

Multikulturní ošetrovatelství v přednemocniční neodkladné péči očima záchranářů

Radana Uhýrková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radana UHÝRKOVÁ**
Osobní číslo: **H080304**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Multikulturní ošetrovatelství v přednemocniční neodkladné péči očima záchranářů.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se zaměřit na vymezení pojmů, jako jsou majorita, minorita, multikulturní ošetrovatelství. Seznámit s organizací práce záchranářů a jejími specifiky v přednemocniční neodkladné péči.

V praktické části zjistit, zdali zdravotníci akceptují individualitu klientů/zraněných při poskytování neodkladné péče a co činí největší problémy při ošetrování klientů odlišných kultur.

Na základě výsledků šetření navrhnout účinná praxeologická opatření v podobě univerzálních komunikačních karet, které by záchranáři využívali při prvním kontaktu s klientem/zraněným.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

IVANOVÁ, Kateřina ; ŠPIRUDOVÁ, Lenka ; KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetřovatelství I. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, et al. Multikulturní ošetřovatelství II. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče (respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu). Vyd.1. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně-sociální fakulta, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, et al. Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi : podpora multikulturního ošetřovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2007. 163 s. ISBN 978-80-7248-406-5.

NOVÁKOVÁ, Iva. Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 14.3.2011

.....


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 nahlázení 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 užit 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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce Multikulturní ošetrovatelství v přednemocniční neodkladné péči se zabývá problematikou přístupu k ošetrování nemocného/zraněného jiné etnické, náboženské nebo národnostní skupiny s cílem zjistit úroveň znalostí této problematiky u zdravotnických pracovníků záchranné zdravotnické služby. Teoretická část se zabývá charakteristikou přednemocniční neodkladné péče, teorií multikulturního ošetrovatelství a specifiky ošetrování vybraných skupin. Praktická část zjišťuje teoretické znalosti pracovníků, orientaci v dané problematice a jazykovou úroveň. Získaná data poskytují informace o možných úskalích v ošetrování. Tyto poznatky byly využity při zpracovávání univerzálních komunikačních karet určené po přednemocniční neodkladnou péči.

Klíčová slova: komunikace, kultura, multikulturní ošetrovatelství, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnický záchranář, záchranná zdravotnická služba.

ABSTRACT

This Bachelor thesis, titled Multicultural Nursing in Urgent Pre-Hospital Care from the Perspective of Paramedics, explores the attitudes of paramedics and emergency technicians to emergency care provision to patients of another ethnic, religious or national minority group outside of the hospital.

The aim of the thesis was to establish the level of awareness about issues in multicultural care among medical staff. In the theoretical discussion I outlined the characteristics of urgent prehospital care, the theory of multicultural nursing and the specifics of care in selected communities.

The data collection focused on gathering information about the breadth of knowledge about multicultural nursing practices among the staff at urgent care units and about their language skills. The results provide us with information about potential pitfalls in the delivery of urgent care and have already been used to create a set of communication cards on urgent prehospital care for emergency staff.

Keywords: communication, culture, multicultural nursing, urgent pre-hospital, paramedic, emergency medical service.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké Ph.D. za vedení, cenné rady, připomínky, trpělivý a laskavý přístup v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také mým nejbližším, manželovi a dětem za trpělivost, podporu a pochopení během celého studia. Touto cestou také děkuji svým kolegům za jejich ochotu a čas, který strávili při vyplňování dotazníku.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE	13
1.1 VNITŘNÍ ČLENĚNÍ ÚZEMNÍCH STŘEDISEK A ZAŘÍZENÍ.....	13
1.1.1 Zdravotnické operační středisko	14
1.1.2 Výjezdové skupiny	14
1.2 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA ZLÍNSKÉHO KRAJE	14
1.2.1 Oblasti ZZS ZK.....	15
2 MULTIKULTURNÍ / TRANSKULTURNÍ PÉČE	17
2.1 ZÁKLADNÍ POJMY	18
2.2 TEORIE KULTURNĚ ROZDÍLNÉ A SHODNÉ PÉČE.....	21
3 TRANSKULTURNÍ KOMUNIKACE	22
3.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	22
3.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	23
3.3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY KOMUNIKACE.....	27
4 SPECIFICKÉ SKUPINY A JEJICH POSTOJ KE ZDRAVÍ, SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ	28
4.1 ROMOVÉ.....	28
4.2 VIETNAMCI.....	29
4.3 UKRAJINCI.....	31
4.4 JUDAISMUS	32
4.5 ISLÁM.....	33
4.6 BUDDHISMUS.....	35
4.7 HINDUISMUS.....	36
4.8 SVĚDKOVÉ JEHOVOVI.....	37
5 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR CIZINCŮM	38
5.1 ZDRAVOTNÍ STAV MIGRANTŮ	38
5.2 ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCI VE ZLÍNSKÉM KRAJI V ROCE 2009.....	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
6 METODIKA	41
6.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	41
6.2 STANOVENÍ CÍLŮ	41
6.2.1 Požadavky na soubor respondentů	41

6.3	METODIKA PRŮZKUMOVÉHO ŠETŘENÍ	42
6.3.1	Struktura dotazníku	42
6.4	ORGANIZACE PRŮZKUMU	42
6.5	ZPRACOVÁVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	43
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	44
	DISKUZE	72
7.1	CÍL č. 1.....	73
7.2	CÍL č. 2.....	73
7.3	CÍL č. 3.....	74
7.4	CÍL č. 4.....	74
7.5	CÍL č. 5.....	75
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM TABULEK.....	83
	SEZNAM GRAFŮ	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

„...Tento svět plný nepokojů, válek, politických represí vypadá z Měsíce velmi mírumilovně, úchvatně. Odtud nejsou vidět žádné hranice - náboženské, politické, rasové. Jediné rozpoznatelné hranice jsou ty, které stvořil Bůh - řeky, jezera, pohoří, mořské pobřeží. Až na Měsíci jsem si uvědomil, že všichni žijeme na jediné nedělitelné planetě. Hovoříme různými jazyky, máme různé bohy, ale všichni stejně cítíme bolest, štěstí, hlad, uspokojení z dobře vykonané práce. V tom podstatném jsme si všichni podobní...“

*Americký astronaut Eugene Andrew Cernan,
kapitán kosmické lodi Apollo 17¹*

Eurointegrace společně s migrací jsou v současné době jeden z nejzávažnějších celosvětových problémů. V naší společnosti vyvolává pozitivní tak i negativní postoje. Na základě svých osobních zkušeností z praxe, musím konstatovat, že je vzrůstající trend zásahů u pacientů/zraněných cizinců a národnostních menšin. Na co myslí posádka zdravotnické záchranné služby při nahlášení výjezdu k příslušníku jiné etnické či kulturní menšiny? Jsou pracovníci zdravotnické záchranné služby dostatečně připraveni na ošetřování cizince? Je jazyková bariéra problémem? To jsou otázky, které jsem si často kladla a na které jsem hledala odpovědi v této bakalářské práci.

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá vymezením základních pojmů, jako jsou majorita, minorita, multikulturní ošetřovatelství, specifiky přístupů a ošetřování vybraných skupin. Seznamuje s organizací práce pracovníků zdravotnické záchranné služby. Praktická část seznamuje s průzkumným šetřením a návrhem možných praxeologických opatření.

¹ <http://www.vira.cz/Texty/Knihovna/Astronaut-E-A-Cernan-o-Bohu.html>

Cíle bakalářské práce

- Zjistit, zda se pracovníci Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje (dále jen ZZS ZK) orientují v problematice multikulturního ošetřovatelství, zda jsou připraveni pečovat pacienta/zraněného z jiné země či pacienta/zraněného s odlišným kulturním nebo náboženským cítěním.
- Zjistit, zda se více v problematice orientují ženy nebo muži a zda je rozdíl v závislosti na vzdělání.
- Zjistit, které odlišnosti jim nejvíce dělají potíže.
- Zjistit jazykovou vybavenost pracovníků ZZS ZK a rozdíly ve věkových skupinách a pracovních pozicích.
- Zjistit, zda by záchranáři uvítali v praxi univerzální komunikační karty vhodné pro první kontakt a vyšetřování pacienta/zraněného v PNP a vypracovat tyto karty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a v průběhu jejich transportu a předání k dalšímu odbornému ošetření ve zdravotnickém zařízení.

Je indikována a zdravotnickou záchrannou službou (dále jen ZZS) poskytována při stavech:

- bezprostředně ohrožujících život,
- které mohou vést prohlubováním patologických změn a k náhlé smrti,
- způsobujících bez rychlého odborného zásahu trvalé následky,
- působících akutní bolest a utrpení,
- které změnou chování a jednání postiženého ohrožují jeho samotného i jeho okolí (Bydžovský, 2008, s. 24).

PNP poskytují výjezdové skupiny, které mají povahu:

- a) skupiny rychlé zdravotnické pomoci, v níž je nejméně dvoučlenná posádka složená z řidičů-záchranářů nebo středních zdravotnických pracovníků - záchranářů,
- b) skupiny rychlé lékařské pomoci s nejméně tříčlennou posádkou, jejímiž členy jsou pracovníci uvedení pod písmenem a) a dále lékař, který je současně vedoucím skupiny,
- c) skupiny letecké záchranné služby, v níž zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná ve složení lékař a záchranář.

1.1 Vnitřní členění územních středisek a zařízení

Územní střediska a zařízení musí být vybavena zdravotnickými, dopravními, spojovými a dalšími prostředky a pracovníky odborně způsobilými pro tuto činnost.

Územní střediska se člení na:

- a) řídicí úsek,
- b) zdravotnické operační středisko,
- c) jednotlivá výjezdová stanoviště prostředků zdravotnické záchranné služby a výjezdové skupiny,

- d) středisko letecké záchranné služby,
- e) středisko (úsek) dopravy nemocných a raněných v podmínkách neodkladné péče a
- f) technický úsek.

1.1.1 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a integruje činnost všech článků PNP v určené spádové oblasti v nepřetržitém provozu. Činnost zdravotnického operačního střediska zajišťují zdravotničtí pracovníci.

1.1.2 Výjezdové skupiny

PNP poskytují výjezdové skupiny, které mají povahu

- a) skupiny rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP), v níž je nejméně dvoučlenná posádka složená z řidiče-záchranáře nebo středních zdravotnických pracovníků - záchranářů,
- b) skupiny rychlé lékařské pomoci s nejméně tříčlennou posádkou (dále jen RLP), jejímiž členy jsou pracovníci uvedení pod písmenem a) a dále lékař, který je současně vedoucím skupiny,
- c) skupiny letecké záchranné služby (dále je LZS), v níž zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná ve složení lékař a záchranář (vyhláška 434/1992 Sb.).

1.2 Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje příspěvková organizace (dále jen ZZS ZK) je krajem zřizované, garantované, kontrolované a finančně dotované zdravotnické zařízení, které v souladu s vyhláškou MZ ČR 434 /1992, o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů zabezpečuje:

- a) zajištění a poskytování PNP na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, při dopravě postiženého a při jeho předávání ve zdravotnickém zařízení,
- b) přepravu raněných, nemocných a rodiček (mezinemocniční, mezistátní zdravotnická přepravu), je-li její realizace nezbytná způsobem nebo v podmínkách PNP,
- c) rychlou přepravu orgánů odebraných pro účely jejich transplantace, popř. přepravu potencionálních příjemců těchto orgánů, nelze-li ji zajistit stejně rychle jiným způsobem,
- d) rychlou přepravu odborníků, popř. léčivého přípravku, krve nebo jejího derivátu, biologického materiálu či zdravotnického prostředku v situaci, kdy příslušné zdravotnické zařízení potřebným odborníkem či materiálem nezbytným k zahájení neodkladné péče momentálně nedisponuje, a přepravu nelze zajistit stejně rychle jiným způsobem.

1.2.1 Oblasti ZZS ZK

Pro poskytování PNP jsou v souladu s koncepcí vybudovány oblasti ZZS s jednotlivými výjezdovými stanovišti.

Oblasti ZZS

- a) zajišťují poskytování PNP ve spádovém území oblasti ve smyslu vyhlášky MZ ČR č. 434/1992 Sb. a vyhlášky MZ ČR č. 175/1995 Sb., o zdravotnické záchranné službě a souvisejících předpisech a normách,
- b) konkretizují úkoly a poslání organizace vyjádřené ve schváleném Statutu organizace.

V souhrnu má Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje tuto konfiguraci:

- 13 výjezdových stanovišť
- 27 výjezdových skupin

Z toho:

3 RV (rande-vous, tzv. setkávací systém) v nepřetržitém provozu,

13 RLP z toho 8 v nepřetržitém režimu, 5 ve všední dny 7.00 – 15.30 hodin,

16 RZP z toho 11 v nepřetržitém režimu, 5 ve všední den navazuje na RLP od 15.30 hodin samostatně, během víkendů a svátků 13 RZP nepřetržitě (příloha P I).

2 MULTIKULTURNÍ / TRANSKULTURNÍ PÉČE

Multikulturní výchova má význam tam, kde existuje nebo vzniká multikulturní společnost. Česká společnost se postupně stává multikulturní společností, což vyžaduje specifický přístup jak k menšinám, tak k celé společnosti (Kol. autorů, 2007, s. 5).

Jedná se např. o některé specifické kulturní požadavky či rituální praktiky, na které naši zdravotníci nejsou připraveni, které neznají. Zpravidla se jedná o specifické požadavky a nároky vznášené přímo pacientem či rodinou pacienta v souvislosti s jídlem, vyšetřováním a prováděním diagnosticko-terapeutických výkonů, s praktikováním náboženských rituálů v době hospitalizace, o rituály spojené s umíráním a smrtí, ale také v souvislosti s porodem, péčí o novorozence, odmítáním tkání a částí těla, s pitvou apod. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 13).

Pojmy multikulturní a transkulturní péče se dříve používaly (a dodnes často používají) ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož. Je ale třeba upozornit na to, že samotné pojmy "transkulturní" a "multikulturní" mají své specifické významové nuance. Pojem „multikulturní“ vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které stojí jakoby vedle sebe, izolovaně, neovlivňují se, nemají definované společné prvky. „Transkulturní“ významově znamená "přesahující" hranice kultury - kdy kultury, které se střetávají, vzájemně ovlivňují a jsou mezi nimi popsány – definované – identifikované prvky, které jsou společné daným kulturám (Špirudová, 2004, s. 44).

„Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. 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“ (Špirudová, 2006, s. 27).

Ošetřování klientů jiných národností a kultur vyžaduje odlišnost v přístupu, ale i v posuzování potřeb. V ošetrovatelském procesu se uplatňuje emociální inteligence sestry, která by měla správně zhodnotit každou situaci a umět rozlišit deficit potřeb a projevy kulturní odlišnosti. A také je potřeba nezapomenout na to, že sestry jsou advokáty všech pacientů a v rámci možností se snažit respektovat jejich kulturní odlišnosti a pomáhat jim překonávat bariery v komunikaci s lékaři, ale i s ostatními pacienty (Krátká, 2007, s. 41).

2.1 Základní pojmy

Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 21). Je to skupina lidí charakterizovaná většinou společnou řečí, kulturou, tradicí a dějinami a vymezující se vůči lidem považovaným za cizince (Jandourek, 2007, s. 168). **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, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 22).

Dominantní skupinou – majoritní skupinou rozumíme sdružení uprostřed společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci ochránců a držitelů hodnotového systému společnosti a je prvním „udělovačem“ odměn ve společnosti (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 33). Opakem majoritní skupiny je **minoritní skupina tzv. menšina**. Je to skupina s menším počtem členů, než má v téže společnosti skupina většinová. V jiném pojetí skupina, která je ve společnosti znevýhodněna na základě připsaných znaků (barva pleti, národnost, náboženské vyznání), jež jsou považovány ze strany příslušníků většiny za méně hodnotné (Jandourek, 2007, s. 154).

Etnicita vyjadřuje příslušnost ke specifické etnické skupině (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1991, s. 744) a jak uvádí Sociologický slovník **etnická skupina** je skupina jedinců, kteří se od jiných skupin odlišují svou etnicitou neboli souhrnem faktorů kulturních, rasových, teritoriálních a jazykových, dále pak svou historií, sebepojetím, vědomím společného původu a také tím, že jsou jako etnický odlišný vnímáni druhými. Názor, že kultura vlastní skupiny je nadřazena kultuře jiných skupin, že je morálnější, správnější a více odpovídá požadavkům zdravého rozumu, nazýváme **etnocentrismus** (Jandourek, 2007, s. 76).

Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etnické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění, zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učení (socializací). Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování. Kultura není předávána geneticky, a je vždy výsledkem lidské činnosti (je tedy artefaktem).

Kultura se dá přirovnat k cibuli. *Zevní vrstvu* - slupku tzv. „kulturní cibule“ tvoří takové produkty kultury, jako je řeč, strava, oblečení a architektura. Vše co je součástí této vrstvy, je okamžitě viditelné a vnímatelné. *Střední vrstva* „kulturní cibule“ se odhalí pomaleji a v bližším kontaktu s danou kulturou. Obsahuje normy a viditelné hodnoty: co je správné a co je špatné, dobré a zlé. Zůstává ještě *vnitřní vrstva* - jádro „kulturní cibule“, které obsahuje základní hodnoty a otázky existence, stereotypy, archetypy a základní pravdy o životě. Jednotlivé vrstvy a jejich obsah jsou odlišné v každé kultuře. Jádro kultury je pro cizince těžko rozpoznatelné a k proniknutí do něj je potřeba dlouhého a úzkého styku se zkoumanou kulturou (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 26, 27).

Proces osvojování kulturních tradic, jazyka a dovedností, který jedinec podstupuje od svého narození a stává se tak příslušníkem dané kultury, nazýváme **enkulturace**. Část enkulturace probíhá vědomě v příslušných institucích (např. škola), část nevědomě během každodenních interakcí a komunikace. Enkultura je považována za součást socializace (Janoušek, 2007, s. 73). **Asimilaci** lze pochopit jako postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury, neboť znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní přijímané kultury (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 234).

Kulturní šok je psychický a sociální otřes způsobený konfrontací jednotlivce nebo sociální skupiny s cizí, dosud neznámou a dosud neinteriorizovanou kulturou. Patří mezi přirozené reakce, které se objevují u lidí pobývajících delší dobu v cizím prostředí, reakce lidí na nezvyklé situace, ve kterých ztrácejí efektivnost jejich předchozí způsoby chování. Kulturní šok vyvolává pocity dezorientace, je spojený se stresem v neznámém kulturním prostředí (Nováková, 2008, s. 21). Fáze kulturního šoku:

První fáze tzv. iniciační fáze se vyznačuje excitací a nazývá se také „fází medových týdnů“. Lidé jsou stimulováni pobytem v novém prostředí. Chování, které iniciuje takovýto pocit, záleží na etnickém původu jedince a jeho osobnosti. Někteří jedinci vyjadřují svoje vzrušení navenek, jiní mlčí. Snaží se poznat normy chování nového prostředí a často se ptají na různé věci.

Jen co se jedinec začne cítit v novém prostředí příjemně, nastupuje **druhá fáze**, tedy fáze realizace života v novém prostředí. Když se dopouští mnoha chyb, často může být frustrován a prožívat roztrpčení či pocit méněcennosti a vlastní nedokonalosti. To všechno se odráží na jeho sebehodnocení a sebeúctě. K těmto nepříjemným pocitům se připojuje ještě

pocit osamělosti. I když ho obklopuje hodně lidí, nemusí se najít nikdo, kdo by ho povzbudil a podpořil jeho sebeúctu. Krize, kterou prožívá, se může projevit střídáním období uzavřenosti nebo hněvu.

V *třetí fázi* si hledá jedinec přiměřené modely chování. Vytváří si přátelské vztahy a často poskytuje rady osobám, které se do tohoto prostředí přestěhují. Běžné přátelské vztahy mají pro něho často větší význam a konverzace se týká převážně této části života. V třetí fázi se už oslabují vazby k předcházející kultuře.

Ve *čtvrté fázi* už žije jedinec celkem poklidně a efektivně. Osoba, která se v této fázi vrátí do předcházející kultury, může utrpět obrácený kulturní šok (Kozierová, Erbová, Olivieriová 1995, s. 764).

Postup nebo některé výroky zdravotnického personálu mohou vyvolat u klienta diskomfort a pocit ponížení, způsobující pacientovi tzv. **kulturní bolest**. Zraňující výroky mohou být např. poznámky o pacientově věku, tělesné konstituci nebo tmavší pleti (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 236).

Rasa je neutrální antropologický termín vztahující se k druhové diferenciaci lidských plemen. Jde o souhrn společenských dědičných rysů, jimiž se vyznačuje jistá skupina daného druhu lidí (Šišková, 2008, s. 13). **Rasismus** je určitá teorie o vrozené nadřazenosti či podřadnosti a následné diskriminaci vedené proti příslušníkům jiných ras (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 745). Rasismus byl v průběhu historie používán jako ideologický základ pro agresivní chování, expanzi, ovládnutí a vykořisťování (Šišková, 2008, s. 13).

V Sociologickém slovníku lze nalézt, že **předsudek** je emocionálně silně zabarvený úsudek o druhých osobách, skupinách nebo nějakých záležitostech, který je možno jen obtížně změnit na základě nových zkušeností a informací. Jde o druh stereotypu. Předsudek se často zakládá na neúplných nebo nepravdivých informacích (Jandourek, 2007, s. 198).

Xenofobie vyjadřuje strach z toho, kdo přichází z ciziny, z něčeho cizího, co stojí mimo vlastní sociální útvar. Xenofobie je základem různých nenávistných ideologií, jako je rasismus, nacionalismus, fašismus apod. (Šišková, 2008, s. 12).

Rozlišování mezi osobami v podobných situacích na základě rasy, pohlaví, náboženství, politického názoru, různé národnosti nebo sociálního původu, spojení s národnostní menši-

nou nebo osobní antipatie nazýváme **diskriminací** (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 234).

2.2 Teorie kulturně rozdílné a shodné péče

Transkulturní ošetrovatelství se rozvíjí přes padesát let. U jeho zrodu stála a stále je jeho aktivní představitelkou profesorka **Madeleine Leiningerová** (Špirudová, 2006, s. 23). Leiningerová se začala zajímat, jak kultura ovlivňuje chování člověka ve zdraví a v nemoci. Podobně jako ostatní teoretičky byla Madeleine Leiningerová ovlivněna jinou vědní disciplínou - antropologií, hlavně její definicí kultury a vliv kultury na život, chování a rozhodování jedince, rodiny, skupiny, komunity či instituce (Nováková, 2008, s. 68). Svoji teorii nazvala **Teorii kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné a všestranné) péče** (*Theory of Culture Care Diversity and universality*). Myslí tím poznání, pochopení a využití společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetrovatelství (Špirudová, 2006, s. 26). Teorie transkulturního ošetrovatelství je také známá pod označením **Model vycházejícího slunce** (*Sunraise model*). Tento název dostala podle schématu (příloha P II), v kterém Leiningerová vizuálně znázornila svoje ideje a který představuje jednotlivé složky její teorie. Kulturně shodná péče se podle Leiningerové může realizovat třemi způsoby v závislosti od stavu, v kterém se klient nachází a které jsou jeho hlavní problémy a potřeby.

1. Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví.
2. Kulturní péče umožňující adaptaci.
3. Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu (Špirudová, 2004, s. 50, 51).

Dalšími významnými představitelkami transkulturního ošetrovatelství jsou **Joyce Newman Giger** a **Ruth Davidhizar**. Jejich **Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče** byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů pregraduálního studia ošetrovatelského studijního programu k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného etnika kultury. Jejich model postuluje, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v intencích šesti kulturních fenoménů, kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace (Špirudová, 2006, s. 51, 52).

3 TRANSKULTURNÍ KOMUNIKACE

Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako odevzdávání významů mezi lidmi. Základem je mezilidské spojení, to znamená přenos od člověka k člověku. Komunikací obecně rozumíme způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky, postoje.

Komunikaci dělíme na **verbální** a **neverbální**. Při verbální komunikaci se používají slovní výrazy mluvené či psané. Při neverbální komunikaci se používají mimoslovní prostředky, jako jsou např. pohledy, gesta, dotyky, prostorové umístění (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 61, 62).

Kvalitu komunikace mezi lidmi jedné kultury a i mezi lidmi různých kultur ovlivňují tyto faktory: komunikační dovednosti, kulturní vlivy, umění naslouchat, dovednost kriticky myslet, moc a etika (Nováková, 2008, s. 51).

3.1 Verbální komunikace

Každá kultura má svůj vlastní styl komunikování, svá vlastní pravidla jednání, kterými se kultura řídí. Při komunikaci v multikulturním prostředí je schopnost najít společnou řeč obzvláště složitá. Různorodost jazyků vždy způsobovala dorozumívací problémy. Lidé sice mohou technicky zvládnout jiný jazyk, přesto však nemusí porozumět kultuře národa či etnika, a tím mohou vznikat interkulturní komunikační bariéry (Nováková, 2008, s. 55).

Interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci:

- **Způsob oslovení.** Jednotlivé kultury mají odlišné způsoby při vzájemném oslovení v závislosti, zda je člověk osloven na veřejnosti, nebo v soukromí. Je vhodné se zeptat pacienta/klienta, jak si přeje být osloven. Vyhneme se tím nejen chybě, ale je to také způsob, jak navázat vztah s klientem a dát mu najevo, že máme o něj zájem. Mělo by být samozřejmostí, že se pacientovi/klientovi z cizího kulturního prostředí také sami představíme a řekneme mu, jak si přejeme být osloveni.
- **Množství zdvořilostních frází** používaných na začátku komunikace.
- **Tvorba jmen** – jméno a příjmení člověka je specifickým psychologickým a kulturním znakem.
- **Množství pravdy** odevzdané ve verbální odpovědi.

- Rozdíly **tykání** a **vykání**.
- **Rozdíly ve slovní zásobě**. Specifika češtiny: například názvy měsíců, číselné hodnoty (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 64, 65).

3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikací rozumíme komunikaci beze slov. Komunikace probíhá prostřednictvím držení těla a jeho pohybů, výrazů obličeje, pohledů a pohybů očí, změn vzdálenosti mezi komunikujícími, signálů ovládnutí prostoru, druhu oděvu a jeho barev, dotyků, rychlosti a hlasitosti řeči, a dokonce i způsobem, jakým komunikující zacházejí s časem (Nováková, 2008, s. 56).

Druhy neverbální komunikace se obvykle liší podle prostředků, kterými je aktér vyjadřuje: **mimika, proxemika, kinetika, pohledy, úprava zevnějšku, optika, posturologie, gestika, paralingvistika**.

Podle dráhy, kterou komunikace probíhá (druh smyslového orgánu, jímž příjemce neverbální signál dekoduje) rozlišujeme tyto kanály:

- optické – gesta, pohledy, dotyky,
- taktilní – dotyky,
- akustické – prajazykové projevy,
- čichové – vůně, pachy,
- chuťové – sladký, hořký, ostrý (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 66).

Při studiu neverbálních projevů se hledají:

- projevy emické – vlastní jen určité kultuře,
- etogramy – jednotné normy chování společné všem lidem.

Etogramů není málo. I děti od narození slepé nebo hluché, které nemohou nic z okolí zkopírovat, se usmívají, smějí, pláčou, zlobí. Ve všech kulturních oblastech projevují lidé stejně překvapení. Všude se lidé líbají a objímají. Na všech polednicích a rovnoběžkách projevují zármutek a žal. V rozpacích si zakryjí obličej. Zlobí-li se, svráští čelo, zamračí se, zatnou pěst. A mají-li radost, doširoka rozevřou oči, zvedne se jim obočí a mají pusu od ucha k uchu (Kutnohorská, 2006).

Mimika

Lidská tvář je bohatým komunikačním prostředkem. Na lidské tváři rozeznáváme tři základní mimické zóny: oblast čela a obočí, z níž se dá určit překvapení, oblast očí a víček, vyjadřující strach a smutek a oblast dolní části obličeje zahrnující tváře, nos a ústa. Z množství mimických projevů je pro vztah klient – sestra nejdůležitější úsměv, který pomáhá obrušovat hroty sociální nerovnováhy a sestra pomocí něj navozuje atmosféru uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu. Evropané a Američané vyjadřují úsměvem své sympatie, přátelství, dobrou náladu, dobrý úmysl. V asijské kultuře je často úsměv projevem nejistoty, omluvy, rozpaků a zmatku (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2008, s. 67).

Haptika

Od řeckého „haptain“ = „dotýkat“ je odvozena haptika, dotyková komunikace, která se realizuje hmatem. Poklep a pohmat je základní formou vyšetření, ovšem i v tomto případě počítejme s různými kulturami a možnými problémy. Například u Rusů je objetí něčího obličeje dlaněmi tradičním projevem přátelství. Bereme v úvahu také frekvenci a intenzitu dotyku. V islámském světě se smí muž dotknout pouze ženy z rodiny, ale běžné je tu poklat na ulici přátele-muže, kteří se drží za ruce. V Evropě jsou dotyky méně časté u Angličanů, Němců, Finů nebo Lotyšů, jižní národy jako Italové, Španělé, Francouzi se naopak dotýkají často a rádi. Vyhnete-li se dotyku s Rusem nebo Kavkazany, mohou to dokonce považovat za projev nepřátelství (Kutnohorská, 2006).

Proxemika

V neverbální komunikaci rozeznáváme čtyři základní toxemické zóny: intimní zónu, osobní zónu, sociální a veřejnou zónu. V dodržování osobní zóny platí pro různé národy různé zvyky a pravidla. Jediný způsob jak určit prostorové požadavky nějakého jedince v různých situacích je důkladně ho pozorovat, než podnikneme jakýkoliv pokus o přiblížení (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 69).

Posturologie

Vyjadřuje držení těla, postavu. Každá kultura má své zvláštnosti při preferenci určitých postur. Např. ve francouzské kultuře není postoj člověka, při kterém má ruce v kapsách, pokládán za projev dobrého vychování. Ale směrem na sever, ve Finsku, je to už projev nezdvořilosti.

Kinezika

Kinezika, kinetika nebo kineziologie se zabývá všemi druhy pohybů lidského těla. Lidé obvykle hodnotí jiného člověka i dle dotací jeho pohybů. Např. vůči Vietnamcům bychom měli dělat pomalé a klidné pohyby a věci podávat s úctou k druhým. Ve vietnamské kultuře je považováno za neslušné přehození nohy přes nohu či smrkání na veřejnosti do kapesníku (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 69).

Gesta

Gesta jsou pohyby, které mají významný sdělovací účel. Gesto může doplnit verbální projev a tím ho ještě zesílit. Ale může také vzniknout i situace, kdy gesto je naopak pravým opakem toho, co je vyřčeno. Existuje vědomé a nevědomé používání gest. Nesmíme zapomínat na kulturní rozličnosti gest. Můžeme se setkat s cizinci, kde mohou mít gesta odlišný význam - přikývnutí k souhlasu, které třeba v Bulharsku znamená nesouhlas (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 48).

Pohledy

Oční kontakt je v různých kulturách různě vnímán. Afričané a Asiaté berou např. příliš mnoho pohledů jako projev nadřazenosti, neúcty, dokonce urážky. Naopak málo pohledů chápou Arabové a Severoameričané jako nezdvořilost, nedostatek pozornosti. Mnoho lidí a z různých kultur (i my!) si málo pohledů vykládá jako neupřímnost, nečestnost. Specifičtí jsou Japonci: když s nimi hovoříte, dívejte se jim na krk, nikdy do obličeje, natož do očí. Kratším pohledům dávají přednost Asijci, Indiáni, Skandinávci, delší zrakový kontakt používají Arabové, Jihoevropané. A pro nás platí, že čím lépe budeme tento kontakt využívat, tím větší sympatie vzbudíme (Kutnohorská, 2006).

Paralingvistika

Mezi nejdůležitější paralingvistické projevy patří: barva hlasu – timbre, výška hlasu, melodie hlasu, síla hlasu a časové charakteristiky hlasového projevu. Každý národ má svůj vlastní způsob používání paralingvistických projevů. Čím je národ pokládán za temperamentnější, tím více využívá paralingvistické projevy v řeči. U Vietnamců není například důležité, co se přesně říká, nýbrž musí být jasné, že hovořící chce spolupracovat. Ostrá a hlasitá argumentace je ve vietnamské kultuře považována za velmi nevhodnou (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 71).

Úprava zevnějšku

Kultura se výrazně podepisuje na oblečení člověka. Jde například o preferenci barev, vzorů (skotské kostky), nošení doplňků, jako jsou klobouky, rukavice. Kultura ovlivňuje i to, která část těla má zůstat zahalená. V Indii je obnažení ramena nebo horní části ruky považováno za nemravné. Velká část muslimských žen nosí dodnes oděv zvaný čádor, který jim zahaluje celé tělo, kromě očí. I muslimky, které se pokládají za liberální, si zahalují alespoň vlasy (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 71).

Na co nezapomenout při komunikaci v multikulturním prostředí:

- **Pozdrav** – doplněn podáním ruky, polibkem, objetím: Vietnamci podávají pravici a levou ji lehce stisknou. Je to vyjádření dobrých úmyslů a přátelství. Japonci se snaží, aby svou hlavu dali níž, než je hlava partnera. Muslim se nesmí dotýkat cizí ženy. Pohlázení po vlasech a jiné dotýkání hlavy je považováno u Vietnamců za projev velké neúcty, dokonce i u dětí. Pro muslimy je pravá ruka pro podání „čistých věcí“, levá ruka je pro ně „nečistá“, pozor při ošetřování (Krátká, 2007, s. 42, 43). Ve Francii je běžné líbání na obě tváře při příchodu a odchodu jako znak pozdravu. V Rusku a Gruzii jsou obvyklé tři polibky na pozdrav a rozloučení u obou pohlaví (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 77).
- **Projev úcty tykání – vykání** (slovanské národy rozlišují vykání, prokazuje se jím větší úcta, např. v Anglii se úcta vyjádří oslovením Mr., Mrs., v Koreji je to podání věcí oběma rukama, v Japonsku se hlava se dostane níž, než hlava partnera (uklání). Muslimové někdy tykají personálu, personál musí vždy vykat (Krátká, 2007, s. 42).
- **Dotyk** má v ošetřovatelství a medicíně nezastupitelné místo. Je to základní forma vyšetření, ale používá se také pro svůj uklidňující efekt. V islámském světě se smí muž dotknout pouze žen, které jsou z jeho rodiny. I ve zdravotnictví, pokud vyšetřuje ženu muž, je dotyk určitých míst zakázán. U Evropanů je frekvence dotyků různá. Obecně se říká o Angličanech a severních státech, že mají chudou frekvenci dotyků a naopak jižní národy se dotýkají často a rády (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 78).

3.3 Alternativní způsoby komunikace

Pro navázání kontaktu s pacientem je vhodné vždy použít pozdravení a jednoduchou společenskou frázi nejlépe v jazyku, kterému pacient rozumí. To předpokládá, že zdravotnický personál zvládne několik vět v jazycích, kterými hovoří klientela jejich teritoria. Pokud hovoříme pouze česky, je nutné si uvědomit, že nemá smysl mluvit s cizincem velmi hlasitě, tvořit jednoduché holé věty a výrazně artikulovat – problém totiž není v jeho nedoslýchavosti či mentální retardaci, ale v neznalosti jazyka – v neschopnosti verbálně komunikovat! Je-li to možné, je dobré požádat vždy o tlumočení. Není-li to možné, tak se pokusit o komunikaci pomocí gestikulace, používat mimiku, obrázky (piktogramy), demonstraci.

Komunikační karty (piktogramy)

V situacích, kdy je pacient negramotný, pokud nehovoří ani jedním z jazyků, v němž jsme schopni mu informace poskytnout, a pokud nemáte tlumočnicka, pak si musíme pomáhat jinými vhodnými pomůckami. Mohou to být obrázky, fotografie, videofilmy apod. Je vhodné podle specifikace pracoviště vytvořit své „komunikační karty“. Komunikace tímto způsobem je zdlouhavější, ale přináší zpravidla potřebnou informaci. Vytvořenou sadu je možno vytisknout barevně, rozstříhat a zatavit do folie, z listů je také možné vytvořit sešit k listování. Užívání karet samozřejmě předpokládá spolupracujícího pacienta. Pro pacienty nespolupracující je to metoda nepoužitelná!

Tlumočení

Využití tlumočnicků vnitřní nemocniční služby je zpravidla využito k ústnímu tlumočení. Existují i písemné překlady krátkých textů, které jsou spíše výjimkou a nemají právní podklad, tyto se týkají návštěv na intenzivních odděleních, obsluhy automatů, hygienických opatření u pacienta s infekčním onemocněním, nápisů v ambulantních odděleních atd.

Nejčastěji využívají služeb tlumočnicků lékaři (60 %) za účelem odebrání anamnézy, sdělení výsledků, vysvětlení plánovaných vyšetření, získání souhlasu k operaci či zákroku, dále pak před propuštěním pacienta do domácího léčení (Špirudová, 2006, s. 77 – 79).

4 SPECIFICKÉ SKUPINY A JEJICH POSTOJ KE ZDRAVÍ, SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ

4.1 Romové

Předkové dnešních Romů žili na indickém subkontinentu. Z Indie odešli v 10. století a od 13. století jsou přítomni na evropském kontinentu. Čeští Romové převážně kočovali ještě počátkem 20. století. Většina českých a moravských Romů zahynula v době druhé světové války ve vyhlazovacích táborech. Převážná část dnes žijících Romů v České republice přišla ze Slovenska v letech 1945 – 1993.

Život je pro Romy nejvyšší hodnotou. Vše, co vede k zachování, zmnožení a pokračování života, má vysokou hodnotu, vše co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně. „Hlavně, že žije“. To je nejčastější reakce Romů na zprávu, že byl někdo vážně zraněn a že zůstane do smrti invalidní. Pokračování rodu je v dětech a láska k dětem je pro Romy příslowecná. K zachování života, k možnosti uctívat staré, ale i k projevení lásky dětem jsou potřebné peníze. Proto peníze stojí hodně vysoko na hodnotovém žebříčku Romů. Budoucnost má pro Romy malou hodnotu. Důležitá je přítomnost a minulost, která je jistá (Šišková, 2001, s. 119 – 122). Zdraví zaujímá hned třetí příčku v jejich hodnotovém žebříčku (po lásce a rodině). I Rómové vnímají zdraví jako celistvou jednotu individuální, společenskou, fyzickou, duševní, kulturní a multikulturní. Zdraví znamená fyzickou odolnost, ale také určité sociální zajištění, toleranci majoritní společnosti (Špirudová, 2004, s. 62).

Zajímavosti ze života Romů

- Romové pozdě vstávají. Špatně se orientují podle hodinek.
- Jídlo vaří jednou denně, jinak jí každý člen rodiny, kdy chce.
- Uznávají jen dnes a teď. V den výplaty utratí většinu peněz.
- Dar věnovaný dívce je považován za závazek a za vyznání lásky.
- U Romů není zvykem děkovat a prosit.
- Emoce patří k jejich jednání, jsou spontánní, živí, urážliví. Jsou velmi impulzivní.
- Největší trest je exkomunikace z rodiny. Největší poklad jsou děti.
- Projevují se zvýšenou citlivostí vůči nespravedlnosti (Semencová, 2009).

Ošetrovatelská specifika

Ošetřování romských pacientů bývá po psychické stránce velmi náročné. Jsou nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu. Komunikace s nimi bývá velmi obtížná, většinou se dožadují, aby jim informace podával nejvyšší představitel oddělení. Při nesplnění požadavků se často projevuje jejich agresivita. Je důležité si zjistit, komu poskytnout informace a kdo bude se zdravotníky za rodinu jednat. Zpravidla touto osobou bude muž – hlava rodiny, nebo muž, který je rodině velmi blízký. V některých skupinách bude ale touto osobou matka rodiny. Romské ženy jako pacientky jsou velmi citlivé na bolest! Bývají velmi emotivní, často a nahlas sténají (často také proto, aby na sebe upozornily). Rómové pociťují značný strach z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný. Lékař by měl počítat s tím, že krátkodobě nemocný romský pacient bude užívat léky a plnit přikázané opatření jen do ustoupení příznaků choroby. Proto by jej měl dostatečně upozornit na následky tohoto chování.

Ke každému romskému pacientovi musíme přistupovat individuálně, musíme se snažit vysvětlit příčinu a průběh onemocnění. Je třeba apelovat na změnu životního stylu v rámci možnosti rodiny a případné negativní následky, které z nedůsledného plnění zdravotnických opatření vyplývají a klást důraz na rámec možností chápání každého pacienta (Špirudová, 2004, s. 62).

4.2 Vietnamci

Vietnamský národ je typický svým lidovým charakterem a hrdostí na svou statečnost. Snad nejvýraznějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Vietnamci, kteří k nám přijíždějí, zažívají kulturní šok pramenící z velké odlišnosti kultur (Špirudová, 2004, s. 63).

Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny. Respektuje se prvorozenectví. Velký důraz kladou na dodržování tradic při přípravě jídla, u kterého se sejde celá rodina a řeší důležité otázky domácnosti, obchodu, vzdělávání dítěte atd. Očekává se, že děti budou poslouchat, uctívat rodiče a mít respekt před staršími. Velký důraz kladou na vzdělání.

Pravidla slušného chování je učí neztěžovat situaci svým blízkým neustálými stížnostmi na vlastní problémy. Za nevhodné považují, pokud se muž dotkne cizí ženy. Vietnamci se často usmívají nebo nahlas smějí, a to když chtějí zmírnit nějakou nepříjemnou situaci,

jsou-li v nesnázích, nerozumí-li nebo si nejsou jisti. Je zvykem při podání ruky podat pravici a levou rukou ji lehce stisknout. Při rozhovoru je pro ně nepříjemné a nezdvořilé, díváme-li se jim přímo do očí, může to vyjadřovat domýšlivost nebo povýšenost. Vietnamci jsou velmi stydliví (skromní), hlavně ženy.

Jedí 3x denně, přičemž oběd a večeře jsou hlavní jídla. Mají rádi listovou zeleninu a ovoce. Rýži jedí s každým jídlem. Nic studeného ústy nepřijímají. Požívají minimum mléčných výrobků a mají rádi méně solenou stravu.

Ošetřovatelská specifika

Protože jsou stydliví, musíme zajistit soukromí při vyšetření. Stejně kvůli soukromí preferují používání záchodu před podložní mísou. Upřednostňují sprchu ráno, a to každý den. Smrkání do kapesníku je považováno za směšné a neslušné. Při bolesti mohou být Vietnamci stoičtí a dobrovolně nepožádají o léky ze strachu z návyku a z vedlejších účinků (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 194 – 197). Z důvodu studu dá pacient vědět sestře až po zvracení, nebo sám zvratky uklidí. Někteří přijmou antiemetika až po několika epizodách zvracení. Pacient oznámí nepravidelnost ve vyprazdňování stolice, až když je problematická nebo když se sestra zeptá. Neoznámí únavu a nebudou na ni brát léky. Odmítnou jakýkoliv agresivní zákrok. Protože podle nich je spaní součástí uzdravovacího procesu. Když je pacient v depresi, člen rodiny nebo jeho přítel se ho bude snažit rozveselit vyprávěním nebo ho bude chtít přivést na jiné myšlenky. Protože mentální nemoc má stigma, řekne o své depresi sestře, jenom když se zeptá. Pomoc vyhledá, jen když se problémy stanou velmi akutními nebo neúnosnými. Nejprve zkouší domácí léčení. Problém přiznají, až když je pokročilý nebo mají velké bolesti. Jestli je za určitých podmínek nutná pitva, rozhodne celá rodina.

Hodně pozornosti věnují těhotným ženám. Těhotné ženy musí být v teple a musí dodržovat speciální hygienu (např. na čištění zubů musí používat slanou vodu atp.). Nastávající rodičky trpí tise. Důležitá je hygiena. Křik není u vietnamských žen obvyklý. Vaginální porod je upřednostňován před císařským řezem. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je lepší jej prokonzultovat s otcem nebo jiným členem rodiny. Tato osoba rozhodne, kdo to oznámí matce. Když jí to oznamuje, je nejlepší aby byl přítomen i lékař.

Vietnamci mají respekt před lékařskými autoritami a vyhledají předběžné prohlídky, jen když jim to zdůrazní lékař nebo sestra. V případě náhlé prohlídky je dobré přizvat i člena rodiny.

Tlumočník je důležitý zejména pro starší lidi. Člen rodiny může být využit jako tlumočník, ale musíte dávat pozor na citlivost tématu, které diskutujete s pacientem nebo tlumočnickem. Hlavně u témat týkajících se pohlaví.

Pro Vietnamce není obezita problém – naopak je to pozitivní známka dobrého socioekonomického postavení a spokojenosti (Špirudová, 2004, s. 64, 65).

4.3 Ukrajinci

Po první světové válce se počet Ukrajinců v Čechách zvýšil, přibylo mnoho uprchlíků, kteří museli odejít z frontové oblasti a po roce 1920 se v ČSR objevili uprchlíci z východní Ukrajiny obsazené sovětským Ruskem. Další uprchlická vlna přišla do Čech po druhé světové válce. Tito Ukrajinci získali české občanství a převážně se asimilovali. Další skupinou Ukrajinců jsou ti, kteří přišli po roce 1989. Využívají povolení ke krátkodobému nebo dlouhodobému pobytu v ČR a snaží se zlepšit finanční situaci svou i svých rodin (Špirudová, 2004, s. 65, Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 187, 188).

Převládajícím náboženstvím je pravoslavné křesťanství; část pravoslavných se hlásí k Ukrajinské Pravoslavné církvi Kyjevského patriarchátu, část uznává Moskevský patriarchát; kromě toho zde působí též Ukrajinská autokefální pravoslavná církev. Na západě země převládá řeckokatolické vyznání (Ukrajinská řeckokatolická církev), v některých oblastech jsou výraznější menšinou římský katolíci, kteří celkem tvoří necelé 2 % ukrajinských věřících. Menšinovými náboženstvími, která však obě mají na Ukrajině dlouhou tradici, jsou judaismus a islám (Hromová, 2008, s. 17).

V minulosti byl živitelem v ukrajinské rodině vždy muž. V současné době vzhledem k velké nezaměstnanosti přináší peníze do domácnosti spíše žena. Počet dětí v ukrajinské rodině vzhledem k neutěšeným sociálním poměrům klesá. Antikoncepce je na Ukrajině příliš drahá a pro většinu Ukrajinců stejně nedostupná jako eventuální interrupce. Nechtěná těhotenství se proto ukončují (ze sociálních či finančních důvodů) i v pokročilejších stádiích těhotenství.

Ukrajinci v České republice mají slabé znalosti cizích jazyků. Nejen češtiny, ale i jazyků západních. Dalším charakteristickým rysem Ukrajinců u nás je jejich neorganizovanost.

Na Ukrajině je zdravotnická péče katastrofální. Před nástupem hospitalizace pacient obdrží seznam věcí, pomůcek a léků, které si musí nakoupit (prostěradlo, roušky, vatu, injekční stříkačky, obvazy a další).

Ošetrovatelská specifika

Ukrajínští pacienti jsou velice ukáznění a nemají žádné speciální požadavky, emocionálně se příliš neprojevují. Rodinní příslušníci ve většině případů do nemocnice nedorazí, poněvadž nejsou přítomni v ČR. Jsou maximálně ochotní přizpůsobit se a pochopit režimové požadavky oddělení. Největším problémem při ošetřování ukrajinských pacientů je neschopnost kvalitní a produktivní komunikace v souvislosti s neznalostí jazyka.

Pozornost je nutno zaměřit na to, zda a kde jsou pojištěni (Špirudová, 2004, s. 65, Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 187, 188).

4.4 Judaismus

Židé věří v jednoho Boha. Považují se za vyvolený národ, z čehož jim vyplývají nejen privilegia, ale i povinnosti. Nejvýznamnějším náboženským spisem je v první řadě Tóra a po ní Talmud. Životní rytmus židů po celém světě určuje židovský kalendář. Je to kalendář lunární, měsíce odpovídají lunárnímu cyklu, svátky připadají vždy na tutéž fázi měsíce. Židé dodržují náboženské svátky a zvyklosti. Ortodoxní i konzervativní světí „šabat“ (od pátečního do sobotního západu slunce). V této době nebo v době hlavních židovských svátků mohou odmítnout hospitalizaci a lékařské zákroky, pokud nejsou nezbytné pro záchranu života (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 216, 217).

Ošetrovatelská specifika

Židovský zákon vyžaduje, aby židé vyhledávali kvalifikovanou medicínskou péči. Mohou využívat léky, přijímat krev a vakcíny, může u nich být provedena biopsie i amputace. Někteří ortodoxní židé věří, že celé Bohem dané tělo se musí vrátit do země, vyžadují tedy pochování jakéhokoliv tělesného orgánu. Pro ortodoxní židy je tedy dárcovství transplantátů nepřijatelné. Sestra musí zabezpečit, aby amputované končetiny či orgány byly odevzdány ortodoxním židovským rodinám, aby je mohly pochovat. Terapeuticky přerušené těho-

tenství je dovolené při ohrožení fyzického či psychického zdraví ženy. Potraty na požádání ženy se nepřipouštějí. Není povolena ani vasektomie.

Židé se řídí tzv. rituální způsobilostí KAŠRUT – bible předepisuje, které živé tvory je dovoleno jíst a které ne. Potraviny musí být označeny pro vegetariány a maso musí být označeno KOŠER. Znaky povolených savců jsou zcela rozpolcená kopyta a přežvykování potravy (hovězí dobytek, ovce, kozy...). Nesmí jíst vepře, velbloudy, koně, osly a hlodavce, masožravce, tlustokožce a vodní savce. Ryby smí pouze ty, které mají i ploutve i šupiny. Hlavním pravidlem kašrutu je přísné oddělení mléčné a masité stravy a přísný zákaz požívání krve. Kašrutem se řídí všichni ortodoxní Židé, ale ostatní již spoustu těchto zákazů a nařízení nedodržují.

Omytí rukou je povinné po probuzení ze spánku či po toaletě (musí si sundat i prsteny). Judaismus učí, že člověk nesmí být v nemoci a ve smrti opuštěn. Židé si velmi váží zdraví, vychází zdravotníkům vstříc (Špirudová, 2004, s. 66, 67).

4.5 Islám

Islám patří mezi tzv. světová náboženství. Je důsledně teocentrický a jeho základním teologickým dogmatem je jedinnost boží (tawhíd). Islám můžeme definovat jako monoteismus. Zakladatelem islámu je prorok Muhamed a svatou knihou korán. Počátky islámského náboženství datujeme do 7. století našeho letopočtu, rozšířeno je zejména na Blízkém a Středním východu, v severní Africe, jihovýchodní Asii, ale i v zemích bývalého Sovětského svazu (Cichá, Nováková 2007).

Pro všechny věřící islámu platí pět povinností, takzvaných „pět sloupů“ islámu:

1. vyznání víry
2. povinné modlitby
3. půst v měsíci ramadánu
4. daně chudým – dávky ve prospěch chudých a potřebných
5. pout' do Mekky by měl vykonat každý dospělý muslim, alespoň jedenkrát za život v případě, že si to může dovolit.

Věřící muslim se modlí pětkrát denně; v hodině před východem slunce, v poledne, odpoledne, po západu slunce a v noci (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2006, s. 217, 218).

Jídlo je v islámské kultuře přikládána velmi vysoká důležitost a velmi úzce souvisí s pohostinností. Korán zakazuje konzumovat vepřové maso a všechny výrobky z vepřového masa včetně sádla a pokrmů připravených na sádle. Ortodoxní muslim nepoužije ani nůž, s nímž bylo vepřové maso krájeno. Maso ze zvířat, které muslimové mohou jíst, má být ze zvířat porážených nikoliv běžným způsobem, nýbrž dle islámských pravidel speciálním způsobem (halal nebo zabiha), kdy nechají porážené zvíře vykrváčet. Při sestavování jídelníčku dávají přednost drůbežímu a hovězímu masu. Pokud možno se vyhýbají mletému masu (nedůvěřují tomu, že neobsahuje také vepřové). Jinak na úpravě nezáleží, maso může být uvařené, pečené, případně s omáčkou apod. Pro mnohé muslimy je jednou z možností, aby v nemocničním zařízení přijímali vegetariánskou stravu. Z mořských živočichů mohou jíst muslimové všechny druhy ryb, které mají šupiny a některé měkkýše jako např. humry, garnáty. Muslimové nesmějí konzumovat alkoholické nápoje, ani nápoje, do nichž je alkohol přimíchán. Nesmějí jíst ani pokrmy, které byly připravovány na alkoholu (Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur, s. 76, 77).

Ošetřovatelská specifika

Nemocnému člověku je povoleno modlení třikrát denně. Za urážku je považováno, pokud někdo předchází před toho, kdo se modlí. Postačí symbolické omývání. Nepostradatelné pro modlitbu jsou modlitební kobereček a korán (nesmí se na ně nic pokládat, nesmí se jich dotýkat někdo se znečištěnými rukama od krve nebo moče).

Při vyšetření ženy-klientky – vyšetřuje a léčí žena-lékařka (nelze-li zajistit, dává manžel souhlas s vyšetřením ženy a je rovněž při vyšetření).

Novorozenec po porodu je v prvních minutách vykoupán a předán matce, novorozenci je do pravého ucha zašeptána výzva k modlitbě a do levého ucha začátek modlitby.

Povoleno je podávat krev, použít všechny prostředky k záchraně života muslima či k prodloužení jeho života. Je povolena transplantace orgánů od živého dárce, je zakázána transplantace orgánu z mrtvého těla živému příjemci v případě, že chybí souhlas dárce v době jeho života a souhlas rodiny zemřelého.

Vzhledem k tomu, že muslimové nesmí požívat alkohol, je nutné mít na zřeteli, že se alkohol ale může vyskytovat v některých lécích. V tomto případě se snažíme o náhradu lékem jiným. Muslimové k jídlu používají jen pravou ruku (levá ruka se používá k tzv. nečistým

úkonům). Chléb nikdy nekrájí, ale lámou jej. Nesmíme zapomínat ani na to, že nikdy nevytléváme vodu ze skleničky, neboť muslimové ji vždy dopíjejí (Tančous, 2009, s. 29).

Muslim, který umírá, sedí nebo leží s tváří obrácenou k Mekce (otočit tím směrem lůžko je s vděčností přijímáno), u lůžka umírajícího jsou rodinní příslušníci, stařešinové muslimské komunity, duchovní-morální podpora, po smrti se zakazuje kremace. Pitva je zakázána (Nováková, 2008, s. 109, 110).

Vyjádření bolesti u těchto pacientů je intenzivnější, hlasitější a zřetelnější více než u pacientů české národnosti, to se týká i projevů neverbálních. Pacienti očekávají podporu a pozornost. Často pomůže dobrá domluva nebo gesta útěchy. Hlasité vyjadřování bolesti vždy neznamená, že si pacient přeje dostat lék od bolesti (Špirudová, 2004, s. 81, 82).

4.6 Buddhismus

Buddhismus vznikl v severní Indii před 2500 lety a nabízí metodu pochopení světa a toho, co se v něm děje. Buddhisté často staví svůj život na pěti předpisech vycházejících z Budhova učení: neublížovat žádným živým bytostem, nebrat, co člověk nedostal, nelhat a neříkat nic krutého, nepít alkohol a nebrat drogy. Většina buddhistů jsou vegetariáni, protože jsou přesvědčeni, že zabíjet je špatné (Self, 2008, s. 78 – 89).

Ošetrovatelská specifika

Buddhisté se vyhýbají užívání léků, transfuzi krve a očkování. V obecné míře nemají buddhisté žádné stravovací omezení, přestože příslušníci některých sekt jsou přísní vegetariáni. Nekouří, nepijí alkohol a neužívají drogy. Slaví své svátky, tyto dny je dobré se s takovým pacientem domluvit, zda si v tento den můžeme provést vyšetření, testy nebo léčebné procedury (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 780).

Čoudová v roce 2007 ve své diplomové práci uvádí, že buddhisté nezavrhují transplantaci orgánů, mohou být dárci i příjemci. Neodpouštějí odnětí života v jakékoli formě, ale pokud se nemocný už nemůže uzdravit a nemůže dále usilovat směrem k osvícení, může být daný souhlas k eutanazii. Potrat připouští jen ze závažných zdravotních důvodů.

Meditace je složkou buddhismu, vede ke štěstí v tomto životě a k blahu v příštím zrození. Meditace nevyžaduje žádnou zvláštní polohu, buddhisté ji mohou provádět v sedu po orientálním způsobu, při chůzi, vleže na lůžku, je-li člověk nemocen nebo nechce dávat najevo, že medituje. Zdravotnický personál, by měl respektovat přítomnost materiálních věcí,

kteří slouží k meditaci. Jedná se např. o obrázek, sošku Buddhy a malbu (buddhistický „růženec“). Tento „růženec“ je modlitební šňůra se 108 perlami/korálky.

Buddhistické pohřební zvyky se liší zem od země. U buddhistů by mělo být ve chvíli, kdy člověk umírá, uloženo tělo do polohy zvané „spící lev“, do pozice, v níž vydechl naposledy Buddha. Buddhisté uznávají pochování do země i kremaci (Čoudová, 2007, s. 95 – 97).

4.7 Hinduismus

Hinduismus, jedno z nejstarších náboženství nemá žádného zakladatele ani učitele a jedná se o souhrn náboženských směrů vzešlých z jedné tradice. Dnes je to třetí nejpočetnější náboženství s více jak 900 miliony věřících po celém světě. Mezi hinduisty existují velmi silná rodinná pouta. V jedné rodině žijí často pohromadě prarodiče, tety a strýcové. Hinduismus má mnoho různých souborů svatých písem. Nejstarší texty se nazývají „védy“. Hinduisté většinou vstávají brzo ráno a koupou se. Nejedí hovězí a mnozí z nich jsou vegetariáni (Self, 2008, s. 62 – 77).

Ošetrovatelská specifika

Nemoc považují za trest za špatné chování v minulém životě. Většina Hindů má respekt k lékařské péči, ale je nutné věnovat pozornost užívání léků. Velká pozornost musí být věnována diabetikům, kteří si nechtějí aplikovat inzulin, k jehož výrobě se používají zvířata. V rámci hygienické péče preferují sprchu. Věří v reinkarnaci (Nursing Times Net, 2002, on-line, vlastní překlad).²

Při podávání léků by se sestra měla vyvarovat podle možností dotyku úst. Hinduisté mají specifické rituály při umírání. Kněz nalévá vodu do úst zemřelého a okolo zápěstí nebo krku mu uváže provázek, který znamená požehnání. Tento provázek nesmíme sundat (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 781).

²<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/nursing-with-dignity-part-7-hinduism/206286.article>

4.8 Svědkové Jehovovi

Svědkové Jehovovi jsou známí svým odmítáním krevní transfuze a vojenské služby (i náhradní). Nyní mají asi 17 000 členů. K povinnostem Svědků Jehovových patří činnost průkopníků, tzn. získávání nových členů pro svou víru, s čímž mnoho lidí učinilo vlastní zkušenost. Obě tyto sekty vznikly v minulém století v USA, ale rozšířily se po celém světě (Vágnerová, 1999, s. 385).

Svědkové Jehovovi žijí zdravým životním stylem, do kterého samozřejmě patří i zdravý způsob stravování. Maso, které nebylo zbaveno krve, je zakázáno jíst (např. zvířata zabitá zastřelením, bodnutím či zardoušením, pokud nejsou zbavena krve) a pokrmy obsahující krev jsou také zakázány (např. zabijačkové pokrmy). To znamená, že mnoho jídel běžně konzumovaných v naší společnosti je pro Svědky Jehovovy nepřijatelných. Výjimkou je ryba, která může být konzumována i bez toho, aby se čekalo na její dokonalé vykrvácení.

Ošetrovatelská specifika

Pokud jde o zdravotnictví, tak veškerou novou techniku Svědkové Jehovovi uznávají, vyhledávají ji a chtějí o ní mít co nejvíce informací. Zdravotní péči tedy akceptují a hledají tu nejkvalitnější. Zdravotnické služby nezneužívají. Doporučení zdravotníků dodržují. Uzdravování vírou považují za nepřijatelné. Víra jim však v době nemoci velmi pomáhá, proto si často čtou v Bibli. Užívání medikamentů je přijatelné. To vše samozřejmě s jednou podmínkou a to, že jim nebude aplikována krevní transfuze.

Eutanazii nepodporují. Proti pitvě v zákonem stanovených případech, pohřbení do země a kremaci nemají námitek.

Mezi Svědky Jehovovými je obvyklé, že si při setkání vždy podávají ruku. K tomuto gestu užívají ruku pravou. Zároveň by nás nemělo překvapit, že se mezi sebou oslovují „bratře“ a „sestro“ (Braunová, 2009, s. 19 – 29).

5 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR CIZINCŮM

V roce 2009 vyhledalo lékařskou péči v nemocnicích všech rezortů v České republice celkem 78 665 cizinců, z tohoto počtu bylo 37 951 osob ze zemí Evropské unie. Tyto počty jsou srovnatelné s údaji za rok 2008 a mírně vyšší než v předešlých letech. Z pohledu územního rozložení bylo nejvíce cizinců ošetřeno v nemocnicích v Praze, a to 33 810. Na dalších místech v počtu ošetřených cizinců jsou kraje Karlovarský (9 798), Jihomoravský (7 857) a Plzeňský (3 839), což odpovídá koncentraci ekonomiky a turistického ruchu do těchto oblastí. Nejnižší počty cizinců, kterým byla poskytnuta zdravotní péče, vykázaly za rok 2009 kraje Zlínský (805), Pardubický (1 059) a Vysočina (1 067). Nejčastěji ošetřovanými cizinci v ČR v roce 2009 byli občané Slovenské republiky, kterých bylo 15 918. Dále kategorie „ostatní“, která představuje 11 772 osob, následují Ukrajinci (11 077), Vietnamci (6 512) a Němci (5 916).

5.1 Zdravotní stav migrantů

Výzkumy přinesly určité poznatky o zdraví a zdravotních problémech migrantů. Příčinou hospitalizace byl nejčastěji pracovní úraz. Cizinci nebyli dostatečně poučeni o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP), především díky jazykové bariéře. Navíc většina z nich vykonávala v ČR zcela jinou práci, než byla jejich původní profese. Na ohrožení duševního zdraví poukázaly nálezy u cizinců hospitalizovaných na psychiatrických odděleních. Nejčastější příčinou hospitalizace byla závislost na alkoholu a s ní související psychiatrické poruchy. Byl pozorován nárůst počtu psychiatrických pacientů ze států bývalého SSSR a z Polska. Jednalo se převážně o muže v aktivním věku. Společným jmenovatelem byl alkoholismus a s ním související zdravotní problémy. Druhou nejčastější příčinou byla deprese a poruchy adaptace (Hnilicová, Dobiášová, 2009, on-line).³

5.2 Čerpání zdravotní péče cizinci ve Zlínském kraji v roce 2009

Největší počet 372 (46,2 %) zahraničních pacientů pocházelo ze Slovenska a dále z Německa 59 (7,3 %). Nejvíce cizinců čerpalo zdravotní péči v okresech Zlín 449 (55,8 %) a

³ http://www.eifzvip.cz/dokumenty/Zprava_o_stavu_zdravi_migrantu_v_CR.pdf

Vsetín 203 (25,2 %). Ke snížení počtu pacientů proti minulému roku došlo ve všech okresech kraje. Zdravotní péče byla poskytována nejčastěji cizincům v produktivním věku 20 – 59 let, celkem 542 osobám, což představuje 67,3 % ze všech věkových skupin. Podle národnosti převažovali v této věkové skupině Slováci (268 osob). Ke konci roku 2009 zůstalo neuhrazeno po lhůtě splatnosti 811 tisíc Kč, což představuje 15,4 % z celkových nákladů na zdravotní péči o cizince (Čerpání zdravotní péče cizinci ve Zlínském kraji v roce 2009. *UZIS ČR* [online]).⁴

⁴ www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pece-cizinci-zlinskem-kraji-roce-2009

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA

6.1 Průzkumný problém

Díky vlastním zkušenostem z praxe, kdy je vzrůstající trend zásahů u pacientů/zraněných cizinců a národnostních menšin, získání základních informací, prostudováním příslušné literatury, odborných článků, účastí na konferencích a zájmem kolegů, byla stanovena problémová oblast - **poskytování multikulturní péče v přednemocniční neodkladné péči.**

6.2 Stanovení cílů

Cíl 1: Zjistit, zda se pracovníci Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje (dále jen ZZS ZK) orientují v problematice multikulturního ošetřovatelství, zda jsou připraveni pečovat pacienta/zraněného z jiné země či pacienta/zraněného s odlišným kulturním nebo náboženským cítěním.

Cíl 2: Zjistit, zda se více v problematice orientují ženy nebo muži a zda je rozdíl v závislosti na vzdělání.

Cíl 3: Zjistit, které odlišnosti jim nejvíce dělají potíže.

Cíl 4: Zjistit jazykovou vybavenost pracovníků ZZS ZK a rozdíly ve věkových skupinách a pracovních pozicích.

Cíl 5: Zjistit, zda by záchranáři uvítali v praxi univerzální komunikační karty vhodné pro první kontakt a vyšetřování pacienta/zraněného v PNP a vypracovat tyto karty.

6.2.1 Požadavky na soubor respondentů

Soubor respondentů tvoří zdravotničtí pracovníci ZZS ZK, ženy i muži, lékaři, zdravotničtí záchranáři, řidiči záchranáři. Respondenti souhlasí s účastí na průzkumovém šetření.

6.3 Metodika průzkumového šetření

K získání informací o zvolené problematice oslovených respondentů byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník je nejrozšířenější výzkumnou technikou získávání dat. Je to technika nepřímého získávání empirických informací s použitím dopředu formulovaných otázek (položek). Tato metoda je ze všech výzkumných technik nejméně časově náročná a obsahuje velký počet zkoumaných osob, shromáždí relativně jednoduché údaje od velkého počtu osob (Jarošová, 2006, s. 11).

6.3.1 Struktura dotazníku

Dotazník obsahoval 23 položek, z toho osm otázek otevřených, kde se mohli respondenti volně vyjádřit, šest polootevřených s nabídkou výběrových odpovědí a s možností vlastního doplnění a devět otázek uzavřených (jedna otázka diatonická, jedna trichtonická a sedm výběrových). Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze (příloha P VI).

Úvod byl zaměřen na oslovení respondentů, představení se a objasnění k jakému účelu průzkum slouží. V úvodu také byla zdůrazněna anonymita, využití dat jen pro bakalářskou práci a poděkování za ochotu a spolupráci.

- Otevřené otázky – 5, 7, 9, 12, 13, 17, 22, 23.
- Polootevřené otázky – 4, 10, 14, 18, 19, 21.
- Uzavřené otázky – 1, 2, 6, 8, 11, 14, 15, 16, 21.

6.4 Organizace průzkumu

Průzkumovému šetření předcházelo sestavení dotazníku, poté jeho schválení vedoucí práce Mgr. Annou Krátkou, Ph.D. Na základě podnětných připomínek byla pracovní verze dotazníku upravena.

Po schválení dotazníku byla provedena pilotní studie u šesti respondentů. Z každé výběrové skupiny – řidič záchranář, zdravotnický záchranář a lékař výjezdových skupin, byli do pilotní studie zařazeni dva respondenti z každé výběrové skupiny. Respondenti byli požádáni o vyplnění a připomínky k dotazníku, týkající se srozumitelnosti, formulaci otázek apod. Na základě pilotní studie a připomínek doznal dotazník úpravy. Z původních 28 otázek byl dotazník zestručněn na 23 položek. Z primární uzavřené otázky č. 12, týkající se

definice kulturního šoku, byla utvořena otázka otevřená s možností volného vyjádření respondenta. Po závěrečných úpravách bylo provedeno zhotovení a distribuce dotazníku na jednotlivá pracoviště.

Samotný průzkum probíhal od poloviny listopadu do konce prosince 2010. Na jednotlivé oblasti ZZS ZK (Kroměříž, Uherské Hradiště, Valašské Meziříčí, Vsetín a Zlín) byly distribuovány dotazníky prostřednictvím vrchních sester. Bylo rozdáno celkem 150 dotazníků.

Z celkového počtu 150 (100 %) distribuovaných dotazníků bylo po vyplnění vráceno 141 (94,00 %) dotazníků.

6.5 Zpracování získaných dat

Data získaná z dotazníku byla zpracována do programu Microsoft Excel 2007. Výsledky průzkumového šetření byly převedeny do tabulek četností, které byly doplněny o výpočty relativní četnosti. V práci byly použity **dva typy grafů**. Ke srovnávacím metodám, zachycující změny k porovnání jednotlivých položek byl použit **graf sloupcový** a **graf výsečový** zobrazující vztah nebo poměr jednotlivých částí celku.

Absolutní četnost (n) v tabulce označuje počet respondentů nebo počet stejných odpovědí z nabídnutých možností. Vždy je upřesněno v komentáři u jednotlivé tabulky.

Relativní četnost (r %) v tabulce informuje o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na uvedenou dílčí hodnotu.

Z celkového počtu 141 (100 %) vrácených vyplněných dotazníků bylo do konečného průzkumového šetření zařazeno 134 (95,03 %) dotazníků. Zbývajících 7 (4,96 %) bylo z průzkumového šetření vyřazeno pro neúplnost nebo nevhodné odpovědi.

Dotazníky zařazené do pilotní studie nebyly zahrnuty do průzkumového šetření.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V následující části jsou prezentovány výsledky zjištěných dat, seřazených dle pořadí uváděných v dotazníku. Tabulky a grafy řazeny přímo v textu.

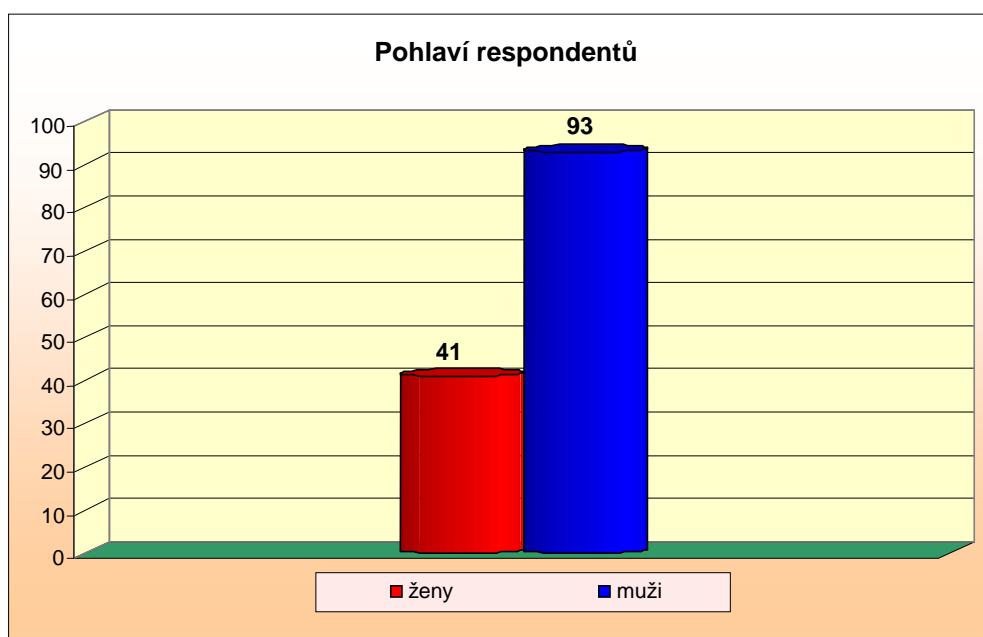
Absolutní četnost: n

Relativní četnost: r (%)

Dotazníková položka č. 1: **Vaše pohlaví**

Odpověď	n	r (%)
Ženy	41	30,60
Muži	93	69,40
Celkem	134	100

Tabulka 1 Pohlaví respondentů



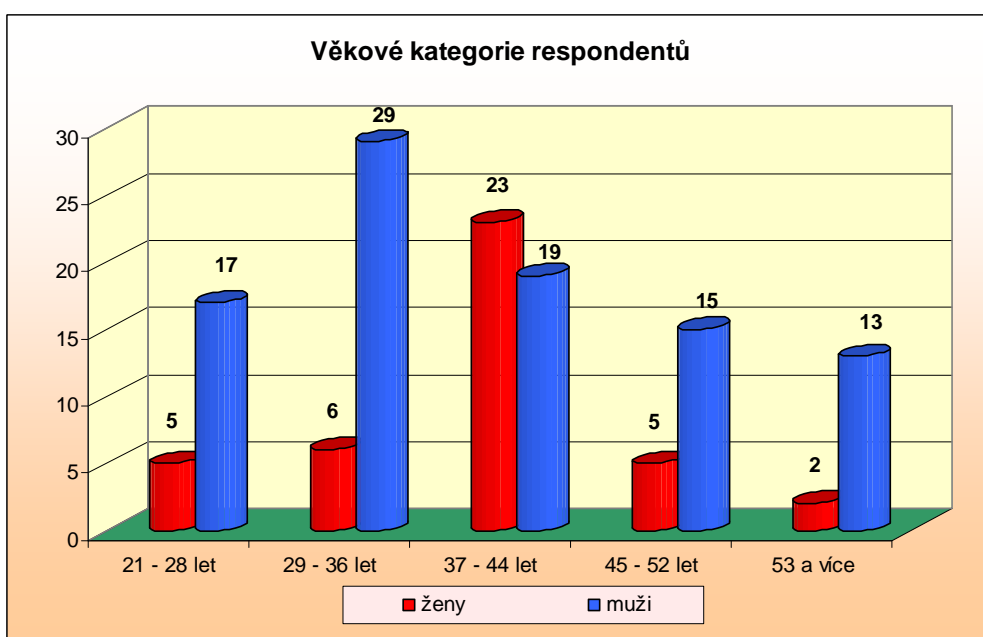
Graf 1 Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 134 respondentů (100 %) bylo 41 (30,60 %) žen a 93 (69,40 %) mužů.

Dotazníková položka č. 2: **Váš věk**

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
21 - 28 let	5	12,20	17	18,28	22	16,42
29 - 36 let	6	14,62	29	31,18	35	26,12
37 - 44 let	23	56,10	19	20,43	42	31,34
45 - 52 let	5	12,20	15	16,13	20	14,93
53 a více	2	4,88	13	13,98	15	11,19
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 2 Věkové kategorie respondentů



Graf 2 Věkové kategorie respondentů

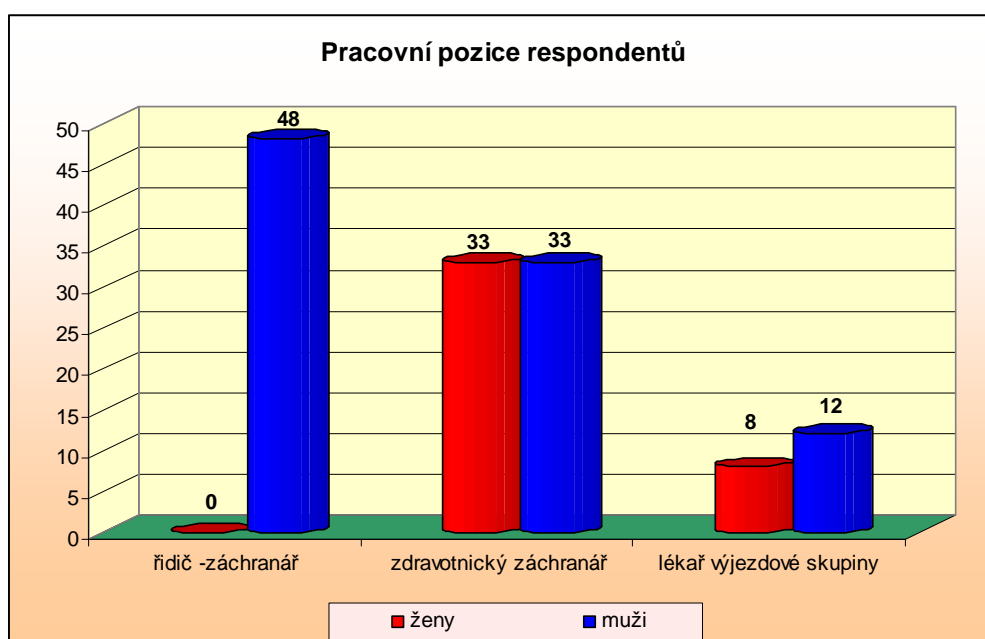
Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů je 22 (16,42 %) respondentů ve věkové kategorii 21 – 28 let, 35 (26,12 %) respondentů ve věkové kategorii 29 – 36 let, 42 (31,34 %) respondentů ve věkové kategorii 37 – 44 let, 20 (14,93 %) respondentů ve věkové kategorii 45 – 52 let a 15 (11,19 %) ženy ve věkové kategorii 53 a více let.

Nejpočetněji zastoupená věková kategorie je 37- 44 let, kterou tvoří 23 (56,10 %) žen a 42 (31,34 %) mužů. Naopak nejméně zastoupenou věkovou kategorií je věková kategorie od 53 let a více. Tuto kategorii respondentů tvoří 2 (4,88 %) ženy a 13 (13,98 %) mužů.

Dotazníková položka č. 3: Uved'te, prosím, na jaké pracovní pozici pracujete.

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Řidič -záchranář	0	0	48	51,61	48	35,82
Zdravotnický záchranář	33	80,49	33	35,48	66	49,25
Lékař výjezdové skupiny	8	19,51	12	12,91	20	14,93
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 3 Pracovní pozice respondentů



Graf 3 Pracovní pozice respondentů

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů 48 (35,82 %) respondentů pracuje na pozici řidič-záchranář, 66 (49,25 %) respondentů pracuje na pozici zdravotnický záchranář a 20 (14,93 %) respondentů pracuje na pozici lékař výjezdových skupin. Z průzkumu vyplývá, že nejpočetnější část respondentů je z řad zdravotnických záchranářů, a to ve zcela shodném poměru 33 zdravotnických záchranářů žen a 33 zdravotnických záchranářů mužů.

Dotazníková položka č. 4: **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je.**

Odpověď Vzdělání	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Základní	0	0	1	1,08	1	0,75
Vyučen v oboru	0	0	15	16,13	15	11,19
SZŠ	2	4,88	1	1,08	3	2,23
SZŠ + PSS	23	56,1	10	10,75	33	24,63
Střední odborná škola	1	2,44	31	33,33	32	23,88
VOŠZ	6	14,62	17	18,27	23	17,16
VOŠ	0	0	1	1,08	1	0,75
VŠ Bc.	1	2,44	3	3,22	4	2,98
VŠ Mgr.	0	0	1	1,08	1	0,75
VŠ MUDr.	8	19,51	12	12,90	20	14,93
Jiné	0	0	1	1,08	1	0,75
Celkem	41	100	93	100	134	100

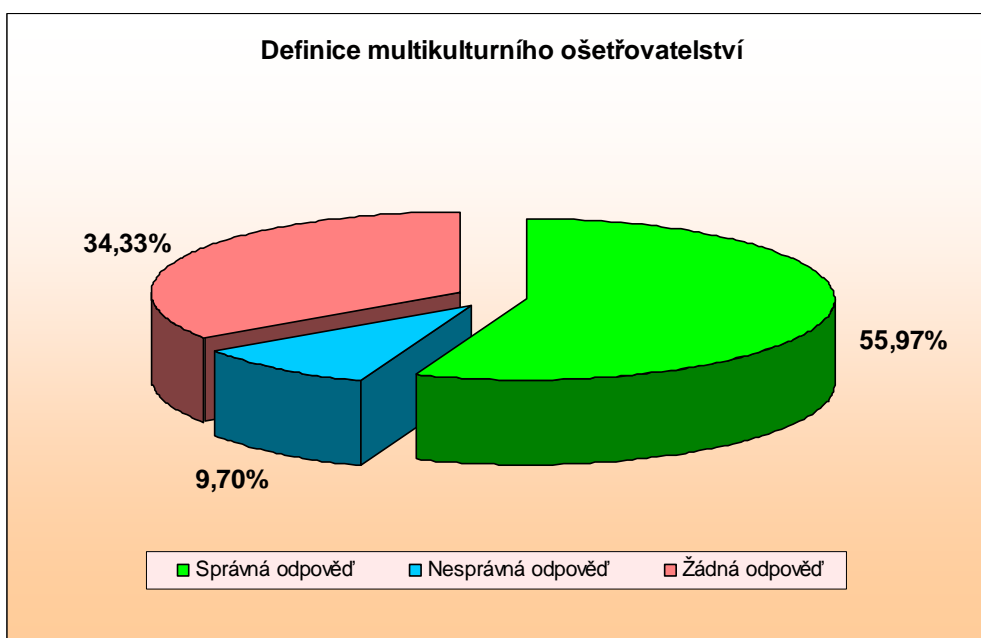
Tabulka 4 **Nejvyšší dosažené vzdělání**

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů má základní vzdělání 1 (0,75 %) respondent, vyučeno v oboru je 15 (11,19 %) respondentů, střední zdravotnickou školu bez PSS uvedli 3 (2,23 %) respondenti, střední zdravotnickou školu a pomaturitní vzdělání uvedlo 33 (24,63 %) respondentů, střední odbornou školu uvedlo 32 (23,88 %) respondentů, vyšší odbornou školu zdravotnickou uvedlo 23 (17,16 %) respondentů, jinou vyšší odbornou školu má 1 (1,08 %) respondent, vysokou školu v bakalářském programu uvedli 4 (2,98 %) respondenti, vysokou školu v magisterském programu má 1 (0,75 %) respondent, 20 (14,93 %) respondentů uvedlo vzdělání MUDr. a 1 (0,75 %) respondent uvedl jiné vzdělání, které přesněji nspecifikoval.

Dotazníková položka č. 5: Pokuste se svými slovy definovat pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství.

Odpověď	<i>n</i>	<i>r</i> (%)
Správná odpověď	75	55,97
Nesprávná odpověď	13	9,70
Žádná odpověď	46	34,33
Celkem	134	100

Tabulka 5 Definice multikulturního ošetrovatelství



Graf 4 Definice multikulturního ošetrovatelství

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů dokázalo 75 (55,97 %) respondentů správně definovat multikulturní ošetrovatelství, 13 (9,70 %) respondentů definovalo multikulturní ošetrovatelství nesprávně a 46 (34,33 %) respondentů uvedlo, že neví nebo nevedli žádnou odpověď.

Za správnou odpověď bylo možné považovat odpovědi respondentů, kteří odpovídali, že se jedná o problematiku léčení, péče, ošetrování cizinců, národů, menšin.

Správná odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Vzdělání						
Základní	0	0	0	0	0	0,00
Vyučen v oboru	0	0	2	4,35	2	2,67
SZŠ	0	0	1	2,17	1	1,33
SZŠ + PSS	15	51,72	8	17,39	23	30,67
Střední odborná škola	0	0	12	26,09	12	16,00
VOŠZ	6	20,69	17	36,96	23	30,67
VOŠ	0	0	0	0	0	0,00
VŠ Bc.	1	3,45	3	6,52	4	5,33
VŠ Mgr.	0	0	1	2,17	1	1,33
VŠ MUDr.	7	24,14	2	4,35	9	12,00
Jiné	0	0	0	0	0	0,00
Celkem	29	100	46	100	75	100

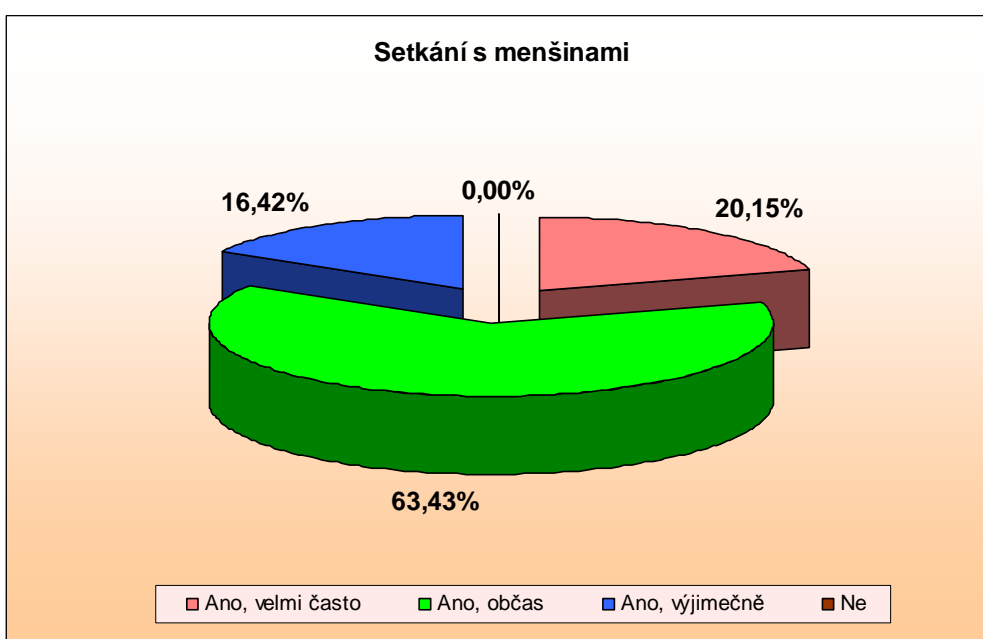
Tabulka 6 Správná odpověď v závislosti na pohlaví a vzdělání

Z celkového počtu 75 (100 %) správných odpovědí multikulturní ošetrovatelství správně definovali 2 (2,67 %) respondenti vyučení v oboru, 1 (1,33 %) respondent se SZŠ, taktéž správně definovalo 23 (30,67 %) respondentů se SZŠ a PSS, 12 (16,00 %) respondentů se střední odbornou školou, 23 (30,67 %) respondentů s VOŠZ, 4 (5,33 %) respondenti s vysokoškolským vzděláním bakalářského programu, 1 (1,33 %) respondent magisterského studia a 9 (12,00 %) respondentů uvedli vzdělání MUDr. Je zcela nemožné si nevšimnout zajímavé shody u kategorie zdravotnických záchranářů se SZŠ + PSS a zdravotnických záchranářů s VOŠZ vzděláním. Tato shoda mne mile překvapila, zde jsem předpokládala výraznou znalostní převahu diplomovaných specialistů VOŠZ, kde je již předmět multikulturního ošetrovatelství zařazen do učebních osnov.

Dotazníková položka č. 6: **Setkáváte se s příslušníky národnostních menšin nebo jiných odlišných kultur?**

Odpověď	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano, velmi často	27	20,15
Ano, občas	85	63,43
Ano, výjimečně	22	16,42
Ne	0	0,00
Celkem	134	100

Tabulka 7 Setkání s národnostními menšinami



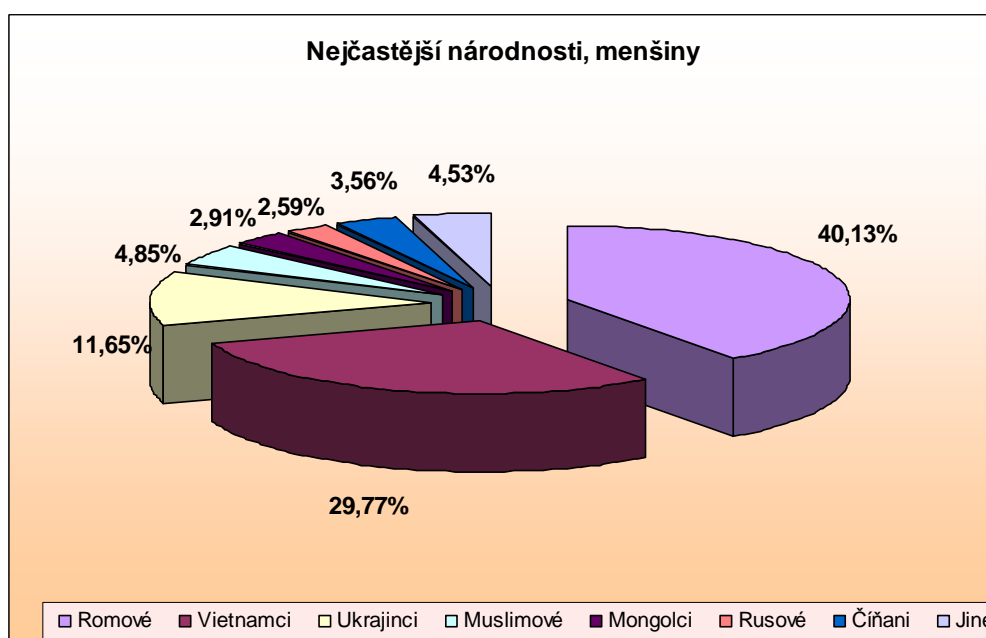
Graf 5 Setkání s národnostními menšinami

Všech 134 (100 %) respondentů uvedlo, že se setkali s národnostními menšinami. Z toho 27 (20,15 %) respondentů uvedlo, že se setkává s menšinami velmi často, 85 (63,43 %) respondentů uvedlo, že se setkává s menšinami občas a 22 (16,42 %) respondentů uvedl, že výjimečně.

Dotazníková položka č. 7: **Jestliže jste se již setkal/a s příslušníky jiných kultur, menšin, vyjmenujte je. (možnost více odpovědí)**

Odpověď	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Romové	124	40,13
Vietnamci	92	29,77
Ukrajinci	36	11,65
Muslimové	15	4,86
Mongolci	9	2,91
Rusové	8	2,59
Číňané	11	3,56
Jiné	14	4,53
Celkem	309	100

Tabulka 8 Nejčastější národnosti, menšiny



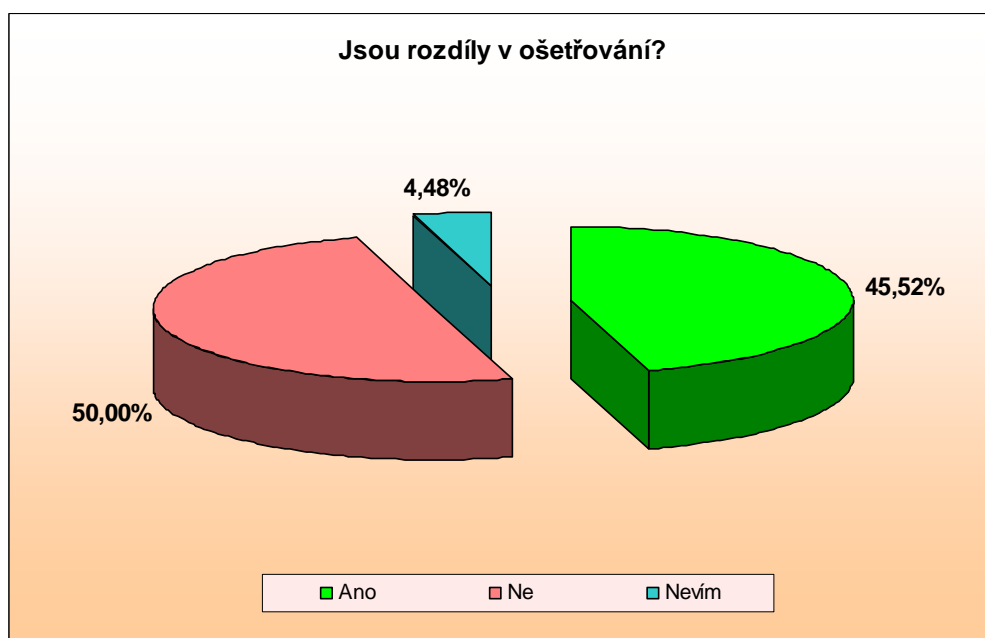
Graf 6 Nejčastější národnosti, menšiny

Z celkového počtu 309 (100 %) využitých možností odpovědí se nejčastěji respondenti setkávají s Romy 124 (40,13 %), pak s Vietnamci 92 (29,77 %). S Ukrajinci se setkala 36 (11,65 %) respondentů, 15 (4,86 %) respondentů se setkala s muslimy, 9 (2,91 %) respondentů s mongolskou menšinou, 8 (2,59 %) respondentů se setkala s Rusy, 11 (3,59 %) respondentů uvedlo setkání s čínskou menšinou a 14 (4,53 %) uvedlo jiné národnostní menšiny.

Dotazníková položka č. 8: **Je podle Vás rozdíl mezi ošetřováním pacienta/zraněného z ČR a ošetřováním pacienta/zraněného odlišné kultury?**

Odpověď	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	61	45,52
Ne	67	50,00
Nevím	6	4,48
Celkem	134	100

Tabulka 9 Jsou rozdíly v ošetřování?



Graf 7 Jsou rozdíly v ošetřování?

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů uvedlo 61 (45,52 %), že jsou rozdíly v ošetřování pacienta/klienta odlišné kultury, 67 (50,00 %) respondentů uvedlo, že nejsou rozdíly a 6 (4,48 %) respondentů neví, zda jsou rozdíly v ošetřování pacienta/zraněného odlišné kultury.

Dotazníková položka č. 9: **Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte, v čem jsou patrné rozdíly.**

Z celkového počtu 61 (100 %) respondentů, kteří uvedli, že jsou rozdíly v ošetřování, byly nejčastější odpovědi tyto:

„Jazyková bariéra“

„Neumí česky, komunikační bariéra. Neumí se domluvit, neznají češtinu“

„Jazyková bariéra, neumím se domluvit, takže problém je ve mně.“

„Mají jiné zvyky v přístupu k vyšetření.“

„Pozor, jiná gesta, narazil jsem.“

„Rozdílně vnímají bolest, jsou přecitlivělí.“

„Nejsou pojištěni a nemají peníze na zaplacení, pak cíleně nerozumí.“

„Například u muslimů při vyšetření - vždy lékař stejného pohlaví. Ale kde chcete brát lékaře?“

„Jazyková bariéra na prvním místě, rozdílné bolestivost, vyžadují přednostní ošetření (hlavně Romové).“

„Nespolupráce a nerozumí. Je pravda, že já taky neumím žádnou řeč a o jejich kultuře nevím skoro nic. Maximálně, že jsou teroristi.“

Jak vyplývá z lehkého nástřelu odpovědí, největším rozdílem v ošetřování pacientů/klientů je pochopitelně jazyková bariéra a neznalost kulturních odlišností vnímání zdraví a nemoci.

Dotazníková položka č. 10: **Uveďte stupeň své znalosti světových jazyků.** (možnost více odpovědí)

Odpověď	Řidiči		Záchranáři		Lékaři		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ang. pasivně	14	18,67	20	16,95	6	13,64	40	16,88
Ang. aktivně	3	4,00	13	11,02	5	11,36	21	8,86
Ang. aktivně i písmem	1	1,33	8	6,78	6	13,64	15	6,33
Něm. pasivně	18	24,00	24	20,34	1	2,27	43	18,14
Něm.aktivně	3	4,00	3	2,54	6	13,64	12	5,06
Něm. aktivně i písmem	2	2,67	6	5,08	1	2,27	9	3,80
Rusky pasivně	22	29,33	27	22,88	7	15,91	56	23,63
Rusky aktivně	2	2,67	7	5,93	7	15,91	16	6,75
Rusky aktivně i písmem	3	4,00	3	2,54	2	4,55	8	3,38
Franc. pasivně	2	2,67	2	1,69	1	2,27	5	2,11
Franc. aktivně	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Franc. aktivně i písmem	0	0,00	0	0,00	1	2,27	1	0,42
Jiný pasivně	1	1,33	2	1,69	1	2,27	4	1,69
Žádný	4	5,33	3	2,54	0	0,00	7	2,95
Celkem využitých odpovědí	75	100	118	100	44	100	237	100

Tabulka 10 Jazyková zdatnost respondentů

Z celkového počtu 237 (100 %) uvedených odpovědí 40 (16,88 %) respondentů ovládá anglický jazyk pasivně, 21 (8,86 %) respondentů ho ovládá aktivně a 15 (6,33 %) respondentů aktivně i písmem. Nejpočetnější skupinou, která ovládá anglický jazyk aktivně i písmem je skupina 6 (13,64 %) lékařů. Dále z celkového počtu 237 (100 %) uvedených odpovědí 43 (18,14 %) respondentů uvedlo, že ovládá německý jazyk pasivně, 12 (5,06 %) respondentů německý jazyk aktivně a 9 (3,80 %) respondentů uvedlo, že zvládají německý jazyk aktivně slovem i písmem. Německy aktivně slovem i písmem jsou nejlépe vybaveni zdravotničtí záchranáři v zastoupení 6 (5,08 %) respondentů. Ruský jazyk pasivně z celkového počtu 237 (100 %) odpovědí zvládá 56 (23,63 %) respondentů, aktivně slovem uvedlo 16 (6,75 %) respondentů a aktivně slovem i písmem uvedlo znalost 8 (3,38 %) respondentů. Francouzský jazyk pasivně ovládá 5 (2,11 %) respondentů, aktivně slovem 0 (0 %) respondentů a aktivně slovem i písmem uved 1 (0,42 %) respondent. Jiný jazyk – jazyk slovenský, pasivně uvedli 4 (1,69 %) respondenti. Z celkového počtu možných odpovědí 237 (100 %), uvedlo 7 (2,95 %) respondentů, že neovládá žádný cizí jazyk.

	21 - 28 let		29 - 36 let		37 - 44		45 - 52 let		53 a více		Celkem	
	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)	n	r	n	r (%)
Anglicky	18	45,00	22	35,48	22	33,33	9	22,50	5	17,23	76	32,07
Německy	13	32,50	21	33,87	14	21,21	8	20,00	8	27,59	64	27,00
Ruský	5	12,50	16	25,81	27	40,91	18	45,00	14	48,28	80	33,76
Franc.	3	7,50	1	1,61	0	0,00	2	5,00	1	3,45	7	2,95
Jiný	0	0,00	0	0,00	1	1,52	1	2,50	1	3,45	3	1,27
Žádný	1	2,50	2	3,23	2	3,03	2	5,00	0	0,00	7	2,95
Celkem	40	100	62	100	66	100	40	100	29	100	237	100

Tabulka 11 Jazyková zdatnost respondentů ve věkových kategoriích

Z celkového počtu uvedených odpovědí 237 (100 %) je nejvíce zastoupen 80 (33,76 %) odpověďmi jazyk ruský, následuje jazyk anglický 76 (32,07 %) odpovědí respondentů, na třetí příčce je jazyk německý 64 (27,00 %) odpovědí, francouzský jazyk ovládá 7 (2,95 %) respondentů, tak též 7 (2,95 %) respondentů neovládá žádný jazyk a jiný jazyk (slovenský) ovládají 3 (1,27 %) respondenti.

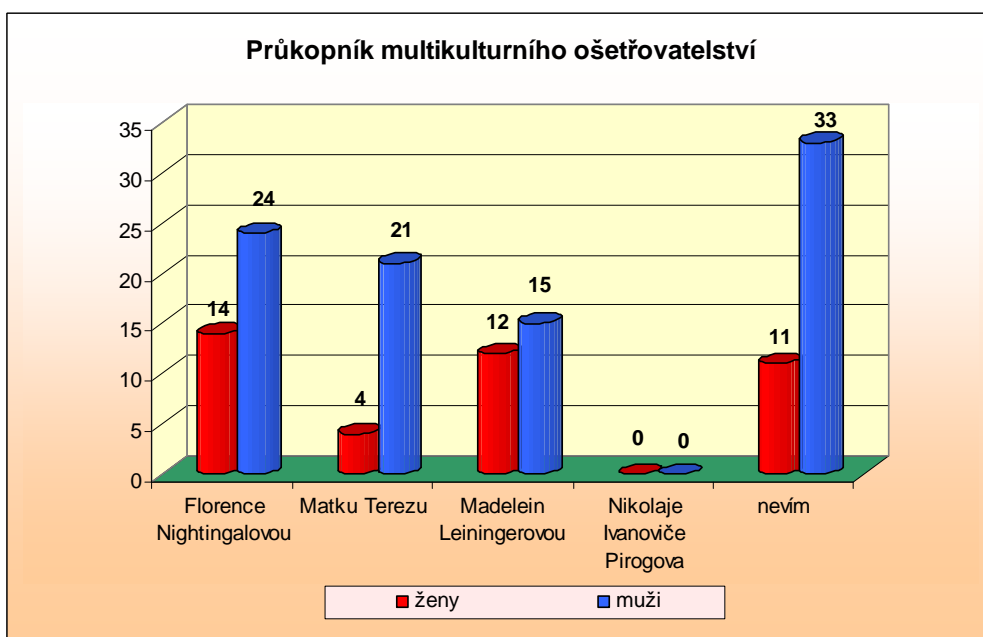
Ve věkové kategorii 21 - 28 let je anglický jazyk zastoupen 18 (45,00 %) respondenty, německý jazyk 13 (32,50 %) respondenty, ruský jazyk 5 (12,50 %) respondenty, francouzský jazyk 3 (7,50 %) respondenty a 1 (2,50 %) respondentem, který neovládá žádný jazyk. Ve věkové kategorii 29 – 36 let je anglický jazyk zastoupen 22 (35,48 %) respondenty, německý jazyk 14 (33,87 %) respondenty, ruský jazyk 16 (25,81 %) respondenty, francouzský jazyk 1 (1,61 %) respondentem a 2 (3,23 %) respondenti neovládají žádný jazyk. Věková kategorie 37 – 44 let je zastoupena 22 (33,33 %) respondenty ovládajícími anglický jazyk, 14 (21, 21 %) respondenty ovládajícími německý jazyk, 27 (40,91 %) respondenty ovládajícími jazyk ruský, 1 (1,52 %) respondentem, který uvedl jiný jazyk a 2 (3,23 %) respondenty, kteří uvedli, že neovládají žádný cizí jazyk.

Ve věkové kategorii 45 – 52 let je anglický jazyk zastoupen 9 (22,50 %) respondenty, německý jazyk 8 (20,00 %) respondenty, ruský jazyk 18 (45,00 %) respondenty, francouzský jazyk 2 (5,00%) respondenty, jiný jazyk uvedl 1 (2,50 %) respondent a 2 (5,00 %) respondenti neovládají žádný jazyk. Z celkového počtu uvedených odpovědí 237 (100 %) je ve věkové kategorii 53 a více let anglický jazyk zastoupen 5 (17,23 %) respondenty, německý jazyk 8 (27,59 %) respondenty, ruský jazyk 14 (48,28 %) respondenty, francouzský jazyk 1 (3,45 %) respondentem a 1 (3,45 %) respondent ovládá jiný jazyk.

Dotazníková položka č. 11: Víte, koho lze považovat za průkopníka či průkopnice multikulturního ošetrovatelství?

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Florence Nightingalovou	14	34,15	24	25,81	38	28,35
Matku Terezu	4	9,76	21	22,58	25	18,66
Madelein Leiningerovou	12	29,27	15	16,13	27	20,15
Nikolaje Ivanoviče Pirogova	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Nevím	11	26,82	33	35,48	44	32,84
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 12 Kdo je průkopníkem multikulturního ošetrovatelství



Graf 8 Kdo je průkopníkem multikulturního ošetrovatelství

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů uvedlo nesprávně 38 (28,35 %) respondentů, že průkopnicí je Florence Nightingalová a 25 (18,66 %) respondentů uvedlo také nesprávně Matku Terezu, jako průkopnici multikulturního ošetrovatelství. 27 (20,15 %) respondentů uvedlo správně, že průkopnicí a zakladatelkou multikulturního ošetrovatelství je Madelein Leiningerová a 44 (32,84 %) respondentů uvedlo, že neví. Z celkového počtu uvedly respondenti-ženy 12 (29,27 %) správných odpovědí a 15 (16,13 %) správných odpovědí uvedli respondenti- muži.

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Vzdělání						
Základní	0	0	0	0	0	0,00
Vyučen v oboru	0	0	0	0	0	0,00
SZŠ	0	0	0	0	0	0,00
SZŠ + PSS	4	33,33	4	26,66	8	29,63
Střední odborná škola	0	0	3	20	3	11,11
VOŠZ	5	41,67	5	33,33	10	37,04
VOŠ	0	0	0	0	0	0,00
VŠ Bc.	1	8,33	1	6,67	2	7,41
VŠ Mgr.	0	0	0	0	0	0,00
VŠ MUDr.	2	16,67	1	6,67	3	11,11
Jiné	0	0	1	6,67	1	3,70
Celkem	12	100	15	100	27	100

Tabulka 13 Správná odpověď ve srovnání se vzděláním

Z celkového počtu 27 (100 %) správných odpovědí odpovědělo 8 (29,63 %) respondentů správně se SZŠ + PSS, 3 (11,11 %) respondenti se střední odbornou školou, 10 (37,04 %) respondentů, kteří absolvovali VOŠZ, 2 (7,41 %) respondenti s bakalářským vzděláním, 3 (11,11 %) respondenti lékaři a 1 (3,70 %) respondent s jiným vzděláním. Jak vyplývá z uvedené tabulky, nejlépe se v problematice orientovaly ženy.

Dotazníková položka č. 12: Co si představujete pod pojmem kulturní šok?

Z celkového počtu 134 (100 %) odpovědí lze považovat jen za správně definované jenom 23 (17,16 %) odpovědí. Jednalo se o otázku otevřenou a zde je citace některých odpovědí:

„Rozdíly mezi kulturami.“

„Vejít nepřipraven do prostředí jiných kulturních zvyklostí.“

„Sřet příslušníka rozvinutého civilizačního okruhu s kulturou méně rozvinutou.“

„Odlišnosti zvyků, chování, názorů.“

„F43,2.“⁵

„Výskyt v nové zemi, jsme konsternováni chodem.“

„Odlišné společenské konvence.“

„Když se mi nelíbí něčí kultura.“

„Výjezd k Romům.“

„Šok v divadle?“

„Přechod z kultury rozvojového státu do moderní civilizace.“

„Pocity stresu při kontaktu s neznámou kulturou.“

„Nápadně až nepřijatelné zvyklosti.“

„Vzrušení z nového a strach z neznámého.“

„Zase nějaká teoretická blbost.“

„ A co tím sledujeme?“

⁵ MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) **Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.**

Začínají v období adaptace na výraznou změnu životní situace nebo stresovou životní událost. Kulturní šok. Reakce na hoře. Hospitalismus u dětí.

Dotazníková položka č. 13: **Pokuste se popsat první myšlenky, které Vám proběhnou hlavou při nahlášení výjezdu do romské komunity:**

Odpovědi využilo všech 134 (100 %) respondentů a volně doplnili. Z celkového počtu 134 (100 %) jen 10 (7,46 %) uvedlo, že to nijak zvlášť neřeší a myšlenky mají jako u každého běžného výjezdu. Nejvíce respondenti uváděli obavu a strach o svůj život či zdraví při zásahu v romských komunitách, nespolupráci a velký chaos, hluk a psychický tlak, při ošetřování romského pacienta. Nejčastěji zastoupené odpovědi:

„Strach, hrůza, napadení.“

„Zápach, špína, hluk, křik.“

„Zase se nedomluvíme, TAXI zadarmo.“

„Raději ani nepřemýšlet.“

„Diskriminace – ale koho?“

„Mnoho lidí, celá rodina, hodně křiku.“

„Je policie na místě?“

„Chaos, zmatek, zbytečný výjezd.“

„Strach, násilí, agrese.“

„Špatná spolupráce.“

„Už ať jsme pryč.“

„Já se strašně bojím, co když mně nějak ublíží.“

„Ze strachu se křečovitě usmívám, toleruji všechno.“

„Bojím se“

„A policajti?“

Dotazníková položka č. 14: **Při bolestech Vietnamci:**

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Trpí tíše, o tisíc lék si neřeknou	24	58,54	54	58,06	78	58,20
Velmi hlasitě nařikají	3	7,31	9	9,68	12	8,96
Neustále vyžadují tisíc léky	1	2,44	0	0	1	0,75
Jiné	1	2,44	5	5,38	6	4,48
Nevím	12	29,27	25	26,88	37	27,61
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 14 Vnímání bolesti Vietnamců

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů 78 (58,21 %) respondentů správně uvedlo, že Vietnamci při bolestech trpí tíše a o tisíc lék si neřeknou. 12 (8,96 %) respondentů uvedlo nesprávně, že při bolestech silně nařikají, 1 (0,75 %) respondent nesprávně uvedl, že neustále vyžadují tisíc léky, 6 (4,48 %) respondentů uvedlo jinou odpověď a celkem 37 (27,61 %) respondentů uvedlo, že neví. Odpovědi žen a mužů se nějak významně od sebe neliší.

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Vzdělání						
Základní	0	0	1	1,85	1	1,28
Vyučen v oboru	0	0	7	12,96	7	8,97
SZŠ	2	8,33	0	0	2	2,57
SZŠ + PSS	12	50	6	11,11	18	23,08
Střední odborná škola	0	0	19	35,19	19	24,36
VOŠZ	7	29,17	12	22,22	19	24,36
VOŠ	0	0	0	0	0	0,00
VŠ Bc.	1	4,17	3	5,56	4	5,13
VŠ Mgr.	0	0	1	1,85	1	1,28
VŠ MUDr.	2	8,33	5	9,26	7	8,97
Jiné	0	0	0	0	0	0,00
Celkem	24	100	54	100	78	100

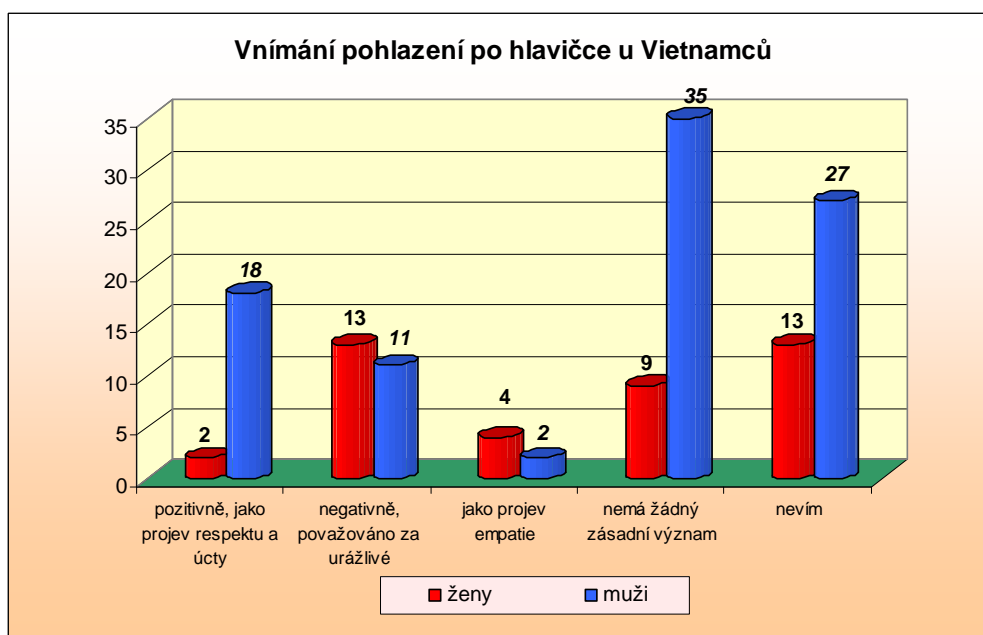
Tabulka 15 Správná odpověď ve srovnání se vzděláním

Nejvíce z celkového počtu 78 (100 %) správných odpovědí bylo zastoupeno ve skupině respondentů s VOŠZ 19 (24,36 %) a shodně se střední odbornou školou také 19 (24,36 %) respondentů, následovali 18 (23,08 %) respondentů se SZŠ + PSS. Se základním vzděláním odpověděl 1 (1,28 %) respondent správně, správně odpovědělo 7 (8,97 %) respondentů vyučených v oboru, 2 (2,57 %) respondenti se SZŠ, 4 (5,13 %) respondenti s bakalářským vzděláním, 1 (1,28 %) respondent s magisterským vzděláním a 7 (8,97 %) respondentů s lékařským vzděláním.

Dotazníková položka č. 15: U většiny Vietnamců dotek nebo pohlazení po hlavičce dítěte je ze strany rodičů vnímáno:

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)
Pozitivně, jako projev respektu a úcty	2	4,88	18	19,36	20	14,92
Negativně, považováno za urážlivé	13	31,71	11	11,83	24	17,91
Jako projev empatie	4	9,76	2	2,15	6	4,48
Nemá žádný zásadní význam	9	21,94	35	37,63	44	32,84
Nevím	13	31,71	27	29,03	40	29,85
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 16 Vnímání pohlazení po hlavičce



Graf 10 Vnímání pohlazení po hlavičce

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů uvedlo 20 (14,92 %) respondentů špatnou odpověď, že pohlazení může být vnímáno pozitivně, jako projev respektu a úcty, dále 24 (17,91 %) respondentů uvedlo správně, že je pohlazení po hlavičce vnímáno negativně a považováno za urážlivé. 6 (4,48 %) respondentů uvedlo špatně, že je považováno jako projev empatie, 34 (32,84 %) respondentů uvedlo, že pohlazení nemá žádný zásadní význam a 40 (29,85 %) respondentů neví. Jak vyplývá z uvedené tabulky, v dané problematice se lépe orientovaly ženy.

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Vzdělání						
Základní	0	0	0	0	0	0,00
vyučen v oboru	0	0	0	0	0	0,00
SZŠ	0	0	0	0	0	0,00
SZŠ + PSS	5	38,46	3	27,27	8	33,33
Střední odborná škola	0	0	1	9,09	1	4,17
VOŠZ	5	38,46	5	45,46	10	41,67
VOŠ	0	0	0	0	0	0,00
VŠ Bc.	1	7,69	1	9,09	2	8,33
VŠ Mgr.	0	0	0	0	0	0,00
VŠ MUDr.	2	15,39	1	9,09	3	12,50
Jiné	0	0	0	0	0	0,00
Celkem	13	100	11	100	24	100

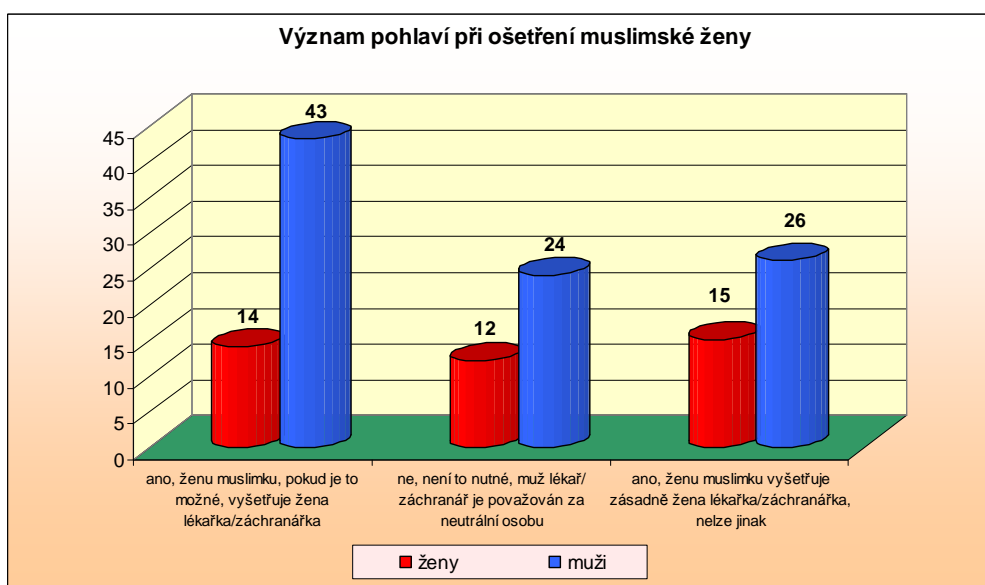
Tabulka 17 **Správná odpověď ve srovnání se vzděláním**

Z celkového počtu 24 (100 %) správných odpovědí odpovědělo správně 8 (33,33 %) respondentů SZŠ s PSS, 1 (4,17 %) respondent se střední odbornou školou, nejvíce 10 (41,67 %) správných odpovědí uvedli respondenti s VOŠZ, 2 (8,33 %) respondenti s bakalářským vzděláním a 3 (12,50 %) respondenti s lékařským vzděláním.

Dotazníková položka č. 16: **Je při ošetřování vyznavače Islámu důležité, zda je ošetřuje pracovník stejného pohlaví?**

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)
Ano, ženu muslimku, pokud je to možné, vyšetřuje žena lékařka/záchranářka	14	34,15	43	46,23	57	42,53
Ne, není to nutné, muž lékař/ záchranář je považován za neutrální osobu	12	29,27	24	25,81	36	26,87
Ano, ženu muslimku vyšetřuje zásadně žena lékařka/záchranářka, nelze jinak	15	36,58	26	27,96	41	30,60
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 18 Význam pohlaví ošetřujícího personálu



Graf 11 Význam pohlaví ošetřujícího personálu

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů si 57 (42,53 %) respondentů si myslí, že je důležité, pokud je to možné, aby muslimskou ženu vyšetřovala nebo ošetřovala žena lékařka nebo žena záchranářka, 36 (28,87 %) respondentů si myslí, že to není nutné a že lékař je považován za neutrální osobu a 41 (30,60 %) respondentů si myslí, že muslimskou ženu musí vždy a zásadně vyšetřovat jen žena lékařka či záchranářka.

Dotazníková položka č. 17: **U kterých cizinců byste předpokládali velký stud:**

Otevřenou otázku z celkového počtu 134 (100 %) respondentů využilo 128 (95,52 %) respondentů k vyjádření svého názoru, zbývajících 6 (4,47 %) respondentů možnosti odpovědi nevyužilo a otázku přeskočilo. Nejvíce uváděli velký stud u cizinců vyznávajících Islám, uváděli převážně muslimské ženy.

Citace nejčastějších odpovědí:

„Obecně můžeme čekat velký stud u všech starších lidí a nábožensky založených občanů“

„Je to vždycky individuální, já se taky nesmírně stydím. Docela by mě zajímalo, jestli by se tím třeba Romové zabývali?“

„Muslimové.“

„Vietnamské ženy a muslimské ženy.“

„Asiaté? Ale snad všichni.“

„Já jsem se setkal s Indem, a ten si nechtěl ani nechat prohmatat břicho, měl jsem docela problém mu vysvětlit, že je to zcela rutinní vyšetření. A to jsme byli v sanitce samí chlapi.“

„Docela bych to očekával u ženských, ty jsou stydlivky.“

„Nevím, je to pro naši práci důležité?“

„Arabské národy, určitě Vietnamci a kupodivu i Romky se stydí.“

„Muslimky, Vietnamky, Rusky, Romky.“

„Asi i nábožensky založené národy – Polsko, Rusko, Ukrajina, Řekové.“

„Určitě starší populace, židé a muslimové.“

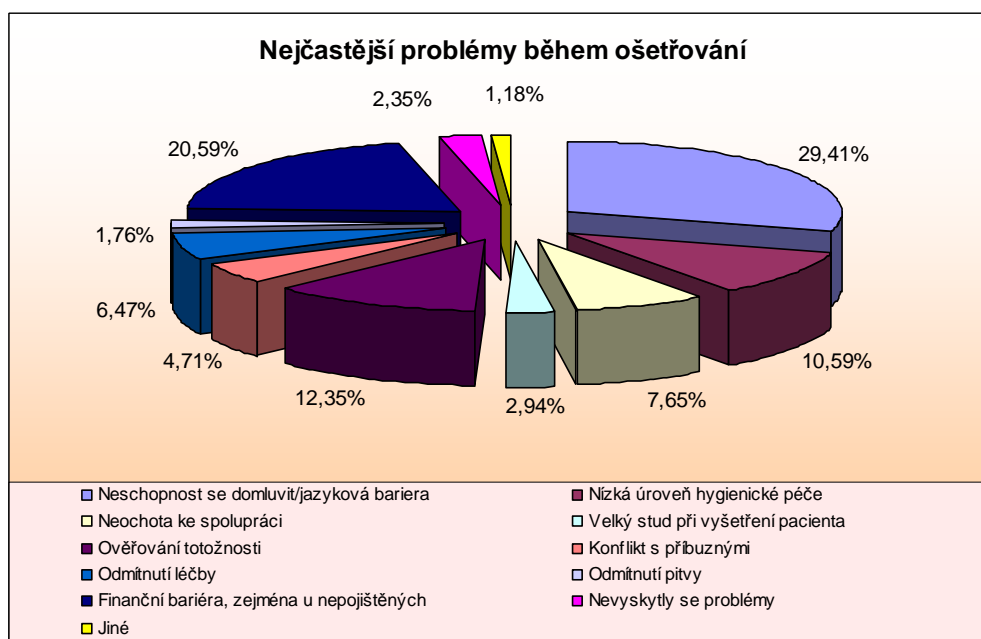
„Citlivě by se mělo přistupovat ke všem lidem.“

„Nikdy jsem v naší profesi o tom moc nepřemýšlel.“

Dotazníková položka č. 18: **Vyskytly se v průběhu zásahu u cizince nějaké problémy?**
(možnost více odpovědí)

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Neschopnost se domluvit/jazyková bariéra	21	29,16	29	29,59	50	29,41
Nízká úroveň hygienické péče	9	12,50	9	9,18	18	10,59
Neochota ke spolupráci	4	5,56	9	9,18	13	7,65
Velký stud při vyšetření pacienta	4	5,56	1	1,02	5	2,94
Ověřování totožnosti	8	11,11	13	13,27	21	12,35
Konflikt s příbuznými	4	5,56	4	4,08	8	4,71
Odmítnutí léčby	5	6,94	6	6,13	11	6,47
Odmítnutí pitvy	2	2,78	1	1,02	3	1,76
Finanční bariéra, zejména u nepojištěných	14	19,44	21	21,43	35	20,59
Nevyskytly se problémy	0	0	4	4,08	4	2,35
Jiné	1	1,39	1	1,02	2	1,18
Celkem	72	100	98	100	170	100

Tabulka 19 Nejčastější problémy během ošetřování



Graf 12 Nejčastější problémy během ošetřování

Jak už vyplývá z tabulky i grafu, z celkového počtu 170 (100 %) využitých možností odpovědí, 50 (29,41 %) respondentů má problémy s neschopností se domluvit, 18 (10,59 %) respondentů udává jako problém nízkou úroveň hygienické péče, 13 (7,65 %) respon-

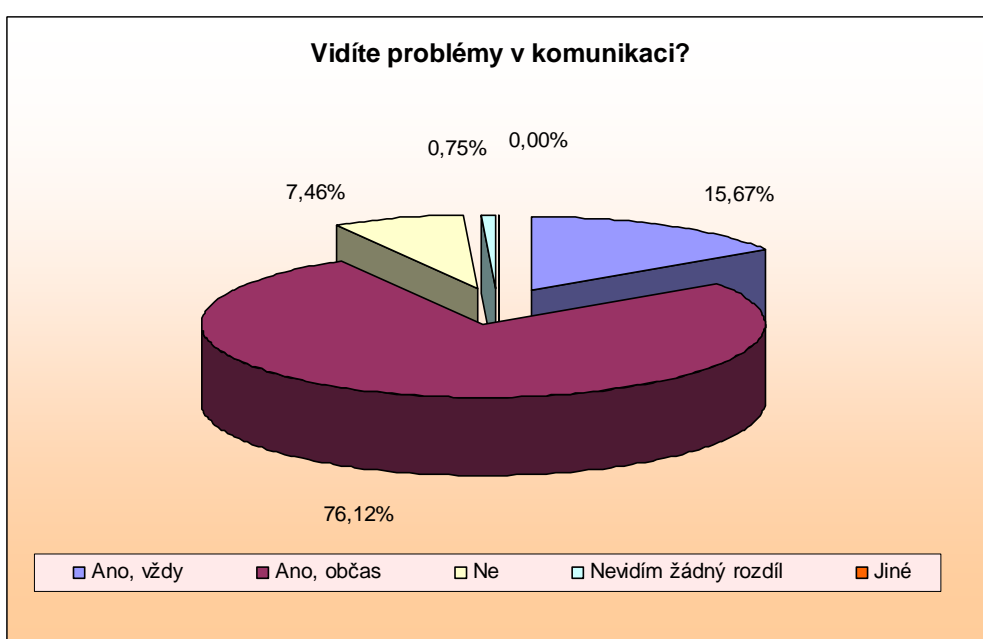
dentů udává neochotu ke spolupráci, 5 (2,94 %) respondentů problematizuje velký stud při vyšetření pacienta, 21 (12,35 %) respondentů udává potíže při ověřování totožnosti. 11 (6,47 %) respondentů se setkala s odmítnutím léčby, 3 (1,76 %) respondenti udali problém při navržení pitvy, 35 (20,59 %) respondentů se setkala s finanční problematikou – neschopností uhradit náklady na ošetření, 4 (2,35 %) uvedli, že se nevyskytly žádné problémy a 2 (1,18 %) respondenti uvedli jiné problémy.

U žen a mužů se nijak zásadně nerozcházejí možnosti odpovědí. Na přední příčce zůstává problematika neschopnosti se vzájemně domluvit a na nutnost provedení vyúčtování cizince po zásahu – finanční bariéra a problematická spolupráce zvláště u nepojištěných pacientů či zraněných. Neméně důležitá je také problematika ověřování totožnosti.

Dotazníková položka č. 19: Vidíte problémy v komunikaci s cizincem?

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano, vždy	8	19,51	13	13,98	21	15,67
Ano, občas	30	73,17	72	77,42	102	76,12
Ne	3	7,32	7	7,52	10	7,46
Nevidím žádný rozdíl	0	0	1	1,08	1	0,75
Jiné	0	0	0	0	0	0,00
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 20 Vidíte problémy v komunikaci?



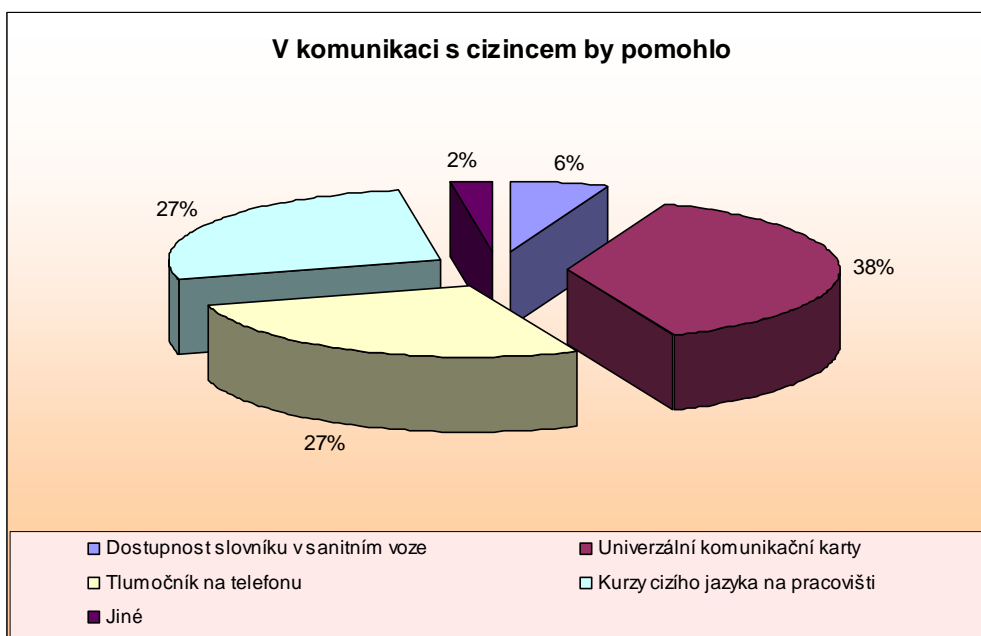
Graf 13 Vidíte problémy v komunikaci?

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů 21 (15,67 %) respondentů vidí problémy v komunikaci s cizincem vždy, 102 (76,12 %) respondenti uvedli občasné problémy v komunikaci s cizincem. 10 (7,46 %) respondentů uvedlo, že nemá žádné komunikační problémy, 1 (0,75 %) respondent nevidí žádný rozdíl v komunikaci s cizincem. Opět i zde dochází překvapivě k vzájemné shodě mezi odpověďmi žen a mužů.

Dotazníková položka č. 20: V komunikaci s cizincem by Vám pomohlo:

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)
Dostupnost slovníku v sanitním voze	1	1,61	11	7,59	12	5,80
Univerzální komunikační karty	26	41,93	52	35,86	78	37,68
Tlumočnick na telefonu	16	25,81	40	27,59	56	27,05
Kurzy cizího jazyka na pracovišti	19	30,65	37	25,51	56	27,05
Jiné	0	0	5	3,45	5	2,42
Celkem	62	100	145	100	207	100

Tabulka 21 V komunikaci s cizincem by Vám pomohlo



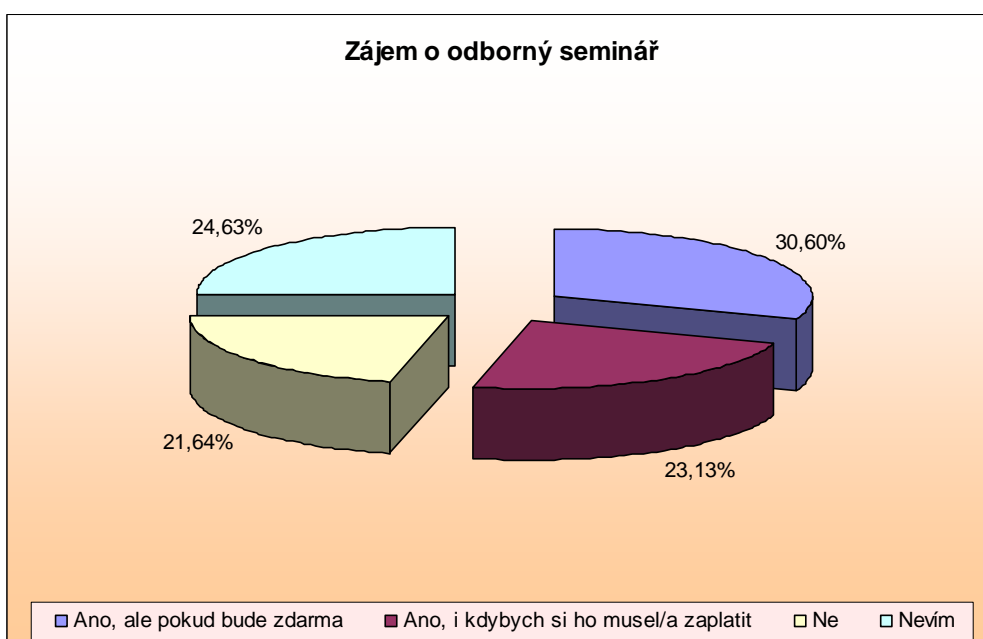
Graf 14 V komunikaci s cizincem by Vám pomohlo

Z celkového počtu 207 (100 %) uvedených odpovědí by 12 (5,80 %) respondentům v komunikaci pomohla dostupnost slovníku v sanitním voze, 78 (37,68 %) respondentům by uvítalo univerzální komunikační karty, 56 (27,05 %) respondentů by také rádo mělo tlumočnicka na telefonu, 56 (27,05 %) respondentů by rádo absolvovalo kurzy cizího jazyka na pracovišti, 5 (2,42 %) respondentů uvedlo jiné možnosti, např. možnost odborných stáží nebo výměnných pobytů v zemích EU.

Dotazníková položka č. 21: **Uvítal/a byste odborný seminář o problematice multikulturního ošetřovatelství?**

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano, ale pokud bude zdarma	12	29,27	29	31,18	41	30,60
Ano, i kdybych si ho musel/a zaplatit	16	39,03	15	16,13	31	23,13
Ne	6	14,63	23	24,73	29	21,64
Nevím	7	17,07	26	27,96	33	24,63
Celkem	41	100	93	100	134	100

Tabulka 22 **Zájem o odborný seminář**



Graf 15 **Zájem o odborný seminář**

Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů 41 (30,60 %) by nezúčastnilo odborného semináře, pokud nebude zdarma, 31 (23,13 %) respondentů by si účast na semináři i uhradili sami, 29 (21,64 %) respondentů nemá zájem o odborný seminář a 33 (24,63 %) respondentů neví.

Ženy projevily větší zájem o odborný seminář na danou problematiku. V případě vlastní úhrady odborného semináře by tak učinilo 16 (39,03 %) žen oproti 15 (16,13 %) mužům.

Dotazníková položka č. 22: **Jestliže máte vlastní zkušenosti s vyhledáním zdravotnické péče v cizině, prosím, uveďte stát a popište svůj zážitek.**

Jednalo se o otevřenou otázku. **Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů** využilo možnosti odpovědi 28 (20,89 %) respondentů.

Citace nejčastějších odpovědí:

„ Ošetření jsem využila v Chorvatsku. Dcera byla i hospitalizována. Úroveň péče nízká, taktéž vybavení. Raději jsme rychle využili možnosti přepravy do naší republiky. Ani nevíme, co tu máme, nedokážeme si toho vážit.“

„Ošetření jsme vyhledali ve Francii. Vysoká úroveň, kvalitní ošetření, přímá platba. Ale s platbou jsme, na rozdíl od cizinců přijíždějících k nám, počítali.“

„Slovensko. Nikdo se s námi nemazlil, RTG EUR 1, ošetření na chirurgické ambulanci včetně fixace zlomeniny EUR 50.“

„Itálie i Slovensko – nižší úroveň první lékařské pomoci.“

„Bulharsko- nízká úroveň vybavení, která byla vybalancovaná nádherným lidským přístupem.“

„Tunisko – nejdřív platba, pak ošetření. Egypt – sanitní vozy na vyšší úrovni než naše – v Káhiře.“

„Francie – téměř žádná komunikace, pouze podepisování tiskopisů, v nemocnici spíše nadstandard proti ČR.“

„Pokud bych srovnal péči zeměpisně, čím víc na východ, tím horší péče. Na západě dobrý, ale za těžké prachy.“

„USA super, ale taky za pěkné peníze.“

„Norsko, Španělsko – zkušenosti jen ty nejlepší. Máme se co učit.“

Dotazníková položka č. 23: **Vaše sdělení – zde můžete uvést svůj pohled na uvedenou problematiku.**

Jednalo se o otevřenou otázku. **Z celkového počtu 134 (100 %) respondentů** využilo možnosti odpovědi 32 (23,88 %) respondentů. Bohužel, některé citace nejsou publikovatelné. Citace některých odpovědí:

„Rozhodně přínos, máme ale málo znalostí, ale ošetřujeme stále více cizinců. Pravděpodobnost kontaktu s cizinci v PNP roste.“

„Určitě je nutné se zajímat o jiné kultury a jejich zvyky při ošetřování, ale cizinci by se měli umět částečně přizpůsobit zvykům naší země, pokud tady chtějí žít a být ošetřováni v našich zdravotnických zařízeních. Není možné se z naší strany přizpůsobit všem požadavkům a zvykům – nemáme na to znalosti a často ani čas plnit jejich přání a musíme jim především zachraňovat zdraví a životy.“

„Zajímavé. Jistě by nebyl od věci seminář s doporučením, jak jednat a na co si dát pozor.“

„Problematika dle mého zbytečná. Teorie, teorie – o ničem. Praxe je zcela jiná.“

„Pohled na tuto problematiku bohužel negativně zkresluje časté výjezdy k Romům.“

„V první řadě by se měla přizpůsobit národnostní menšina zemi a tradicím, ve které se nachází.“

„Za poskytnutou péči (zdravotní) často cizinci neplatí. Je na našich politicích, aby zvážili, zda nutnost povinného připojištění platí pro všechny.“

„Pochopení rozdílů a způsobů této problematiky je nutné pro adekvátní ošetření a spolupráci v praxi.“

„Umíme resuscitovat, ošetřovat traumata, popáleniny, intoxikace, s adrenalinem se vrháme do těžkých situací, v tom jsme machři, to umíme. Ale domluvit se s cizincem a pochopit jeho zvyky? Tak tam jsme, hádejte kde.“

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou multikulturního ošetřovatelství v PNP, které převážná část záchranářů řadí na okraj využitelnosti v urgentní medicíně. Všeobecně známým charakteristickým prvkem záchranářů je jejich vysoké nasazení, zapálení do akce. Jsou opakovaně vystavováni vysokému počtu kritických situací, mají vysokou odolnost proti zátěži a také jsou mistři improvizace. Práce však odhalila, že bez základních znalostí problematiky, bohužel, i mistrovství improvizace selhává.

Dle dat získaného z personálního oddělení (příloha P III) k 28. 2. 2011 ZZS ZK měla 302 (100 %) zdravotnických pracovníků, z toho 35 (11,58 %) lékařů výjezdových skupin, 117 (38,74 %) zdravotnických záchranářů, 131 (43,37 %) řidičů záchranářů a 19 (6,29 %) operátorek (tzv. dispečerek) Krajského operačního střediska (dále KOS). Při srovnání zastoupení jednotlivých pohlaví, jednoznačně převažuje pohlaví mužské. Na ZZS ZK pracují 203 (67,22 %) muži a 99 (32,78 %) žen. Za zmínku stojí, že jedna žena pracuje na pozici jako řidička-záchranářka.

Z celkového počtu 302 (100 %) zdravotničtí pracovníci ZZS ZK se průzkumového šetření celkem zúčastnilo 141 (46,68 %) zdravotnických pracovníků. Po revizi a zpracování dotazníků bylo do průzkumového šetření zařazeno 134 (44,37 %) zdravotnických pracovníků. Operátorky KOS nebyly záměrně zařazeny do šetření, protože tato práce byla spíše specifikována pro práci přímo na místě zásahu. Nicméně, operátorky KOS zaslouží velký obdiv při přebírání a zpracovávání tísňové výzvy této specifické klientely.

Průzkumové šetření probíhalo od poloviny listopadu do konce prosince. Celkem bylo distribuováno 150 (100 %) dotazníků na jednotlivé oblasti ZZS ZK. Návratnost dotazníku byla mile překvapivá. Bylo zpět přijato 141 (94,00 %) dotazníků. Po zpracování a vyhodnocení dotazníků bylo sedm dotazníků vyřazeno pro neúplnost nebo nepublikovatelný obsah. Do průzkumového šetření bylo z celkového počtu distribuovaných dotazníků definitivně zařazeno 134 (89,33 %) dotazníků.

Dotazníkové položky č. 1, 2, 3 a 4 měly za úkol definovat výběrový vzorek respondentů. Průzkumového šetření se zúčastnilo celkem 41 (30,60 %) žen a 93 (69,40 %) mužů. Byly zastoupeny všechny věkové kategorie. Nejvíce 42 (31,34 %) respondentů bylo zastoupeno ve věkové kategorii 37 – 44 let. Respondenti dosahovali různých stupňů vzdělání, od základního až po vzdělání vysokoškolské. Největší počet 33 (24,63 %) respondentů uvedlo

středoškolské zdravotnické vzdělání s PSS. Potěšující je, že průzkumového šetření se nečekaně zúčastnilo 20 (14,93 %) lékařů. S porovnáním, že na uvedené záchranné službě pracuje celkem 35 kmenových lékařů, je zastoupení lékařů velmi pozitivně překvapivé.

7.1 Cíl č. 1

V první části průzkumového šetření bylo cílem zjistit, zda se pracovníci ZZS ZK orientují v problematice multikulturního ošetřovatelství a zda jsou připraveni pečovat pacienta/zraněného z jiné země či o pacienta/zraněného s odlišným kulturním nebo náboženským cítěním. K tomuto prvnímu cíli byly v dotazníku zaměřeny následující uvedené dotazníkové položky č. 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17. Dotazníková položka č. 5 měla za úkol zjistit, zda respondenti jsou orientováni v ošetřovatelské terminologii a dovedou definovat pojem multikulturního ošetřovatelství. Vzhledem ke složení zkoumaného vzorku byl předpoklad, že většina respondentů dokáže tento pojem správně definovat. Opak byl pravdou, ale celkově je potěšující, že alespoň 75 (55,97 %) dotázaných respondentů dokázalo pojem multikulturního ošetřovatelství definovat správně. V otázce č. 8 uvedlo 61 (45,52 %) respondentů, že vnímá rozdíly mezi ošetřováním pacienta nebo zraněného odlišné kultury a jako největší odlišnosti v dotazníkové položce č. 9 uvedli respondenti komunikační verbální i neverbální bariéru a neznalost specifik vnímání zdraví a postoj k nemoci jednotlivých kultur. Dotazníková položka č. 11, která byla zaměřena, na to zda respondenti znají průkopnici a zakladatelku multikulturního ošetřovatelství Madelein Leiningerovou, ukázala neznalost respondentů orientovat se v této problematice. Správně odpovědělo jen 27 (20,15 %) respondentů. Bohužel ani dotazníková položka č. 12 „Co si představujete pod pojmem kulturní šok?“, nevyvrátila zjištění, že respondenti mají základní znalosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Pozitivním zjištěním ale je, že v otázce č. 14, jak Vietnamci prožívají bolest, dokázalo správně odpovědět 78 (58,21 %) dotázaných respondentů. Nicméně další položky v dotazníku vztahující se k tomuto cíli zjišťují nedostatky ve znalostech vztahujících se k problematice multikulturního ošetřovatelství.

7.2 Cíl č. 2

Druhá část průzkumu měla za úkol zjistit, zda se více v problematice orientují ženy, nebo muži a zda je rozdíl v závislosti na vzdělání. K cíli byly zaměřené tyto dotazníkové položky č. 11, 14, 15, 16. Po zpracování a vyhodnocení získaných dat lze konstatovat, že v problematice multikulturního ošetřovatelství se lépe orientují ženy. V dotazníkové položce č. 11, zaměřující

se na průkopnici multikulturního ošetrovatelství, více správných odpovědí 12 (29,27 %) uvedly ženy. Dotazníková položka č. 15, mapující vnímání pohlazení po hlavičce vietnamského dítěte, je správně zodpovězena 13 (31,71 %) ženami. Otázka č. 14, zaměřena na vnímání bolesti u Vietnamců, byla poměrně vyvážená. Správně na otázku odpovědělo 24 (58,54 %) žen a 78 (58,06 %) mužů. Vyváženost je potěšující, protože tišení akutní a nesnesitelné bolesti patří mezi základní indikace výjezdu posádky záchranné služby.

Cíl se také zaměřoval na možnosti rozdílu v závislosti na různých stupních vzdělání. Po vyhodnocení jednotlivých dotazníkových položek lze uvést, že nejlépe jsou teoreticky orientováni v problematice multikulturního ošetrovatelství zdravotničtí záchranáři s VOŠZ. Výsledek lze odůvodnit tím, že zdravotničtí záchranáři ve svém vzdělávacím programu mají již zařazen předmět multikulturního ošetrovatelství s dotací 16 hodin v zimním semestru prvního ročníku.

7.3 Cíl č. 3

Třetí část práce si kladla za cíl zjistit, které odlišnosti při ošetrování pacienta/zraněného odlišné kultury či náboženství jim dělají největší potíže. V dotazníku pro tuto oblast byly zařazeny dotazníkové položky č. 9, 13, 18, 19. Již dotazníková položka č. 9 a 13, kde se respondenti vyjádřili formou otevřených odpovědí, ukázala, že velkým oříškem je jazyková bariéra a neznalost vnímání zdraví a nemoci jiné kultury či náboženství. V otázce č. 18 uváděli respondenti jako problém neschopnost se domluvit, a to 50 (29,41 %) respondentů, 35 (20,59 %) respondentů uvedlo vymáhání finanční částky za ošetření a ověřování totožnosti uvedlo 21 (23,35 %) respondentů. Lze tedy tvrdit, že problémem č. 1 je jazyková bariéra.

7.4 Cíl č. 4

Záměrem čtvrté části práce bylo zjistit jazykovou vybavenost pracovníků ZZS ZK a rozdíly ve věkových skupinách a pracovních pozicích. V dotazníku k jazykové vybavenosti respondentů byly zaměřeny otázky č. 4, 18, 19. Z výsledku vyplynulo, že jazyková úroveň respondentů je dobrá. Jen 4 (2,95 %) dotazovaní respondenti uvedli, že neovládají žádný cizí jazyk. Je tedy překvapující, že 50 (29,41 %) respondentů v položce č. 18 udávalo jako problém neschopnost se domluvit a v následující otázce č. 19 uvedli 102 (76,12 %) respondenti občasné problémy v komunikaci s cizincem. Vysvětlit to lze snad jen tím, že převážná část respondentů ovládá cizí jazyk více pasivně a komunikovat se bojí nebo se stydí.

7.5 Cíl č. 5

Pátý cíl se zaměřoval na účelné využití získaných poznatků bakalářské práce v praxi. Cílem bylo zjistit, zda by záchranáři uvítali při své práci univerzální komunikační karty, vhodné pro první kontakt a vyšetřování pacienta/zraněného v PNP. Poté tyto karty vypracovat. Zjistit zájem o další vzdělávání. K uvedenému cíli se vztahovaly dotazníkové položky č. 20, 21. Jak již z předešlých výsledků vyplynulo, komunikační bariéra je jedním z největších problémů ošetřování pacientů/zraněných uváděných respondenty. Nejreálnější a nejdostupnější se jim jeví, jako pomoc při komunikaci možnost využití univerzálních komunikačních karet. Předpokládaný výsledek potvrdilo 78 respondentů. 56 respondentů by uvítalo kurzy cizího jazyka na pracovišti a 56 respondentů tlumočnicka na telefonu. Tlumočnicka na telefonu by zajisté byl nejlepším možným řešením, ale zde jistě narazíme na vysoké náklady provozování této služby. Jak uvádí Středisko pro vzdělávání ve zdravotní péči o občany třetích zemí ve svém dokumentu: „V České republice není k dispozici centrální služba, ale z orientačního průzkumu mezi překladatelskými agenturami (osloveno 12 firem/agentur) vyplynulo, že poskytují tlumočnické služby v oblasti zdravotnictví a jsou schopny zprostředkovat tlumočnicka po telefonu i jako doprovod do zdravotnického zařízení. Cena za minutu tlumočení po telefonu se pohybuje od 30 do 50 Kč včetně DPH, v ceně nejsou započteny poplatky za telefonní spojení, které se hradí zvlášť. Cena za tlumočnicka – doprovod do nemocnice se pohybuje mezi 1400 - 5000 Kč za půl dne (4 hodiny). Tyto ceny jsou pouze orientační, záleží i na tlumočeném jazyku.“ (Jazykové bariéry v českém zdravotnictví, on-line).

Dotazníková položka č. 22 byla zaměřena na osobní zkušenosti respondentů s ošetřením v cizině a u respondentů měla za úkol vyvolat sebereflexi v dané problematice. V poslední položce dotazníku č. 23 mohli jednotliví respondenti vyjádřit své připomínky průzkumnému šetření. Velmi potěšující je, že při vyplňování dotazníku a po jeho vyplnění vznikaly na pracovních a denních místnostech diskusní skupinky, které probíraly své osobní zážitky s ošetřováním cizinců anebo naopak se zvědavě zajímaly o problematiku multikulturního ošetřovatelství. Byla zažehnuta „jiskřička poznání“.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit na vybraném vzorku pracovníků záchranné zdravotnické služby schopnost orientace v problematice multikulturního ošetrovatelství, celkovou jejich informovanost a vyhledání palčivých problematických prvků při ošetrování pacientů či zraněných s jiným kulturním nebo náboženským smýšlením. Na základě získaných informací byly vypracovány komunikační karty, jejichž cílem je usnadnit komunikaci záchrannářům při ošetrování těchto pacientů nebo zraněných.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část je zaměřena na obecnou charakteristiku přednemocniční neodkladné péče, její hlavní úkoly a dělení jednotlivých složek, specifika ZZS ZK. Její další část obecně popisuje multikulturní ošetrovatelství, transkulturní komunikaci, specifika ošetrování vybraných skupin a poskytování zdravotní péče v ČR cizincům.

Praktická část je zaměřena na stanovení cílů, metodiky, organizace, na analýzu získaných dat průzkumového šetření, zhodnocení cílů a navržení praxeologických opatření.

Prvním cílem bylo zjistit, zda se pracovníci Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje orientují v problematice multikulturního ošetrovatelství, zda jsou připraveni pečovat o pacienta/zraněného z jiné země či pacienta/zraněného s odlišným kulturním nebo náboženským cítěním. Jednotlivá šetření ukázala, že pracovníci zdravotnické záchranné služby se nedostatečně orientují v problematice multikulturního ošetrovatelství. **První cíl byl splněn.**

Druhým cílem bylo zjistit, zda se více v problematice orientují ženy nebo muži a zda je rozdíl v závislosti na vzdělání. Závěrem lze konstatovat, že ženy a absolventi VOŠZ se lépe orientují v problematice multikulturního ošetrovatelství. **Druhý cíl byl splněn.**

Třetím cílem bylo zjistit, které odlišnosti jim dělají největší potíže. Největším problémem je jazyková bariéra a neznalost vnímání zdraví a postoj k nemoci odlišných kultur či náboženství, vymáhání finanční platby a ověřování totožnosti pacientů/zraněných. **Třetí cíl byl splněn.**

Čtvrtý cíl měl zjistit jazykovou vybavenost pracovníků ZZS ZK a rozdíly ve věkových skupinách a pracovních pozicích. Lze uvést, že 130 (97,01 %) respondentů ovládá alespoň pasivně jeden ze světových jazyků, řidiči – záchranáři ovládají nelépe ruský jazyk, zdravotničtí záchranáři taktéž ruský jazyk a ani lékaři se nijak nevymykají standardu a také nejlépe ovládají ruský jazyk. Ve věkové kategorii 21 – 28 let je nejvíce zastoupena znalost

anglického jazyka, ostatní věkové kategorie uvádějí na prvním místě ruský jazyk. **Čtvrtý cíl byl splněn.**

Pátý cíl měl zjistit, zda by záchranáři uvítali v praxi univerzální komunikační karty, vhodné pro první kontakt a vyšetřování pacienta/zraněného v PNP a vypracovat tyto karty. Z výsledků průzkumu vyplývá, že záchranáři by ve své práci uvítali univerzální komunikační karty. O další vzdělávání v této problematice formou semináře projevilo zájem celkem 72 (53,73 %) respondentů. Byly vypracovány komunikační karty. Inspirací při tvorbě karet mi byly webové stránky americké firmy Vidatak, která se zabývá komunikací s pacienty po cévních mozkových příhodách, tracheostomiích, na umělé plicní ventilaci, pacientů po stomatochirurgických výkonech apod. pomocí bilingválních obrázkových karet v různých modifikacích. **Pátý cíl byl splněn.**

Doporučení pro praxi:

- Začlenit výuku nebo rozšířit hodinovou dotaci multikulturního ošetřovatelství do vzdělávacích programů pro urgentní medicínu (např. akreditovaný kvalifikační kurz řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, diplomovaný zdravotnický záchranář).
- Provádět odborné semináře na uvedenou problematiku v rámci krajských, celostátních i mezinárodních konferencí.
- Zajistit pracovníkům zdravotnické záchranné služby rozvíjet a prohlubovat jazykové znalosti pořádáním pravidelných lekcí cizího jazyka.
- Vypracovat univerzální komunikační karty pro usnadnění komunikace v urgentní medicíně. Vybavit sanitní vozy těmito kartami.
- Zajistit možnosti výměnných pobytů na zahraničních záchranných službách.

V úplném závěru si nemohu nepoložit otázku: „*Co mi tato práce dala?*“. Dala mi mnoho. Obohatila mne o nové informace, nový pohled na problematiku jiných národů, náboženství, začlenění problematiky do medicíny a ošetřovatelství. Studium literatury mi pomohlo mnohé vysvětlit, překonat předsudky a mýty. Na světě jsou miliony lidí mající svou vlastní kulturu, zvyky a normy a je nahládkové síly všechno pochopit, naučit se a řídit se tím. Ale co se určitě všichni můžeme snažit je zachovat si vzájemnou úctu, udělat si čas, nespěchat a počítat s problémem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRAUNOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelský přístup k Jehovovým svědkům na ošetrovacích jednotkách* [online]. České Budějovice, 2009. 146 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/sbhg8l/downloadPraceContent_adipIdno_13054>.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.

CICHÁ, Martina; NOVÁKOVÁ, Iveta. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. 2007, 3/2007, s. 22-23.

Čerpání zdravotní péče cizinci ve Zlínském kraji v roce 2009. *UZIS ČR* [online]. 2010, 2009, [cit. 2011-02-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pece-cizinci-zlinskem-kraji-roce-2009>>.

ČOUDOVÁ, Lenka. *Vyznavač buddhismu na ošetrovací jednotce* [online]. České Budějovice, 2007. 119 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/5aqu3y/downloadPraceContent_adipIdno_7364>.

HNILICOVÁ, Helena; DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR. In *Středisko vzdělávání ve zdravotní péči o občany třetích zemí*. [online]. Praha: 2009 [cit. 2011-02-15]. Dostupné z WWW: <http://www.eifzvip.cz/dokumenty/Zprava_o_stavu_zdravi_migrantu_v_CR.pdf>.

HROMOVÁ, Miroslava. *Specifika ošetrování Ukrajinských a Ruských klientů* [online]. České Budějovice, 2008. 102 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/h6rbm5/downloadPraceContent_adipIdno_7366>.

IVANOVÁ, K., ŠPIRUNDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturní ošetrovatelství I*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 288 s. ISBN 978-80-7367-269-0.

JAROŠOVÁ, Darja. *Výzkum v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 17

KOL. AUTORŮ. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. 163 s. ISBN 978-807248-005-0.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. s. 780. ISBN 80-217-0528-0

KRÁTKÁ, Anna. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní Med.* 2006, 06, č. 2, s. 96-98. Dostupný také z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/02/15.pdf>>.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.

Nursing Times Net [online]. 9. 4. 2002 [cit. 2011-02-12]. Nursing with dignity. Část 7: Hinduismus Part 7: Hinduism. Dostupné z WWW: <www.nursingtimes.net%2Fnursing-practice-clinical-research%2Fnursing-with-dignity-part-7-hinduism%2F206286.article&anno=2>.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd.1. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

SELF, David. *Encyklopedie světových náboženství*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. 128 s. ISBN 978-80-7195-282-4.

SEMENCOVÁ, Vlastimila Semencová. Problematika ošetřování Romů. In *Sborník příspěvků z konference Cesta k modernímu ošetřovatelství X*. 2008. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2009. s. 37-40.

Středisko pro vzdělávání ve zdravotní péči o občany třetích zemí [online]. 2010 [cit. 2011-04-08]. JAZYKOVÉ BARIÉRY V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ. Dostupné z WWW: <http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Jazykove_bariery_v_ceskem_zdravotnictvi.pdf>.

ŠIŠKOVÁ, Tatjana. *Menšiny a migranti v České republice*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9.

ŠIŠKOVÁ, Tatjana. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 280 s. ISBN 978-807367-182-2.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R., *Multikulturní ošetřovatelství II*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248s. ISBN 80-247-1213-X.

TANČOUS, Tomáš. *Specifika ošetřování muslimů v podmínkách ČR* [online]. České Budějovice, 2009. 106 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/3fp0bt/downloadPraceContent_adipIdno_13048>.

Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize: Abecední seznam*. vyd.1. Praha: Grada, 1999. 752 s. ISBN 80-7169-787-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 436 s. ISBN 80-7178-214-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.

Vira.cz : knihovna [online]. 1998 [cit. 2011-05-20]. Astronaut E. A. Cernan o Bohu. Dostupné z WWW: <<http://www.vira.cz/Texty/Knihovna/Astronaut-E-A-Cernan-o-Bohu.html>>.

Vyhláška 434/1992 sb. ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1992, 86, s. 2466-2471. Dostupný také z WWW: <<http://www.zachrannasluzba.cz/zakony/434.htm>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
p. o.	příspěvková organizace
PNP	Přednemocniční neodkladná péče.
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rande-vous, setkávací systém
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
ZK	Zlínský kraj
ZZS	Zdravotnická záchranná služba.
ZZS ZK	Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje
KOS	Krajské operační středisko
tzv.	takzvaně
OSN	Organizace spojených národů
apod.	a podobně
LZS	Letecká záchranná služba
EUR	euro
EU	Evropská unie
RTG	rentgen
PSS	Pomaturitní specializační studium
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOZŠ	Vyšší odborná zdravotnická škola
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Pohlaví respondentů
Tabulka 2	Věkové kategorie respondentů
Tabulka 3	Pracovní pozice respondentů
Tabulka 4	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
Tabulka 5	Definice multikulturního ošetrovatelství
Tabulka 6	Správná odpověď v závislosti na pohlaví a vzdělání
Tabulka 7	Setkání s národnostními menšinami
Tabulka 8	Nejčastější národnosti, menšiny
Tabulka 9	Jsou rozdíly v ošetrování?
Tabulka 10	Jazyková zdatnost respondentů
Tabulka 11	Jazyková zdatnost respondentů ve věkových kategoriích
Tabulka 12	Kdo je průkopníkem multikulturního ošetrovatelství
Tabulka 13	Správná odpověď ve srovnání se vzděláním
Tabulka 14	Vnímání bolesti Vietnamců
Tabulka 15	Správná odpověď ve srovnání se vzděláním
Tabulka 16	Vnímání pohlazení po hlavičce
Tabulka 17	Správná odpověď ve srovnání se vzděláním
Tabulka 18	Význam pohlaví ošetrojícího personálu
Tabulka 19	Nejčastější problémy během ošetrování
Tabulka 20	Vidíte problémy v komunikaci s cizincem?
Tabulka 21	V komunikaci s cizincem by Vám pomohlo
Tabulka 22	Zájem o odborný seminář

SEZNAM GRAFŮ

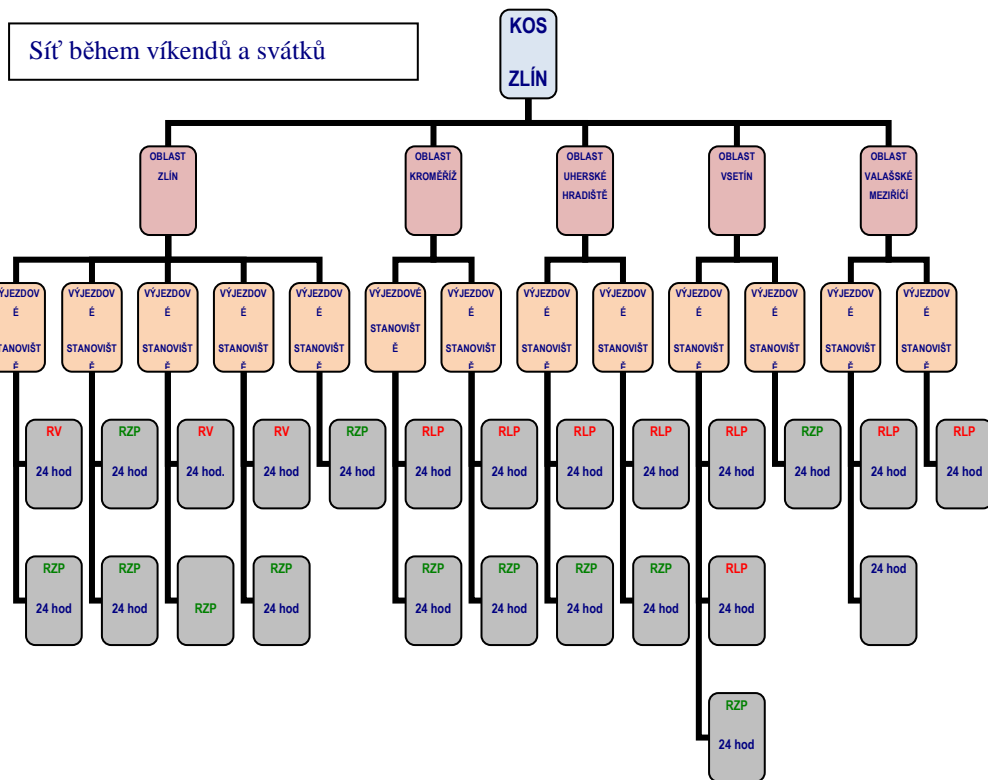
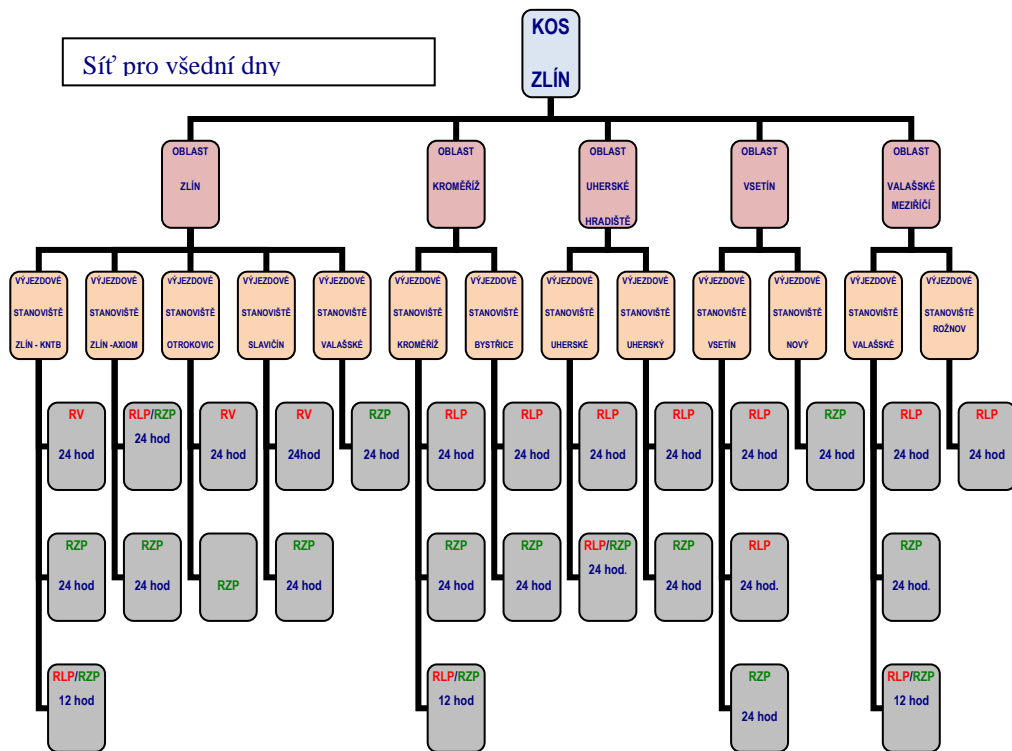
Graf 1	Pohlaví respondentů
Graf 2	Věkové kategorie respondentů
Graf 3	Pracovní pozice respondentů
Graf 4	Definice multikulturního ošetrovatelství
Graf 5	Setkání s národnostními menšinami
Graf 6	Nejčastější národnosti, menšiny
Graf 7	Jsou rozdíly v ošetrování?
Graf 8	Kdo je průkopníkem multikulturního ošetrovatelství
Graf 9	Vnímání pohlazení po hlavičce
Graf 10	Význam pohlaví ošetrojícího personálu
Graf 11	Nejčastější problémy během ošetrování
Graf 12	Vidíte problémy v komunikaci s cizincem?
Graf 13	V komunikaci s cizincem by Vám pomohlo
Graf 14	Zájem o odborný seminář

SEZNAM PŘÍLOH

- P I **Sít' stanovišť ZZS**
- P II **Model vycházejícího slunce M. Leininger**
- P III **Počty zdravotnických pracovníků v jednotlivých kategoriích**
- P IV **Počty ošetřených cizinců ZZS ZK v letech 2007 - 2010**
- P V **Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2009**
- P VI **Dotazník**
- P VII **Žádost o umožnění dotazníkového šetření**
- P VIII **Žádost o umožnění přístupu k informacím**
- P IX **Komunikační karty, ukázka – verze anglický jazyk**

PŘÍLOHA P I

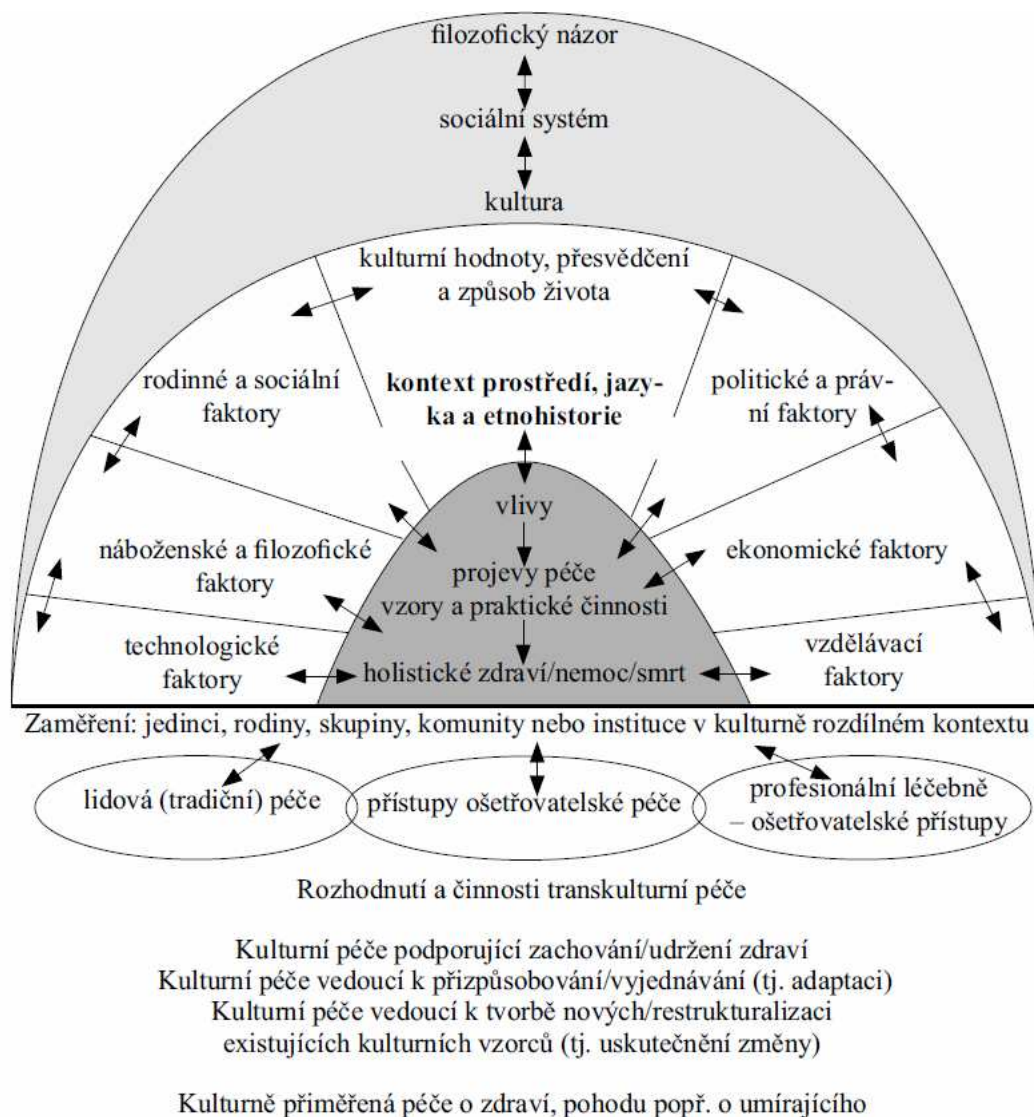
Sít' stanovišť ZZS



Zdroj: Organizační řád ZZS ZK, příloha č. 2 (intranet).

PŘÍLOHA P II

Model vycházejícího slunce M. Leininger



Zdroj: PAVLÍKOVÁ, S., Modely ošetrovatelství v kostce, s. 69

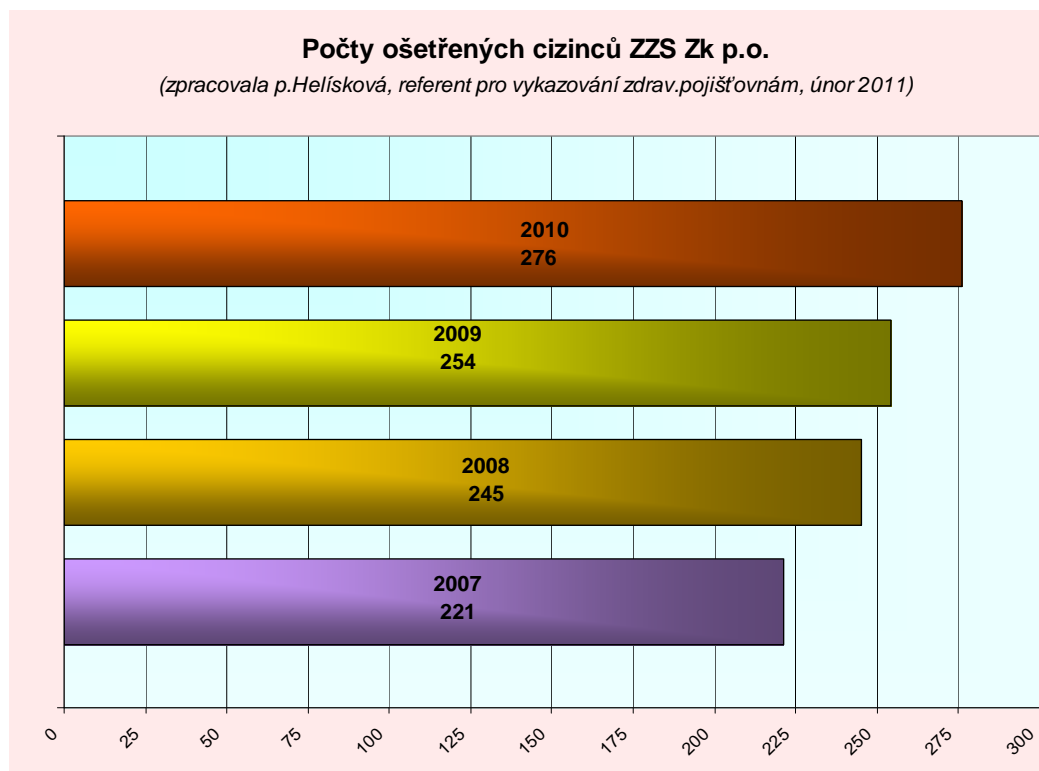
PŘÍLOHA P III

Počty zdravotnických pracovníků v jednotlivých kategoriích (dodalo personální oddělení ZZS ZK p. o.; únor 2011).

Zdravotničtí pracovníci	celkem	z toho muži	z toho ženy
Lékaři	35	23	12
Zdravotničtí záchranáři	117	49	68
Řidiči záchranáři	131	130	1
Operátorky KOS	19	1	18
Celkem	302	203	99

PŘÍLOHA P IV

Počty ošetřených cizinců ZZS ZK v letech 2007 - 2010



PŘÍLOHA P V

Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2009 (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 8/2010)

Čerpání zdravotní péče cizinci celkem a z vybraných zemí v roce 2009
Cizinci dle státní příslušnosti, věkových skupin a způsobu úhrady
zdravotní péče (počet osob)

Země původu	Celkem	Věková skupina				Počet osob čerpajících zdravotní péči					
		0–14 let	15–19 let	20–59 let	60 let a více	uhrazena				neuhrazena	
						ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	státními orgány	celkem	ze sl. 11 po lhůtě splatnosti
Počet cizinců celkem	78 665	9 045	6 565	55 115	7 490	16 150	15 671	36 229	4 852	5 848	3 161
Země EU celkem	37 951	3 611	3 146	26 363	4 831	6 626	13 765	13 106	1 692	2 794	1 257
Belgie	310	61	31	192	26	23	79	184	1	23	9
Dánsko	278	41	60	137	40	29	110	122	3	14	7
Finsko	135	12	12	100	11	20	39	68	-	8	5
Francie	795	145	83	470	97	91	197	455	3	51	28
Irsko	294	30	29	212	23	40	95	141	1	18	9
Itálie	979	101	104	613	161	235	268	353	64	62	13
Maďarsko	223	25	17	161	20	42	55	99	9	18	9
Německo	5 916	668	488	2 833	1 927	575	2 838	2 056	64	384	177
Nizozemsko	1 158	247	131	586	194	116	285	679	1	78	24
Polsko	2 178	218	195	1 628	137	239	490	1 159	71	220	112
Portugalsko	332	7	43	280	2	95	80	103	5	49	9
Rakousko	1 230	152	65	859	154	111	723	288	19	91	11
Řecko	302	15	47	200	40	32	102	146	2	20	8
Slovensko	15 918	1 063	1 164	12 468	1 223	2 779	6 405	4 372	964	1 411	641
Spojené království	1 926	269	107	1 369	181	269	575	928	40	117	66
Španělsko	504	49	41	379	35	89	143	231	1	41	23
Švédsko	306	28	26	194	58	63	76	138	3	26	12
Ostatní země EU ¹⁾	5 167	480	503	3 682	502	1 778	1 205	1 584	441	163	94
Srbsko a Černá Hora	281	28	26	202	25	47	42	101	73	18	11
Ruská federace	5 695	788	879	3 423	605	543	109	4 487	227	335	269
Ukrajina	11 077	1 149	584	8 823	521	2 323	305	6 393	995	1 080	549
ostatní země bývalého SSSR ²⁾	4 115	385	399	2 925	406	588	101	2 841	392	197	166
Čína	717	117	76	495	29	266	20	353	53	25	14
Vietnam	6 512	934	674	4 740	164	3 687	217	1 863	307	445	230
ostatní ³⁾	12 317	2 033	781	8 144	1 359	2 070	1 112	7 085	1 113	954	665

¹⁾ Ostatní země EU: Bulharsko, Estonsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Rumunsko, Slovensko

²⁾ Arménie, Azerbajdžan, Bělorusko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Moldavsko, Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

³⁾ Země skupiny „ostatní“: z evropských zemí Albánie, Andorra, Bosna a Hercegovina, Island, Lichtenštejnsko, Makedonie, Monako, Norsko, San Marino, Švýcarsko, Vatikán; dále výše neuvedené mimoevropské země, např. Kanada a USA, a nezjištěné země

PŘÍLOHA P VI

Dotazník

MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V PNP OČIMA ZÁCHRANÁŘŮ

Vážený respondente,

jmenuji se Radana Uhýrková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na FHS UTB Zlín. Zpracovávám bakalářskou práci na téma "Multikulturní ošetřovatelství v přednemocniční neodkladné péči očima záchranářů." Tímto Vás chci prosit o pečlivé vyplnění předloženého dotazníku, který je zcela anonymní a bude použit výhradně ke zpracování mé bakalářské práce. Předpokládaná délka vyplnění je asi 20 minut.

Děkuji Vám za Váš čas.

Poznámka: v dotazníku jsou uvedeny pojmy – cizinec, národnostní menšina, odlišná kultura, odlišná komunita. Prosim, pro potřebu vyplnění chápejte jako jeden významový pojem.

Pokyny pro vyplnění:

Pokud není uvedeno jinak, označte křížkem jednu odpověď, a to tu, se kterou se nejvíce ztotožňujete. U otázek s volnou odpovědí prosím doplňte dle svého uvážení.

1. Vaše pohlaví:

žena

muž

2. Váš věk:

21 – 28

29 – 36

37 – 44

45 – 52

53 a více

3. Uveďte, prosím, na jaké pracovní pozici pracujete:

řidič – záchranář

zdravotnický záchranář

lékař výjezdové skupiny

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> základní | <input type="checkbox"/> vyšší odborná škola |
| <input type="checkbox"/> vyučen v oboru | <input type="checkbox"/> vysoká škola |
| <input type="checkbox"/> střední zdravotnická škola | <input type="checkbox"/> Bc. |
| <input type="checkbox"/> PSS..... | <input type="checkbox"/> Mgr. |
| <input type="checkbox"/> střední odborná škola | <input type="checkbox"/> MUDr. |
| <input type="checkbox"/> vyšší odborná škola zdravotnická | <input type="checkbox"/> jiné (<i>uved'te</i>)..... |

5. Pokuste se svými slovy definovat pojem multikulturní/transkulturní ošetrovatelství.

.....

.....

.....

6. Setkáváte se při své práci s příslušníky národnostních menšin nebo jiných odlišných kultur?

- Ano, velmi často
- Ano, občas
- Ano, výjimečně
- Ne

7. Jestliže jste se již při své práci setkal/a s příslušníky jiných kultur, menšin, vyjmenujte je:

.....

8. Je podle Vás rozdíl mezi ošetřováním pacienta/zraněného z ČR a ošetřování pacienta/zraněného odlišné kultury:

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte, co Vám činí největší problémy:

.....

.....

10. Uved'te stupeň své znalosti světových jazyků (označte X):

	Pasivně	Aktivně	Aktivně i písmem
Anglický jazyk			
Německý jazyk			
Ruský jazyk			
Francouzský jazyk			
Jiný (<i>uved'te</i>):			

11. Víte, koho lze považovat za průkopníka či průkopnici multikulturního ošetřovatelství?

- Florence Nightingalovou
- Matku Terezu
- Madelein Leiningerovou
- Nikolaje Ivanoviče Pirogova
- Nevím

12. Co si představujete pod pojmem kulturní šok?

.....
.....

13. Pokuste se popsat první myšlenky, které vám proběhnou hlavou při nahlášení výjezdu do romské komunity:

.....
.....

14. Při bolestech Vietnamci:

- trpí tiche, o tisíci lék si neřeknou
- velmi hlasitě nařkají
- neustále vyžadují tisíci léky
- nevím
- jiné(*uved'te*):.....

15. U většiny Vietnamců dotek nebo pohlazení po hlavičce dítěte je ze strany rodičů vnímáno:

- pozitivně, jako projev respektu a úcty
- negativně, považováno za urážlivé
- jako projev empatie
- nemá žádný zásadní význam
- nevím

16. Je při ošetřování vyznavače Islámu důležité, zda je ošetřuje pracovník stejného pohlaví?

- ano, ženu muslimku, pokud je to možné, vyšetřuje žena lékařka/záchranářka
- ne, není to nutné, muž lékař/ záchranář je považován za neutrální osobu
- ano, ženu muslimku vyšetřuje zásadně žena lékařka/záchranářka, nelze jinak

17. U kterých cizinců byste předpokládali velký stud:

.....

18. Vyskytly se v průběhu zásahu u cizince nějaké problémy? (možnost více odpovědí)

- neschopnost se domluvit/jazyková bariéra
- nízká úroveň hygienické péče
- neochota ke spolupráci
- velký stud při vyšetření pacienta
- ověřování totožnosti
- konflikt s příbuznými
- odmítnutí léčby
- odmítnutí pitvy
- finanční bariéra, zejména u nepojištěných
- nevyskytly se problémy
- jiné (*uved'te*):.....

19. Vidíte problém v komunikaci s cizincem?

- ano, vždy
- ano, občas
- ne
- nevidím žádný rozdíl
- jiné (*uved'te*):.....

20. V komunikaci s cizincem by Vám pomohlo (možnost více odpovědí):

- dostupnost slovníku v sanitním voze
- univerzální komunikační karty
- tlumočnická služba na telefonu
- kurzy cizího jazyka na pracovišti
- jiné (uved'te):.....

21. Uvítal/a byste odborný seminář o problematice multikulturního ošetrovatelství?

- ano, ale pokud bude zdarma
- ano, i kdybych si ho musel/a zaplatit
- ne
- nevím

22. Jestliže máte vlastní zkušenosti s vyhledáním zdravotnické péče v cizině – prosím, uveďte stát a popište svůj zážitek.

.....
.....


23. Vaše sdělení – zde můžete uvést svůj pohled na uvedenou problematiku.

.....
.....

Děkuji za vyplnění.

PŘÍLOHA P VII

Žádost o umožnění dotazníkového šetření

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

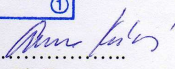
Obrácíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Radana UHÝRKOVÁ
Téma bakalářské práce	Multikulturní ošetrovatelství v PNP očima záchranářů
Skupina respondentů	Lékaři výjezdových skupin, zdravotničtí záchranáři, řidiči záchranáři
Pracoviště	ZZS Zk p.o.; Peroutkovo nábř. 434 760 01 Zlín; Výjezdové oblasti – Kroměříž, Uherské Hradiště, Valašské Meziříčí, Vsetín, Zlín


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 16. 11. 2010


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství


Zdravotnická záchraná služba
Zlínského kraje, p.o.
Peroutkovo nábřeží 434
760 01 Zlín


razítka a podpis zástupce zařízení

S. O. KLIMEŠOVÁ
Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VIII

Žádost o umožnění přístupu k informacím

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Radana UHÝRKOVÁ
Téma bakalářské práce	Multikulturní ošetrovatelství v PNP očima záchranářů
Pracoviště	ZZS Zk p.o.; Peroutkovo nábř. 434 760 01 Zlín;

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 16. 11. 2010

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

SOUKASÍM.

Zdravotnická záchranná služba
Zlínského kraje, p.o.
Peroutkovo nábřeží 434
760 01 Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P IX

Komunikační karty, ukázka – verze anglický jazyk

IDENTIFICATION

NAME _____
 ADDRESS _____
 BIRTHDATE _____
 ID CARD NO. _____
 HEALTH INSURANCE _____

MALE FEMALE

PHONE 1 _____ PHONE 2 _____

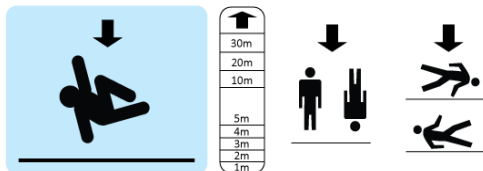


A	B	C	D	E	F	G	H	I	7	8	9	
J	K	L	M	N	O	P	Q	R	4	5	6	
S	T	U	V	W	X	Y	Z	-	0	1	2	3

DIAGNOSIS



FALL / CRASH



PAIN

HOW LONG I FEEL PAIN
 _____ HOURS : _____ MINUTES
 _____ DAYS

THE PAIN IS ...

LEVEL OF PAIN
 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

WHERE

