměřovala se především na psychiatrické ošetrovatelství a svůj život zasvětila ošetrovatelství zejména v transkulturní oblasti.

Autorky definovaly model v podobě „*holistické filozofie, transkulturního a kulturně rozmanitého ošetrovatelství, kulturně ohleduplné neboli uzpůsobené péče a kulturně senzitivního prostředí*“ (Giger, Davidhizar, 1991). Špirudová a kolektiv tento model charakterizují jako „*efektivní zejména díky možnosti hodnocení kulturních proměnných za pomoci ošetrovatelského procesu*“ (Špirudová a kol., 2006, s. 53).

Tento model navazuje na předchozí model Madeleine Leiningerové a zaměřuje se na hodnocení stavu potřeb pacienta a sledávají přínos hlavně v usnadňování a urychlování holistického přístupu péče u konkrétních pacientů (Ivanová a kol., 2005, s. 68–70; Olišarová, Tóthová, 2017, s. 114–116).

Koncepční rámec modelu tvoří šest kulturních fenoménů, které jsou důležité v poskytování citlivé a vhodné péče. Základními složkami jsou: komunikace, prostor, sociální začlenění, pojetí času, vliv prostředí a výchovy a biologické variace. Ve fenoménu komunikace jsou hodnoceny převážně verbální a neverbální složky, zejména se hodnotí jazyk, který může být mateřský, úřední či znalosti dalšího jazyka. Další důležitou hodnotou komunikace je charakteristika hlasu, která může být silná zvučná, klasická, tlumená, ale také pronikavá až ostrá, dále se hodnotí vyjadřování, které je zřetelné a nezřetelné, ale patří sem i nářečí dané osoby. V neverbální komunikaci hraje velkou roli mimika (komunikace výrazem tváře), podání ruky, haptika (hmat, dotek), kinezika (řeč pohybů), gestikulace (řeč rukou), posturika (řeč těla) a proxemika (sdělování přiblížením a oddálením). *V doméně prostoru* se hodnotí poznání pocitu pohody či nepohody, odstup při konverzaci a vymezení osobního prostoru. *V oblasti sociálního začlenění* je hodnocen zdravotní a rodinný stav, počet dětí a rodina. *V pojetí času* je důležité celkové vnímání času se zaměřením na minulost, přítomnost ale také budoucnost. Vliv výchovy a prostředí souvisí s kontrolou nad vlastním životem a hodnotovou orientací. *Biologické odlišnosti* neboli biologické variace se hodnotí na základě fyzikálního vyšetření, laboratorních hodnot a také aspekty tělesné konstituce, barvy vlasů, očí, pokožky, výšky a hmotnosti (Ivanová a kol., 2005, s. 68–70; Olišarová, Tóthová, 2017, s. 114–116) (P VI).

2.3.1 Metaparadigma modelu dle Gigarové- Davidhizarové

Metaparadigma modelu dle Gigarové-Davidhizarové zahrnuje:

1. **Transkulturní ošetrovatelství** – kulturně kompetentní praxi orientovanou na klienta a podloženou výzkumem.
2. **Kulturně způsobilou péči** – dynamický, plynulý, kontinuální proces, pomocí něhož individuum, systém či zdravotnické zařízení poskytuje účelnou a užitečnou péči podloženou vědomostmi o kulturním dědictví, hodnotách, postojích a chování těch, kterým péči adresujeme.
3. **Kulturní jedinečnost individuí** – jedinec je kulturně jedinečný a jako takový je produktem minulých zkušeností, kulturních hodnot a norem.
4. **Kulturně citlivé prostředí** – kulturně rozmanitá zdravotní péče se poskytuje v různých typech zdravotních zařízení.
5. **Zdraví a zdravotní status** – zdraví a zdravotní status je základnou kulturně specifických chorob a zdraví prospěšného chování (Špirudová a kol., 2006, s. 53-54).

3 SPECIFIKA VYBRANÝCH MENŠIN

S nárůstem cizinců v posledních letech se stále více otevírá otázka péče o jejich zdravotní stav. Při poskytování péče pacientům odlišné kultury je důležité zhodnotit jejich etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které se vztahují k poskytování zdravotnické péče. Základní informace, které by měl zdravotník znát při poskytování péče lidem odlišné kultury, jsou:

Etnicita – poznání etnické příslušnosti pomůže lépe pochopit potřeby pacienta a je velmi přínosné při péči o takového pacienta znát, zda jde utečenec, současný přistěhovalec či potomek přistěhovalců nebo zda se jedná o člena usedlé a integrované menšiny.

Jazyk – je důležité znát, jaký je rodný jazyk pacienta, i v tom případě, pokud mluví česky, může se totiž stát, že vlivem stresu, nemoci, vysokých teplot apod. začne používat rodný jazyk. Pokud pacient nemluví česky, je potřeba zajistit tlumočnicka nebo hledat jiné způsoby komunikace.

Náboženské a duchovní potřeby – poskytovaná péče si vyžaduje znát víru klienta a s tím související potřeby.

Model rodiny – užitečnou informací je i znát z jaké rodiny pacient pochází, může se to odrazit na jeho chování i rozhodování.

Jídlo a způsoby stravování – zdravotnický personál by měl od pacienta či rodinných příslušníků zjistit, která jídla jim kultura zakazuje jíst a naopak, která jídla jim dovoluje. Jelikož názory na výživu mohou ovlivnit zdraví pacienta.

Názory na zdraví a zdravotní praktiky – poznání názorů pacienta na příčinu jeho choroby může pomoci při léčbě, také je důležité zjistit, jaké způsoby léčby pacient vyzkoušel, jaké léky užíval a s jakým efektem (Ivanová a kol., 2005, s. 176–177; Plevová a kol., 2019, s. 142).

3.1 Romové

Romové jsou nejčastější minoritní skupinou v ČR, žijí zde už od 15. století a jejich původ je v Indii. Nejvíce uznávané hodnoty Romů jsou život, soudržnost rodiny, láska v rodině, úcta ke starším členům rodiny, peníze, fyzická síla, dodržení slova, touha vyniknout, pohostinnost, hudba, tanec a sexuální život. Romové vyznávají katolické náboženství, rodina má v úctě obrázky svatých a další náboženské objekty, které pro ni mají velký význam. Také do jejich víry zasahuje řada vlastních pověr a magií (Ivanová a kol., 2005, s. 178; Jarošová, 2007, s. 86; Plevová a kol., 2019, s. 168–169).

Rodina

Je pro ně důležitější rodina než práce, rodina je pro ně zdrojem obživy, má funkci vzdělávací a ochrannou. Romové mají silné rodinné vazby, kdy dítě nebo dospělý člověk nerozlišují stupeň příbuznosti (např. bratra od bratrance). V rodině si všichni pomáhají a vzájemně se všichni podporují.

Mezi rolí muže a ženy existuje velký rozdíl. Zatímco žena zabezpečuje chod rodiny, vychovává děti, poslouchá muže a zajišťuje jídlo, a to jakýmkoliv způsobem ať už vykonává nějakou práci, nebo žebrá. Muž je hlavou rodiny, nositelem prestiže a rozhoduje a nese odpovědnost za rodinu. Vnější projevem podřízenosti ženy je zvyk chodit několik kroků za mužem. Děti jsou největším bohatstvím rodiny. V útlém věku na dítě dohlíží matka s prarodiči a v pubertálním věku otec, který je přísnější. Dětství a dospívání končí založením vlastní rodiny. Dívky si často musí vzít muže, kterého jim vyberou rodiče, a vdávají se velmi mladé (Ivanová a kol., 2005, s. 180–181).

Strava a stravovací návyky

Pro Romy je příprava jídla rituálem podléhajícím řadě pravidel. Pokrmy připravují ve vyhrazených nádobách jen k tomuto účelu, nespotřebované potraviny vyhazují, obávají se, že zbytky mohou přinést nemoc. Jídelní ceremoniál se vztahuje také na emoční projevy hospodyně. Při vaření by měla mít dobrou náladu, aby jí požívání pokrmů bylo příjemné. Specifické je to, že se od dívek nepožadovalo, aby uměly vařit. Tohoto úkolu se zhostila jejich tchyně a učila je kuchařským dovednostem dle zvyků rodiny (Ivanová a kol., 2005, s. 183; Kelnarová a kol., 2009, s. 75).

Romové v roli pacientů

Romové se projevují velmi živými verbální i neverbální projevy, které lze pozorovat i u Romů v roli pacienta. Mají strach ze smrti a bolesti, léky užívají a léčebný režim dodržují jen po nezbytnou dobu, proto je u nich těžké nastavení chronické medikace. Romové chtějí být ošetřeni co nejdříve a používají k tomu agresivní verbální komunikaci, v případě hospitalizace mívají časté návštěvy a rodinní příslušníci se snaží zdržovat v nemocnici po celou dobu hospitalizace. Nejspecifičtější projev lze pozorovat u romských žen, které přicházejí k porodu, během celého porodu včetně všech porodních dob jsou ženy velmi hlasité verbálně i neverbálně a po porodu opouští nemocnici a utíkají ke své rodině, a vrací se až pro svého novorozence (Lidická a kol., 2018, s. 90; Plevová a kol., 2011, s. 166).

Komunikace s romským pacientem

K romským pacientům je nutno přistupovat individuálně a vysvětlit jim příčinu a průběh onemocnění. Při každém vysvětlování a edukaci je důležité zvolit takové výrazy, kterým bude příslušník této menšiny rozumět. Zdravotník by měl též s romským pacientem mluvit jasně, věcně, stručně a konkrétně. Komunikace s rodinou nemocného, která je velmi rozvětvená, je nesmírně důležitá, ale také obtížná, každý člen rodiny se dožaduje informací zvlášť. Je tedy nutné navázat kontakt s hlavou rodiny a informovat pouze jeho a vysvětlit mu, že ostatní členy rodiny bude informovat on sám. (Ivanová a kol., 2005, s. 184; Lidická a kol., 2018, s. 90; Šišková a kol., 2001, s. 148).

3.2 Muslimové

Islám je náboženství, které vyznávají muslimové. Jeho ústřední autoritou je Korán, je to svatá kniha, o které si muslimové myslí, že ji všemocný Bůh, Alláh předal v 7. století proroku Mohamedovi. Prorok Mohamed je pro muslimy nejvyšším vzorem. Náboženství pro ně představuje „ucelený způsob života“, kdy vše podléhá islámské moci a předpisům (Denny, 1998, s. 17; Kutnohorská, 2013, s. 93–94).

Pro muslimy je tradiční ramadán, což je devátý měsíc muslimského kalendáře, kdy je půst. Ten je především záležitostí spirituálního cvičení a znamená odpoutání se od světských záležitostí a plné soustředění na ortopraxi (úmyslné dodržování příznaků Alláhových). Muslimové se během půstu o ramadánu vzájemně prosí o odpuštění a jsou k sobě empatičtí. Postící se muslim se vzdává všeho jídla, pití, kouření a intimních aktů do západu slunce. Po západu slunce až do rozbřesku půst neplatí, ovšem je zakázáno jakékoliv přejídání, jíst se má jen to, co je nezbytné pro udržení života a zdraví. Půst je povinný pro každého zdravého člověka, jak muže, tak ženu. Výjimky jsou následující: děti před věkem puberty, mentálně zaostalé osoby, velmi staré a oslabené osoby, osoby s akutními zdravotními obtížemi, ale i s chronickým onemocněním, u nichž by mohl půst zhoršit zdravotní stav, menstrující, těhotné a kojící ženy (Bahbouh, Hájek, 2016, s. 61–63).

Rodina

Rodina je základním kmenem zdravé a vyvážené společnosti v islámu. V muslimské rodině jde většinou o soužití tří generací, nese to sebou určité výhody vzájemné pomoci a stability. Větší důraz je také kladen na věk člena rodiny – čím je starší, tím má větší respekt a úctu, tento projev úcty je pokládán za dar od Alláha. Nevěsta po svatbě se vždy přestěhuje do domu rodiny manžela a musí se zde řídit názory a postoji manželovy matky.

Děti by měly dbát na názory svých rodičů a řídit se jimi až do jejich smrti, i když jsou již dospělé a mají své rodiny. Prioritou dětí by měla být péče o rodiče až do jejich smrti. Muž je hlava rodiny, nejen z pohledu zakazování a příkazování, ale také z důvodu zodpovědnosti a ekonomického zajištění rodiny (Bahbouh, Hájek, 2016, s. 33–35).

Strava a stravovací návyky

V islámské kultuře je zakázáno konzumovat vepřové maso, zdomácnělé osly, dravou zvěř se špičáky, dravé ptáky s pařáty a také zvíře, které nebylo zabito rituálně a pošlo samo. Vše zakázané je považováno za nečisté a škodlivé. Povolené je konzumovat kobylinky a sarančata, všechny ryby a mořské plody, všechny domácí savce s výjimkou šelem, domácí ptactvo a lovná zvířata. Zvíře by mělo být zabito způsobem halal, tedy tak, aby se netrápilo – obě krční tepny a trachea naráz (Bahbouh, Hájek, 2016, s. 71–72).

Muslimové v roli pacientů

U muslimů je především specifické to, že muže musí vyšetřovat muž a ženu žena. U muže se za intimní partie považuje část od pupku ke kolenům a u žen od krku ke kolenům, tyto intimní partie musí být vždy zahaleny. Muslimští pacienti mají velmi hlasitý a zřetelný projev bolesti (Bartůněk, Ptáček, a kol., 2014, s. 455).

Muslimové provádí rituální mytí, které lze rozlišit na velké mytí a malé mytí. Při velkém mytí se myje celé tělo. Toto mytí se provádí po pohlavním styku, menstruaci, porodu, přerušení půstu, ale také po gynekologickém vyšetření. Malé mytí se provádí před každodenní modlitbou (Kutnohorská, 2013, s. 97).

U malých chlapců se provádí obřízka. Potraty jsou zakázané, povoleny jsou pouze v případě zdravotních problémů. Po smrti se těla mohou dotýkat pouze příbuzní a rodina. Tělo zemřelého umyjí, zabalí do lehké bílé tkaniny nejlépe plátna, ideálně do vlastního oděvu zemřelého (v němž absolvoval pout' do Mekky) a otočí k Mekce (Bahbouh, Hájek, 2016, s. 89; Líšková, Nádaská, 2006, s. 41).

Komunikace s muslimským pacientem

U muslimské ženy je lepší, pokud rodinnou anamnézu zjišťuje lékařka, žena je otevřenější v intimních tématech. I manžel vnímá komunikaci své ženy s lékařkou pozitivněji. Může se stát, že muslimský pacient na otázku rodinných problémů reaguje vyhybavě, jelikož pro něj není zvykem mluvit o těchto problémech s člověkem, který nevyznává islám. Stydí se mluvit o tématech jako je močení, stolice, výtok, zvracení apod. Pokud je žena svobodná neptáme se jí na děti, protože mimomanželský pohlavní styk je u nich zakázán. Rovněž se

neptáme vdané a bezdětné ženy, otázku může vnímat jako urážku. Vizuální kontakt muslimského pacienta/tky s osobou opačného pohlaví je v muslimské kultuře tabu. Zdravotník-muž by se k muslimské pacientce měl chovat zdrženlivě. U muslimského pacienta, je důležité také dbát na podání pravé a levé ruky. Pravá ruka slouží k podávání čistých věcí a levá ruka se používá k podávání nečistých věcí. Podání čehokoliv levou rukou je považováno za urážlivé a nevhodné (Kutnohorská, 2013, s. 100–102; Špirudová, 2004, s. 79).

3.3 Vietnamci

U Vietnamců je zjevná biologická odlišnost. Jsou nižší postavy, žlutohnědé pokožky, oči mají tmavé a vlasy tmavohnědé až černé, lesklé a rovné. Obličej je typický malým nosem a šikmým položením očních štěrbin. Hmotnost odpovídá jejich výšce a nebývají obézní. Myšlení Vietnamců a jejich praktiky ovlivňuje kombinace tří náboženství z Číny: buddhismus, konfucianismus a taoismus. Nejvýrazněji je ovlivnilo konfuciánské náboženství a zvyky. Patří mezi ně: zdvořilost a úcta ke starším, povinnost rodičů řádně pečovat o své děti, úcta vůči rodičům a sourozencům, povinnost dětí starat se o své rodiče, úcta vůči učitelům a respekt ke vzdělání (Plevová a kol., 2019, s. 157–158).

Úsměv je používán jako náhrada za omlouvám se, děkuji nebo ahoj. Přikyvování znamená souhlas, pozdrav nebo dohodu. Na druhé straně je mrkání, které má význam nesouhlasu a je nevhodné (Plevová a kol., 2011, s. 154).

Rodina

Ve vietnamské rodině je velmi dominantní otec, který o všem rozhoduje, nebo rozhoduje nejstarší syn a manželky jsou podřízené. Respektuje se prvorozenství, kdy prvorozený syn dědí rodinný majetek. Děti se k rodičům chovají oddaně a uctivě, nepopírají jejich autoritu. Vietnamci neopouštějí své staré rodiče, starají se o ně až do konce života (Plevová a kol., 2011, s. 155).

Strava a stravovací návyky

Tradičním rysem Vietnamců je pohostinnost, jsou zvyklí jíst společně a pomalu. Na stůl se servírují všechna jídla najednou a každý druh na samotném talířku, z nichž si hůlkami odebírají do svých misek. Není zvykem přát si dobrou chuť, ale nejmladší od stolu vybídne starší, aby si posloužili. Při žádném posezení nesmí chybět zelený čaj. Mlaskání nebo zašpinění ubrusu není neslušné, nýbrž jde o projev spokojenosti a pochvaly hostiteli. Vietnamci dodržují zásady správné výživy, nepřejídají se, jedí 3x denně a spíše nesolí.

Vietnamská kuchyně je velmi pestrá. K tradičním jídlům patří slaný koláč z lepkavé rýže bánh chung, který se plní fazolemi a tučným vepřovým masem. Mezi další tradiční pokrmy se řadí kandované ovoce a zelenina, maso v rosolu, dušené maso s bambusovými výhonky, vařené kuře, dušená vepřová šunka a lepkavá rýže. Jarní závitky a rýžové nudle ve Vietnamu konzumují v kteroukoli denní i noční hodinu (Plevová a kol., 2011, s. 155; Plevová a kol., 2019, s. 159–160).

Vietnamci v roli pacientů

Rovnováhu mezi zdravím a nemocí ovlivňují síly jin a jang. Při nemoci vyhledávají Vietnamci pomoc tradiční medicíny, např. léčitelů, bylinek, spirituálních obřadů. V rámci hygieny pomáhá člen rodiny stejného pohlaví, Vietnamci upřednostňují ranní hygienu ve sprše a vyprazdňování na toaletě. V roli pacientů jsou velmi milí, trpěliví, ke zdravotníkům se chovají s respektem, nestěžují si a snaží se maximálně spolupracovat. Působí často velmi stydlivě. Při bolesti nepožadují léky, bojí se návykovosti, požádají o ně až při pokročilých problémech. Nejčastěji se setkáváme s pacienty v dětském věku (Kelnarová a kol., 2009, s. 76–77; Lidická a kol., 2018, s. 89; Plevová a kol., 2011, s. 155).

Komunikace s vietnamským pacientem

Při komunikaci s vietnamským pacientem je důležité brát na zřetel pravidla slušného chování a přistupovat k nim s velkým respektem. Ve Vietnamu rozlišují 36 druhů úsměvu s různými významy, proto úsměv nemusí vždy znamenat radost, ale může znamenat i nejistotu a nepochopení. Při rozhovoru se jim nikdy nedíváme zpřímá do očí, znamená to v jejich kultuře povýšenost nebo domýšlivost. Zvyšováním hlasu nebo křikem u nich ztratíme úctu (Lidická a kol., 2018, s. 89).

3.4 Ukrajinci

V ČR se vykytují dvě skupiny Ukrajinců: první je tradiční skupina Ukrajinců, kteří jsou převážně staršího věku, mají státní občanství a žijí zde řadu desetiletí a druhá skupina je nová, mladší skupina Ukrajinců (datována po roce 1989), kteří se dostali do ČR kvůli práci, aby zlepšili svou finanční situaci a finanční situaci svých rodin. Uplatňují se např. ve stavebnictví, lesnictví a potravinářském průmyslu nebo zde podnikají (Plevová a kol., 2019, s. 145).

Rodina

Rodina je pro Ukrajince velmi důležitá a váží si jí, především matky, která se těší velké úctě. Muž je formální hlava rodiny, kterou se snaží zabezpečit. Pokud toho není schopen,

bývá odsuzován okolím. Proto většina Ukrajinců odjíždí za prací do zahraničí, odkud posílají rodině výdělek domů. Žena se většinou stará o chod domácnosti, ale z důvodu finanční situace chodí i do zaměstnání. Starší členové rodiny se těší velké povinné účtě, ale nemají velký vliv na rozhodování v rodině. Počet dětí v rodině klesá, nechtěná těhotenství se ukončují i v pokročilejším stadiu, a to kvůli drahé antikoncepci a nedostupnosti miniinterrupce (Ivanová a kol., 2005, s. 188; Plevová a kol., 2019, s. 149).

Strava a stravovací návyky

Pro Ukrajince je typická pohostinnost, mezi hlavní složky stravy patří maso a obiloviny. V tradiční ukrajinské kuchyni se užívá obilné či bramborové těsto, slunečnice, zelí, řepa, mleté maso a ryby. Typickým ukrajinským pokrmem je boršč, pelmeně, varenky a plněné pirohy. Oblíbeným nápojem je vodka, pivo i kvas (Plevová a kol., 2019, s. 148).

Ukrajinci v roli pacientů

Ukrajínští pacienti bývají velice ukáznění, maximálně se snaží přizpůsobit a pochopit léčebný režim. Rodinní příslušníci pacienta nechodí ve většině případů navštívit, jelikož nejsou v ČR přítomni. Největším problémem je komunikace s pacientem, v souvislosti s neznalostí jazyka. Pozornost je nutno věnovat pojištění ukrajinského pacienta, zda a kde jsou pojištěni.

Zdravotní péče na Ukrajině je katastrofální, pacient před nástupem do nemocnice dostane seznam věcí, pomůcek a léků, které si musí sám zajistit (prostěradlo, roušky, obvazy, injekční stříkačky, obvazy atd.) (Ivanová a kol., 2005. s. 188; Plevová a kol., 2019, s. 149-150).

Komunikace s ukrajinským pacientem

Při komunikaci s ukrajinským pacientem musí zdravotník v první řadě dbát na to, aby mu pacient rozuměl, jelikož má tendenci odsouhlasit i to čemu skutečně nerozumí. Projev řeči je přímočarý, na otázku, jak se máte? se většinou rozpovídají o svém zdravotním stavu a problémech. Při komunikaci s ukrajinským pacientem je dobré navázat přímý oční kontakt, značí to důvěru a respekt (Lidická a kol., 2018, s. 89).

4 ROLE SESTRY V PÉČI O PACIENTY ODLIŠNÉ KULTURY

Role sestry je historicky podmíněná a zčásti ovlivněná společností. K udržení standardu ošetrovatelské péče, musí sestra poznat kulturu pacienta, o kterého pečuje, dále přijímá nové vědomosti a zkušenosti ve vztahu k problémům spojených s péčí o pacienta odlišné kultury.

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti.

Profesní role představuje vzor chování určený požadavky dané profese. Každá profese ve svojí roli zaujímá určitou pozici, tj. místo ve společnosti a v sociálním systému, ve kterém působí. Tuto pozici výrazně ovlivňuje image povolání, což znamená všeobecnou představu o sesterském povolání a prestiži.

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí a rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání.

Role sestry ve společnosti jsou založené na pomoci jednotlivcům, rodinám i skupinám, identifikaci jejich fyzických, mentálních a sociálních schopností v kontextu s životním prostředím, ve kterém žijí a pracují (Farkašová a kol., 2005, s. 186).

4.1 Znaky charakterizující roli sestry

Sestra při své práci vychází z potřeb pacienta a pochopení jeho problémů, má schopnost zabezpečit pacientův pocit jistoty a je emocionálně neutrální.

V minulosti ani v dnešní době sestra nezaujímá pouze jednu roli, ale vždy se jedná o více rolí. Roli sestry ovlivňují změny ve společnosti, systému zdravotní péče, nové poznatky a technologie a celkový zdravotní stav obyvatelstva. Nejčastější role sestry jsou:

- **sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče** – je to nejčastější poskytovaná role při péči o pacienta odlišné kultury. Sestra poskytuje základní ošetrovatelskou péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení;
- **sestra manažerka** – plní roli manažerky ošetrovatelské péče přímo u jednotlivců, ale i skupin, role je součástí všech ošetrovatelských činností;
- **sestra edukátorka** – sestra se díky této role zaměřuje na předávání informací spojených s pobytem v nemocnici, podílí se na upevňování zdraví a prevenci jejich poruch, na podpoře soběstačnosti a předchází komplikacím;
- **sestra advokátka** – každá sestra zná práva pacientů a seznamuje s nimi pacienty odlišných kultur během hospitalizace. V případě, kdy není pacient schopen projevit

své potřeby, problémy a přání stává se jeho mluvčím, jelikož během ošetrovatelského procesu má možnost jej poznat;

- **sestra nositelka změn** – sestra pracuje podle nejnovějších ošetrovatelských trendů a postupů, v souladu s Evidence-Based Practice (EBP);
- **sestra výzkumnice** – sestra provádí výzkumné šetření v ošetrovatelství, jejím cílem je zvýšit vědomosti v oblasti péče o pacienty odlišných kultur během hospitalizace a podílí se na využívání nových poznatků v oboru ošetrovatelství a získává nové informace (Farkašová a kol., 2005, s. 187–188; Kousalová, 2011, s. 15–20; Plevová a kol., 2018, s. 85).

Sestra v komunitní péči musí také plnit určité role, např.: provádět kulturní hodnocení, a sebehodnocení, vyhledávat informace o místních kulturách, rozpoznat politické problémy kulturně odlišných skupin, poskytovat kulturně způsobilou péči, rozpoznat kulturně orientované zdravotní praktiky (Jarošová, 2007, s. 84–86) (P VII).

4.2 Kompetence sestry pečující o pacienta odlišné kultury

Všeobecná sestra se při své práci řídí pojetím moderního ošetrovatelství. V praxi to znamená, že poskytuje ošetrovatelskou péči všem pacientům bez rozdílu věku, pohlaví, ale také vyznání a kulturní příslušnosti. Pokud pečuje o pacienty odlišné kultury, měla by mít kulturní kompetenci. Získávání kulturní kompetence je celoživotní proces, který si vyžaduje celoživotní vzdělávání v interkulturní problematice. Kulturně kompetentní sestra má vědomosti, díky kterým může poskytnout péči pacientovi odlišné kultury vhodnou individualizovanou péči. Sestra musí znát specifické znaky kultury pacienta, které ovlivňuje jeho chování a jednání, např. musí vědět, že vietnamská národnost je specifická tím, že lidé konzumují pouze teplé nápoje, zdravotnický personál by měl vietnamskému pacientovi vyjít vstříc a vždy zajistit teplý čaj, na bolest nechtějí užívat léky, bojí se návykovosti, v rámci hygienické péče pomáhá člen rodiny stejného pohlaví. Naopak Romové mají strach z bolesti a vyžadují léky od bolesti, mají velmi živý verbální i neverbální projev, během hospitalizace mívají časté návštěvy, které se snaží v nemocnici zdržovat po celou dobu hospitalizace, sestra by s pacientem i rodinou měla komunikovat jasně, věcně, stručně a konkrétně, používat takové výrazy kterým pacient i rodina rozumí, nepoužívat odborné výrazy. Muslimská národnost je specifická tím, že pacienta může vyšetřovat pouze personál stejného pohlaví, pozor by sestry měly věnovat i tomu, že muslimové nesmí konzumovat vepřové maso. U ukrajinských pacientů je nejdůležitější

kontrola pojištění, zda jsou a kde jsou pojištěni (Lidická a kol., 2018, s. 89–90; Plevová a kol., 2019, s. 149–150; Bartůněk, Ptáček, a kol., 2014, s. 452–455; Týleová, 2016, s. 27;).

Kompetence všeobecné sestry během ošetřování pacienta odlišné kultury jsou stejné jako by pečovala o jakéhokoli jiného pacienta (P VIII).

4.3 Etický přístup k cizincům

Etika je věda o mravnosti o tom, jak by se měl člověk chovat, a hodnotách, které by měl uskutečňovat (Ivanová a kol., 2005, s. 43).

Etický přístup

Etické povinnosti sestry při poskytování kulturně shodné péče by měly být mnohem citlivější než v kontaktu s pacientem stejné kultury a etnické příslušnosti. Rovněž by měla být poskytována léčba a péče nezávisle na národnosti, etnickém původu, náboženství a vyznání, pohlaví, nemoci a stáří. Kulturně univerzální péče je např. v úsměvu, fyzické přítomnosti a podpoře základních potřeb (Nováková, 2008, s. 85–86).

Obhajoba, odpovědnost a pečování patří mezi základní etické pojmy při správném rozhodování zdravotnického pracovníka.

Obhajoba neboli aktivní podpora důležitého případu. Sestra je chápána jako obránce práv pacientů nebo jako osoba, která pomáhá hovořit o jeho potřebách, zejména vznikajících v souvislosti s jeho životním stylem a rozhodovat se na základě jeho přesvědčení a hodnot.

Odpovědnost může mít dva významy: skutečná odpovědnost a povinnost. Odpovědnost je důležitý etický princip, jelikož ošetrovatelská praxe zahrnuje nejen vlastní péči, ale také vztah mezi sestrou a pacientem. Sestra je zodpovědná za to, jak povinnost plní, mezi povinnosti patří podpora zdraví, předcházení onemocnění, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Právní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi je specifikována zákony – legislativou. Morální odpovědnost za ošetrovatelskou praxi je specifikována etickým kodexem.

Pečování je základní složka ošetrovatelské role a etický význam péče má ve vztahu pacienta a sestry důležitou hodnotu. Pokud se hodnotí etický význam péče z hlediska role multikulturního ošetrovatelství, dominují dvě etické povinnosti sestry a to: ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví jedinců (Ivanová a kol., 2005, s. 48–49; Nováková, 2008, s. 86).

4.3.1 Složky kulturního hodnocení z hlediska etiky

Při poskytování péče pacientům odlišné kultury by se sestry měly seznámit se systémem hodnot dané země či prostředí, aby pak mohly naplňovat své etické poslání. Sestra by měla sledovat:

- **Rodinný systém** – Jaká je rodina? Žijí členové spolu? Jaké jsou komunikační vzory mezi členy rodiny? Jaké jsou role a postavení jednotlivých členů podle věku a pohlaví?
- **Sociální život** – Jaký je denní program etnické skupiny? Jaké jsou důležité události životního cyklu (narození, manželství, smrt atd.)? Jak je organizován výchovný systém? Jaké sociální problémy prožívají v etnické skupině? Jaké sociální prostředí přispívá k pocitu sounáležitosti? Jaké jsou modely vzájemného ovlivňování? Jaké jsou běžné stravovací návyky?
- **Politický systém** – Které faktory z politického systému ovlivňují způsob vnímání postavení skupiny tváří v tvář dominantní kultuře, zákonům a soudům spravedlnosti?
- **Jazyk a tradice** – Jak je využíván osobní prostor ke komunikaci? Jaké jsou společné modely jazyka vzhledem k verbální a neverbální komunikaci?
- **Světový pohled, orientační hodnoty a kulturní normy** – Jaké jsou normy a zásady chování skupiny? Jaké jsou kulturní postoje k času, práci a odpočinku?
- **Náboženství** – Jaké jsou náboženské zásady a praktiky? Jak souvisí se zdravotní praxí? Jaké jsou rituály a zákazy vztahující se k důležitým životním událostem (narození, smrt)?
- **Zdravotní zásady a praxe** – jaké jsou skupinové postoje a víra s ohledem na zdraví a nemoc (Andrews, Boyle, 1999, s. 322).

4.4 Respektování spirituálních potřeb

Pojem spiritualita je odvozen od latinského slova „spiritus“, což znamená „duchovní, duch nebo také vůči duchu“, lze jej definovat jako způsob duchovního života, který je vlastní osobnosti či životní situaci v nějakém náboženství nebo nezávisle na něm.

Spiritualita bývá popisována jako dvojdimenzionální pojem:

1. Vertikální dimenze je vztah s transcendentnem Bohem nebo jinou nejvyšší mocí řídící lidský život.

2. Horizontální dimenze je vztah jedince k sobě samému, k jiným a k prostředí ve kterém žije. Mezi těmito dvěma dimenzemi je nepřetržitý, prolínající se vztah.

Význam víry v době nemoci

Duchovní přesvědčení může nabýt větší význam v době onemocnění a umírání než kdy jindy v lidském životě. Víra může významným způsobem ovlivnit přístup nemocného a rodinného příslušníka k nemoci. Někteří pacienti mohou na nemoc nahlížet jako na zkoušku víry, jiní zase jako na trest. Tito lidé si také myslí, že nemoc ustoupí pravidelnými modlitbami, sliby a pokáním.

Některá duchovní přesvědčení jsou však v konfliktu s medicínskou praxí a mohou však ohrozit pacienta na životě. Např. mnozí svědci Jehovovi dodnes nesouhlasí s transfuzí krve (Špirudová, 2004, s. 91).

Zdravotník a spiritualita nemocných

Nemocný člověk vnímá priority svých potřeb odlišně než zdravotník, mnohdy spirituální potřeby mohou v určité fázi nemoci nabýt priority před potřebami biologickými. Proto je nutné s nemocným komunikovat, jelikož je možné od nemocného získat cenné informace.

Možnosti pomoci nemocnému v oblasti uspokojování spirituálních potřeb:

1. Respektovat víru nemocného.
2. Získávat informace o duchovních potřebách nemocného.
3. Informovat nemocného a příbuzné o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení.
4. Podle přání nemocného zprostředkovat návštěvu kněze, mnicha, rabína...
5. Zprostředkovat návštěvu jiných věřících (Ivanová a kol., 2005, s. 205–209).

Důležité je, aby sestra měla ujasněné své vlastní pocity ke spiritualitě a náboženství a respektovala spiritualitu a náboženství pacienta. Příklady sesterských intervencí:

- respektovat náboženskou příslušnost pacienta a projevy jeho víry;
- naslouchat pacientovi a vyslechnout jeho pocity;
- vyjádřit empatii s pocity pacienta;
- vytvořit vztah důvěry k pacientovi;
- být otevřený k pocitům pacienta o chorobě a smrti;
- pečovat o pacienta důstojně;
- zajistit soukromí a potřebný čas ticha pro duchovní aktivity;
- pomoci pacientovi při objasnění hodnot;
- povzbudit pacienta k začlenění se do podpůrných skupin;

- nabídnout příležitost k diskusi o různých systémech víry a světonázorech;
- zorganizovat návštěvu duchovního rádce (Kutnohorská, 2013, s. 62).

4.5 Respektování tradic v ošetrovatelském procesu

„Tradice je souhrn myšlenkových, duchovních, uměleckých i praktických vědomostí, dovedností, hodnocení a postojů, které se předávají z generace na generaci a tím udržují, prohlubují a rozmnožují. Tradice je tedy duchovní či kulturní dílo, které nemá žádného autora, není prosazováno žádnou mocí či autoritou, a přitom stále žije a působí. Podstatná složka náboženství, kultury, civilizace i výchovy“ (Sokol, 2007, s. 390). Pojem tradice je odvozená od slova trans, což znamená přes, a slovo dare, znamená dávat. Tradice pochází také z latinského slova traditio a tradere, které v překladu znamená předávat. Tradice je předávání nejčastěji však mezigenerační předávání poznání, schopností, obyčejů či mravů v rámci kultury (Kutnohorská, 2013, s. 63).

Tradice v ošetrovatelství

K tomu, abychom poznali kulturu pacienta, nám také pomáhá poznání jeho tradic, především se to promítá v laické péči, kterou si poskytuje sám pacient nebo jeho rodinní příslušníci na podkladě tradic. Laická péče neboli generická péče je zaměřená především na tradice, které přicházejí zevnitř kolektivu, na rozdíl od péče profesionální, kdy intervence pocházejí z vnějšku. V této souvislosti je dobré si zodpovědět otázku: Jak spolu souvisí metaparadigma ošetrovatelství a tradice? Velmi úzce. Tradice se zaměřuje na osobu, která je příjemcem určitých zásad, které vedou k udržení zdraví. Zdraví je zde vnímáno jako stav pohody. Pokud existuje nějaká kulturní tradice, na které pacientovi záleží, měla by se sestra o tuto tradici zajímat a informovat. A pokud je to možné, měla by tuto tradici sestra respektovat a snažit se ji zařadit do ošetrovatelského procesu (Kutnohorská, 2013, s. 63–64).

Důležité pojmy

Mezi tyto pojmy, patří: rituály denního života (např. stolování, konverzace během oběda, odpolední siesta), symboly nejen státní (státní vlajka, znak) ale i užívané v průběhu života (křest, svatba, umírání) a předsudky (Kutnohorská, 2013, s. 65).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA

5.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Zjistit, zdali a jak se liší péče o pacienty odlišné kultury během hospitalizace.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1 Identifikovat zkušenosti sester s ošetřováním pacientů odlišné kultury.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit, jak probíhá komunikace sester s pacienty odlišné kultury.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit u sester znalost specifik péče o pacienty odlišné kultury.

Dílčí cíl č. 4 Zjistit, jak jsou sestry na péči o pacienty odlišné kultury připravovány.

Dílčí cíl č. 5 Zjistit, jaké nejčastější specifické požadavky na péči si pacienti odlišné kultury během hospitalizace kladou.

5.2 Charakteristika respondentů

Vzorek respondentů tvořily praktické i všeobecné sestry vzdělané dle platné legislativy v ČR, které pracují ve dvou přibližně stejně velkých nemocnicích. Kritéria pro výběr respondentů:

- sestry pracující na interním, neurologickém, urologickém, traumatologickém a ortopedickém oddělení;
- věk a délka praxe nebyla rozhodující;
- podmínkou vyplnění dotazníku nebyla zkušenost s péčí o pacienta odlišné kultury;
- ochota zapojit se do výzkumného šetření.

5.3 Technika výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního sběru dat, technika dotazníku (P IX).

Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací (Kutnohorská, 2009, s. 21–22).

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je založen na písemném zjišťování údajů, postojů, názorů, zkušeností apod. (Helus, 2018, s. 23; Kutnohorská, 2009, s. 41).

5.4 Charakteristika položek

Byl zkonstruován originální dotazník, složený z 36 otázek. Otázky byly polytomické (výběr z více variant), polouzavřené (kombinace uzavřené a volné otázky s variantou jiné), uzavřené (soubor možných variant, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď), otevřené a filtrační (eliminují respondenty, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohou odpovědět na otázku následující) (Kutnohorská, 2009, s. 46).

Doba pro vyplnění dotazníku byla odhadnuta na 15–20 minut.

Otázky byly rozděleny na tři části, prvních 20 otázek se vztahovalo k vlastnímu výzkumnému šetření v oblasti poskytování péče pacientům odlišných kultur, týkaly se především zkušeností a připravenosti sester, přístupu sester a komunikace s pacienty odlišné kultury. Dalších devět otázek se týkalo specifik daných kultur, kde převažovaly otevřené otázky. Posledních sedm otázek bylo identifikačních se zaměřením na pohlaví, věk, délku praxe, nejvyšší dosažené vzdělání apod.

Otázky v dotazníku byly připraveny tak, aby naplnily stanovené cíle. K dílčímu cíli č. 1 se vztahují otázky č. 3, 4, 5, 6 a 20, dále k dílčímu cíli č. 2 jsou určeny otázky č. 7, 8, 9, 10 a 19, k dílčímu cíli č. 3 patří otázky č. 11, 21 až 29, dílčí cíl č. 4 zahrnuje otázky č. 1, 2, 12, 13, 14 a 15, a poslední 5. dílčí cíl zahrnuje otázky č. 16, 17 a 18.

5.5 Organizace výzkumného šetření

V roce 2020 byl proveden předvýzkum, který byl součástí SVOČ (studentské vědecké a odborné činnosti). Předvýzkum probíhal na oddělení chirurgickém, interním, gynekologickém a LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) ve stejných nemocnicích, jako současné výzkumné šetření, kdy bylo rozdáno 70 dotazníků. Dotazníky nebyly použity do současného výzkumného šetření. Na základě předvýzkumu bylo potřeba dotazník upravit. Pozměnilo se znění a formulace těchto otázek: č. 5, 7, 8, 11, 14, 16–19, 21–25, 27, 28, 29 a 31. Přibyly i dvě nové otázky, a to otázka č. 9 a 10.

Distribuce dotazníků probíhala po schválení žádosti zástupcem vedení obou nemocnic a po dohodě s vrchní sestrou daného oddělení (žádost o dotazníkové šetření je k dispozici u autorky práce). Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků v období od ledna 2021 do poloviny února 2021. Dotazníky byly distribuovány autorkou práce, do výzkumného šetření mělo být původně zařazeno také chirurgické oddělení, ale z důvodu velké vytíženosti sester

nebylo umožněno dotazníky na oddělení rozdat. Vyplněné dotazníky byly osobně vyzvednuty autorkou u vrchních sester oslovených oddělení.

Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich vrátilo 98, z toho 11 dotazníků muselo být pro neúplnost údajů vyřazeno, konečný počet činí 87 dotazníků. Z toho se do výzkumného šetření zapojilo 46 sester z nemocnice číslo 1 a 41 z nemocnice číslo 2.

5.6 Zpracování získaných informací

Výsledky byly zpracovány technikou tužka papír a následně byly uspořádány do tabulek absolutních a relevantních četností nebo grafů. Následně byly tabulky a grafy okomentovány. Absolutní četnost n představuje počet výskytů varianty x v souboru a relevantní četnost je dána vztahem a představuje podíl výskytů varianty x v souboru, je uváděna v procentech (Neubauer, Sedláček, Kříž, 2016, s. 33).

Pro výpočet a konstrukci dat byl použit program Microsoft Word a Microsoft Excel. U otevřených otázek jsme použili techniku kódování, kdy jsme třídili získané pojmy do skupin a kategorií, které mají podobný význam. Jedná se o otázky: 17, 19, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29 a 31.

Kategorizace je základní analytická technika a je jádrem zakotvené teorie. Když máme vytvořené pojmy, můžeme je začít zkoumat a klást si o nich otázky. Takové otázky nejen popisují, co vidíme, ale také formou výroků navrhuji, jaké mohou být mezi jevy vzájemné vztahy (Kutnohorská, 2009, s. 66).

6 VÝSLEDKY

6.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 Pohlaví

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Muž	2	4,30	0	0,00
Žena	44	95,70	41	100,00
Celkem	46	100,00	41	100,00

Komentář: Z Tabulky 1 vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, z toho 44 respondentů bylo ženského pohlaví a dva respondenti mužského pohlaví. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), kdy všech 41 respondentů bylo ženského pohlaví.

Tabulka 2 Věk

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
Věk	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
19–25 let	14	30,40	15	36,60
26–30 let	3	6,50	5	12,20
31–35 let	8	17,40	1	2,40
36–40 let	3	6,50	4	9,80
41–45 let	7	15,20	8	19,50
46–50 let	9	19,60	5	12,20
51 let a více	2	4,40	3	7,30
Celkem	46	100,00	41	100,00

Komentář: Tabulka 2 představuje věkové složení respondentů z jednotlivých nemocnic. Z celkového počtu respondentů bylo 87 respondentů, z Nemocnice 1 bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) a z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %). Z obou nemocnic bylo zastoupeno nejvíce respondentů ve věkové kategorii 19–25 let, naopak nejméně respondentů pracovalo v Nemocnici 1 ve věkové kategorii 51 let a více a v Nemocnici 2 v kategorii 31–35 let.

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Středoškolské s maturitou	20	43,50	22	53,60
Specializační vzdělání	2	4,30	2	4,90
Vyšší odborné vzdělání	7	15,20	6	14,60
Vysokoškolské bakalářské vzdělání	13	28,30	9	22,00
Vysokoškolské magisterské vzdělání	4	8,70	2	4,90
Jiné	0	0,00	0	0,00
Celkem	46	100,00	41	100,00

Komentář: Z Tabulky 3 vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %). V obou nemocnicích má nejvíce respondentů středoškolské vzdělání, dále pak bakalářské vzdělání a nejméně respondentů z obou nemocnic získalo specializační vzdělání a vysokoškolské magisterské vzdělání.

Tabulka 4 Délka praxe respondentů

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Do 5 let	15	32,60	11	26,80
5–10 let	9	19,60	10	24,50
10–15 let	10	21,70	2	4,80
Víc než 15 let	12	26,10	18	43,90
Celkem	46	100,00	41	100,00

Komentář: Tabulka 4 vyjadřuje délku praxe respondentů, z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, z toho má 15 respondentů 5letou praxi, 12 respondentů má praxi víc než 15 let, 10 respondentů má praxi 10–15 let a devět respondentů má praxi 5–10 let. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), z toho má 18 respondentů praxi víc než 15 let, 11 respondentů má 5letou praxi, 10 respondentů má praxi 5–10 let a dva respondenti mají 10–15 let praxi.

Tabulka 5 Oddělení, na kterém respondenti pracují

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
Oddělení	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Neurologie	9	19,60	10	24,40
Traumatologie	9	19,60	7	17,10
Interní	11	23,90	9	21,90
Ortopedie	9	19,60	7	17,10
Urologie	8	17,30	8	19,50
Celkem	46	100,00	41	100,00

Komentář: Z Tabulky 5 vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, z toho 11 respondentů bylo z interního oddělení, devět respondentů bylo z neurologického, traumatologického a ortopedického oddělení a sedm respondentů bylo z urologického oddělení. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), z toho 10 respondentů bylo z neurologického oddělení, devět respondentů bylo z interního oddělení, osm respondentů bylo z urologického oddělení a sedm respondentů bylo z traumatologického a ortopedického oddělení.

Tabulka 6 Jazyk, kterým jsou respondenti schopni se domluvit

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
Jazyk, kterým jsou respondenti schopni se domluvit	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Anglicky	28	44,40	25	47,20
Německy	8	12,70	10	18,80
Rusky	15	23,80	7	13,20
Žádný jazyk neovládám	10	15,90	9	17,00
Jiný	2	3,20	2	3,80
Celkem	63	100,00	53	100,00

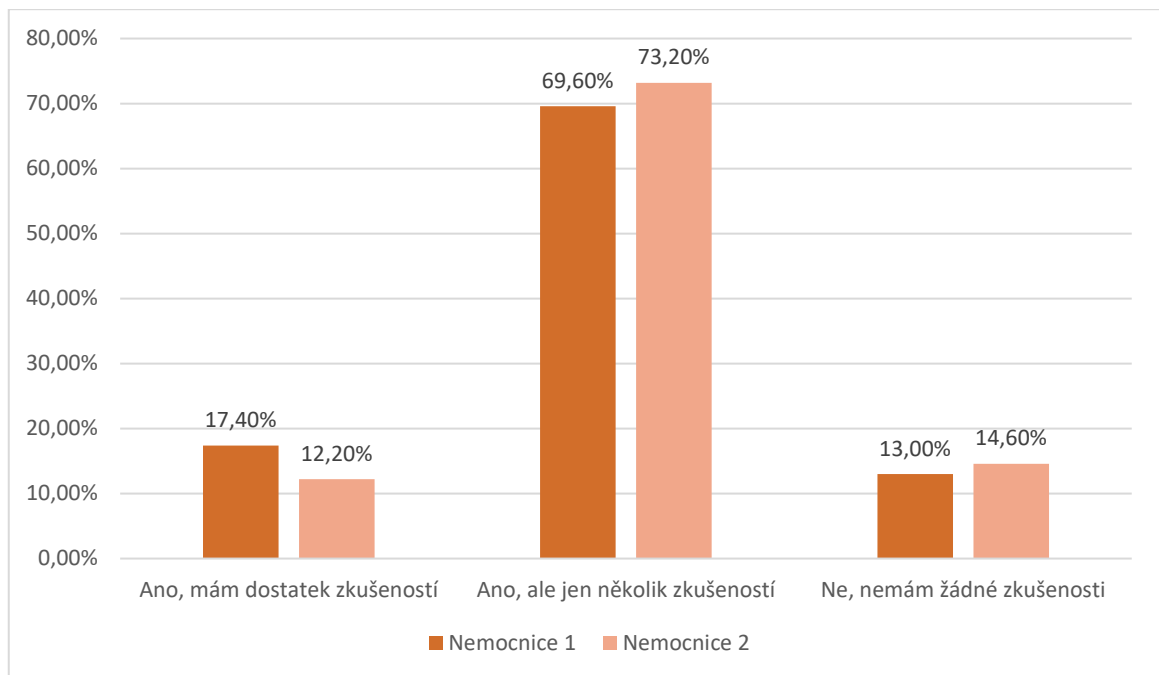
Komentář: Tabulka 6 vyjadřuje, kterým jazykem jsou respondenti schopni se domluvit, u této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 116, z Nemocnice 1 bylo 63 odpovědí (tj. 100,00 %) a z Nemocnice 2 bylo 53 odpovědí (tj. 100,00 %). V obou nemocnicích se respondenti nejlépe dorozumí anglicky, naopak 10 respondentů z Nemocnice 1 a devět respondentů z Nemocnice 2 žádný jazyk neovládá. U této otázky bylo možné zvolit odpověď jinou, kde respondenti uvedli, že jsou schopni domluvit se také italsky, francouzsky a španělsky.

I když věk a délka praxe nebyla kritériem pro výběr respondentů, uvádíme tyto informace pro komplexnost údajů o respondentech, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

6.2 Výsledky ve vztahu k cílům práce a jejich vyhodnocení

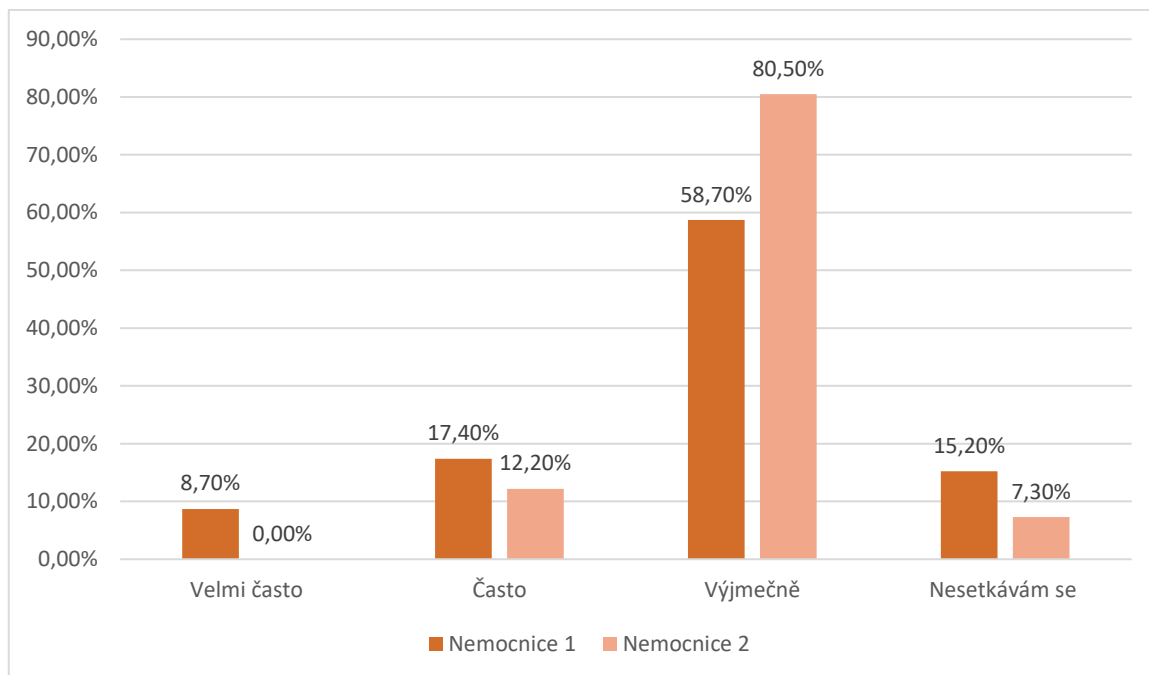
Dílčí cíl č. 1 Identifikovat zkušenosti sester s ošetřováním pacientů odlišné kultury.

U dílčího cíle č. 1 byly vyhodnocovány dotazníkové otázky č. 3, 4, 5, 6 a 20.



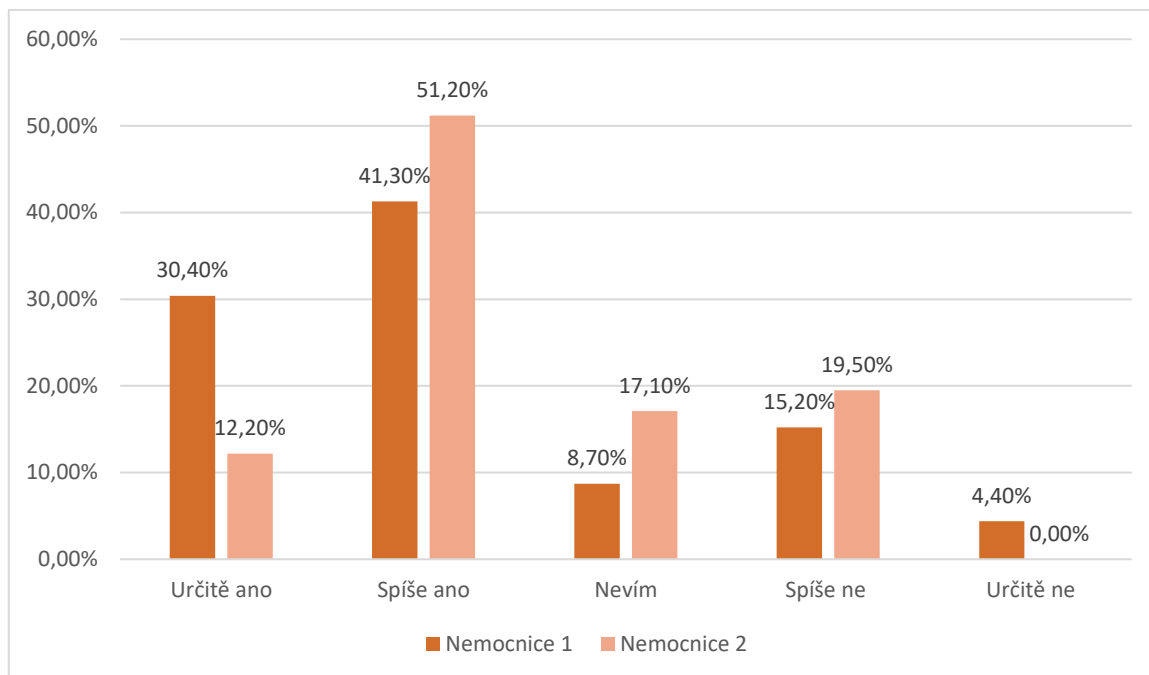
Graf 1 Máte zkušenost s ošetřováním pacientů odlišné kultury?

Komentář: U otázky zaměřené na zkušenosti s ošetřováním pacientů odlišných kultur nejvíce respondentů označilo odpověď ano, ale jen několik. Tuto odpověď označilo z Nemocnice 1 32 respondentů (69,60 %) a z Nemocnice 2 30 respondentů (73,20 %). Další dvě odpovědi byly celkem vyvážené, z Nemocnice 1 označilo osm respondentů (17,40 %), že má dostatek zkušeností a z Nemocnice 2 tuto odpověď označilo pět respondentů (12,20 %), z obou nemocnic označilo šest respondentů (Nemocnice 1 13,00 % a Nemocnice 2 14,60 %), že nemá žádné zkušenosti s ošetřováním pacientů odlišné kultury.



Graf 2 Jak často se setkáváte s pacienty odlišných kultur?

Komentář: Graf 2 vyjadřuje, jak často se respondenti setkávají s pacienty odlišných kultur. Z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1 a 41 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 2. V obou nemocnicích se respondenti s pacienty odlišné kultury setkávají pouze výjimečně, naopak čtyři respondenti (15,20 %) z Nemocnice 1 a tři respondenti (7,30 %) z Nemocnice 2 se s pacientem odlišné kultury zatím nesetkali.



Graf 3 Myslíte si, že by sestry měly přizpůsobovat péči pacientům odlišné kultury?

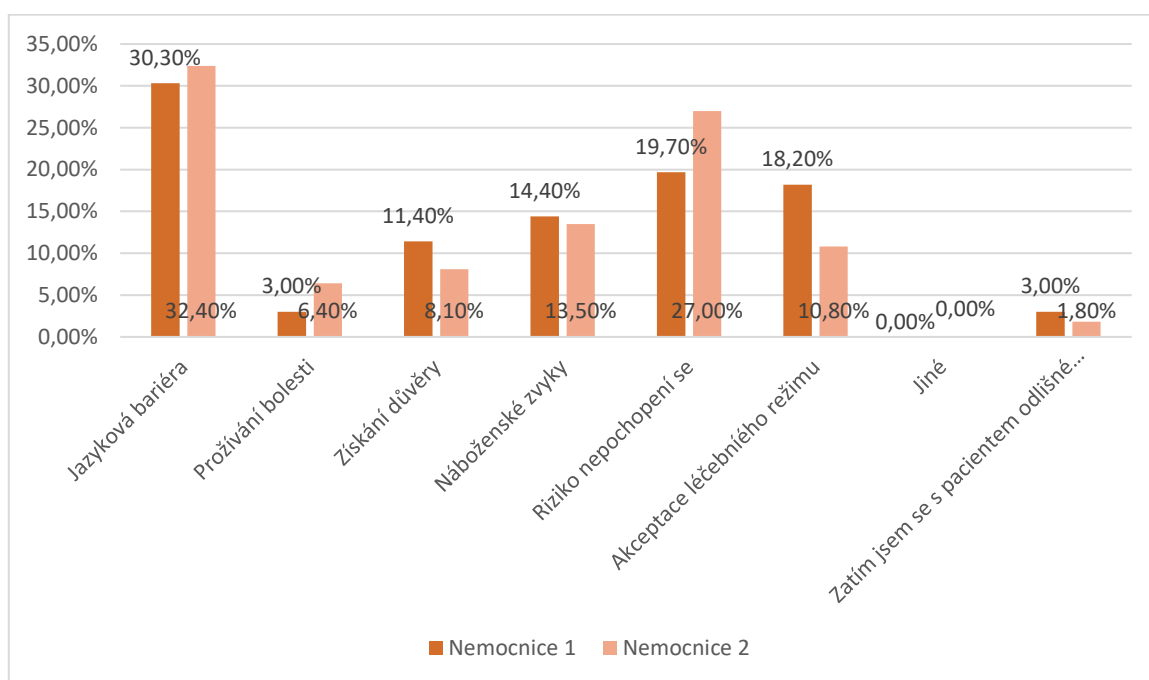
Komentář: U otázky, zda si sestry myslí, že by měly přizpůsobovat péči pacientům odlišné kultury, nejvíce respondentů vybralo odpověď spíše ano. Tuto odpověď vybralo z Nemocnice 1 19 respondentů (41,30 %), z Nemocnice 2 21 respondentů (51,20 %). Nejméně respondentů z Nemocnice 1 vybralo odpověď určitě ne, tuto odpověď zvolili dva respondenti (4,40 %). Z Nemocnice 2 nejméně respondentů zvolilo odpověď určitě ano, tuto odpověď vybralo pět respondentů (12,20 %).

Tabulka 7 Se kterou kulturou jste se při ošetrovatelské péči setkal/a?

Typ pracoviště	Nemocnice 1		Nemocnice 2	
	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Německá	11	6,00	14	7,60
Ukrajinská	25	13,60	30	16,30
Vietnamská	30	16,40	36	19,60
Ruská	10	5,50	8	4,30
Polská	10	5,50	6	3,30
Muslimská	9	4,90	5	2,70
Slovenská	32	17,50	34	18,50
Francouzská	3	1,60	6	3,30
Romská	38	20,80	34	18,50
Jiná	11	6,00	9	4,80

Zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesetkala	4	2,20	2	1,10
Celkem	183	100,00	184	100,00

Komentář: Z Tabulky 7 vyplývá, že u této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. Celkem bylo zaznamenáno 367 odpovědí. V Nemocnici 1 bylo zaznamenáno 183 odpovědí (tj. 100,00 %) a v Nemocnici 2 bylo zaznamenáno 184 odpovědí (tj. 100,00 %). Nejvíce zkušeností mají respondenti v obou nemocnicích s ošetřováním pacienta romské, slovenské, vietnamské a ukrajinské kultury. Nejméně však respondenti zkušenost s ošetřováním pacienta francouzské a muslimské kultury. Bylo možné zvolit odpověď jiné, tady respondenti uvedli, že se setkali během své praxe s pacientem italské, španělské, mongolské, maltské, anglické a maďarské kultury.



Graf 4 Jaký je podle Vás největší problém v ošetřování pacientů odlišné kultury?

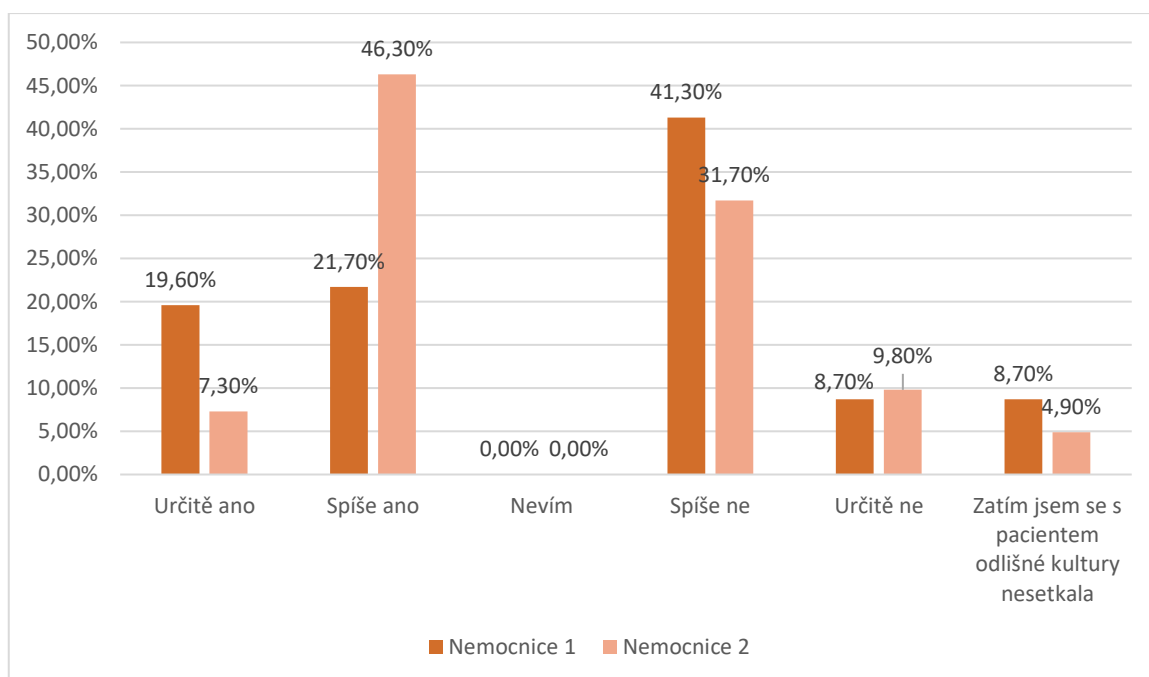
Komentář: U otázky byla možnost označit více odpovědí. Z Grafu 4 tedy vyplývá, že z celkového počtu 243 odpovědí bylo 132 odpovědí (tj. 100,00 %) zaznamenáno v Nemocnici 1, v Nemocnici 2 bylo zaznamenáno 111 odpovědí (tj. 100,00 %). Za největší problém respondenti považují jazykovou bariéru. Tuto odpověď jsme zaznamenali v Nemocnici 1 40krát (30,30 %), v Nemocnici 2 36krát (32,40 %), jako další největší problém respondenti označili riziko nepochopení se. Tuto odpověď jsme zaznamenali v Nemocnici 1 26krát (19,70 %) a v Nemocnici 2 30krát (27,00 %). Za nejmenší problém

respondenti považují prožívání bolesti pacienta, v Nemocnici 1 byla tato odpověď zaznamenána 4krát (3,00 %) a v Nemocnici 2 7krát (6,40 %).

Shrnutí: Dílčí cíl č. 1 byl splněn. Pokud chceme tyto výsledky shrnout, zjistili jsme, že 70 % respondentů z obou nemocnic má pouze několik zkušeností s ošetřováním pacienta odlišné kultury a nejčastěji se setkávají s pacienty romské a vietnamské kultury. Největším problémem při ošetřování pacienta odlišné kultury se ukazuje jako jazyková bariéra, která dosahuje zhruba 30 % v každé nemocnici.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit, jak probíhá komunikace sester s pacienty odlišné kultury.

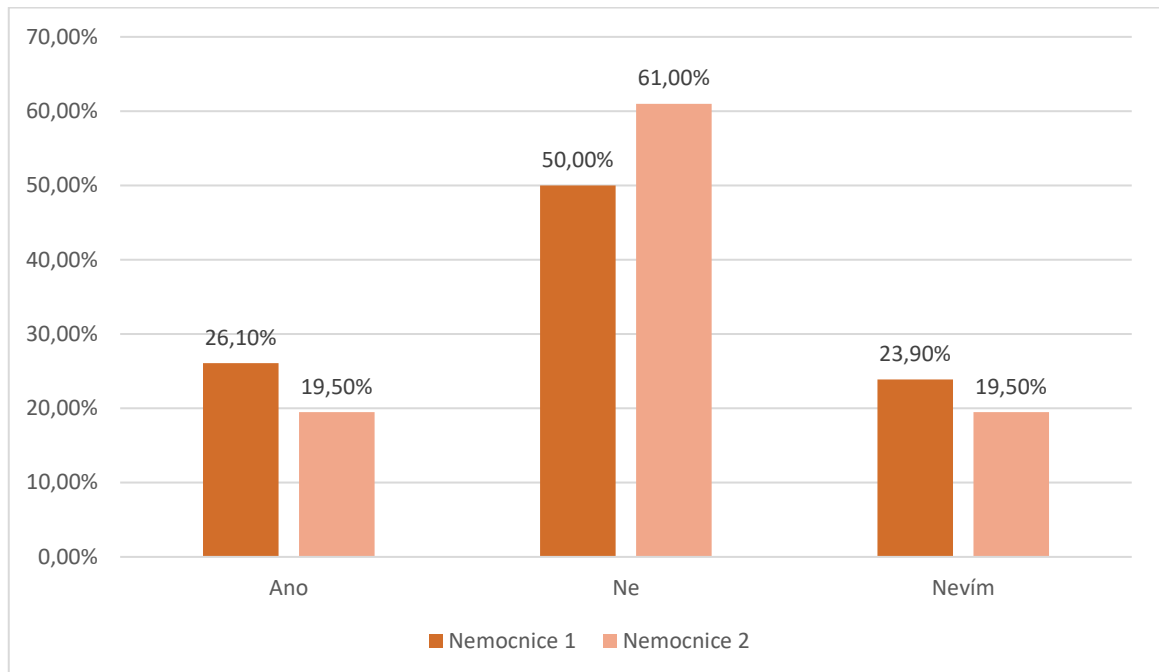
U dílčího cíle č. 2 byly vyhodnocovány dotazníkové otázky č. 7, 8, 9, 10 a 19.



Graf 5 Pokud jste se setkala s pacientem odlišné kultury uplatnil/a jste své znalosti cizího jazyka?

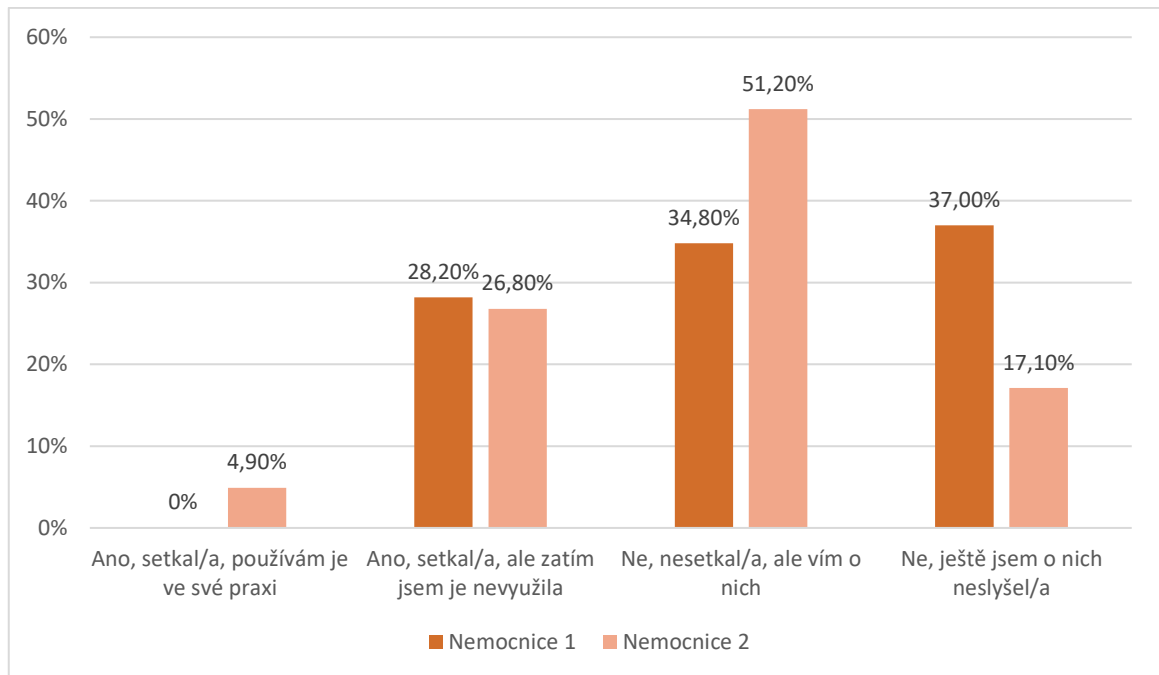
Komentář: Graf 5 prezentuje, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, většina respondentů odpověděla, že spíše neuplatnili znalost cizího jazyka, a to v 19 případech, 10 respondentů odpovědělo spíše ano, devět respondentů odpovědělo, že určitě využili znalosti cizího jazyka, stejný počet respondentů jsme zaznamenali u odpovědi určitě ne a zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesešla/a. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), nejvíce respondentů jsme zaznamenali u odpovědi, že spíše uplatnili znalosti cizího jazyka, a to v 19 případech, 13 respondentů odpovědělo, spíše ne, znalosti cizího jazyka určitě neuplatnili čtyři

respondenti, tři respondenti určitě uplatnili znalost cizího jazyka a dva respondenti se s pacientem odlišné kultury zatím nesetkali.



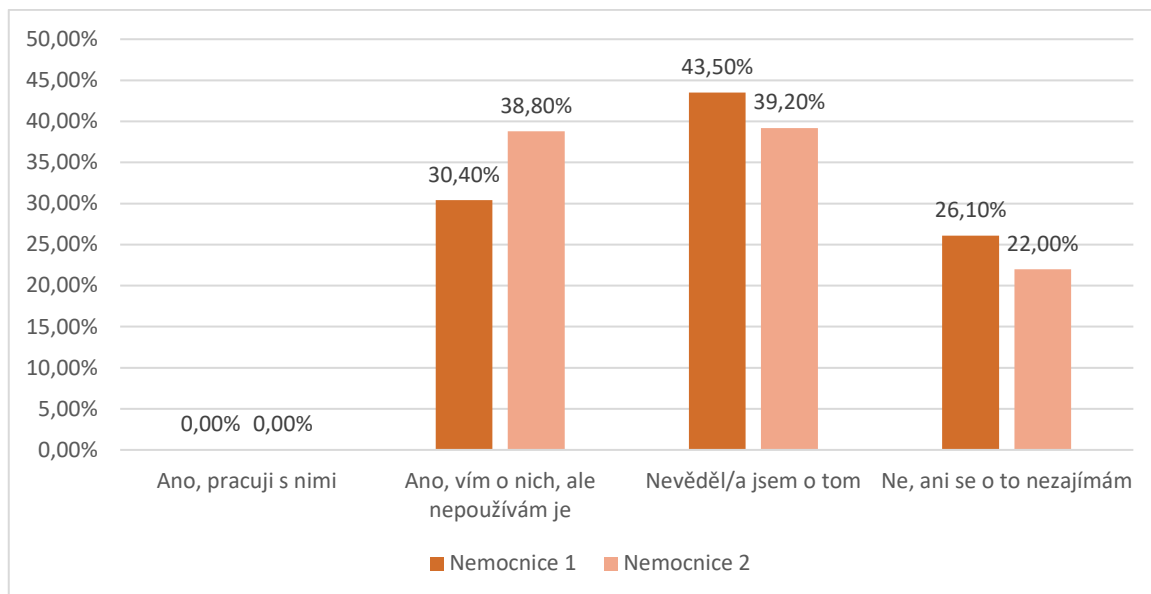
Graf 6 Máte na oddělení k dispozici slovník? Pokud ano, jaký?

Komentář: U odpovědi na otázku, zda mají respondenti na oddělení k dispozici slovník, z Nemocnice 1 odpovědělo 23 respondentů (50,00 %) a z Nemocnice 2 odpovědělo 25 respondentů (61,00 %), že na oddělení nemají k dispozici slovník. Z Nemocnice 1 vybralo odpověď ano 12 respondentů (26,10 %) a z Nemocnice 2 vybralo tuto odpověď osm respondentů (19,50 %). Odpověď nevím vybralo 11 respondentů (23,90 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 tuto odpověď vybralo osm respondentů (19,50 %). U zvolené odpovědi ano, měli respondenti napsat, jaký slovník mají na oddělení k dispozici, nejčastěji uvedli česko-anglický slovník a ve dvou případech uvedli česko-německý slovník.



Graf 7 Setkala jste se během své praxe s komunikačními kartami?

Komentář: Grafu 7 prezentuje, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1 a 41 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 2. V Nemocnici 1 nejvíce respondentů uvedlo, že o komunikačních kartách ještě neslyšelo, tuto odpověď zvolilo 17 respondentů (37,00 %). Naopak v Nemocnici 2 nejvíce respondentů uvedlo, že o komunikačních kartách ví, ale zatím se s nimi nesetkali, tuto odpověď zvolilo 21 respondentů (51,20 %).



Graf 8 Víte o existenci komunikačních karet v cizích jazycích na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR?

Komentář: U otázky, zda sestry ví o existenci komunikačních karet v cizích jazycích na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR, z obou nemocnic nejvíce respondentů označilo odpověď, že o nich neví. Nikdo z respondentů z obou nemocnic s těmito kartami nepracuje.

Tabulka 8 Pokud jste se setkal/a s pacienty odlišné kultury, jak jste se s nimi dorozumíval/a během hospitalizace?

Kategorie	Nemocnice 1		Nemocnice 2	
	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Dorozumívání s pacientem odlišné kultury				
Názorná ukázka	9	8,60	3	4,30
Prostřednictvím tlumočnicka	15	14,30	2	2,90
Prostřednictvím Rodiny	13	12,40	2	2,90
Gesty	19	18,10	21	30,40
Slovně	36	34,20	18	26,10
Prostřednictvím kolegyně/lékaře	5	4,80	4	5,80
Pomocí překladáče	4	3,80	15	21,80
Pomocí slovníku	0	0,00	2	2,90
Zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesešel/a	4	3,80	2	2,90

Celkem	105	100,00	69	100,00
---------------	-----	--------	----	--------

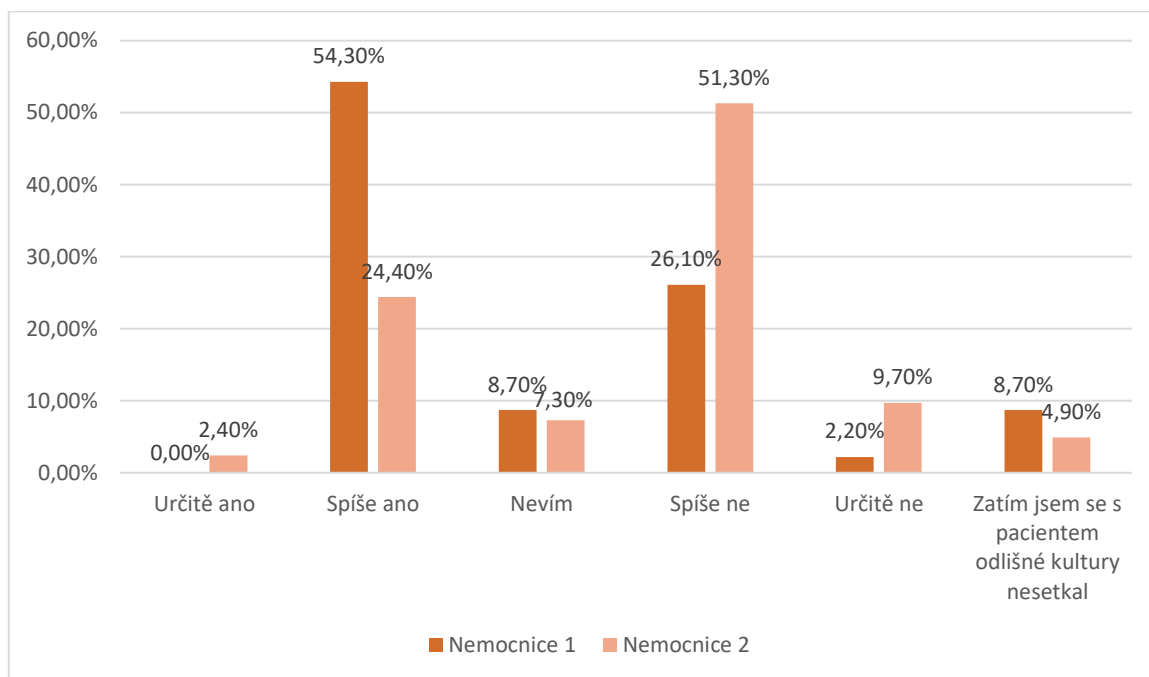
Komentář: Otázka, byla otevřená, respondenti měli možnost uvést svůj způsob dorozumívání s pacientem odlišné kultury. Celkem bylo 174 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, názorná ukázka, 2. kategorie prostřednictvím tlumočnicka, 3. kategorie prostřednictvím rodiny, 4. kategorie gesty, 5. kategorie slovně, 6. kategorie prostřednictvím kolegyně/lékaře, 7. kategorie pomocí překladače, 8. kategorie pomocí slovníku, 9. kategorie zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesetkal/a.

Z Tabulky 8 tedy vyplývá, že celkového počtu 174 odpovědí bylo 105 odpovědí (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, a Nemocnice 2 bylo 69 odpovědí (100,00 %). Nejčastěji se respondenti v obou nemocnicích s pacientem odlišné kultury dorozumívají slovně nebo gesty. V Nemocnici 1 se nejméně respondenti s pacientem dorozumívají pomocí překladače a v Nemocnici 2 se nejméně dorozumívají pomocí slovníku a prostřednictvím tlumočnicka a rodiny.

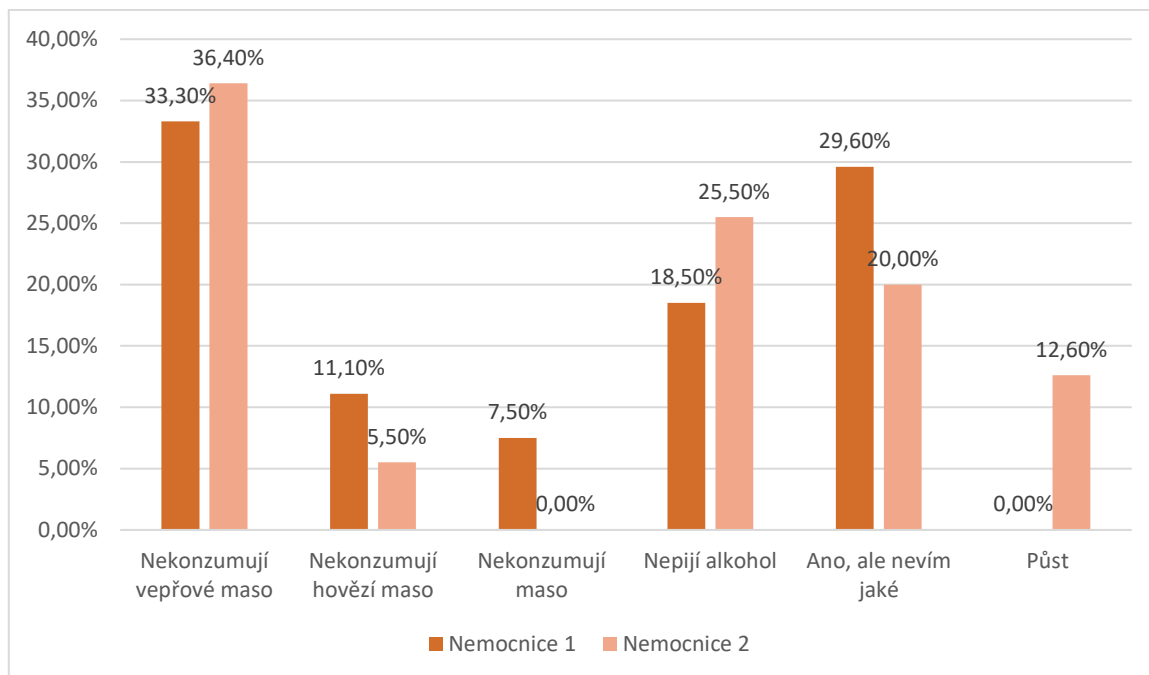
Shrnutí: Dílčí cíl č. 2 byl splněn, zjistili jsme, že kolem 40 % respondentů z Nemocnic 1 spíše neuplatnilo své znalosti cizího jazyka a kolem 45 % respondentů z Nemocnice 2 spíše uplatnilo své znalosti cizího jazyka. Nejčastěji se respondenti s pacientem odlišné kultury dorozumívají slovně a gesty v obou nemocnicích.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit u sester znalost specifík péče o pacienty odlišné kultury.

U dílčího cíle č. 3 byly vyhodnocovány dotazníkové otázky č. 11, 21–29.

**Graf 9 Pokud jste se setkal/a s pacientem odlišné kultury, znal/a jste specifika dané kultury?**

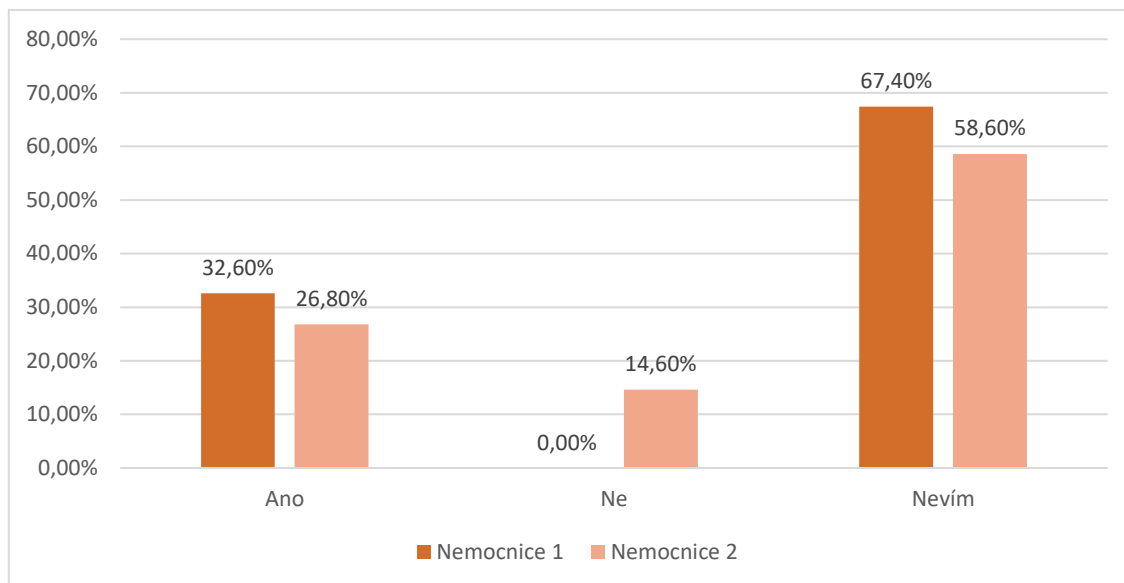
Komentář: Graf 9 vyjadřuje, že celkový počet respondentů byl 87, 46 respondentů (tj. 100,00 %) bylo z Nemocnice 1, z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %). Z Nemocnice 1 uvedlo 25 respondentů (54,30 %), že znalo specifika dané kultury během ošetřování pacienta odlišné kultury naopak 21 respondentů (51,30 %) z Nemocnice 2 neznalo specifika dané kultury.



Graf 10 Mají lidé muslimské kultury omezení při příjmu potravy, tekutin nebo léčiv?

Komentář: Otázka, byla otevřená, respondenti měli možnost uvést své znalosti specifik při příjmu potravy, tekutin, nebo léčiv u muslimských pacientů. Celkem bylo 109 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, že nekonzumují vepřové maso, 2. kategorie, že nekonzumují hovězí maso, 3. kategorie, že nekonzumují maso, 4. kategorie, že nepijí alkohol, 5. kategorie, že mají omezení, ale respondenti neví jaké a 6. kategorie, že mají půst.

Graf 10 tedy představuje výsledky, jaké mají lidé muslimské kultury omezení při příjmu potravy, tekutin nebo léčiv. Celkový počet odpovědí byl 109, z Nemocnice 1 bylo 54 odpovědí (tj. 100,00 %), z toho 18 odpovědí jsme zaznamenali, že muslimský pacient nekonzumuje vepřové maso, 16krát jsme zaznamenali odpověď, že mají nějaké omezení, ale respondenti neví jaké, 10krát jsme zaznamenali, že nepijí alkohol, 6krát jsme zaznamenali odpověď, že nekonzumují hovězí maso a 4krát byla zaznamenána odpověď, že nekonzumují žádné maso. Z Nemocnice 2 bylo 55 odpovědí (tj. 100,00 %), 20 odpovědí jsme zaznamenali, že muslimský pacient nekonzumuje vepřové maso, u 14 odpovědí jsme zaznamenali, že nepijí alkohol, 11krát jsme zaznamenali odpověď, že mají nějaké omezení, ale respondenti neví jaké, 7krát jsme zaznamenali odpověď, že drží půst a 3krát byla zaznamenána odpověď, že nekonzumují hovězí maso.



Graf 11 Hraje v poskytování ošetrovatelské péče muslimům roli použití pravé nebo levé ruky?

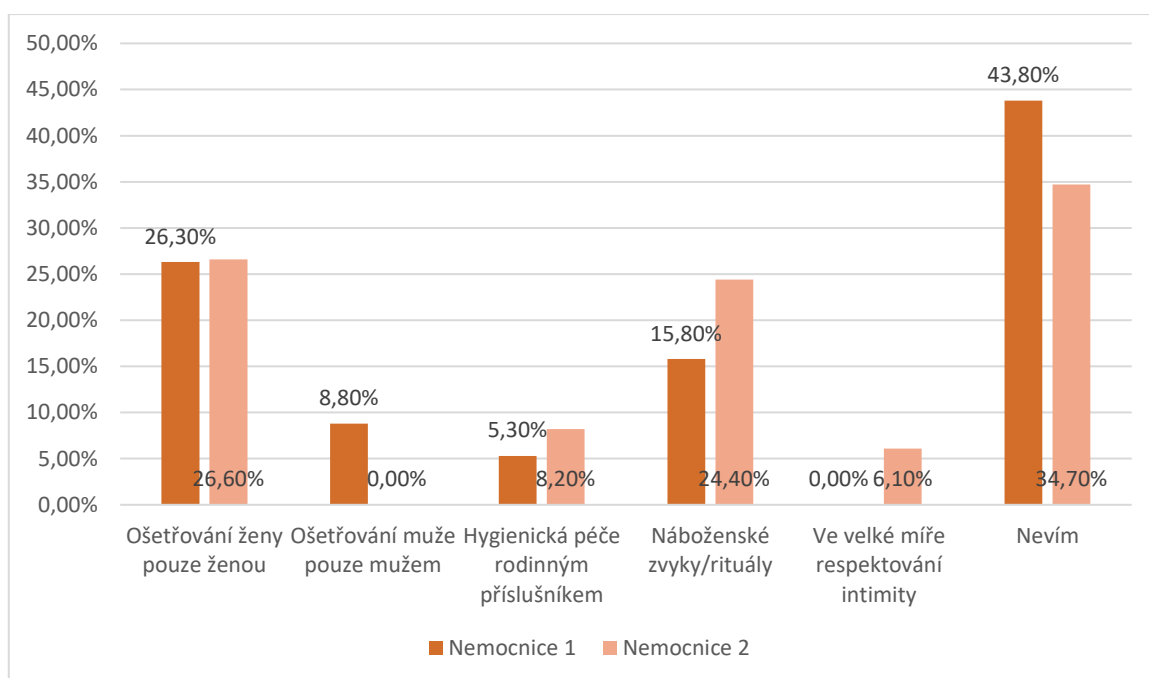
Komentář: Z grafu 11 vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, 31 respondentů odpovědělo, že neví, jestli hraje roli použití pravé nebo levé ruky v ošetrovatelské péči u muslimů, 15 respondentů odpovědělo ano, a nikdo z respondentů neuvedl odpověď ne. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), 24 respondentů uvedlo, že neví, jestli hraje roli použití pravé nebo levé ruky v ošetrovatelské péči u muslimů, 11 respondentů uvedlo ano a šest respondentů si myslí, že podání pravé nebo levé ruky nehraje v ošetrovatelské péči u muslimů roli.

Tabulka 9 Použití pravé a levé ruky u muslimů

Typ pracoviště	Nemocnice 1		Nemocnice 2	
	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
PHK slouží k podávání čistých věcí, LHK slouží k podávání nečistých předmětů	12	80,00	10	100,00
Podání předmětů LHK je nevhodné/urážlivé	1	6,70	0	0,00
PHK slouží k podávání špinavých věcí	2	13,30	0	0,00
Celkem	15	100,00	10	100,00

Komentář: Pokud respondenti zvolili odpověď ano, měli to specifikovat. Tabulka 9 nám tedy ukazuje, že celkový počet odpovědí byl 25. Odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie PHK slouží k podávání čistých věcí, LHK slouží

k podávání nečistých předmětů, 2. kategorie podání předmětů LHK je nevhodné/urážlivé, 3. kategorie PHK slouží k podávání špinavých věcí. Zde jsem 15 odpovědí (tj. 100,00 %) získali od respondentů z Nemocnice 1 a 10 odpovědí (tj. 100,00) z Nemocnice 2. Nejvíce odpovědí jsme zaznamenali, že pravá ruka slouží k podávání čistých předmětů a levá ruka slouží k podávání špinavých předmětů, tuto odpověď zvolilo 12 respondentů (80,00 %) z Nemocnice 1 a 10 respondentů (100,00 %) z Nemocnice 2. V Nemocnici 1 jsme dále zaznamenali, že dva respondenti (13,30 %) uvedli, že pravá ruka slouží k podávání špinavých věcí a jeden respondent (6,70 %) uvedl, že podávání předmětů levou rukou je nevhodné a urážlivé.



Graf 12 Jaké jsou podle Vás další specifické požadavky muslimů při poskytování zdravotní/ošetrovatelské péče?

Komentář: Otázka, byla otevřená, respondenti měli možnost uvést další specifické požadavky muslimských pacientů při poskytování zdravotní/ošetrovatelské péče. Celkem bylo uvedeno 106 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, ošetřování ženy pouze ženou, 2. kategorie, ošetřování muže pouze mužem, 3. kategorie, hygienická péče rodinným příslušníkem, 4. kategorie, náboženské zvyky/rituály, 5. kategorie, ve velké míře respektování intimity a 6. kategorie, že neví.

Graf 12 tedy představuje, že celkový počet odpovědí bylo 106, z Nemocnice 1 bylo 57 (tj. 100,00 %) odpovědí, kdy jsme zaznamenali 25krát odpověď neví, jaké jsou další specifické požadavky muslimů při poskytování ošetrovatelské péče, 15krát respondenti

uvedli, že ženy vyžadují ošetření pouze od ženského pohlaví, 9krát jsme zaznamenali odpověď náboženské zvyky/ rituály, kdy měli respondenti na mysli, že ženy musí mít před muži zakryté vlasy, ramadán a čas na modlitbu, 5krát jsme zaznamenali odpověď, že muž vyžaduje ošetření pouze od mužského pohlaví, jelikož nemají důvěru v ženský personál, 3krát respondenti uvedli, že muslimští pacienti vyžadují hygienickou péči od rodinného příslušníka. Z Nemocnice 2 jsme získali celkem 49 odpovědí (tj. 100,00 %), taktéž jak v Nemocnici 1 jsme zaznamenali nejvíce odpovědí nevím, a to 17krát, 13krát respondenti uvedli, že ženy vyžadují ošetření pouze od ženského pohlaví, 12krát jsme získali odpověď náboženské zvyky/rituály, 4krát respondenti uvedli, že muslimští pacienti vyžadují hygienickou péči od rodinného příslušníka a 3krát jsme získali odpověď, kdy muslimští pacienti ve velké míře vyžadují respektování intimity.

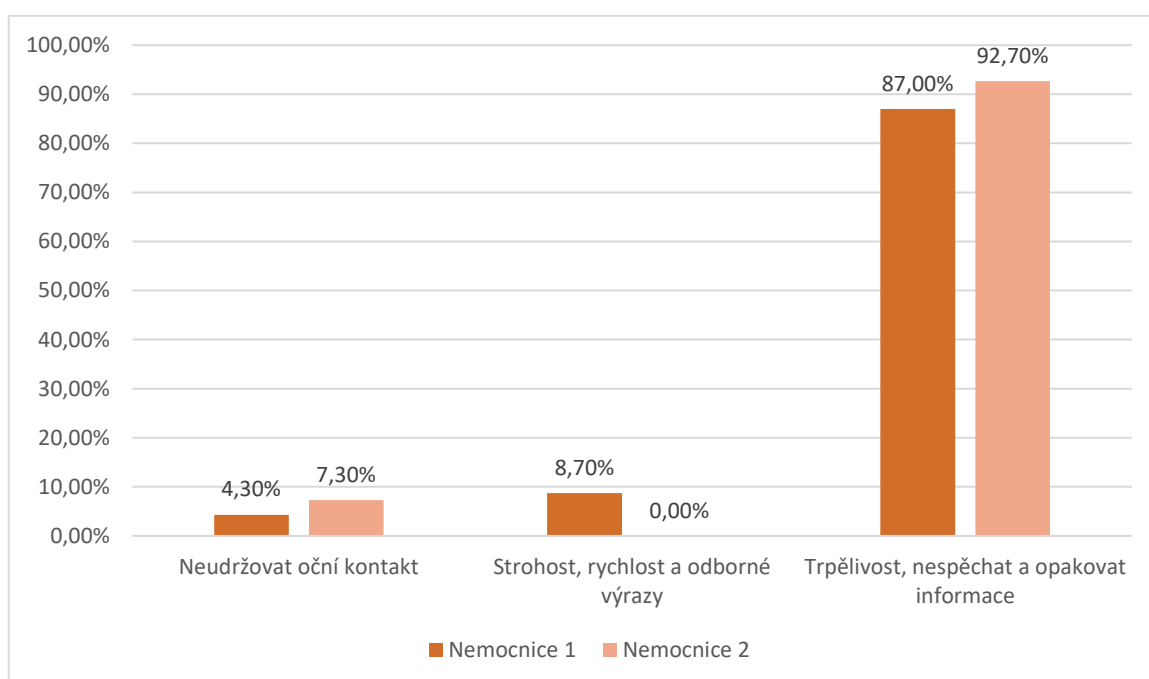
Tabulka 10 Jaké jsou nejčastější specifické požadavky romských pacientů při poskytování ošetrovatelské péče?

<i>Kategorie</i>	<i>Nemocnice 1</i>		<i>Nemocnice 2</i>	
	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relevantní četnost (%)
Nejčastější požadavky romských pacientů				
Časté návštěvy	23	30,30	19	28,40
Přítomnost rodiny během ošetřování/hospitalizace	14	18,40	18	26,90
Jiná strava	4	5,30	4	6,00
Samostatný pokoj	8	10,50	0	0,00
Často vyžadují léky od bolesti	9	11,80	0	0,00
Nerespektování léčebného režimu	4	5,30	9	13,40
Nemají žádné požadavky	2	2,60	4	6,00
Nevím	12	15,80	13	19,30
Celkem	76	100,00	67	100,00

Komentář: Otázka, byla otevřená, respondenti měli možnost uvést, jaké jsou nejčastější specifické požadavky romských pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. Celkem bylo uvedeno 143 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, že vyžadují časté návštěvy, 2. kategorie, že vyžadují přítomnost rodiny během ošetřování/hospitalizace, 3. kategorie, chtějí jinou stravu, 4. kategorie, že chtějí samostatný pokoj, 5. kategorie, často vyžadují léky od bolesti, 6. kategorie, že nerespektují léčebný

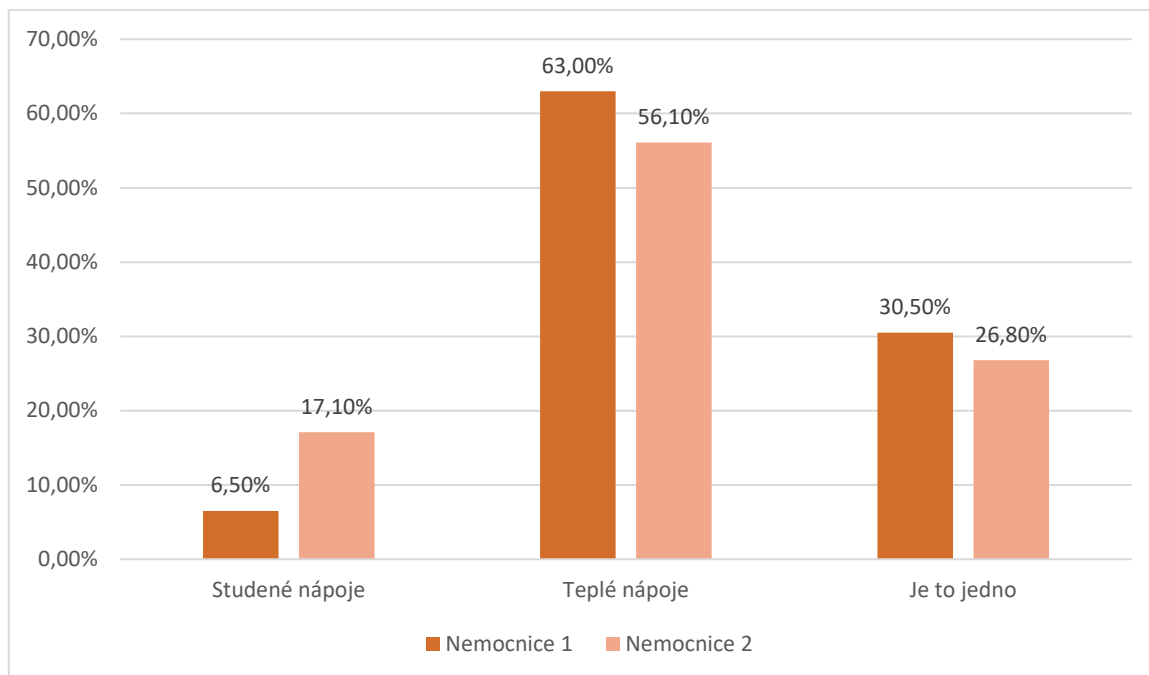
režim, 7. kategorie, že nemají žádné požadavky a 8. kategorie, že respondenti neví, jaké mají specifické požadavky.

Tabulka 10 ukazuje, že z celkového počtu 143 odpovědí bylo 76 odpovědí (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 jsme získali 67 odpovědí (tj. 100,00 %). Nejčastějším specifickým požadavkem na respondenty v obou nemocnicích jsou časté návštěvy a přítomnost rodiny během ošetřování/hospitalizace. Naopak dva respondenti z Nemocnice 1 a čtyři respondenti z Nemocnice 2 uvedli, že romský pacient na ně neměl žádné specifické požadavky.



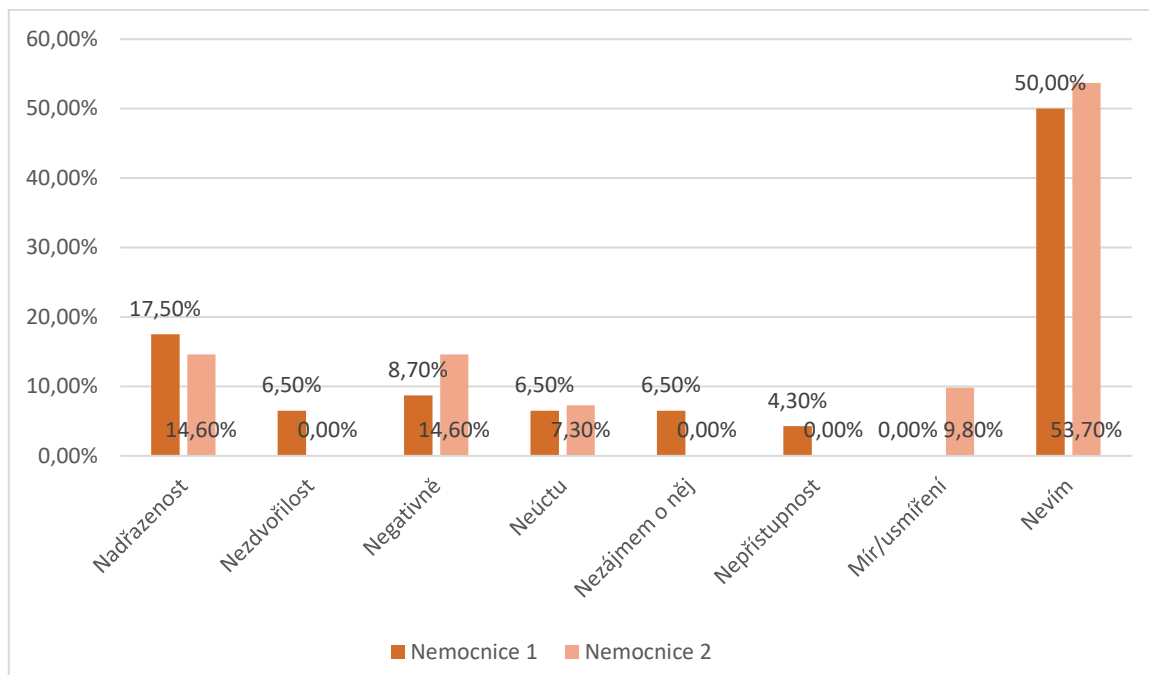
Graf 13 Při komunikaci s Romy se především doporučuje?

Komentář: U otázky, co se doporučuje při komunikaci s romským pacientem, většina respondentů označilo odpověď trpělivost, nespěchat a opakovat informace. Tuto odpověď označilo 40 respondentů (87,00 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 tuto odpověď označilo 38 respondentů (92,70 %).



Graf 14 Jaké nápoje preferuje vietnamský pacient?

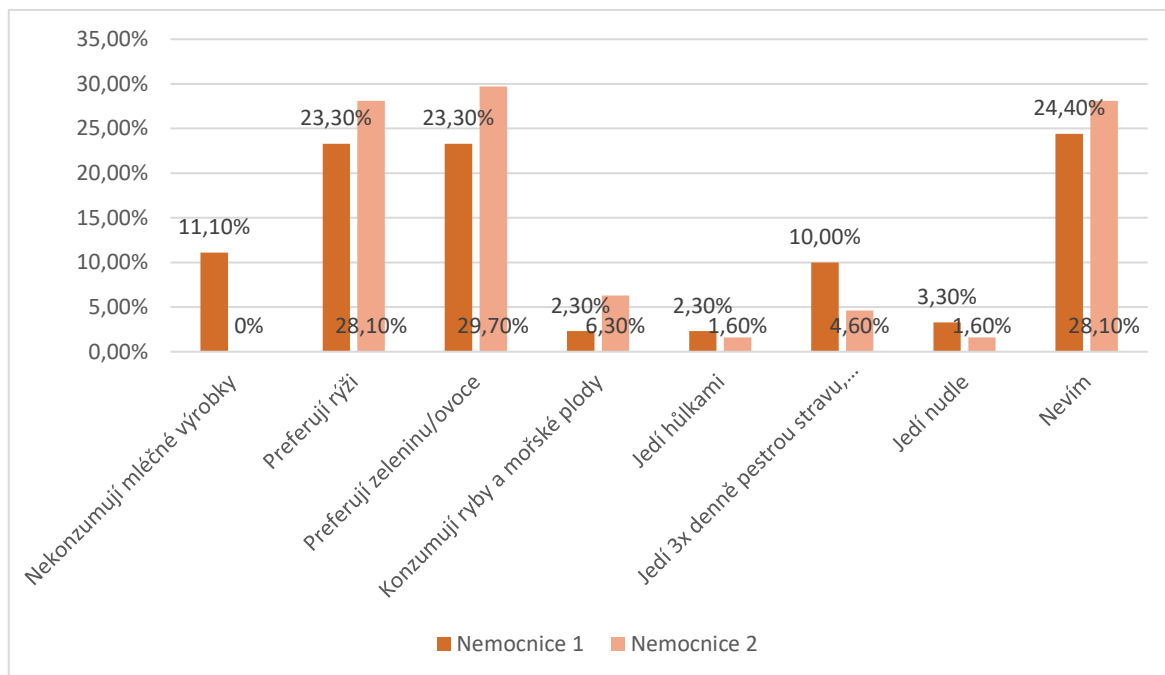
Komentář: Graf 14 představuje, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, kdy 29 respondentů si myslí, že vietnamští pacienti spíše preferují teplé nápoje, 14 respondentů uvedlo, že je to jedno a tři respondenti uvedli, že vietnamští pacienti spíše preferují studené nápoje. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), kdy 23 respondentů uvedlo teplé nápoje, 11 respondentů si myslí, že je to jedno a sedm respondentů uvedlo studené nápoje.



Graf 15 Jak vnímá vietnamský pacient, pokud si při rozhovoru s ním dáte ruce v bok nebo je překřížíte na prsou?

Komentář: Otázka byla otevřená, respondenti měli možnost uvést své znalosti, jak vnímá vietnamský pacient, pokud si při rozhovoru s ním dáte ruce v bok nebo je překřížíte na prsou. Celkem bylo 87 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, že to značí nadřazenost, 2. kategorie, že značí nezdvořilost, 3. kategorie, že to působí negativně, 4. kategorie, že to znamená neúctu, 5. kategorie, že to znamená nezájem o něj, 6. kategorie, že to znamená nepřístupnost, 7. kategorie, že to znamená mír/usmíření a 8. kategorie, že respondenti neví.

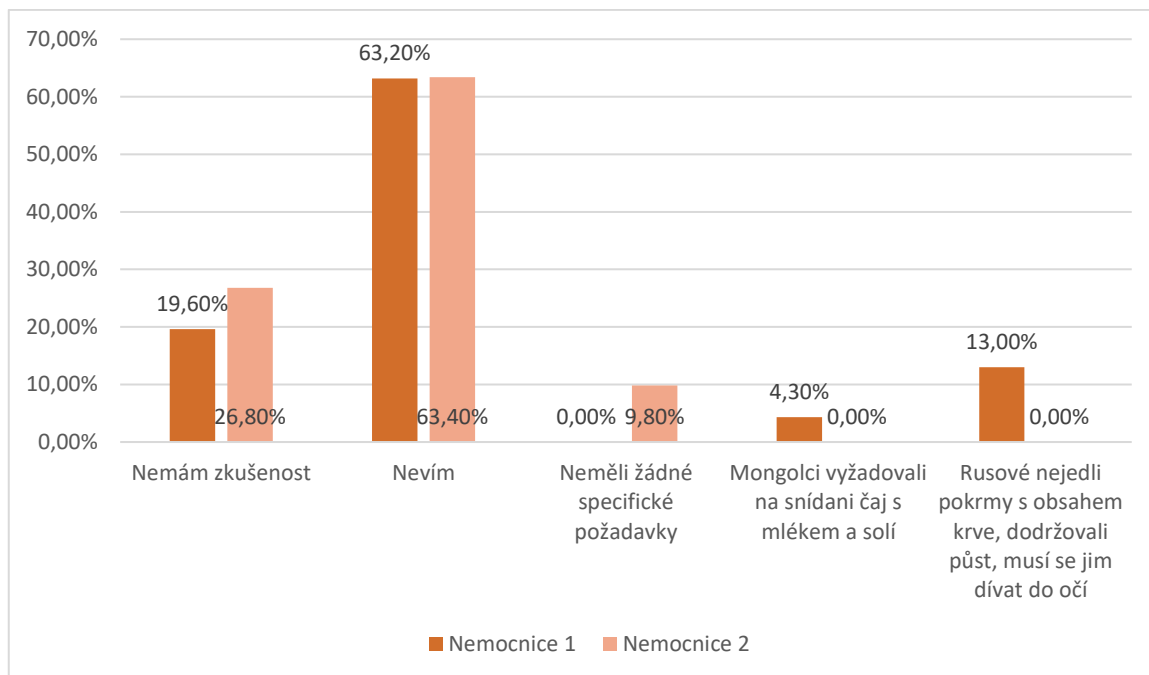
Z Grafu 15 tedy vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, 23 respondentů neví, jak vnímá vietnamský pacient, pokud při rozhovoru s ním dáme ruce v bok nebo překřížíme na prsou, osm respondentů si myslí, že to vnímá jako nadřazenost, čtyři respondenti se domnívají, že to pacient vnímá negativně, tři respondenti uvedli, že to pacient vnímá jako nezdvořilost, také jako neúctu a nezájem o něj, dva respondenti si myslí, že to pacient vnímá jako nepřístupnost ke zdravotnickému personálu. Dalších 41 respondentů (tj. 100,00 %) bylo z Nemocnice 2, kdy 22 respondentů uvedlo, že neví, jak vietnamský pacient vnímá, pokud si při rozhovoru s ním dáme ruce v bok nebo je překřížíme na prsou, šest respondentů si myslí, že to vnímá jako nadřazenost a také negativně, čtyři respondenti si myslí, že to pacient vnímá jako mír/usmíření a dva respondenti se domnívají, že to vietnamský pacient vnímá jako neúctu.



Graf 16 Vypište specifika výživy lidí vietnamské kultury

Komentář: Otázka, byla otevřená, respondenti měli možnost uvést své znalosti specifík výživy u lidí vietnamské kultury. Celkem bylo 154 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, že nekonzumují mléčné výrobky, 2. kategorie, že preferují rýži, 3. kategorie, že preferují zeleninu/ovoce, 4. kategorie, že konzumují ryby a mořské plody, 5. kategorie, že jedí hůlkami, 6. kategorie, že jedí 3krát denně, pestrou stravu, menší porce, 7. kategorie, že jedí nudle a 8. kategorie, že respondenti neví.

Graf 16 ukazuje, že z celkového počtu 154 odpovědí bylo 90 odpovědí (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, nejvíce odpovědí jsme zaznamenali, že respondenti neví, jaká jsou specifika výživy u lidí vietnamské kultury, a to s počtem 22 odpovědí, 21 odpovědí jsme zaznamenali, že preferují rýži a také 21 odpovědí jsme zaznamenali u zeleniny/ovoce, 10krát jsme zaznamenali odpověď, že nekonzumují mléčné výrobky, 9krát jsme zaznamenali odpověď, že jedí 3krát denně pestrou stravu a menší porce, tři odpovědi jsme získali, že konzumují nudle a 2krát jsme zaznamenali odpověď, že konzumují ryby a mořské plody a dále jedí hůlkami. Na tuto otázku jsme získali 64 odpovědí (tj. 100,00 %) z Nemocnice 2, 19krát jsme získali odpověď, že lidé vietnamské kultury preferují zeleninu/ovoce, 18krát jsme zaznamenali odpověď, že preferují rýži a také 18 respondentů neví, jaká jsou specifika výživy u lidí vietnamské kultury, 4krát jsme získali odpověď, že konzumují ryby a mořské plody, tři odpovědi, že jedí 3krát denně pestrou stravu a menší porce, Jednu odpověď jsme zaznamenali, že jedí hůlkami, a že jedí nudle.



Graf 17 Pokud máte zkušenost s poskytováním péče pacientům jiných než výše uvedených kultur, uveďte jakých a vypište jejich specifické požadavky

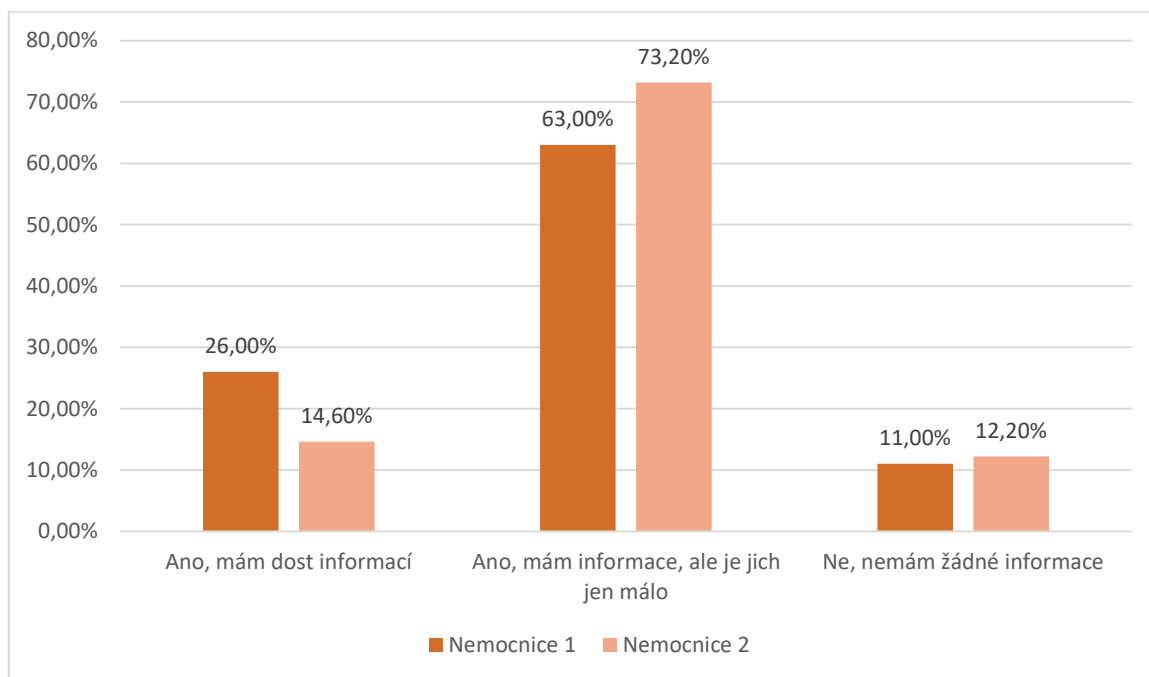
Komentář: Otázka byla otevřená, respondenti měli možnost uvést další zkušenosti s poskytováním péče jiným kulturám. Celkem bylo 87 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie, že respondenti nemají zkušenost, 2. kategorie, že respondenti neví, 3. kategorie, že neměli žádné specifické požadavky, 4. kategorie, že Mongolové vyžadovali na snídani čaj s mlékem a solí a 5. kategorie, že Rusové nejedli pokrmy s obsahem krve, dodržovali půst, musí se jim dívat do očí.

Na otázku většina respondentů z obou nemocnic odpovědělo, že neví, jestli měli nějaké specifické požadavky, nebo že nemají zkušenost.

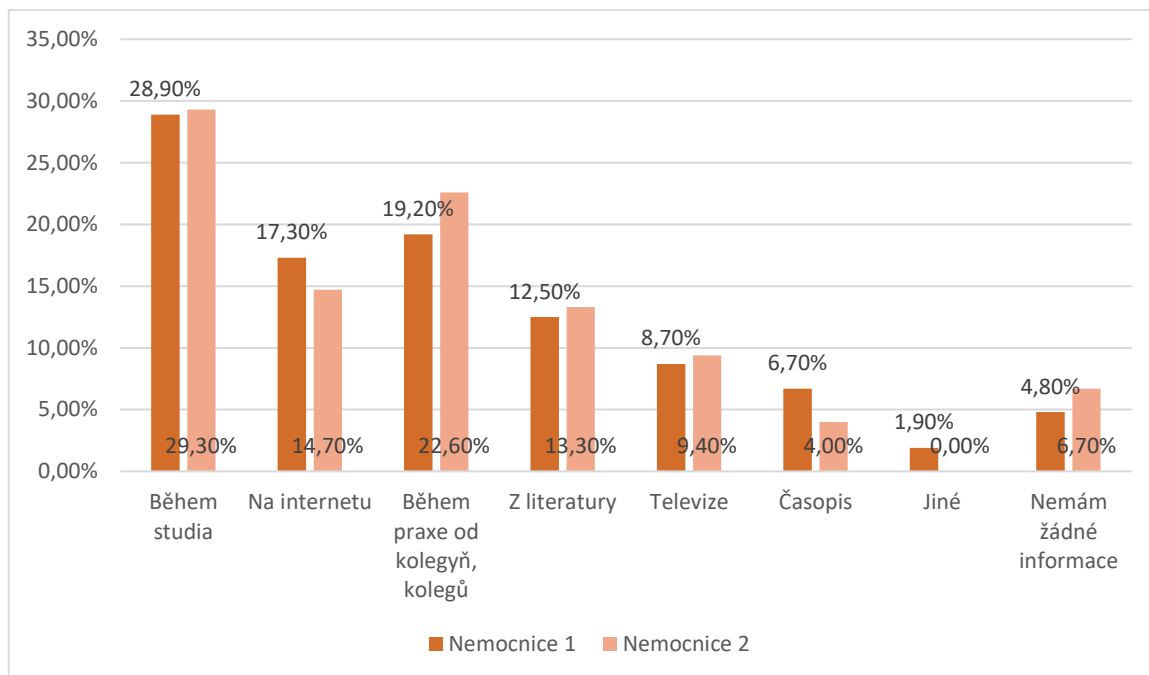
Shrnutí: Pokud chceme shrnout výsledky k dílčímu cíli č. 3. Lze konstatovat, že cíl byl částečně splněn. Jelikož jsme zjistili, že kolem 55 % respondentů z Nemocnice 1 spíše neznalo specifika dané kultury při péči o pacienta a kolem 50 % respondentů z Nemocnice 2 spíše znalo specifika dané kultury při péči o pacienta.

Dílčí cíl č. 4 Zjistit, jak jsou sestry na péči o pacienty odlišné kultury připravovány.

U dílčího cíle č. 4 byly vyhodnocovány dotazníkové otázky č. 1, 2, 12, 13, 14 a 15.

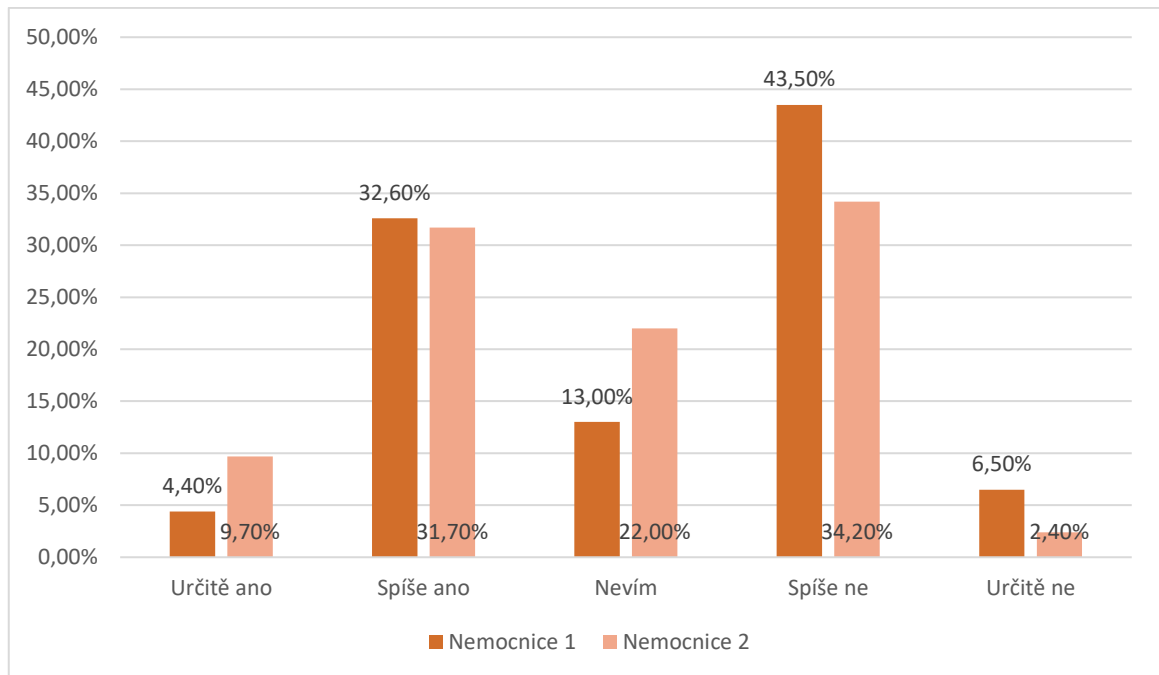
**Graf 18 Máte informace o problematice v péči o pacienty odlišné kultury?**

Komentář: Graf 18 vyjadřuje, že z celkového počtu 87 respondentů bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %). Nejvíce respondentů označilo odpověď ano, mám informace, ale je jich jen málo. Tuto odpověď vybralo 29 respondentů (63,00 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 vybralo tuto odpověď 30 respondentů (73,20). Druhé dvě odpovědi byly poměrně vyvážené.



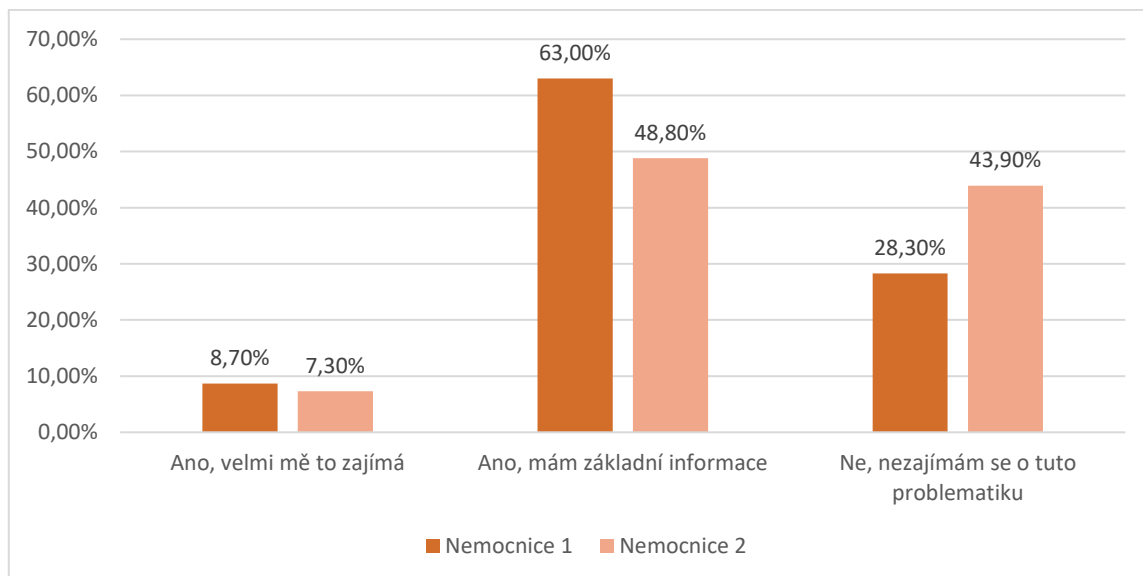
Graf 19 Kde jste informace získal/a?

Komentář: Graf 19 představuje odpovědi na otázku, kde respondenti tyto informace získali. Otázka byla otevřená, celkový počet odpovědí byl 179, z Nemocnice 1 bylo 104 odpovědí (tj. 100,00 %), z Nemocnice 2 bylo 75 odpovědí (tj. 100,00). Nejčastěji respondenti informace o problematice získali během studia nebo během praxe od kolegyň/kolegů. Nejméně odpovědí jsme zaznamenali u časopisu a televize. Dvě odpovědi jsme zaznamenali u varianty jiné, kdy respondenti uvedli, že informace o problematice získali v kurzu.



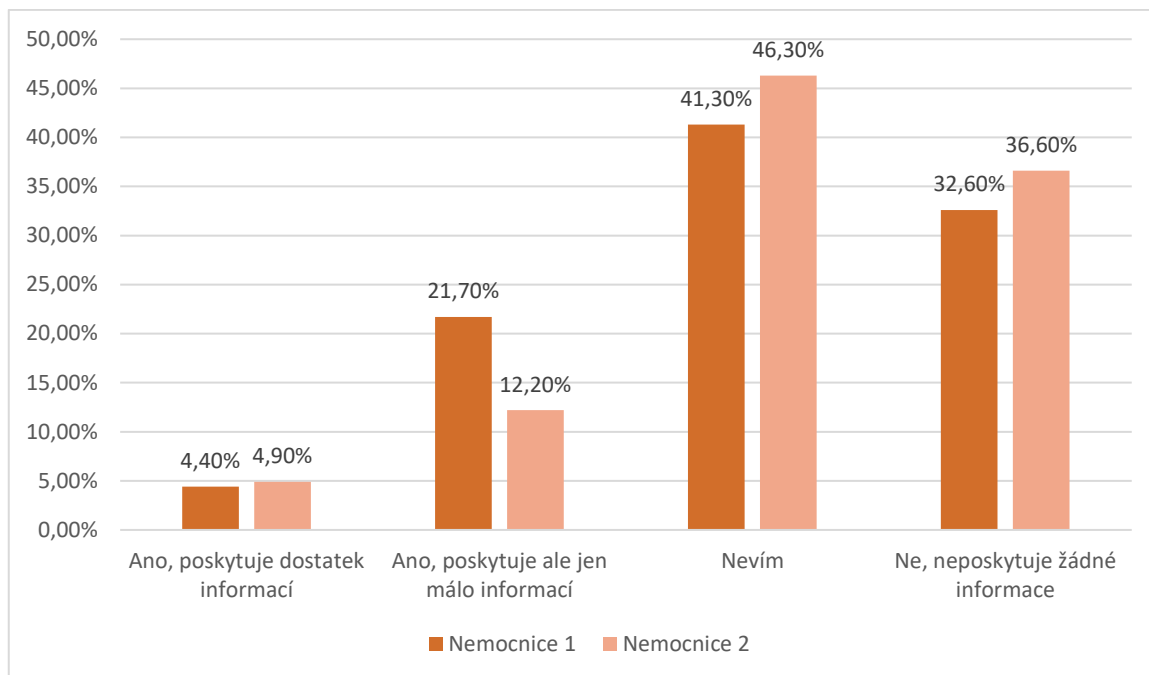
Graf 20 Cítíte se na péči o pacienty odlišné kultury připravený/á?

Komentář: Graf 20 vyjadřuje, že většina respondentů se spíše na péči o pacienty odlišné kultury necítí, tuto odpověď označilo 20 respondentů (43,50 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 tuto odpověď označilo 14 respondentů (34,20 %). Naopak 15 respondentů z Nemocnice 1 (32,60 %) a 13 respondentů (31,70 %) z Nemocnice 2 se na péči o pacienty odlišné kultury spíše cítí.



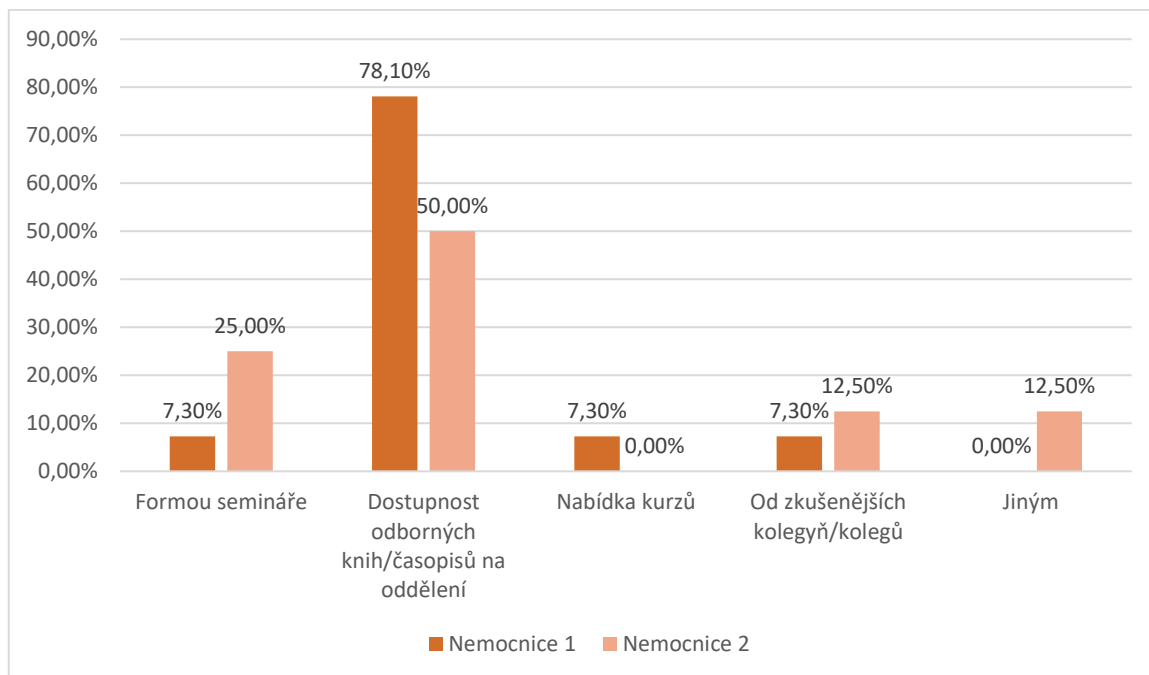
Graf 21 Máte zájem o problematiku péče o pacienty jiných kultur?

Komentář: Z Grafu 21 vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, kdy 29 respondentů uvedlo, že má základní informace o problematice, 13 respondentů uvedlo, že je tato problematika nezajímavá a čtyři respondenti uvedli, že je problematika péče o pacienty odlišné kultury velmi zajímavá. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), kdy 20 respondentů uvedlo, že má základní informace o problematice, 18 respondentů uvedlo, že se o problematiku nezajímá a tři respondenti uvedli, že je problematika péče o pacienty odlišné kultury velmi zajímavá.



Graf 22 Poskytuje Vám nemocnice vzdělávání/informace v oblasti péče o pacienty odlišných kultur?

Komentář: Graf 22 prezentuje získané odpovědi na otázku, jestli nemocnice poskytuje respondentům vzdělávání/informace v oblasti péče o pacienty odlišné kultury. Z celkového počtu 87 respondentů z Nemocnice 1 bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %), 19 respondentů uvedlo, že neví, jestli jim nemocnice poskytuje vzdělávání/informace v oblasti péče o pacienty odlišné kultury, 15 respondentů zvolilo odpověď, že nemocnice neposkytuje žádné informace, 10 respondentů uvedlo, že nemocnice jim poskytuje informace, ale je jich jen málo a dva respondenti, zvolili odpověď, že nemocnice poskytuje dostatek informací v oblasti péče o pacienty odlišné kultury. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), kdy 19 respondentů uvedlo, že neví, jestli jim nemocnice poskytuje vzdělávání/informace v oblasti péče o pacienty odlišné kultury, 15 respondentů zvolilo odpověď, že nemocnice neposkytuje žádné informace, pět respondentů uvedlo, že nemocnice jim poskytuje informace, ale je jich jen málo a dva respondenti zvolili odpověď, že nemocnice poskytuje dostatek informací v oblasti péče o pacienty odlišné kultury.



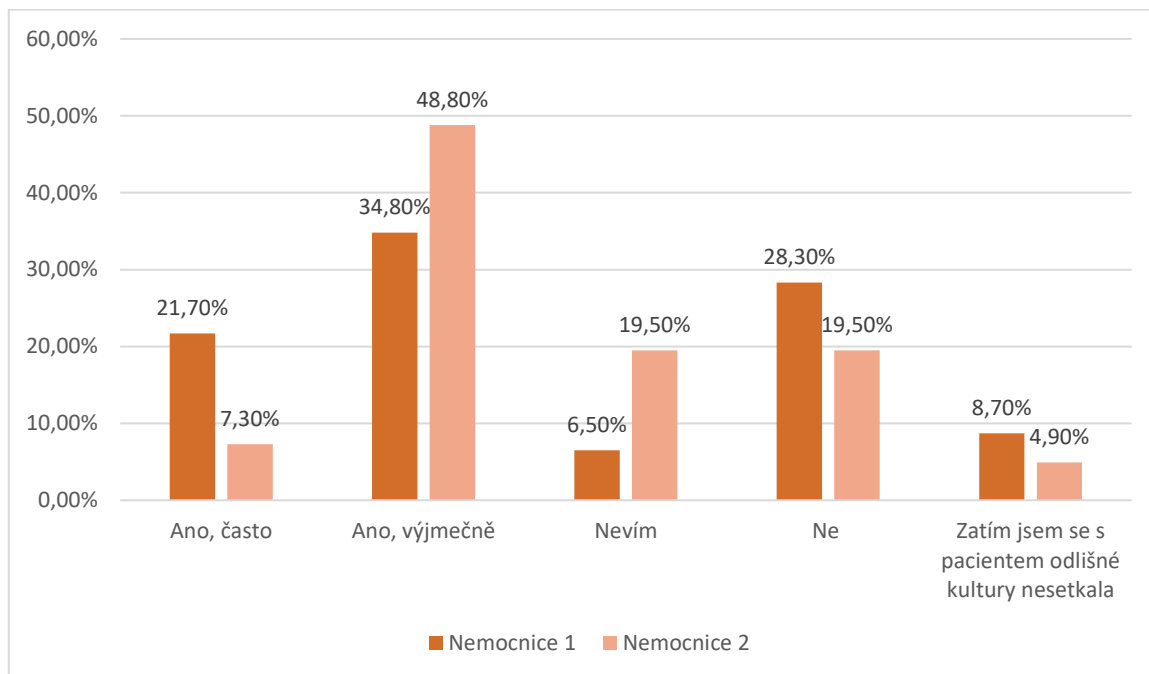
Graf 23 Jakým způsobem jsou Vám tyto informace předávány?

Komentář: Na otázku respondenti odpovídali jen v případě, že na předchozí otázku odpověděli ano, jinak pokračovali následující otázkou. Graf 23 vyjadřuje, že z celkového počtu 22 respondentů bylo 14 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1 a osm respondentů (100,00 %) z Nemocnice 2. Nejvíce odpovědí jsme zaznamenali u dostupnosti odborných knih/časopisů na oddělení, tuto odpověď vybralo 11 respondentů (78,10 %) z Nemocnice 1 a z Nemocnice 2 tuto odpověď vybrali čtyři respondenti (50,00 %). Nejméně respondentů zvolilo nabídku kurzů. U otázky byla možnost zvolit variantu jiné, kde respondenti uvedli sbírku vnitřních předpisů

Shrnutí: Dílčí cíl č. 4 byl splněn, zjistili jsme totiž, že kolem 70 % respondentů z obou nemocnic informace o problematice má, ale je jich jen málo. A tyto informace nejčastěji získali během studia, kolem 30 % v každé nemocnici a během praxe od kolegyň/kolegů, kolem 20 % v každé nemocnici.

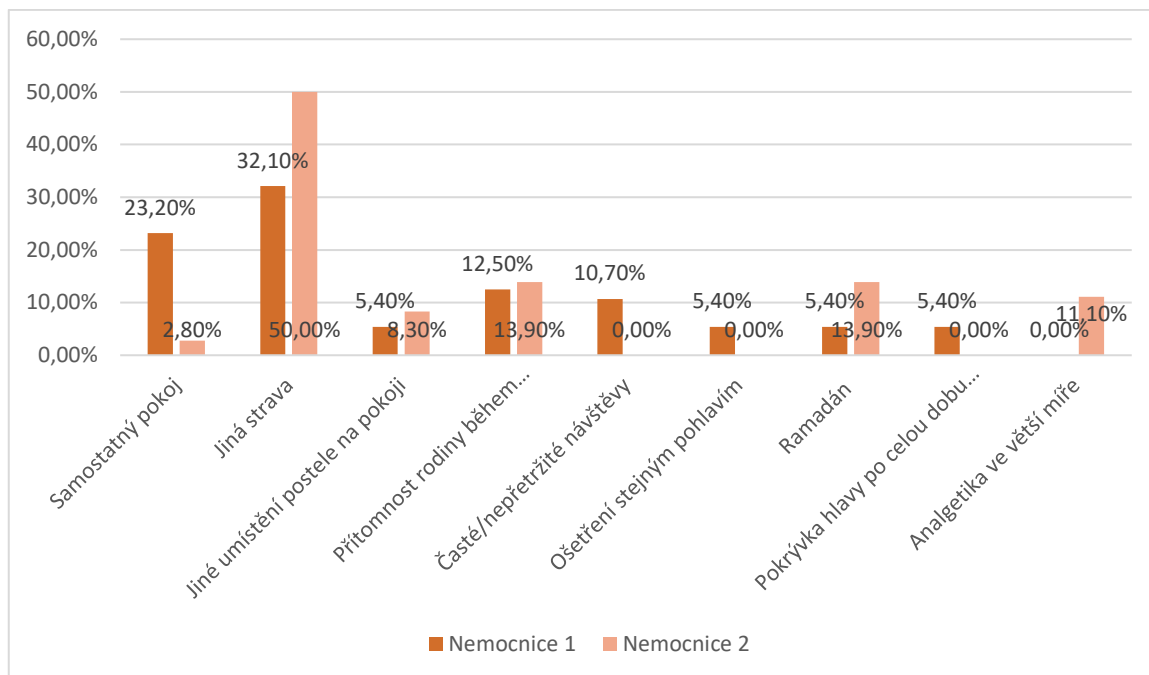
Dílčí cíl č. 5 Zjistit, jaké nejčastější specifické požadavky na péči si pacienti odlišné kultury během hospitalizace kladou.

U dílčího cíle č. 5 byly vyhodnocovány dotazníkové otázky č. 16, 17, a 18.



Graf 24 Mají pacienti odlišné kultury na Vás nějaké speciální požadavky během hospitalizace?

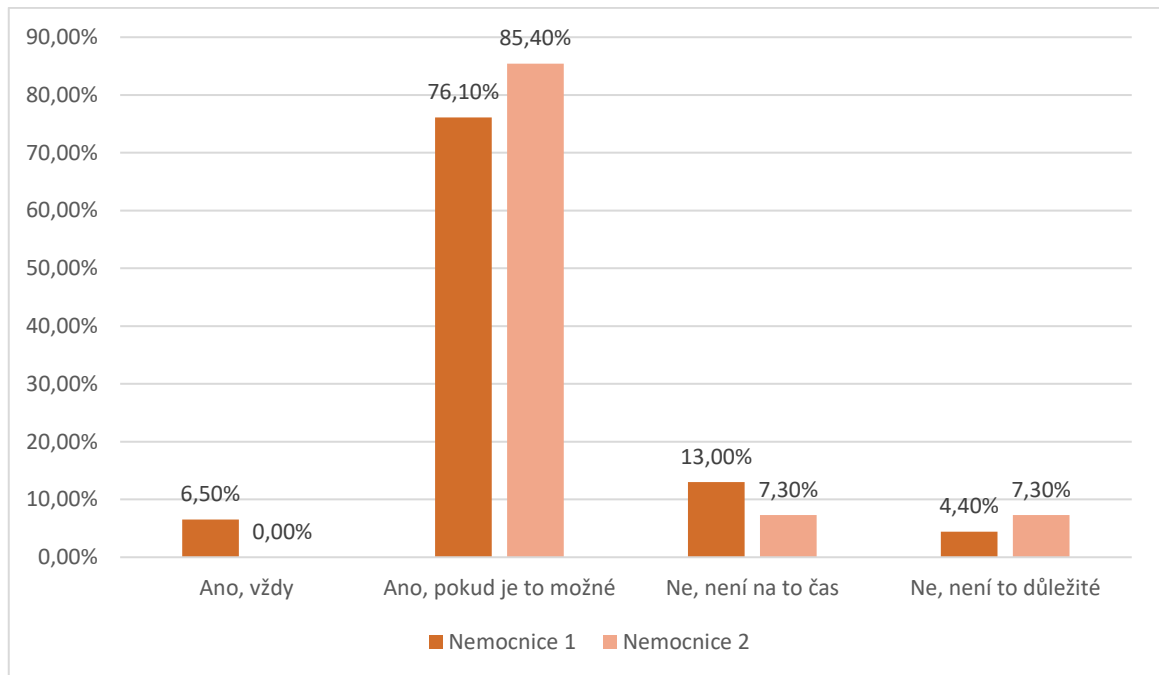
Komentář: Z Grafu 24 vyplývá, že z celkového počtu 87 respondentů bylo 46 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 1, kdy 16 respondentů uvedlo, že na ně pacienti odlišné kultury mají jen výjimečně speciální požadavky, 13 respondentů uvedlo, že pacienti na ně nemají speciální požadavky, 10 respondentů uvedlo, že pacienti na ně mají často speciální požadavky, čtyři respondenti se zatím s pacientem odlišné kultury nesetkali a tři respondenti neví, jestli na něho pacienti mají nějaké speciální požadavky. Z Nemocnice 2 bylo 41 respondentů (tj. 100,00 %), 20 respondentů uvedlo, že na ně pacienti odlišné kultury mají jen výjimečně speciální požadavky, osm respondentů uvedlo, že neví, jestli na ně mají pacienti nějaké speciální požadavky a také osm respondentů uvedlo, že na ně nemají žádné speciální požadavky, tři respondenti uvedli, že na ně pacienti mají často speciální požadavky a dva respondenti se s pacientem odlišné kultury zatím nesetkali.



Graf 25 Pokud jste odpověděl/a Ano vypište, jaké požadavky to jsou:

Komentář: Na otázku respondenti odpovídali jen v případě, že na předchozí otázku odpověděli ano, jinak pokračovali následující otázkou. Otázka, byla otevřená, respondenti měli uvést, jaké požadavky to jsou. Celkem bylo 92 odpovědí, odpovědi byly analyzovány a z nich vytvořeny tyto kategorie: 1. kategorie samostatný pokoj, 2. kategorie jiná strava, 3. kategorie jiné umístění postele na pokoji, 4. kategorie přítomnost rodiny během ošetřování/hospitalizace, 5. kategorie časté/nepřetržité návštěvy, 6. kategorie ošetření stejným pohlavím, 7. kategorie ramadán, 8. kategorie pokrývka hlavy po celou dobu hospitalizace a 9. kategorie analgetika ve větší míře.

Za nejčastější specifický požadavek respondenti označili jinou stravu. Tuto odpověď zvolilo 18 respondentů (32,10 %) v Nemocnici 1 a 18 respondentů (50,00) v Nemocnici 2. Nejméně častý požadavek na respondenty z Nemocnice 1 je jiné umístění postele na pokoji, ošetření stejným pohlavím, ramadán a pokrývka hlavy po celou dobu hospitalizace. Z Nemocnice 2 to je samostatný pokoj.



Graf 26 Vycházíte pacientům odlišné kultury vstříc v jejich požadavcích?

Komentář: Graf 26 prezentuje, že z celkového počtu 87 respondentů, bylo 46 respondentů (100,00 %) z Nemocnice 1 a 41 respondentů (tj. 100,00 %) z Nemocnice 2. Nejvíce respondentů z obou nemocnic označilo odpověď ano, že vycházejí pacientům odlišné kultury vstříc, pokud je to možné. Další tři odpovědi byly celkem vyvážené.

Shrnutí: Pokud můžeme shrnout výsledky k dílčímu cíli č. 5. Lze konstatovat, že cíl byl splněn. Zjistili jsme, že pacienti odlišné kultury mají na respondenty jen výjimečně specifické požadavky, a to v 40 % v každé nemocnici. Nejčastější specifický požadavek se ukazuje jako jiná strava, v Nemocnici 1 je to kolem 30 % a v Nemocnici 2 je to kolem 50 %.

7 DISKUSE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na zkušenost sester s ošetřováním pacientů odlišné kultury, na jejich připravenost na péči, jejich komunikaci s pacienty a znalost specifík těchto pacientů. Předmětem práce bylo zjistit, zdali a jak se liší péče o pacienty odlišné kultury během hospitalizace.

Podobných prací v ČR bylo zpracováno poměrně velké množství, např. *Role sestry při poskytování péče pacientům-cizincům*, *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče*, *Sestra a péče o pacienty jiné kultury*, *Multikulturní ošetrovatelství pohledem všeobecné sestry*, *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur* a další.

Podobné cíle s touto prací stanovila autorka Zemanová na Masarykově univerzitě v diplomové práci *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče*. Náš cíl č. 1 (Identifikovat zkušenosti sester s ošetřováním pacientů odlišné kultury) koresponduje s cílem č. 1 (Ověřit rozdíly ve zkušenostech sester při poskytování kulturně odlišné péče s ohledem na typ pracoviště), který má Zemanová ve své práci. Zemanová dospěla k výsledkům, že zkušenost s ošetřováním pacientů odlišné kultury během své praxe mělo 107 (93,9 %) respondentů z celkového počtu 114 (100 %) respondentů k podobným výsledkům jsme došli i my, kdy kolem 70 % respondentů z obou nemocnic uvedlo, že mají zkušenost s ošetřováním pacienta odlišné kultury (Zemanová, 2016, s. 83).

Tóthová a kol. (2010, s. 14) uvádějí, že zdravotníci mohou v dnešní době přijít do styku s lidmi z rozmanitých kultur. To potvrdili i naši respondenti, kteří uvedli poměrně velký počet národností, se kterými přišli během péče do styku nejčastěji. Nejčastěji se v Nemocnici 1 respondenti setkávají s romskou (20,80 %), slovenskou (17,50 %), vietnamskou (16,40 %) a ukrajinskou (13,60 %) kulturou. V Nemocnici 2 to bylo obdobně, kdy respondenti uvedli jako nejčastější kultury vietnamskou (19,60 %), romskou a slovenskou (18,50 %) a ukrajinskou (16,30 %). Toto zjištění je logické, jelikož koresponduje s daty Českého statistického úřadu z roku 2018 o nejvyšším zastoupení jednotlivých národností žijících na území ČR. Mezi nejčastější kultury patří Slováci, Ukrajinci, Němci, Rusové, Rumuni, Poláci, Bulhaři a Vietnamci (Český statistický úřad, 2018).

Kousalová na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích v diplomové práci *Role sestry při poskytování péče pacientům – cizincům*, která měla celkový počet respondentů 226, a Hradová na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě v bakalářské práci *Multikulturní*

ošetřovatelství pohledem všeobecné sestry, která měla celkový počet respondentů 321, si stanovily podobné cíle našim cílům. Tyto autorky uvádějí, že největším problémem při poskytování ošetřovatelské péče pacientům odlišné kultury je jazyková bariéra, která vyšla i v naší práci, jako největší problém. I přesto jsme zaznamenali jako nejčastější způsob komunikace slovní komunikaci (Nemocnice 1 – 34,20 % a Nemocnice 2 – 26,30 %) a jako druhý nejčastější způsob komunikace prostřednictvím gest (Nemocnice 1 – 18,10 % a Nemocnice 2 – 30,40 %), ke stejným výsledkům ve své práci dospěla i Kousalová (Hradová, 2019, s. 40; Kousalová, 2011, s. 92).

Na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně si Vaculíková ve své bakalářské práci stanovila podobné cíle s touto prací. V bakalářské práci *Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetřovatelství* měla celkový počet respondentů 50 se středoškolským vzděláním a 50 respondentů s vysokoškolským vzděláním. Náš cíl č. 3 (Zjistit u sester znalost specifik péče o pacienty odlišné kultury) koresponduje s cílem č. 2 (Zjistit rozsah znalostí všeobecných sester o multikulturních odlišnostech u příslušníků jednotlivých etnických a náboženských skupin), který má ve své práci. Vaculíková porovnávala znalost specifik péče o odlišné kultury u sester se středoškolským vzděláním a u sester s vysokoškolským vzděláním. U všech otázek týkajících se tohoto tématu převažuje v jejím případě správnost odpovědí od sester s vysokoškolským vzděláním, tedy že respondenti znali specifika péče o pacienty odlišné kultury a od sester se středoškolským vzděláním je patrný výskyt nejasností a neznalostí v této problematice. V naší práci jsme dospěli k podobným výsledkům, znalost specifik jsme zaznamenali v Nemocnici 1 s počtem 54,30 %, jen v Nemocnici 2 máme odchylku, kdy respondenti uvedli, že spíše neznali specifika péče o pacienta odlišné kultury, s počtem 51,30 %. I když z obou nemocnic vyšlo nejvyšší zastoupení sester se středoškolským vzděláním (Vaculíková, 2010, s. 77).

I když práce, se kterými jsme srovnávali naše výsledky, jsou staršího data, jeví se výsledky hodně podobně

7.1 Doporučení pro praxi

Z výsledků našeho šetření vyplývá, že péče o pacienty odlišných kultur se liší v mnoha ohledech. Ať už je to komunikace, zvyklosti pacientů odlišné kultury nebo požadavky na sestry, mezi které nejčastěji patří jiná strava, samostatný pokoj nebo přítomnost rodiny během ošetřování/hospitalizace. Zjistili jsme, že pokud je to možné, sestry se sice snaží

pacientům vyjít vstříc, ale nemají k tomu dostatek informací. Proto si dovoluujeme zformulovat desatero doporučení pro praxi:

1. Zařadit problematiku multikulturního ošetrovatelství do učebních osnov na středních a vysokých školách, ve větší hodinové dotaci nebo jako samostatný předmět.
2. Motivovat studenty k absolvování stáží v zahraničí (Erasmus, Sokrates...), aby tak získávali kulturní kompetence již v profesní přípravě.
3. Umožnit v nemocnicích výměnné stáže zahraničních studentů (sester, lékařů...), případně navázat spolupráci s nemocnicemi v zahraničí za účelem výměnných pracovních stáží zaměstnanců.
4. Motivovat sestry a ostatní zdravotníky k získání kulturních kompetencí, např. studiem odborné literatury, studiem cizích jazyků, stáží v zahraničí, účastí na konferencích v zahraničích apod.
5. V rámci celoživotního vzdělávání nabízet sestřám z praxe kurzy a workshopy zaměřené na specifika ošetrování těchto pacientů.
6. Pořádat pro sestry (a jiný zdravotnický personál) kurzy nebo výuky cizích jazyků s finanční podporou nemocnice nebo zdarma.
7. Zajistit pro nemocnici smlouvu s tlumočnický, které mohou zdravotníci v případě potřeby využívat (kontakty k dispozici na odděleních).
8. Pokud se na oddělení často vyskytují pacienti konkrétní kultury, doporučujeme pořídit slovník jazyka, kterým pacienti hovoří.
9. Zamyslet se nad využitím komunikačních karet, které jsou k dispozici na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR a popřípadě je upravit pro potřeby oddělení nebo vytvořit nové.
10. Doporučujeme zprostředkovat předávání zkušeností s péčí o pacienty odlišných kultur v rámci týmu, ale také prostřednictvím přednášek zdravotníků se zkušenostmi při práci na zahraničních misích.

ZÁVĚR

Česká kultura a kultura ostatních menšin je v podstatě stejná, všichni toužíme být zdraví, trávit čas s rodinou, mít dobré zaměstnání a vzdělání. Ale pokud přece jenom onemocníme, všichni máme jen jednu touhu, a tou je uzdravit se. Jak už víme, není možné se zaměřit pouze na tělesnou stránku pacienta, ale je potřeba jej vnímat se všemi biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami. Pro zdravotnický personál je důležité znát specifika pacientů odlišné kultury. Proto je nezbytné se v těchto ohledech vzdělávat. Základy multikulturního ošetřovatelství by měly být zařazeny do výuky středoškoláků a vysokoškoláků a taktéž by měly být součástí seminářů zdravotnických pracovníků.

Práce byla zaměřena na péči o pacienty odlišné kultury během hospitalizace. V teoretické části jsme se zaměřili na problematiku multikulturního a transkulturního ošetřovatelství, na modely vztahující se k multikulturnímu ošetřovatelství, na specifika vybraných menšin a na role sestry během ošetřování pacienta odlišné kultury.

Cílem práce bylo zjistit, zdali a jak se liší péče o pacienty odlišné kultury během hospitalizace, se kterými kulturami se sestry při své práci setkávají nejčastěji, jak probíhá komunikace s pacientem odlišné kultury, identifikovat zkušenost s ošetřováním pacientů odlišné kultury, zjistit, jaké nejčastější specifické požadavky na péči si pacienti odlišné kultury kladou a zjistit, jak jsou sestry na péči o pacienty odlišné kultury připraveny. Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní metoda, technika výzkumného šetření, které probíhalo ve dvou přibližně stejně velkých nemocnicích na interním, traumatologickém, ortopedickém, neurologickém a urologickém oddělení.

Dozvěděli jsme se, že sestry mají pouze několik zkušeností s ošetřováním pacienta odlišné kultury a nejčastěji se setkávají s romskými a vietnamskými pacienty. Jako největší problém v ošetřování pacientů odlišné kultury sestry vidí jazykovou bariéru. Přesto se sestry snaží s pacienty domluvit slovně nebo pomocí gest. Výjimečně pacienti odlišné kultury na sestry kladou specifické požadavky, mezi které nejčastější patří jiná strava. Ale největším úskalím stále je nezájem sester o problematiku nebo málo informací o problematice.

Cíle práce byly splněny. Problematika multikulturního ošetřovatelství je velmi široká a určitě bude předmětem dalších výzkumů. Bylo by zajímavé např. zjistit, jak se cítí cizinci v českých nemocnicích nebo jak vnímají jejich přítomnost ostatní pacienti.

Jsme si vědomi limitů naší práce, a to především v počtu respondentů, ale domníváme se, že může obsahovat informace, které využijí studenti zdravotnických oborů během studia nebo sestry jako inspiraci při péči o pacienty odlišných kultur.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDREWS, Margaret a Joyceen, BOYLES, 1999. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Philadelphia: William & Wilkins. 542 s. ISBN 0-7817-1038-3.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.

BAHBOUH, Chariv a HÁJEK, Marcel, 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5631-8.

BARTŮNĚK, Petr a Radek, PTÁČEK, a kol. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5474-0.

BIZOŇOVÁ, Jana, 2011. „Mladý“ model J. C. Bacote. *Florence*. Praha: Ambit Media. č. 7–8, s. 5–6, ISSN 1801-464X.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Tab. *Cizinci v ČR podle státního občanství v letech 1994–2018* [online] 31. 12. 2018 [cit. 11. 3. 2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr.

DENNY, Frederic, 1998. *Islám a muslimská obec*. Praha: Prostor. 194 s. ISBN 80-85190-96-6.

DE VITO, Joseph, 2001 *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. 420 s. ISBN 80-7169-9888.

DOBEŠOVÁ, Pavla, *Multikulturní ošetrovatelství*. In: *Ucebna.net* [online]. 1. 7. 2010 [cit. 11. 3. 2020]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=393>

ERIKSEN, Thomas Hylland, 2008. *Sociální a kulturní antropologie: Příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál. 559 s. ISBN 978-80-7367-465-6.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2005. *Ošetrovatelstvo: teória*. Martin: Osveta. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.

GEIST, Bohumil, 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.

HELUS, Zdeněk, 2018. *Úvod do psychologie*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3.

- HRADOVÁ, Gabriela, 2019. *Multikulturní ošetrovatelství pohledem všeobecné sestry*. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. 55 s. Vedoucí práce Mgr. Petra Vršecká
- IVANOVÁ, Kateřina a kol., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KELNAROVÁ, Jarmila a kol., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: 1. ročník*. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její obraz ve zdravotnické praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 163 s. ISBN 978-80-7248-005-0.
- KOUSALOVÁ, Renata, 2011. *Role sestry při poskytování péče pacientů-cizincům*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 153 s. Vedoucí práce Mgr. Dita NOVÁKOVÁ, Ph.D.
- KRAUS, Blahoslav, 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-262-0643-9.
- KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 156 s. ISBN 978-80-7454-764-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2006. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen. roč. 8, č. 2, 96–98 s. ISSN 1212-7299.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-6654-6.
- LEININGER, Madeleine a Marilyn McFARLAND, M. R., 2002. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Researches & Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division. 648 s. ISBN 0-07-135397-6.
- LIDICKÁ, Lucie a kol., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

LÍŠKOVÁ, Miroslava a Iveta NÁDASKÁ, 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLÁČEK a Oldřich KRÍŽ, 2016. *Základy statistiky*. 2. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-5786-5.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatel'ství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.

OLIŠAROVÁ, Věra a Valérie TÓTHOVÁ (eds.), 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatel'ství*. Praha: Lidové noviny. 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatel'ství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PETRUSEK, Miroslav a Alena VODÁKOVÁ, 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatel'ství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. *Ošetrovatel'ství I*. 2. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2019. *Ošetrovatel'ství II*. 2. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

PRŮCHA, Jan, 2001. *Multikulturní výchova: teorie praxe – výzkumu*. Praha: Institut sociálních věcí. 211 s. ISBN 80-85866-72-2.

SOKOL, Jan, 2007. *Malá filozofie člověka: a Slovník filozofických pojmů*. 5. Praha: Vyšehrad. 411 s. ISBN 978-80-7021-884-6.

ŠÍŠKOVÁ, Tatjana a kol., 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál. 188 s. ISBN 80-71-78-648-9.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol., 2006. *Multikulturní ošetrovatel'ství II*. Praha: Grada. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol., 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultu*. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého.

302 s. on-line. Dostupné z: http://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 196 s. ISBN 978-80-7378-414-8.

TÝLEOVÁ, Tereza, 2016. *Porovnávání interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu ČR a německy mluvících oblastech*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 155 s. Vedoucí práce Mgr. Vlastimila PTÁČNÍKOVÁ, Ph.D.

VACULÍKOVÁ, Lenka, 2010. *Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetrovatelství*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 111 s. Vedoucí práce doc. Mgr. Martina CICHÁ, Ph.D.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, 2017. In: *Zákony pro lidi*. 14. 12. 2017. ISSN 1805-2797.

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. In: *Zákony pro lidi*. 2. 8. 2001. ISSN 1805-2797.

ZEMANOVÁ, Kamila, 2016. *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. 127 s. Vedoucí práce Mgr. Magdaléna LAVIČKOVÁ.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
č.	Číslo
ČR	Česká republika
EBP	Evidence – Based Practice
Kol.	Kolektiv
Např.	Například
s.	Strana
Sb.	Sbírka
Tj.	To je

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 <i>Model rozvíjení kulturní způsobilosti J. C. Bacote</i>	24
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví	44
Tabulka 2 Věk.....	44
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	45
Tabulka 4 Délka praxe respondentů	45
Tabulka 5 Oddělení, na kterém respondenti pracují	46
Tabulka 6 Jazyk, kterým jsou respondenti schopni se domluvit	46
Tabulka 7 Se kterou kulturou jste se při ošetrovatelské péči setkal/a?.....	49
Tabulka 8 Pokud jste se setkal/a s pacienty odlišné kultury, jak jste se s nimi dorozumíval/a během hospitalizace?	54
Tabulka 9 Použití pravé a levé ruky u muslimů	58
Tabulka 10 Jaké jsou nejčastější specifické požadavky romských pacientů při poskytování ošetrovatelské péče?	60

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Máte zkušenost s ošetřováním pacientů odlišné kultury?	47
Graf 2 Jak často se setkáváte s pacienty odlišných kultur?	48
Graf 3 Myslíte si, že by sestry měly přizpůsobovat péči pacientům odlišné kultury?	49
Graf 4 Jaký je podle Vás největší problém v ošetřování pacientů odlišné kultury?	50
Graf 5 Pokud jste se setkala s pacientem odlišné kultury uplatnil/a jste své znalosti cizího jazyka?	51
Graf 6 Máte na oddělení k dispozici slovník? Pokud ano, jaký?	52
Graf 7 Setkala jste se během své praxe s komunikačními kartami?	53
Graf 8 Víte o existenci komunikačních karet v cizích jazycích na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR?	54
Graf 9 Pokud jste se setkal/a s pacientem odlišné kultury, znal/a jste specifika dané kultury?	56
Graf 10 Mají lidé muslimské kultury omezení při příjmu potravy, tekutin nebo léčiv?	57
Graf 11 Hraje v poskytování ošetřovatelské péče muslimům roli použití pravé nebo levé ruky?	58
Graf 12 Jaké jsou podle Vás další specifické požadavky muslimů při poskytování zdravotní/ošetřovatelské péče?	59
Graf 13 Při komunikaci s Romy se především doporučuje?	61
Graf 14 Jaké nápoje preferuje vietnamský pacient?	62
Graf 15 Jak vnímá vietnamský pacient, pokud si při rozhovoru s ním dáte ruce v bok nebo je překřížíte na prsou?	63
Graf 16 Vypište specifika výživy lidí vietnamské kultury	64
Graf 17 Pokud máte zkušenost s poskytováním péče pacientům jiných než výše uvedených kultur, uveďte jakých a vypište jejich specifické požadavky	65
Graf 18 Máte informace o problematice v péči o pacienty odlišné kultury?	66
Graf 19 Kde jste informace získal/a?	67
Graf 20 Cítíte se na péči o pacienty odlišné kultury připravený/á?	68

Graf 21 Máte zájem o problematiku péče o pacienty jiných kultur?.....	69
Graf 22 Poskytuje Vám nemocnice vzdělávání/informace v oblasti péče o pacienty odlišných kultur?.....	70
Graf 23 Jakým způsobem jsou Vám tyto informace předávány?	71
Graf 24 Mají pacienti odlišné kultury na Vás nějaké speciální požadavky během hospitalizace?.....	72
Graf 25 Pokud jste odpověděl/a Ano vypište, jaké požadavky to jsou:	73
Graf 26 Vycházíte pacientům odlišné kultury vstříc v jejich požadavcích?.....	74

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Kulturní cibule

Příloha P II: Fáze kulturního šoku

Příloha P III: Symptomy kulturního šoku

Příloha P IV: Srovnávání tradiční a profesionální péče podle M. Leiningerové

Příloha P V: Model vycházejícího slunce podle Madeleine Leiningerové

Příloha P VI: Gigerová- Davidhizarová transkulturní model ošetrovatelského posuzování

Příloha VII: Role komunitní sestry v podpoře zdraví kulturně odlišných skupin

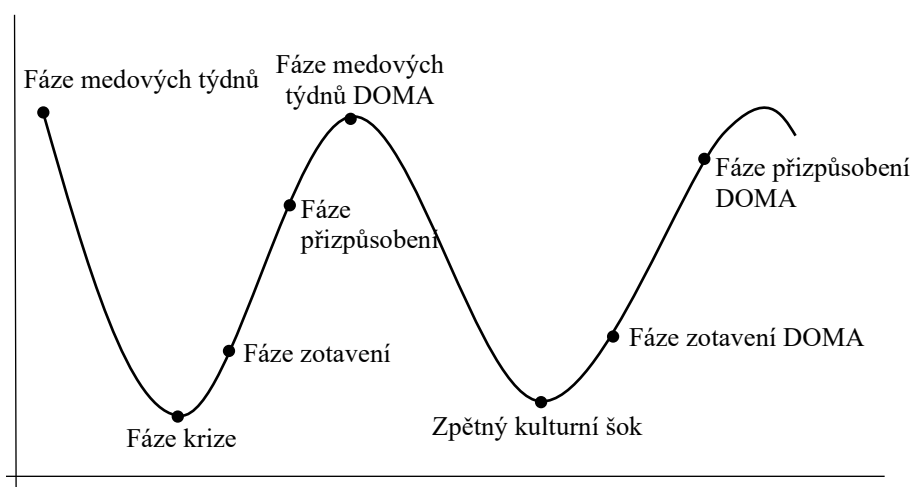
Příloha VIII: Kompetence všeobecné sestry

Příloha IX: Dotazník

PŘÍLOHA P I: KULTURNÍ CIBULE



Zdroj: Nováková, 2008, s.17

PŘÍLOHA P II: FÁZE KULTURNÍHO ŠOKU

Zdroj: Vlastní zpracování (podle Kutnohorská, 2013, s. 75)

PŘÍLOHA P III: SYMPTOMY KULTURNÍHO ŠOKU

Carmen Guanipa uvádí tyto symptomy:

- smutek a melancholie;
- pocity osamělosti a izolace;
- pocity odlišnosti od ostatních;
- rozmanité fyzické obtíže: bolesti hlavy, nevolnost, nechutenství, alergie;
- nespavost, potíže s usínáním nebo naopak nadměrný spánek a únava;
- změny temperamentu;
- pocity zranitelnosti a bezmocnosti;
- deprese;
- zlost, podrážděnost, rozmrzelost;
- neochota spolupracovat s dalšími lidmi;
- identifikace s předchozí kulturou a idealizace předchozí kultury a země původu;
- ztráta identity;
- snaha intenzivně absorbovat všechno v nové zemi a její kultuře;
- neschopnost řešit běžné problémy;
- nedostatek důvěry a odvahy;
- pocity nepřiměřenosti a nejistoty;
- rozvoj stereotypů v nové kultuře;
- touha a stesk po rodině;
- pocity být ztracen, přehlížen, vykořisťován a zneužíván.

Zdroj: Kutnohorská, 2006, s. 93–98

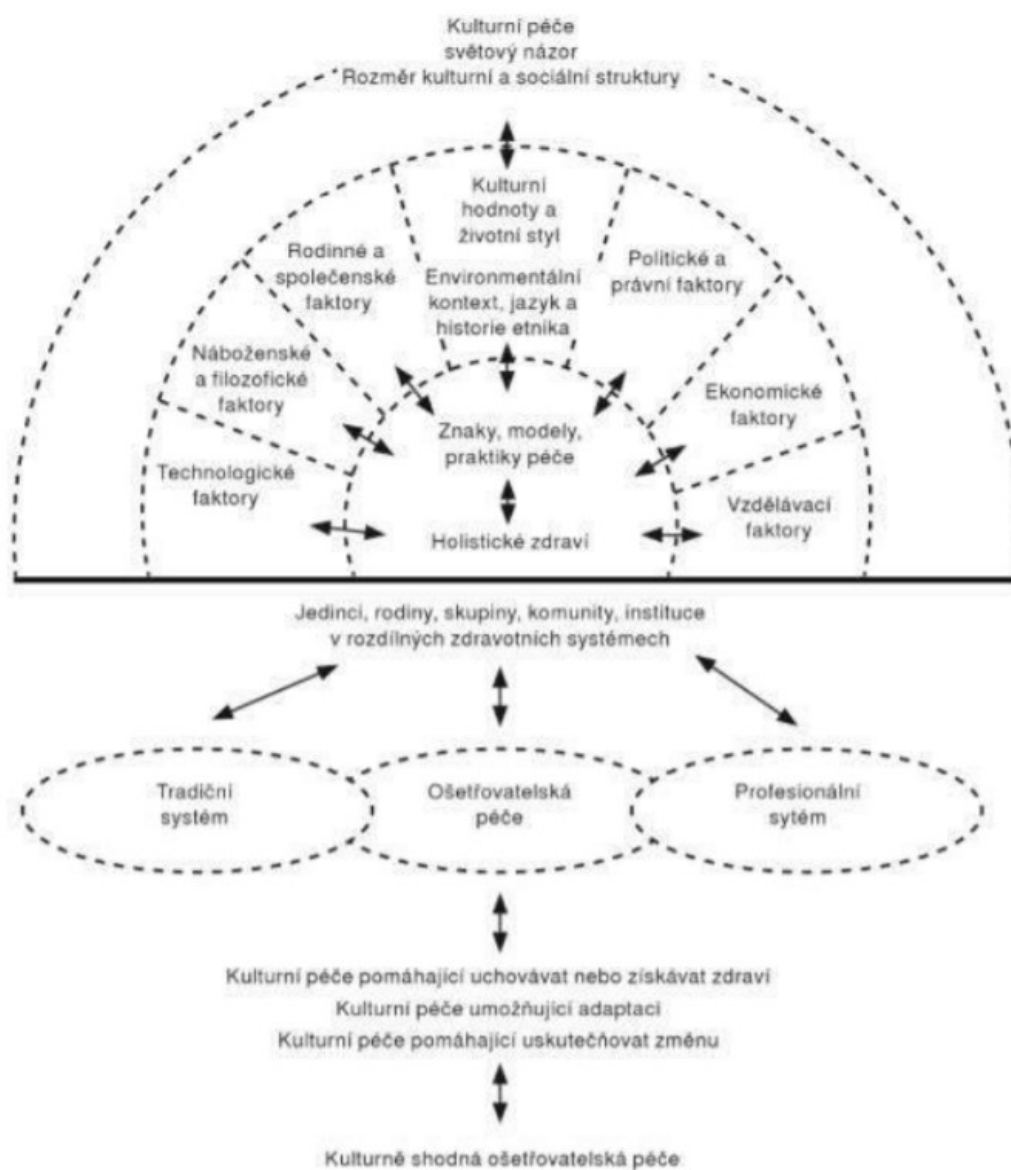
ŘÍLOHA P IV: SROVNÁVÁNÍ TRADIČNÍ A PROFESIONÁLNÍ PÉČE PODLE M. LEININGEROVÉ

Tradiční systém - lidová péče a léčba	Profesionální systém - profesionální péče a léčba
V centru stojí člověk jako celostní bytost. Je humanisticky orientovaná, užívá celostní a integrovaný přístup, který klade důraz na sociální vztahy, jazykové zázemí a životní styl.	V centru stojí nemocný člověk.
Opírá se o praktické zkušenosti kultury, životní styl, víru, hodnoty a světonázor příslušníků subkultur. Lidé používají známé praktiky a odkazy. V pořadí je péče a ošetřování.	Vědecky orientovaná, opírá se o vědecké poznatky, používá cizí termíny, přístupy, diagnostické a terapeutické výkony.
Zaměřuje se na prevenci chorob a smrti a dodržování kulturních rolí, praktik a tabu.	Zaměřuje se na nápravu tělesného a duševního stavu, poskytuje útržkovité a neintegrované služby. V popředí je léčba, diagnostika a medikace.
Při poskytování péče využívá domácí prostředí, domácí zdroje, rodinu a komunitu. Je realizovaná převážně bez použití technologie, dává přednost lidovým léčivům a osobním vztahům. Soustřeďuje se na prevenci onemocnění a postižení, podporuje běžný životní styl.	Péče se poskytuje ve zdravotnických zařízeních, nemocnicích, ne v domácím prostředí. Pacienti jsou vystaveni neznámým technikám a cizím lidem. Soustřeďuje se na terapii nemocí a postižení a na patologické jevy.
Využívá domácí léčiva a vlastní ošetřovatele, kteří jsou finančně méně nákladní. Profesionální služby využívají jen v krajním případě.	Cena za profesionální služby je značně vysoká, a proto pro některé skupiny finančně neúnosná.
Používá způsob komunikace, který je dané skupině vlastní. Využívá vysoce důvěrné komunikace.	Vyjadřuje se způsobem, který je pro danou subkulturu méně známý. Využívá odosobněné komunikace.

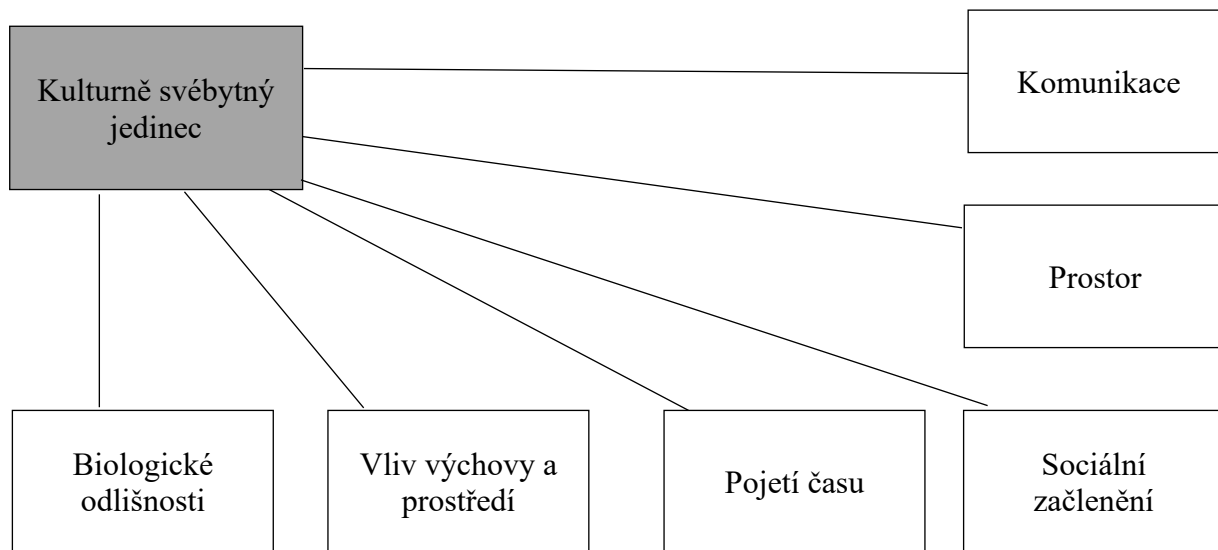
Limituje používání moderní techniky. Zakládá se na tradičních lidových léčebných a ošetrovatelských zkušenostech.	Zakládá se na vyhodnocování a úpravě bio fyzických a emočních faktorů. Používá moderní techniku, početné diagnostické testy a vědecky podložené procedury.
---	--

Zdroj: Leininger, McFarland, 2002, s. 62

PŘÍLOHA P V: MODEL VYCHÁZEJÍCÍHO SLUNCE DLE MADELAINÉ LEININGER



Zdroj: Špirudová a kol., 2006, s. 37

**PŘÍLOHA P VI: GIGEROVÁ- DAVIDHIZAROVÁ TRANSKULTURNÍ
MODEL OŠETŘOVATELSKÉHO POSUZOVÁNÍ**

Zdroj: Vlastní zpracování (dle Špirudová a kol., 2006, s. 54)

PŘÍLOHA VII: ROLE KOMUNITNÍ SESTRY V PODPOŘE ZDRAVÍ KULTURNĚ ODLIŠNÝCH SKUPIN

1. Provádět kulturní hodnocení

Při poskytování kvalitní zdravotní a ošetrovatelské péče je důležité rozpoznat kulturní odlišnosti, které mohou ovlivňovat názory a přesvědčení pacienta, jeho postoje a praktiky ve vztahu k vlastnímu zdraví. Mezi základní aspekt, který by komunitní sestra měla znát při péči o příslušníky jiných etnik, patří: etnický a rasový původ, hodnotová orientace, kulturní postihy a omezení, komunikace, přesvědčení a praktiky ve vztahu ke zdraví, výživa, socioekonomické faktory, vzdělání, náboženská příslušnost, kulturní aspekty incidence nemoci, biokulturní rozdílnosti a vývojová kritéria.

2. Provádět kulturní sebehodnocení

Komunitní sestra si před kulturním hodnocením musí uvědomit své vlastní etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky a posoudit, jak tyto názory a postoje ovlivňují její ošetrovatelskou praxi.

3. Vyhledávat informace o místních kulturách

Je důležité, aby se komunitní sestra naučila kulturní rozdílnosti skupin a aby byla seznámena s charakteristikami etnických a kulturních skupin vyskytujících se v komunitě, kde pracuje.

4. Rozpoznat politické problémy kulturně odlišných skupin

Uvědomění si politických aspektů zdravotní péče zaměřené na kulturní skupiny umožní sestře realizovat v komunitě finančně podporované priority pro zlepšení zdraví konkrétní populace.

5. Poskytovat kulturně způsobilou péči

Komunitní sestra poskytuje péči, která je vnímaná k problémům vyplývajícím, v našem případě z kultury a rasy. Provádí ošetrovatelskou péči o jedince, rodinu, skupinu metodou ošetrovatelského procesu a způsobem, který je shodný, způsobilý, relevantní a přiměřený kulturně odlišnému prostředí.

6. Rozpoznat kulturně orientované zdravotní praktiky

Komunitní sestra musí rozumět povaze a smyslu kulturně orientovaných zdravotních praktik a měla by umět rozhodnout, kdy jsou tyto praktiky pro klienta užitečné, neutrální nebo škodlivé, a měla by tolerovat jejich používání v případě, že klienta nepoškozují.

PŘÍLOHA P VIII: KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY

Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta,
- d) získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie,
- h) hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,
- i) pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře,
- j) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem ve zdravotnictví rehabilitační ošetrování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemístování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- k) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály,
- l) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- m) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,

n) poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

o) analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče

Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,

b) podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,

c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,

d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,

e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,

f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,

g) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,

h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,

i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,

j) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,

k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,

l) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Zdroj: Vyhláška č. 55/2011 Sb.

PŘÍLOHA P IX: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

dovoluji se na Vás obrátit s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Péče o člověka odlišné kultury během hospitalizace“. Jmenuji se Adéla Kopečná a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník je anonymní a údaje budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Prosim o pravdivé zodpovězení otázek.

Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce.

Každou otázku si prosím pozorně přečtete a vyberte odpověď, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru. U volných otázek prosím svou odpověď doplňte.

Děkuji za Vaši spolupráci a čas, který jste mi obětovali.

Adéla Kopečná

1. Máte informace o problematice v péči o pacienta odlišné kultury?

- Ano, mám dost informací
- Ne, nemám žádné informace
- Ano, mám informace, ale je jich málo

2. Kde jste informace získal/a? (můžete zvolit víc odpovědí)

- Během studia
- Televize
- Na internetu
- Časopis
- Během praxe od kolegyně, kolegů
- Nemám žádné informace
- Z literatury
- Jiné (doplňte)

3. Máte zkušenost s ošetřováním pacienta odlišné kultury?

- Ano, mám dostatek zkušeností
- Ano, ale jen několik zkušeností
- Ne, nemám žádné zkušenosti

4. Jak často se setkáváte s klienty odlišných kultur?

- Velmi často
- Výjimečně
- Často
- Nesetkávám se

5. Myslíte si, že by sestry měly přizpůsobovat péči pacientům odlišné kultury?

- Určitě ano
- Spíše ne
- Spíše ano
- Určitě ne
- Nevím

6. Se kterou kulturou jste se při ošetrovatelské péči setkal/a? (můžete zvolit víc odpovědí)

- německou
- ukrajinskou
- vietnamskou
- slovenskou
- francouzskou
- romskou
- Jiné (doplňte).....
- ruskou
- polskou
- muslimskou
- zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesetkala

7. Pokud jste se setkal/a s pacientem odlišné kultury uplatnil/a jste Vaše znalosti cizího jazyka?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne
- Zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesetkala

8. Máte na oddělení k dispozici slovník? Pokud ano, jaký?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Setkal/a jste se během své praxe s komunikačními kartami?

- Ano, setkal/a, používám je ve své praxi
- Ano, setkal/a, ale zatím jsem je nevyužila
- Ne, nesetkal/a, ale vím o nich
- Ne, ještě jsem o nich neslyšel/a

10. Víte o existenci komunikačních karet v cizích jazycích na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR?

- Ano, pracuji s nimi
- Ano, vím o nich, ale nepoužívám je
- Nevěděl/a jsem o tom
- Ne, ani se o to nezajímám

11. Pokud jste se setkal/a s pacientem odlišné kultury, znal/a jste specifika dané kultury?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne
- Zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesetkala

12. Cítíte se na péči o pacienta odlišné kultury připravený/á?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne

13. Máte zájem o problematiku péče o pacienta jiných kultur?

- Ano, velmi mě to zajímá
- Ano, mám základní informace

- Ne, nezajímám se o tuto problematiku

14. Poskytuje Vám nemocnice vzdělávání/ informace v oblasti péče o pacienty odlišných kultur?

- Ano, poskytuje dostatek informací
- Ano, poskytuje ale jen málo informací
- Nevím
- Ne, neposkytuje žádné informace

Pokud jste odpověděl/a **Nevím** nebo **Ne**, pokračujte otázkou č. 16

15. Jakým způsobem jsou Vám tyto informace předávány? (můžete zvolit více odpovědí)

- Formou seminářů
- Dostupnost odborných knih/ časopisů na oddělení
- Jiným (doplňte).....
- Nabídka kurzů
- Od zkušenějších kolegyň/kolegů

16. Mají pacienti odlišné kultury na Vás nějaké speciální požadavky během hospitalizace?

- Ano, často
- Ano, výjimečně
- Nevím
- Ne
- Zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesetkala

Pokud jste odpověděl/a **Nevím**, **Ne** nebo **Jste se s pacientem odlišné kultury nesetkal/a** pokračujte otázkou č. 18.

17. Pokud jste odpověděl/a Ano vypište, jaké požadavky to jsou:

.....
.....
.....

18. Vycházíte pacientům odlišné kultury vstříc, v jejich požadavcích?

- Ano, vždy
- Ano, pokud je to možné
- Ne, není na to čas
- Ne, není to důležité

19. Pokud jste se setkal/a s pacientem odlišné kultury, jak jste se s ním dorozumíval/a během hospitalizace? (doplňte)

.....
.....
.....

20. Jaký je podle Vás největší problém v ošetřování pacienta odlišné kultury? (můžete zvolit více odpovědí)

- Jazyková bariéra
- Prožívání bolesti
- Získání důvěry
- Náboženské zvyky
- Riziko nepochopení se
- Akceptace léčebného režimu

- Jiné (doplňte)
- Zatím jsem se s pacientem odlišné kultury nesečkala

21. Mají lidé muslimské kultury omezení při příjmu potravy, tekutin nebo léčiv? (doplňte)

.....
.....

22. Hraje v poskytování ošetrovatelské péče muslimům roli použití pravé nebo levé ruky?

- Ano (specifikujte).....
- Ne ○ Nevím

23. Jaké jsou podle Vás další specifické požadavky muslimů při poskytování zdravotní/ošetrovatelské péče? (doplňte)

.....
.....

24. Jaké jsou nejčastější specifické požadavky romských pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. (doplňte)

.....
.....

25. Při komunikaci s Romy se především doporučuje?

- Neudržovat oční kontakt ○ Trpělivost, nespěchat a opakovat informace
- Strohost, rychlost a odborné výrazy

26. Jaké nápoje preferuje vietnamský pacient?

- Studené nápoje ○ Je to jedno
- Teplé nápoje

27. Jak vnímá vietnamský pacient, pokud si při rozhovoru s ním dáte ruce v bok nebo je překřížíte na prsou? (doplňte)

.....
.....

28. Vypište specifika výživy u lidí vietnamské kultury? (doplňte)

.....
.....

29. Pokud máte zkušenost s poskytováním péče pacientům jiných, než výše uvedených kultur, uveďte jakých a vypište jejich specifické požadavky.

.....
.....

30. Jakého jste pohlaví?

- Muž ○ Žena

31. Kolik Vám je let? (doplňte)
.....**32. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Středoškolské s maturitou
- Specializační vzdělání
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské bakalářské vzdělání
- Vysokoškolské magisterské vzdělání
- Jiné (jaké?)

33. Délka Vaší praxe?

- Do 5 let
- 5–10 let
- 10–15 let
- Více než 15 let

34. Ve které nemocnici pracujete?

- Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně
- Nemocnice Přerov – Středomoravská nemocniční

35. Na jakém oddělení pracujete?

- Neurologie
- Traumatologie
- Interním
- Ortopedie
- Urologie

36. Kterým jazykem jste schopen/a se domluvit? (můžete zvolit více odpovědí)

- anglicky
- rusky
- jiný (jaký?).....
- německy
- žádný jazyk neovládám