

# **Péče o klienty vietnamského etnika v českých nemocnicích**

Markéta Pernicová

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav ošetřovatelství  
akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta PERNICOVÁ**  
Osobní číslo: **H08190**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Péče o klienty vietnamského původu v českých nemocnicích**

Zásady pro vypracování:

**Výběr a nastudování vhodné odborné literatury.**  
**Vypracování struktury práce, osnovy a formulace cílů práce.**  
**Příprava metodiky výzkumné části práce.**  
**Realizace výzkumu pomocí dotazníkového šetření a rozhovoru.**  
**Zpracování, vyhodnocení a interpretace výsledků výzkumu.**  
**Vyhodnocení a finalizace práce.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**ŠÍŠKOVÁ, Taána. Menšiny a migranti v České republice. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8648-9.**

**ŠÍŠKOVÁ, Taána et al. Výchova k toleranci a proti rasismu. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-285-8.**

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

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


**RÁKOCZYOVÁ, Miroslava, Robert TRBOLA a Ondřej HOFÍREK. Sociální integrace přistěhovalců v České republice: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-023-0.**

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

Datum zadání bakalářské práce: **12. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 12. února 2013

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



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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 16.5.2013

.....  
*Pavel Váňa*

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

## **ABSTRAKT**

Na území České republiky se nachází okolo 60 000 příslušníků vietnamského etnika. Tato skupina se od majority liší kulturními znaky, zvyky a zažitými kulturními vzorci. I přes kulturní rozdíly mají totožné potřeby, které je třeba během hospitalizace respektovat. Moje práce se zabývá zkušenostmi Vietnamců v souvislosti s hospitalizací v českých nemocnicích. V teoretické části objasňuji kulturní specifika a transkulturní ošetrovatelskou péči. Praktická část se zabývá hodnocením kvality péče z hlediska empatie k jejich osobnosti a k jejich kulturní odlišnosti ze strany všeobecných sester. Získané výsledky jsou dále praxeologicky interpretovány.

Klíčová slova: Vietnamci, etnikum, transkulturní ošetrovatelská péče, hospitalizace, všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

There are about 60,000 members of ethnic Vietnamese in the Czech Republic. This group differs from the majority cultural characteristics, customs, and cultural well-established formula. Despite cultural differences they have the same needs which must be respected during hospitalization. My work deals with the experiences of Vietnamese in the context of hospital admissions in Czech hospitals. The theoretical part explains the specifics of cultural and transcultural nursing care. The practical part deals with the evaluation of quality of care in terms of empathy for their personality and their cultural differences from the nurses. The results are further interpreted praxeological.

Keywords: Vietnamese, ethnicity, transcultural nursing care hospitalization, nurse.

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat vedoucí práce paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za její trpělivé vedení a cenné rady při zpracování této práce.

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

**OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I. 12</b>	
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 VIETNAMCI.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 VIETNAM.....</b>	<b>13</b>
1.1.1 DĚJINY VIETNAMU .....	14
1.1.2 NÁBOŽENSTVÍ A VÍRA .....	15
1.1.3 VZDĚLÁNÍ VE VIETNAMU .....	16
1.1.4 TRADIČNÍ RODINNÁ A PŘÍBUZENSKÁ STRUKTURA VE VIETNAMU .....	18
1.1.5 STRAVOVÁNÍ VIETNAMCŮ .....	18
1.1.6 POHLED NA NEMOC OČIMA VIETNAMCŮ.....	19
1.1.7 SPOLEČENSKÁ ETIKETA VIETNAMCŮ.....	20
<b>2 TRANSKULTURNÍ A MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 KOMUNIKACE .....</b>	<b>21</b>
2.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE VIETNAMSKÉM JAZYCE .....	21
2.1.2 ZÁSADY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE S PŘÍSLUŠNÍKY VIETNAMSKÉHO ETNIKA .....	22
<b>2.2 ZÁSADY KOMUNIKACE S VIETNAMSKÝM PACIENTEM/KLIENTEM .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 MADELEINE LEININGER: TEORIE TRANSKULTURNÍ PÉČE – MODEL VYCHÁZEJÍCÍHO SLUNCE .....</b>	<b>24</b>
2.3.1 HLAVNÍ JEDNOTKY VYMEZUJÍCÍ TRANSKULTURNÍ PÉČI PODLE M. LEININGER .....	24
2.3.2 METAPARADIGMATICKÉ KONCEPCE DEFINOVANÉ PODLE M. LEININGER .....	25
2.3.3 KONCEPCE TEORIE.....	25
<b>2.4 NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ POJMY TRANSKULTURNÍHO A MULTIKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>26</b>
<b>3 KULTURNÍ ŠOK .....</b>	<b>28</b>
<b>4 ČESKÁ REPUBLIKA A VIETNAMCI.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 HISTORIE A SOUČASNOST VIETNAMSKÉ MIGRACE DO ČESKÉ REPUBLIKY .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 KULTURNÍ IDENTITA VIETNAMCŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ.....</b>	<b>31</b>
4.2.1 SPOLKY ZABÝVAJÍCÍ SE VIETNAMSKOU PROBLEMATIKOU .....	32
<b>5 PŘÍSTUP CIZINCŮ KE ZDRAVOTNÍ PÉČI.....</b>	<b>33</b>
<b>5.1 POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ.....</b>	<b>33</b>
5.1.1 TYPY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	34
<b>II. 35</b>	
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>6 METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>36</b>
<b>6.1 TECHNIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>36</b>
<b>6.2 ORGANIZACE SBĚRU DAT.....</b>	<b>37</b>
<b>6.3 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDNÝCH DAT .....</b>	<b>37</b>



<b>6.4</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>38</b>
6.4.1	FAKTOGRAFICKÉ ÚDAJE O RESPONDENTECH .....	38
6.4.2	KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ (VŠEOBECNÝCH SESTER) S VIETNAMSKÝMI PACIENTY/KLIENTY. ....	45
6.4.3	EMPATIE, VSTRÍCNOST, POCHOPENÍ A RESPEKTOVÁNÍ JINÉ KULTURY ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM (VŠEOBECNOU SESTROU). ....	51
6.4.4	VÝSKYT RASISMU BĚHEM HOSPITALIZACE. ....	57
6.4.5	ODPOVĚDI NA ZÁTĚŽOVÉ SITUACE BĚHEM HOSPITALIZACE. ....	59
6.4.6	MOŽNOST NÁBOŽENSKÉ SEBEREALIZACE. ....	60
6.4.7	SPOKOJENOST SE STRAVOU V ČESKÉ NEMOCNICI.....	61
6.4.8	CELKOVÁ SPOKOJENOST/NESPOKOJENOST S PÉČÍ V ČESKÝCH NEMOCNICÍCH. ....	62
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>69</b>
<b>7.1</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>69</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
<b>7.2</b>	<b>KNIŽNÍ PUBLIKACE:.....</b>	<b>75</b>
<b>7.3</b>	<b>INTERNETOVÉ ZDROJE:.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>

## ÚVOD

V dnešním globálním světě dochází více než kdy jindy k prolínání různých kultur a národností. Vysoké početní zastoupení na území České republiky má mimo jiné i vietnamské etnikum, které má k dnešnímu datu přes 50 000 příslušníků. Jejich migrace na území České republiky má dlouhou historii a stále sem přijíždí noví imigranti. Přestože nepatří mezi dvanáct států uznávaných národnostních menšin, jejich přítomnost nemůžeme nechat bez povšimnutí.

Můžeme se s nimi setkat na ulici, v obchodě, na úřadě, ale také v nemocnici. S tím souvisí diferencovaná ošetrovatelská péče a také transkulturní a multikulturní ošetrovatelství. To znamená, že všeobecné sestry by měli být schopny jim zajistit takovou ošetrovatelskou péči, která bude respektovat jejich kulturní identitu, hodnoty a bude optimalizovat jejich zdravotní stav. Proto se v této práci zabývám příslušníky vietnamského etnika, také hodnotím kvalitu péče z hlediska empatie k jejich osobnosti a k jejich kulturní odlišnosti ze strany všeobecných sester v českých nemocnicích.

Cílem mé bakalářské práce je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: *„Zjistit, jaké zkušenosti mají příslušníci vietnamského etnika v české nemocnici“*.

Moje práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zabývám definováním pojmů a souvisejících faktů multikultury, transkulturního ošetrovatelství a charakteristikou vietnamského etnika. V praktické části jsem se snažila zodpovědět tyto dílčí cíle:

- Definovat problémy s komunikací zdravotnických pracovníků (všeobecných sester) s vietnamskými pacienty/klienty.
- Zjistit úroveň empatie, vstřícnosti, pochopení a respektování jiné kultury zdravotnickým personálem (všeobecnou sestrou).
- Zjistit výskyt rasismu během hospitalizace.
- Vyhodnotit odpovědi na zátěžové situace během hospitalizace.
- Odhalit možnosti náboženské seberealizace během hospitalizace.
- Zjistit spokojenost se stravou v českých nemocnicích.
- Zhodnotit celkovou spokojenost/nespokojenost příslušníků vietnamského etnika s péčí v českých nemocnicích.

Inspirací pro zvolení tohoto tématu byla moje ročníková práce „Specifika ošetrovatelské péče multikulturních skupin“, kterou jsem se zabývala na Střední zdravotnické škole v Prostějově.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VIETNAMCI

### 1.1 Vietnam

Vietnam je země v Jihovýchodní Asii u Jihočínského moře. Oficiální název státu je Vietnamská socialistická republika v překladu *Nuoc Cong hoa xa hoi chu nghia Viet Nam*<sup>1</sup>. (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online], 2012) Její rozloha činí 331 211 km<sup>2</sup>. Počet obyvatel, dle sčítání z roku 2009, je 85 78 miliónů, čímž se Vietnam řadí mezi 13. nejlidnatějších zemí světa. Hustota osídlení je 254 obyv./km<sup>2</sup>. Je to jedna z nejvyšších hustot osídlení ve světě, v zemích kde převažuje zemědělství.

Země se dále dělí na 63 provincií a 5 měst ústřední správy - Hanoj, Ho Či Minovo Město, Hai Phong, Can Tho a Da Nang. Provincie se dále dělí na městské a venkovské okresy. Městské okresy se dělí na čtvrti. Venkovské okresy se dále dělí na obce. Hlavním městem je Hanoj s 6,44 miliony obyvatel (údaj k 1. 4. 2010) a rozkládá se na ploše 3 348 km<sup>2</sup>. Největším městem je Ho Či Minovo Město se 7,12 miliony obyvatel (údaj k 1. 4. 2009), které se rozkládá na ploše 2096 km<sup>2</sup>. V těchto dvou městech je soustředěno kolem 44 % městské populace země.

Průměrný roční přírůstek obyvatelstva: 2,11 %. Podle hanojské agentury OSN - UNFPA je v zemi vysoký poměr potratovosti - 45 potratů na 100 těhotenství. Poměr potratů ve skupině vdaných žen od 15 let do 49 let činí 65 %. Průměrně tím vychází 2,5 potratu na jednu ženu. Průměrná dětská úmrtnost (do 5 let věku) je 24 úmrtí na 1000 živě narozených dětí. Procento populace pod 25 let je 53 %. V populaci mají muži menší zastoupení se svými 49,14 % oproti ženám s 50,86 %. Průměrná délka života je ve Vietnamu 71,07 let. Muži se zde dožívají průměrně 68,27 let a ženy 74,08 let.

Vietnam se může pyšnit nejnižším věkovým průměrem, a to nejen v Asii. Procento populace pod 25 let je 53 % z celkové populace Vietnamu. Průměrný věk Vietnamců činí 26,9 let, ve srovnání s Čínou je tedy o osm let nižší a srovnatelný s věkovým průměrem Indů. Vietnamská vláda prosazuje politiku dvou dětí na rodinu, dá se říci, že vietnamská populace bude stárnout o něco rychleji než indická, nicméně nebude čelit demografickému problému Číny, která uplatňuje politiku pouze jednoho dítěte. Přitom Vietnam nemusí mít obavy ani z demografické exploze, která zatěžuje některé jiné daleko méně vyspělé země.

---

<sup>1</sup> Zdroj: [http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\\_statu/asie/vietnam/index.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asie/vietnam/index.html).

To znamená, že si dokáže udržet přibližně stejný počet lidí v produktivním věku, jaký má nyní – zhruba 40 miliónů lidí s pozvolným nárůstem.

Úředním jazykem je vietnamština s dialekty Bac, Nam a Hue. Obyvatelé Vietnamu ale často hovoří i francouzsky a čínsky. Nejrozšířenějšími používanými jazyky jsou angličtina, čínština (kantonská a mandarínská). Ruštinu a francouzštinu ovládá především starší generace.

Pojem Vietnamci je souhrnné označení všech obyvatel Vietnamu bez ohledu na národnostní a etnickou příslušnost. 86 % populace tvoří etničtí Vietnamci (národnost Kinh), soustředěných zejména v deltách hlavních vodních toků a pobřežních rovinatých oblastech, 12 % tvoří etničtí Číňané. Zbytek populace tvoří Khmerové (kolem 700 000 žijící v jihozápadní deltě Mekongu), Čamové (kolem 60 000, žijící převážně podél pobřeží mezi Nha Trang a Phan Thiet a v provincii An Giang v deltě Mekongu) a dalších 60 národnostně-jazykových menšin soustředěných zejména v horských oblastech.

Peněžní jednotkou používanou ve Vietnamu je Vietnamský dong (VND), který se dále nečlení. Oficiální kurs se nyní (konec března 2012) pohybuje kolem 21 000 VND/1USD. Při hotovém placení jsou ve většině obchodů, restaurací apod. kromě VND běžně přijímány i USD s přepočtem téměř shodným s oficiálním kursem. (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online], 2012)<sup>2</sup>

Ve Vietnamu jsou značné sociální rozdíly, převládá však nízká životní úroveň. Průměrný měsíční plat ve státních službách činí 50 dolarů, u vysokoškolsky vzdělaných 100 dolarů. Jen asi deset procent Vietnamců se dá počítat k takzvané střední třídě a pět procent obyvatel je vlastníkem auta. (Němec, 2008) Na většině území Vietnamu žijí obyvatelé na venkově a živí se zemědělstvím (Vietnam dnes patří k největším vývozcům rýže). Mezi venkovem a městy existují značné rozdíly. Komunistická vláda se snaží provádět moderní hospodářské reformy, i tak však mnoho kvalifikovaných a vysokoškolsky vzdělaných Vietnamců nenajde uplatnění, o adekvátním finančním ohodnocení nemluvě. (Buriánek, 2002)

### 1.1.1 Dějiny Vietnamu

Vietnam se může pochlubit starobyklou tradicí. Na počátku se na území usadily první kmeny Vietů. Byli to převážně zemědělci, kteří se zasadili o pěstování vodní rýže na

---

<sup>2</sup> Zdroj: [http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\\_statu/asia/vietnam/index.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asia/vietnam/index.html).

specifických rýžových polích. [Viz Příloha I.] Od roku 111 př. n. l. se Vietové na tisíc let dostali pod čínskou nadvládu. Během tohoto období došlo k významnému ovlivnění obou kultur a došlo k určení nynějších kulturních rysů vietnamské společnosti. V 15. století přicházejí na území Vietnamu první evropští misionáři a obchodníci. V polovině 19. století se na území celé Indočíny systematicky usazují Francouzi, kteří z Vietnamu vytvoří svou kolonii. Velký zvrat v historii znamenala 2. světová válka: v letech 1941–1945 obsadilo Indočínu japonské vojsko. Významnou osobností v čele vietnamského odporu proti francouzské a japonské okupaci se stal Ho Či Min, zakladatel komunistické strany. V roce 1945 jím byla vyhlášena Vietnamská demokratická republika. Další významným mezníkem v dějinách Vietnamu se stal rok 1963, kdy jej napadli Spojené státy americké. 2. 7. 1976 se znovu spojil Severní a Jižní Vietnam a byla vyhlášena Vietnamská socialistická republika. [Viz Příloha II.] V roce 1988 postihlo zemi 17 tajfunů, které těžce poškodily úrodu. Následně propukl zatím poslední hladomor v dějinách Vietnamu. (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online], 2012)<sup>3</sup>

### 1.1.2 Náboženství a víra

Ve Vietnamu je několik náboženských směrů. Nejvíce obyvatel se hlásí k buddhismu cca 50 % (převládá mahájánový buddhismus<sup>4</sup>), dále je to konfucianismus 13 %, taoismus 12 %, katolicismus 10 %, což je hned po Filipínách nejvyšší poměr v asijských zemích. (Mastiliaková, 2007) K protestantismu se hlásí asi 200 000 věřících v oblastech centrální vrchoviny, k islámu přibližně 0,5 % populace, a to převážně etničtí Khmerové a Čamové a k hinduismu zbytky indické komunity v Hočiminově Městě. Přibližně 2 miliony věřících má sekta Cao Dai, která podivuhodným způsobem skloubila učení nejdůležitějších filozofických a náboženských směrů východní i západní kultury a buddhistická sekta Hoa Hao (předpokládá se asi 1,5 mil. věřících). Dalším náboženským vyznáním, které je ve Vietnamu původní, je animismus. (Kelarová, Matějková, 2009)

Budhisté se vyznačují jiným cítením bolesti. Netiší svou bolest, ani si to většinou nepřejí, případně se snaží ji vydržet. Nevnímají bolest jako negativní vjem, ale jako

---

<sup>3</sup> Zdroj: [http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\\_statu/asie/vietnam/index.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asie/vietnam/index.html).

<sup>4</sup> Pro Mahájánový buddhismus již Buddha není člověkem, jenž došel vykoupení, ale osvícenou, božskou bytostí. Tito bódhisattvové již nevstupují do nirvány, ale starají se o vykoupení celého lidstva. Poznání a meditace jsou vystřídané vírou a laskavostí, neboť jednotlivec již nemusí pracovat na svém zdokonalení, ale je vykopen milostí a jen svět zdání a přeludů (májá) mu brání to poznat. (Schumann, 2008)

signalizaci v oblasti nerovnováhy Jin a Jang<sup>5</sup>. Podle této filozofie není třeba bolest tlumit, naopak je třeba hledat protipól bolesti. V praxi to znamená např. hledání alternativních forem řešení bolesti (ne ledování), jako je meditace či jiná forma relaxace pacienta/klienta. (Škrabová, 2010)

### 1.1.3 Vzdělání ve Vietnamu

Vietnam se řadí k takzvanému neokonfuciánskému<sup>6</sup> kulturnímu okruhu. K jeho „hodnotám“ patří na jedno z prvních míst vzdělání. Mnohdy rodiny utratí za vzdělání alespoň jednoho dítěte všechny své finanční prostředky.

V zemi umí číst a psát na 90 % populace. Tento výsledek je srovnatelný s Čínou a je mnohem vyšší než podíl gramotných lidí v Indii (cca 60 %), nebo v Pákistánu (50 %), tedy v zemích, které jsou na tom ekonomicky přibližně stejně. Vietnam má i velmi dobré výsledky v absolventech druhého vzdělávacího stupně. 73 % dětí, které absolvují druhý stupeň, to je mnohem lepší výsledek ve srovnání s okolními zeměmi. (Němec, 2008)

Základní školství se rozděluje na I. a II. stupeň. Střední škola se řadí do tzv. III. stupně a trvá 3 roky. Národní maturita se skládá ze čtyř předmětů. Studenti však musejí umět šest předmětů a teprve v den maturit se dozví čtyři, ze kterých složí maturitní zkoušku. Ve vietnamském školství chybí učiliště a střední odborné školy. Úroveň vysokých škol je nízká. Jsou označovány jako IV. stupeň. Proto Vietnamci často odjíždějí studovat do zahraničí na stipendium nebo z vlastních zdrojů. Zahraniční vysokoškolský diplom je cennější.

Ve vietnamské škole neprobíhají žádné diskuze o tom, co řekne učitel, to je dáno, nesmí se tomu oponovat. Děti nejsou zvyklé vystupovat před třídou s referáty, řečnit na veřejnosti, diskutovat, vyjádřit svůj názor. Chybí jim spontánnost. Způsob učení v tamějších školách je „memorování“. To znamená, že se vše učí nazpaměť. Ve

---

<sup>5</sup> Projevy dvou sil, které se všude vyskytují v nejrůznějších podobách a jsou nositeli všech protikladů (nebe a země, světlo a tma, výška a hloubka, muž a žena) jsou jang a jin, tvůrčí a přijímající principy, aktivita a pasivita. V lidském těle se JIN vztahuje k anatomické struktuře – k buňkám, tkáním a orgánům, zatímco JANG k tělesné energii, životní síle a dynamickému fungování. JIN je živící „nitro“, JANG ochranným „vnějškem“. Tělesné nitro je živeno tzv. vyživující energií čchi, cirkulující mezi kanály zvanými meridiány. Tělesný vnějšek, zahrnující kůži a svaly, je řízen tzv. ochrannou čchi. (Schumann, 2008)

<sup>6</sup> Neokonfucianismus je idealistická škola čínské filozofie, navazující na původní konfucianství a zformovaná v podstatě v období dynastie Sung (10. – 13. století). Na rozdíl od raného konfucianismu, v němž převládaly etickopolitické koncepce, orientoval se neokonfucianismus také na ontologii, přírodní filozofii a kosmologii. Za hlavní představitele neokonfucianismu je pokládán Ču Si. Neokonfucianismus dokazoval neměnnost společenských pořádků a udržel si vládnoucí postavení ve filozofickém a společensko-politickém myšlení Číny až do začátku 20. Století. (Fairbank, 1998)



vietnamské škole je běžné doučování pro všechny žáky, nejenom ty slabší. Pro učitele to znamená možnost přivydělat si k nízkému platu. Ve třídě je běžně 50-60 žáků. Seznam žáků v třídní knize je řazen podle jména, nikoliv podle příjmení, protože příjmení je jen omezený počet, a proto i učitelé vyvolávají podle jména. Vyučování probíhá na dopolední a odpolední směny pro příliš velký počet žáků a omezenou kapacitu tříd. Před několika lety se zrušila výuka v sobotu.

O třídu se stará také předseda třídy a místopředseda třídy. Svaz mládeže a pionýrská organizace pořádají různé školní akce. O prázdninách studenti dobrovolně pomáhají v chudších částech Vietnamu. Nemají žádné podzimní nebo jarní prázdniny, zato mají lunární novoroční prázdniny a velké prázdniny, které trvají 3 měsíce: červen, červenec a srpen.

Podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí ve Vietnamu je malý: 16 %, to je pod průměrem okolních zemí. Vysokých škol je obecně nedostatek, a i ty mají nízký počet kvalifikovaných učitelů.

Největším problémem vietnamského školství je braní úplatků, např. kupování známek, diplomů, zadání maturity, zadání přijímací zkoušky. (Nguy, Nguen,[online], 2008)<sup>7</sup>

Díky tomu, že se Vietnam neuzavírá cizím vlivům, šíří se zde poměrně rychle znalost angličtiny, i když její kvalita je stále ještě nedostatečná. Ostatně, mnoho Vietnamců mluví česky. Jejich počet nelze odhadnout přesně, ale řádově jde o několik desítek tisíc lidí. Ostatně náklonnost Vietnamců vůči Česku je dána už tím, že mnoho rodičů dospívající a dospělé populace pracovalo nebo studovalo v bývalém Československu-a zpravidla na dobu strávenou u nás vzpomínají dobře, což vede k tomu, že roste zájem o studium na českých vysokých školách. Některé z nich, jako např. Technická univerzita Liberec už nabízí kombinované studium pro Vietnamce ve spolupráci s tamní Technickou univerzitou v Hanoji.

Významná data ve školství jsou Den učitelů (20. 11.), kdy učitelé od žáků dostávají květiny a Mezinárodní den žen (8. 3.), kdy ženy dostávají květiny od žáků. (Němec, 2008)

---

<sup>7</sup> Zdroj: [http://www.mkc.cz/uploaded/otvorena\\_skola/ikd\\_vietnam.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/otvorena_skola/ikd_vietnam.pdf).

#### 1.1.4 Tradiční rodinná a příbuzenská struktura ve Vietnamu

Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny. V rodině rozhodují otcové nebo nejstarší synové a manželky jsou podřízené. Muži mají za povinnost vykonávat těžké práce a být silní v krizových situacích v rodině. Pro vietnamské muže jsou domácí práce nepředstavitelné. Pokud muž pomáhá manželce, je považován za slabocha. Role ženy podle „tam tông“: když žije s rodiči, musí poslouchat otce. Když se vdá, musí poslouchat manžela. Pokud manžel zemře a ona žije se synem, musí poslouchat jeho. (Nguy, Nguen, [online], 2008)<sup>8</sup>

Ve Vietnamu převažuje typ rozšířené rodiny. Rodina se často skládá ze tří generací (pro Vietnamce jsou domovy důchodců nepředstavitelné). Respektuje se prvorozenectví, kdy prvorozený syn dědí rodinný majetek a má na starost péči o své rodiče. Rodiče příliš nechválí své děti a zachovávají si kontrolu nad jejich výchovou. Kladou důraz na úspěšnost a nezávislost více než v české populaci. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005) Při výchově je kladen důraz na dodržování pravidel společenského chování (např. učí děti nezatěžovat okolí stížnostmi na své problémy, a aby byly poctivé, tiché a slušné). Svě děti také učí usmívat se na okolí. Očekává se, že děti budou poslouchat, uctívat rodiče a mít respekt před staršími. Vietnamské děti musí poslouchat rodiče, ať je jim 5 let nebo 50. Mezi dvěma generacemi neexistuje tzv. rovnocenná výměna názorů. Velký důraz kladou na vzdělání. (Kelnarová, Matějková 2009)

Snad nejvýraznějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Vietnamci, kteří k nám přijíždějí, zažívají kulturní šok, pramenící z velké odlišnosti kultur. Pevnou a neodlučitelnou tradicí je uctívání předků. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005)

#### 1.1.5 Stravování Vietnamců

Velký význam má pro ně stolování. Při přípravě jídla se sejde celá rodina a probíhá komunikace o obchodu, vzdělávání dětí, o domácnosti. Obědvají dlouho. Mlaskání a říhání u jídla je pochvalou pro hostitele, vyjadřují tak pocit spokojenosti. Jídlo se nechává spadnout na zem a po jídle se vše uklidí. Také na stoje nechají vždy trochu zbytků, což je projevem sytosti. Jí se pomalu, snaží se relaxovat, na závěr se jí polévka, což slouží k doplnění tekutin v těle a solí. Hlavními plodinami užívanými v kuchyni je rýže, ryby,

---

<sup>8</sup> Zdroj: [http://www.mkc.cz/uploaded/otvarena\\_skola/ikd\\_vietnam.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/otvarena_skola/ikd_vietnam.pdf).

drůbež, ovoce a zelenina. Jedí 3x denně, oběd a večeře jsou hlavní jídla. Žádnou studenou stravu ústy nepřijímají. Pijí teplé čaje a vodu pokojové teploty. Mléčné výrobky požívají minimálně (věří, že způsobují střevní potíže), nemusí tolerovat laktózu. (Kelnarová, Matějková, 2009)

### 1.1.6 Pohled na nemoc očima Vietnamců

Většina Vietnamců uznává filosofii sil jing a jang, které podle nich ovlivňují zdraví, rovnováhu a harmonii. Věří, že narušení této rovnováhy je příčinou nemocí. Toto přesvědčení pramení z jejich kultury a náboženství. Nejprve zkouší domácí léčení. Problém přiznají, až když je pokročilý nebo mají velké bolesti. (Špirudová, Ivanová, Halmo, Tomanová, Bursová, 2004)

Na společenské akce chodí pozdě, ale k lékaři přijdou vždy v čas. Při léčení je důležité vysvětlit vyšetření, procedury a testy co nejpřesněji. Kývnou na souhlas, ale nemusí rozumět a ani souhlasit. Pokud pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je vhodné mu vyhovět. Zdravotní stav pacienta, není vhodné sdělovat bez konzultace s hlavou rodiny. Rodina často nechce, aby jejich příbuzný byl ve stresu a měl více obav.

Stud pacienta, hlavně žen, je potřeba brát na vědomí. Sprchují se především ráno a hygienu rádi provádějí sami a v soukromí. Pokud nejsou schopni, tak si přejí, aby jim byl nápomocen blízký člen rodiny stejného pohlaví.

Při bolestech nepožádají o lék, protože mají strach z vedlejších účinků a návyku. Raději si vezmou nějaký domácí lék, např. volně prodejný lék, bylinky nebo použijí jinou alternativní metodu. Zvracení, zácpu, či průjem oznámí sestře, až je situace problematická. Dříve než vyhledají lékařskou pomoc, zkouší domácí léčení. Pokud jsou smutní nebo trpí depresí, tak se je snaží rodinný příslušník nebo přítel rozveselit.

Těhotným ženám věnují mnoho pozornosti. Dbají na jídla připravovaná podle zásad racionální výživy a dostatek odpočinku. Nesmí se namáhat. Otec je rád u porodu. Ženy u porodu nenaříkají a tiše trpí. Vaginální porod upřednostňují před císařským řezem. Pokud jsou problémy s dítětem, je lépe je konzultovat s otcem nebo členem rodiny a ten rozhodne, kdo před ženou řekne pravdu. Je-li potřebná transfúze, členové rodiny jsou ochotni darovat krev.

Vietnamci mají respekt a uznávají lékaře i nelékařský zdravotnický personál. Preventivní prohlídky vyhledávají až tehdy, až je na ně upozorní lékař nebo sestra. (Kelnarová, Matějková 2009) [Viz Příloha III.]

### 1.1.7 Společenská etiketa Vietnamců

Tradiční vietnamský způsob pozdravu vypadá tak, že zdravící vás vezme za ruce a mírně se ukloní. V případě tradičního vietnamského způsobu potřesení rukou (ruce spojené kolem zápěstí partnera) je samozřejmě vhodné pozdrav opětovat.

Ve styku s Vietnamci je dobré se usmívat, tvářit se přátelsky a být zdvořilý. Není vhodné dávat úplný průchod svým emocím, zvláště těm negativním – hrozí, že „ztratíte tvář“. Na schůzky je důležité chodit vždy včas. Vietnamci jsou dochvilní a očekávají totéž i od druhých. Velmi důležitou součástí obchodních jednání je představování se a výměna vizitek. Za zdvořilou formu je pokládáno předání a převzetí navštívenky oběma rukama. Předání vizitky jednou rukou či dokonce položení na stůl (podobně i podávání peněz při placení) je společensky nepřijatelné. Při jednání je pak vhodné vizitku ponechat před sebou na stole jako znamení úcty - okamžité založení vizitky je považováno za výraz nezájmu. (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online], 2012)<sup>9</sup>

Není slušné dát najevo druhému, že se mýlil. Veřejné upozornění druhého na jeho nedostatky je považováno za neslušné. Milenecké páry se na veřejnosti nelíbají a ani si navzájem neprokazují přehnanou náklonnost, je to nepřipustné. Smrkání na veřejnosti je neslušné, proto Vietnamci posmrkávají. Dle jejich etikety se nejdříve zdraví muž a poté žena. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Vietnamci jsou (jako většina Asiatů) velmi pověřivý národ – existují období, která jsou pro danou činnost vhodná nebo naprosto nevhodná, a je třeba to respektovat. Hlava jakožto nejvyšší část lidského těla je v asijských zemích považována za cosi výjimečného, proto je krajně nevhodné dotýkat se něčí hlavy. Dalšího velkého prohřešku se člověk dopustí, pokud k někomu obrátí svá chodidla. Není vhodné nasměrovat nohy k čemukoli sakrálnímu (obzvláště ne k sochám Buddhy), především při návštěvě chrámů (nejlepší si je ve svatyni stejně jako domorodci kleknout, je tak zajištěno, že chodidla budou směřovat od oltáře). Při návštěvě chrámů je doporučeno zahalit si ramena a kolena, za samozřejmost se též považuje vyzout si boty.

---

<sup>9</sup> [http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\\_statu/asiie/vietnam/index.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asiie/vietnam/index.html)

Se zvyšující se životní úrovní a množstvím společenských styků se i někdejší vietnamská neformálnost v odívání přizpůsobuje západním zvyklostem. Při formálním společenském styku je samozřejmostí užití společenského oděvu, příp. v horkém letním podnebí pouze košile s kravatou. Krátké kalhoty (šortky) dosud nejsou běžným zjevem ani v neformálním společenském styku. Nahota je naprosto nevhodná – dokonce i na pláži. (Murray, 2006)

## 2 TRANSKULTURNÍ<sup>10</sup> A MULTIKULTURNÍ<sup>11</sup> OŠETŘOVATELSTVÍ

### 2.1 Komunikace

*„S kulturou národa, komunity souvisí komunikace. Můžeme provést detailní přehled biologických odlišností pacienta, znát všechny základní prvky prostředí, v němž byl vychován, znát dokonale i jeho sociální začlenění, ale pokud budeme v komunikaci dělat chyby, ozdravovací proces se změní v posloupnost různých komplikací. Nakonec nejde o nic překvapivého, o rozdílech v chování a jednání víme z literatury, filmů ba i z každodenní zkušenosti v našich podmínkách.“* (Kutnohorská, [online], 2006, s. 96)<sup>12</sup>

#### 2.1.1 Verbální komunikace ve vietnamském jazyce

Ve vietnamštině<sup>13</sup> neexistuje tykání a vykání v podobě, jakou známe z jazyka českého. Vietnamec proto při jeho zvládnutí nemá k vyjádření zdvořilosti analogické prostředky. Vietnamština užívá zvláštních zdvořilostních obrátů a slov, jejichž aplikace závisí na řadě okolností, vztahujících se k věkové a společenské příslušnosti účastníka rozhovoru. Pomocí široké škály osobních zájmen vyjadřuje vztahy nadřazenosti a podřazenosti. Mezi staršími a mladšími, mužem a ženou, mezi přáteli jedné věkové

---

<sup>10</sup>Multikulturní pojem vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur stojících izolovaně vedle sebe, aniž by se nějak navzájem ovlivňovaly. (Karásková, 2010)

<sup>11</sup>Multikulturní ošetřovatelství je komparativní, humanistický, praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly péče o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení. Přínos multikulturního ošetřovatelství spočívá v porovnání a analýze součástí jednotlivých kultur a jejich příslušníků. Cílem je poskytnout kulturně specifickou a univerzálně praktickou péči v oblasti podpory zdraví, eliminace rizikových situací, nemocí a smrti. (Dolák, 2008)

<sup>12</sup>Zdroj: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/02/15.pdf>.

<sup>13</sup>Vietnamština je tonální jazyk, který rozlišuje 6 tónů a zapisuje se latinkovým písmem s hojným využíváním diakritických znamének a tónových značek. Celou jeho základní slovní zásobu tvoří jednoslabičná slova, neznající flexi. (Nguy, Nguen, [online] 2008) Zdroj: [http://www.mkc.cz/uploaded/otvorena\\_skola/ikd\\_vietnam.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/otvorena_skola/ikd_vietnam.pdf).

kategorie a vztahy neutrálními. Úroveň vzájemné komunikace dále signalizuje užívání či absenci zdvořilostních částic, které se dělí do dvou kategorií: první kategorie obsahuje zdvořilostní částice, které doplňují oslovení, do druhé patří zdvořilostní částice, jimiž posluchač reaguje na delší projev mluvčího: „opravdu?“, „ano“, „velmi rád“ apod., což však znamená projev soustředění, nikoli vyjádření stanoviska k obsahu mluveného slova. Zajímavé je, že ve vietnamské komunikaci téměř nenalezneme zápor: na přímou otázku vyžadující reakci ano / ne se nám dostane odpovědi typu: „myslíte, že je to opravdu tak?“, „je to dosti složité“, „musíme si to promyslet“ apod. Důvodem je vliv buddhistické filosofie na vietnamské myšlení: nesouhlasit s vysloveným stanoviskem druhé osoby je nezdvořilost. Naopak způsobů, jakými lze vyjádřit souhlas, je několik: vang – neutrální ano, da – zdvořilé ano, bam – zdvořilé ano, u – neutrální ano (nebo „jo“ užívané v některých regionech země), phai – neutrální ano. (Nguy, Nguen, [online], 2008)<sup>14</sup>

### 2.1.2 Zásady neverbální komunikace s příslušníky vietnamského etnika

Podání ruky je velice důležité pro prvotní navození důvěry mezi námi a pacientem/klientem vietnamského etnika. Na rozdíl od nás-Evropanů, kdy si podáváme při setkání ruce, naopak v kultuře asijských národů je tělesný kontakt při pozdravení tabu. (Průcha, 2010) Podání pravé ruky a zřetelný stisk ruky druhé osoby, je doprovázeno lehkým stiskem levé ruky – v jednu chvíli tak buď držíme ruku druhé osoby v obou svých dlaních, nebo jsme si najednou podali obě ruce navzájem. Takové podání rukou symbolizuje vzájemnou úctu, dobré úmysly a přátelství. V evropské kultuře to může být chápáno, jako snaha o snahu dominance. (Vrublová, 2006) Podání pouze jedné ruky může být považováno za výraz neúcty. Oběma rukama podáváme rovněž jakýkoli předmět partnerovi, jemuž dáváme najevo, že si ho vážíme. Podání předmětu jen jednou rukou je nezdvořilé. Hlazení po vlasech a jiné dotýkání hlavy je považováno za projev velké neúcty. I vietnamské děti jsou zvyklé více na „poplácání“ po ramenech či zádech. Líbání mileneckých párů na veřejnosti je ve Vietnamu nepřipustné, zato objímání a doteky jsou mezi přáteli a známými zcela běžné.

Přímý pohled do očí je pro Vietnamce nezdvořilý a může vyjadřovat domýšlivost. Evropané úsměvem vyjadřují sympatie, přátelský vztah, dobrou náladu aj. V asijské

---

<sup>14</sup> Zdroj: [http://www.mkc.cz/uploaded/otevrena\\_skola/ikd\\_vietnam.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/otevrena_skola/ikd_vietnam.pdf).

kultuře je úsměv často výrazem nejistoty, omluvy, rozpaků, zmatků apod. – což je někdy Evropany interpretováno jak negativní gesto. (Průcha, 2010)

Pokud chce Vietnamec gestem přivolat druhou osobu, tak postupuje takto: důležité je, aby dlaň směřovala k zemi, prsty poté pohybuje k sobě. Dlaň otočená směrem nahoru znamená projev nadřazenosti. Noha přes nohu je projevem nadřazenosti. Může ji dát najevo i ten, jehož špička přehozené nohy ukazuje na partnera sedícího naproti. Ruce zkřížené na prsou jsou činem pokládaným za znak rozčilení nad obsahem dialogu partnera v komunikaci.

Kdo má dlouhé nehty, nemusí fyzicky pracovat. Proto si někteří intelektuálové či bohatí obchodníci nechávají na malíčku, někdy na všech prstech levé ruky narůst až několikacentimetrový nehet.

Být slušně oblečen a upraven je projevem dobrého chování. Vietnamské ženy takřka nenosí sukně. Jejich originální, elegantní sváteční kroj „ao dai“ je složen z dlouhé a přiléhavé, na bocích rozstřižené tuniky a dlouhých, volných, hedvábných kalhot. V rámci slušného chování je ve Vietnamu zapotřebí umírněné, uctivé chování a neafektované pohyby. V neposlední řadě je důležité vnímání vzhledu. Tak jako pro nás jsou všichni Asiaté „stejní“, rovněž Asiaté nás nerozeznávají. Naše oproti nim robustní postavy a výrazné ochlupení pro ně mohou být zrovna tak „směšné“, jako jejich vzezření pro nás.

V asijských kulturách je zásadou společenského chování nevyjadřovat negativní emoce. Není slušné vyjádřit někomu do očí svůj nesouhlas, odmítnutí.

„Ztráta tváře“ je sociální trest za nevhodné porušení společenských norem slušného chování či za veřejné projevení nekompetentnosti. Jestli někdo ztratí tvář, ostatní ho alespoň po určitou dobu neposlouchají, odmítají s ním hovořit. Ztratit tvář můžeme i proto, že druhého na veřejnosti přímo zkritizujeme nebo se k němu nevhodně zachováme. (Nguy, Nguen, [online]2008)<sup>15</sup>

## 2.2 Zásady komunikace s vietnamským pacientem/klientem

Měli bychom se chovat evalvačně tzn. chování, které nevede ke snižování hodnoty druhých lidí, ale k podpoře jejich sebehodnocení. Vietnamci ctí pravidla slušného chování, nejsou zvyklí ztěžovat situaci problémy. Hovoříme k nim klidně a srozumitelně. Při

---

<sup>15</sup> Zdroj: [http://www.mkc.cz/uploaded/otevrena\\_skola/ikd\\_vietnam.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/otevrena_skola/ikd_vietnam.pdf).

jednání s nimi opětujeme úsměvy. Sledujeme, zda nám rozumí. Pokud se vyskytne nepřekonatelná jazyková bariéra, raději využijeme služeb překladatele. Mohlo by dojít k oboustrannému nepochopení. Pokud nesdělujeme něco složitějšího (poučení pacienta před diagnostickým, terapeutickým, operačním výkonem atd.), můžeme použít Blochův průvodce. Snažíme se být především empatičtí. (Kelnarová, Matějková, 2009)

### **2.3 Madeleine Leininger: Teorie transkulturní péče – Model vycházejícího slunce**

V polovině 50. let minulého století se M. Leininger začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Zájem o vliv kultury na ošetřovatelství daly impulz vlastní zkušenosti M. Leininger ze sesterské praxe. Ty souvisely s mnohonárodnostní, etnickou rozdílností a migrací obyvatelstva USA. Leininger si všímala odlišného chování příslušníků jednotlivých národností a etnik. Postupně si uvědomovala, že kultura má značný vliv nejen na životní styl, ale také na ošetřovatelskou péči. (Pavlíková, 2006)

Jako teoretická východiska sloužily M. Leininger (kromě holistické filozofie) pojmy z kulturní a sociální antropologie<sup>16</sup> jako jsou kultura, dominantní kultura a subkultura.

#### **2.3.1 Hlavní jednotky vymezující transkulturní péči podle M. Leininger**

Cíl ošetřovatelství poskytuje osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládnutí nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů péče. Pacienta/klienta vymezuje jako holistickou bytost ovlivněnou sociálním prostředím. Společenská kultura, filozofický názor a hodnoty se transkulturně liší, osoby z různých kultur vnímají zdraví, léčbu, závislost a nezávislost různě. Role sestry znamená poznat tradiční způsob péče příslušné kultury či subkultury a jeho kladné stránky využívat v profesionální péči. Zdrojem potíží je podle Leiningerové rozdílnost kultur. Ohnisko zásahu je problém související s rozdílem mezi dominantní kulturou a subkulturou, eventuálně problém s rozdílností kultur. Způsob zásahu podporuje zachování/udržení zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně nebo pomoci při umírání, přičemž sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetřovatelské

---

<sup>16</sup> „Kulturní a sociální antropologie, jako vědní obor, zkoumá vývoj, strukturu a fungování různých kultur v čase a prostoru.“ (Pavlíková, 2006, s. 66)



péče. Důsledky jsou zdraví a blaho nebo klidná smrt, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče. (Pavlíková, 2006)

### 2.3.2 Metaparadigmatické koncepty definované podle M. Leininger

Tabulka č. 1. Souhrnný pohled ošetrovatelského Modelu vycházejícího slunce, na zkoumání určitých jevů-základní hledisko.

<b>Lidská bytost</b>	Osoba se v teorii chápe jako kulturně podmíněné individuum, stejně jako rodina, skupina, či komunita.
<b>Zdraví</b>	Představuje komplexní stav pohody, který odráží schopnost jednotlivce nebo skupiny vykonávat denní kulturně podmíněnými způsoby a vzory. Vnímání zdraví a nemoci je kulturně podmíněné, ale přesto nemůže být univerzálně definované. Zdraví v teorii M. Leininger zahrnuje široké spektrum stavů od zdraví, pohody, nemoci, neschopnosti a hendikepu.
<b>Environmentální kontext</b>	Představuje úplnost událostí, situací a zkušeností, která dává smysl lidským projevům, interpretací a sociálním interakcím v určitém fyzickém, ekologickém, sociopolitickém a kulturním okolí.
<b>Ošetrovatelství</b>	Ošetrovatelství je naučená, humanitní a vědecká disciplína, která se zabývá fenomény péče o člověka (lidskou bytost) a činnostmi asistence a podpory jednotlivců nebo skupin, aby si mohli udržet nebo znovu získat zdraví či pohodu kulturně specifickým způsobem, případně se vyrovnat s určitými omezeními nebo smrtí.

Zdroj: Kuberová, Moraučíková, Lehotská, 2008.

### 2.3.3 Koncepty teorie

Tabulka č. 2. Vědecky pevný výklad základní podstaty ošetrovatelského Modelu vycházejícího slunce.

<b>První úroveň</b>	Zahrnuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu.
<b>Druhá úroveň</b>	Obsahuje poznatky o jedincích, rodinách, skupinách a institucích v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a

významné vztahy k péči o zdraví.

- Třetí úroveň** Poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče.
- Čtvrtá úroveň** Zahrnuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování nebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo změnu existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetrovatelství tak, že poskytovaná péče je shodná s hodnotami té kultury, ke které pacient/klient patří.

Zdroj: Pavlíková, 2006.

## 2.4 Některé základní pojmy transkulturního a multikulturního ošetrovatelství

V následujícím oddíle jsou zařazeny odpovídající významy slov, které souvisejí s transkulturním a multikulturním ošetrovatelstvím. Jsou abecedně seřazené.

**Asimilace** označuje postupné začleňování jednoho etnika do jiné kultury. Znaky původní kultury se ztrácejí a objevují se znaky dominantní kultury. (Průcha, 2010)

**Dominantní kultura** je dle Pavlíkové (2006) hlavní kultura obyvatelstva, která má na určitém území převahu. Je to kultura skupiny, která je v daném sociálním celku dominantní kultuře, ekonomicky a politicky. Dominantní skupina nemusí mít početní převahu.

**Etnikum** je pojímáno jako 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 etnicky odlišní vnímáni druhými. Někdy se pojem etnikum používá též ve významu národní menšiny, jejíž kultura se liší od kultury většinové, ale etnikum není nutně totožné s národem. Na rozdíl od rasy příslušníci etnika nemají takové fyzické znaky, kterými by se výrazně lišili od příslušníků většiny. Důležitější je spíše odlišnost hodnot, norem, chování a jazyka. Znaky, které příslušníci etnika považují pro sebe za charakteristické, se někdy nazývají etnické vědomí. (Průcha, 2010)

**Kultura** se skládá dle Rybáře (1991) z duchovních ideálů a vzorů chování předávaných symboly. Představuje rozličné výsledky lidské činnosti. Dále může kultura znamenat

souhrn duchovních a materiálních činností, výtvorů a hodnot určitého společenství v prostoru a čase. Kultura je také specifický lidský způsob existence, jenž se uskutečňuje v rovině racionálního, etického a estetického poznávání, osvojování a přetváření světa.

**Kulturní vzory** jsou definovány jako naučená a závazná schémata pro jednání ve standardních situacích, navenek vystupují v podobě obyčejů, mravů, zákonů a tabu. (Soukup, 2000)

**Minoritní skupina** je společenská skupina, jejíž příslušníci mají zpravidla snížený podíl na politické a ekonomické moci a nižší sociální status. (Jandourek, 2001)

**Multikultura** je kultura vzniklá propojením různých etnik, tradic a náboženského vyznání. (Průcha, 2001)

Pojem **multikulturní** vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur stojících izolovaně vedle sebe, aniž by se nějak navzájem ovlivňovaly. (Karásková, 2010)

**Multikulturní ošetřovatelství** je komparativní, humanistický, praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly péče o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení. Přínos multikulturního ošetřovatelství spočívá v porovnání a analýze součástí jednotlivých kultur a jejich příslušníků. Cílem je poskytnout kulturně specifickou a univerzálně praktickou péči v oblasti podpory zdraví, eliminace rizikových situací, nemocí a smrti. (Dolák, 2008)

Pojem **multikulturalismus** se postupně vžil pro označování témat spojených s „rasou“, socioekonomickou třídou, rodovou příslušností, jazykem, sexuální orientací, tělesnou nebo duševní handicapovaností. (Průcha, 2010)

**Předsudky** představují zvláštní komplex v podstatě nezdůvodněných postojů a stanovisek, které si lidé osvojují docela nenápadně pod vlivem prostředí nebo je převezmou od nějaké „autority“. (Špirudová, Ivanová, Halmo, Tomanová, Bursová, [online] 2004)<sup>17</sup>

**Rasismus a rasové teorie** vyzvedávají jenom určité lidi a určité etnické a jazykové skupiny s určitými tělesnými a psychickými vlastnostmi a tito lidé jsou obvykle pokládáni za vyvolené a za jedině představitele nejvyšší lidské kultury a lidstva vůbec. (Špirudová, Ivanová, Halmo, Tomanová, Bursová, [online], 2004)<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup>Zdroj:[http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka\\_knihovna/Pecujeme\\_o\\_klienty\\_odlisnych\\_etnik\\_a\\_kulturu.pdf](http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kulturu.pdf).

<sup>18</sup> Zdroj: Taktéž.

**Socializace** je zespolečnění. Je to dlouhodobý proces osvojení jazyka, lidských forem, norem chování, hodnot a mezilidských vztahů. (Dolák, 2008)

**Stereotypy** jsou mínění o třídách jedinců, skupinách nebo objektech, která jsou v podstatě šablonovitými způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují. (Nakonečný, 2009)

**Subkultura** je skupina, která se odlišuje od dominantní kultury, avšak zároveň je její součástí. Příslušníci subkultury mají specifické hodnoty, normy, chování a životní styl. Odlišují se od většinové kultury, např. z hlediska etnické příslušnosti, náboženského vyznání apod. (Pavlíková, 2006) Pro subkulturu je také charakteristické, že se vymezuje vůči širší, dominantní kultuře skrze odklon od majoritních myšlenkových, kulturních a politických proudů, ale i vnějškově prostřednictvím životního stylu a specifického odívání. Životní styl odpovídá uvedené odlišnosti a vlastním subkulturním hodnotám. (Smolík, 2010)

**Xenofobie** je přirozená obranná reakce organismu vůči cizím vlivům. Nejčastěji se používá k definici nepřátelských postojů vůči lidem z cizí země nebo předsudků vůči nim. Jde o složeninu s řeckého xenos-cizinec a phobos-strach. (Tesař, 2007)

### 3 KULTURNÍ ŠOK

Pojmem kulturní šok se označuje: „*psychická reakce, kterou prožívá člověk přemístěný do kultury velmi odlišné od jeho vlastní kultury nebo kultury, na kterou je zvyklý*“ (Vito, 2001). Je to psychická reakce člověka na neobvyklé situace, ve kterých ztrácí efektivnost jeho předcházející způsoby chování. Podle Oberga (1960) se kulturní šok odehrává ve čtyřech fázích:

#### **Fáze první - fascinace**

Fascinace novými lidmi a novou kulturou. Je to okouzlení osobou, objektem nebo činností. (Hartl, Hartlová, 2010)

#### **Fáze druhá - krize**

Krize je období, kdy člověk začíná mít problémy, které se postupně prohlubují, život v nové kultuře se stává složitým. Složitá je komunikace, včlenění se do sociálních vazeb např. snadno urazíte nebo se dotknete člověka nové kultury, aniž byste to měli v úmyslu apod. Samovar, Porter, McDaniel (2007) píší, že jedna třetina lidí, kteří pracují v

zahraníčí, má problémy kvůli kulturnímu šoku. Když dostanete krizi pod kontrolu, teprve pak začnete poznávat novou kulturu. Krize znamená pro jedince extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav schopný vyvolat selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické, psychické nebo sociální, např. rozhodující životní událost, obrat v léčbě, období přechodu mezi vývojovými stádii. (Hartl, Hartlová, 2010) Jedná se o emoční rozrušení, které je často doprovázeno pocitem zmatku, úzkosti, deprese, hněvu a dezorganizace ve vztazích a v sociálním fungování. (Sternberg, Roediger, Halpern, 2007)

### **Fáze třetí - poznání**

Poznání, kdy člověk učí zvládat různé situace. Dle Lustiga a Kostnera (1996) se učí jak komunikovat (nakoupit, domluvit si schůzku, jíst ve společnosti, řešit problémy na úřadech...), učí se pravidla kultury (specifická pravidla pro konkrétní náboženské obřady, rituály spojené s jídlem, specifika společenských rolí mužů, žen a dětí v dané kultuře a také řešení zdravotních problémů...). Poznání je více či méně úplné a přesné obrazy odráženého světa ve vědomí. Je zprostředkováno vnímáním, pamětí, myšlením a emocemi. J. S. Bruner (1960) rozšířil pojetí J. Piageta představou, že kognitivní proces je ovlivněn třemi způsoby, jež člověk užívá při uchopování světa: a) způsob enaktivní, založený na činnosti, b) způsob ikonický, využívající zrakové a duševní představy, c) způsob symbolický, užívající jazyk.

Dále můžeme poznání rozdělit na poznání anomální, kdy vnímáme mimosmyslově. Můžeme také poznávat bezprostředně. Jde o poznání, které se ubírá cestou intuice, extáze, zření, zjevení a bezprostřední poznání zejména duchovních principů. Opakem je poznávání diskurzivní. Jeho podstatou je racionální přístup a zprostředkovanost logickým úsudkem. Poznání smyslové je bezprostřední působení podnětů na smyslové orgány. Vzniklé vjemy a představy zobrazují celostní obrazy předmětů a jevů, které se stávají základním materiálem pro zobecňování, myšlení a abstraktní poznávání (Hartl, Hartlová, 2010)

### **Fáze čtvrtá – přizpůsobení se**

Přizpůsobení se je, když se člověk opět těší z nové kultury, váží si jí a lidí kolem. Dle Ivanové, Špirudová a Kutnohorská (2005) je přizpůsobení se jiným slovem adaptace. (Hartl, Hartlová, 2010) Adaptace je obecná vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, v nichž existují. Psychologicky zahrnuje přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení a postojů. Je to proces postupného přizpůsobování se člověka sociálním

podmínkám. Porucha přizpůsobení je stav tísně a narušených emocí, znemožňující společensky odpovídající jednání. Vzniká neschopností přizpůsobit se životní změně nebo následkům stresové životní události včetně vážné somatické nemoci. Při migraci či uprchlictví může postihnout celou skupinu osob. Objevuje se smutek, úzkost, obavy, zhoršení výkonu, narušení každodenních činností, u dětí pomočování, dumlání palce, šišláni. Vyskytuje se zhruba do jednoho měsíce od stresující události, zřídka později než za šest měsíců. Zahrnuje stavy dříve označované jako reakce na zármutek a hospitalismus u dětí. (Hartl, Hartlová, 2010)

## 4 ČESKÁ REPUBLIKA A VIETNAMCI

Počet cizinců na území České republiky se od roku 1990 zněkolikanásobil. (Holá, 2007). Dle Českého statistického úřadu [online], (2012)<sup>19</sup> jich k roku 2011 se státním občanstvím Vietnamské socialistické republiky, s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v České republice, bylo 60 289. Před deseti lety, v roce 2001, jich bylo pouze 18 210. Tendence je stále vzrůstající. K dnešnímu datu by jich celkově mohlo být kromě legálně i ilegálně přistěhovalých v České republice, podle Jiříčka [online], (2010)<sup>20</sup>, až kolem 65 000 Vietnamců.

V určitých profesích získávají cizinci vysoké zastoupení a stávají se pro ně typickými reprezentanty. Část ekonomických migrantů, např. z Vietnamu, pracujících v ČR buď, dočasně anebo na stálo. První pobyt je většinou dočasný, kdy jeden člen rodiny (nebo část rodiny) vycestuje a podle toho jak je pracovně úspěšný a kolik vydělá peněz, se buďto vrátí zpět nebo za ním vycestuje zbytek jeho rodiny. S jejich dětmi se již můžeme setkávat ve školách. (Holá, 2007)

### 4.1 Historie a současnost Vietnamské migrace do České republiky

Česká republika je s ohledem na multikulturu poněkud homogenní<sup>21</sup> stát. Je to dáno především její historií. Stav migrace během období před rokem 1990 a po roce 1990.

---

<sup>19</sup>Zdroj: file:///G:/tabdetail.jsp.htm.

<sup>20</sup>Zdroj: [http://zpravy.idnes.cz/vietnamstina-ve-skolach-a-na-uradech-nebude-komunita-tady-zije-prilis-kratce-1vi-/domaci.aspx?c=A101128\\_124225\\_domaci\\_jj](http://zpravy.idnes.cz/vietnamstina-ve-skolach-a-na-uradech-nebude-komunita-tady-zije-prilis-kratce-1vi-/domaci.aspx?c=A101128_124225_domaci_jj).

<sup>21</sup> Homogenní je synonymum pro stejnorodý. (Kolařík, 2011)

Před rokem 1990, ještě v bývalém Československu, byli převážně studenti a pracovníci z tzv. „spřátelených zemí“, především Vietnamci a Kubánci. Nejednalo se však o nějaké větší a trvalé včlenění těchto jedinců do naší kultury. Pobývali zde většinou jen určitou dobu a jejich celkové zastoupení nebylo tak velké, aby většina Čechů s nimi byla v užším kontaktu a mohla se tak více seznámit s jejich kulturou. Jen nepatrné množství z nich se zde usadilo natrvalo a uzavřelo zde manželství.

Jiný problém nastal po roce 1990, kdy po pádu komunismu se již v samostatné České republice otevřely hranice, a nastal neomezený příliv migrantů. Česká republika nebyla již jen tranzitní zemí, ale stala se také cílem mnoha jiných národů, mimo jiné začala čelit většímu přílivu Vietnamců. (Hirt, 2005) Z tohoto období je má většina Čechů zaškatulkováno jako národ „stánkařů“. Na nově se rozvíjícím tuzemském trhu dokázali čelit poptávce a konkurovat levnějším zbožím ostatním tuzemským i zahraničním firm.

Nyní se již doba změnila, „stánkaři“ nabízejí své zboží v kamenných obchodech a rozvíjejí oblast služeb. V České republice vyrůstá nová generace Vietnamců, kteří jsou mezi dvěma světy-tradiční vietnamskou kulturou převzatou od rodičů a tou druhou českou kulturou ve které žijí a od níž přejímají její kulturní vzorce. Díky lepší dostupnosti vzdělání, než je v jejich původní domovině a vyšší životní úrovni, budou mít větší výběr ve volbě povolání než jejich rodiče. Vzhledem ke stárnutí populace a potřebě pracovníků v průmyslové výrobě, i vysoce odborných profesích se občané s cizím státním občanstvím či odlišným etnickým původem stávají nedílnou součástí populace České republiky. Ale přesto všechno si Češi ještě stále hledají cestu k jiným národnostem a k jejich kulturní odlišnosti. Především bojují se zažitými předsudky.

## 4.2 Kulturní identita Vietnamců v České republice

Vietnamská komunita žijící na území České republiky nepatří mezi legislativou uznaných 12 národnostních menšin žijících na našem území. Oficiálně jsou považováni za cizince, čímž přicházejí o jistá práva, která jsou menšinám u nás dáována. Jedná se například o právo užívání jejich mateřského jazyka v úředním styku, právo na přijímání a poskytování informací v tomto jazyce, právo na státní finanční podporu médií v daném jazyce aj. Vietnamská komunita je v současnosti třetí největší „menšinou“ (legislativně podle zákona č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin<sup>22</sup> je však pouze

---

<sup>22</sup> Zákon č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin: „národnostní menšina společenstvím občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů“

skupinou cizinců) v České republice. Z cca 60 tisíc vietnamských občanů u nás však v roce 2007 měla české občanství pouze 2 %. K tomu drží několik prvenství. Mají nejvyšší podíl dětí do patnácti let, nejnižší podíl seniorů a nejvyšší podíl osob s trvalým pobytem (a to i přesto, že v roce 2008 byla komunita oproti roku 2006 rozšířena o dvacet tisíc nově příchozích, kteří podíl trvalých pobytů v komunitě výrazně snížili). Z toho jasně vyplývá, že se jedná o komunitu s vysokým podílem mladých lidí, v níž vyrůstá početná druhá generace, která sestává z mnoha osob sídlících trvale v ČR. (Dvořáková, [online], 2012)<sup>23</sup> Celé etnikum je na našem území rozloženo rovnoměrně, vyšší koncentrace vietnamského obyvatelstva je ve větších městech (Praha, Brno, Ostrava, Plzeň) a v příhraničních oblastech s Německem (Železná Ruda).

Kromě nejmladších generací jsou Vietnamci uzavřeným etnikem se silnými sociálními vazbami v jejím rámci, navenek působí uzavřeně a kontakty s majoritní společností nevyhledávají. Mají své předáky, či jakési zprostředkovatele, kteří s nimi nebo za ně řeší kontakty s úřady a podobně. Většina vietnamského obyvatelstva přichází do ČR za výdělkem a plánuje po několika letech odchod zpět do vlasti. Ten se však většinou nekoná, takže jednotlivci, části rodin i celé rodiny zde žijí v určitém vakuu, kdy se snaží ekonomicky zabezpečit, aby mohli odjet zpět do vlasti, a zároveň zde setrvávají, aby vydělali více peněz a mohli podporovat své příbuzné ve Vietnamu, či jim pomohli vycestovat do České republiky. (Klub Hanoi, [online], 2007)<sup>24</sup>

#### 4.2.1 Spolky zabývající se vietnamskou problematikou

Spolky působící na českém území se soustřeďují zejména na integraci vietnamského obyvatelstva, propagaci vietnamské kultury nebo seznámení s vietnamskou kulturou a navazování vztahů mezi Vietnamci a mezi Vietnamci a Čechy. Občanské sdružení Klub Hanoi vzniklo ze spolku studentů vietnamistiky na Filozofické fakultě Karlovy university. Působí od roku 2004 a je otevřeno všem lidem, kteří se zajímají o vietnamskou komunitu žijící v ČR nebo o samotný Vietnam. Mezi nejvýznamnější cíle tohoto spolku patří snaha o

---

*zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo. Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti.“*

<sup>23</sup>Zdroj: [www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2011121602](http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2011121602).

<sup>24</sup>Zdroj: <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2007111401>.



využití kulturních odlišností vietnamské komunity jako vkladu. Pokouší se z odlišností vytvořit aspekt, který by obohatil českou společnost a zároveň ovlivnil vnímání vietnamské komunity. Také dochází k propagaci vietnamské kultury a integraci Vietnamců do společnosti.

Dalším občanským sdružením je Klub Bambus, který má podobné cíle. Sídlí v SAPĚ-v areálu neoficiálního vietnamského centra v Praze. Tento spolek je velmi činorodý- vydává dvojjazyčný časopis pro žáky vietnamské národnosti v ČR, pořádá kurzy vietnamštiny i češtiny, organizuje také divadelní kroužek a mnohé další aktivity. Zakladatelem a představitelem je Ing. Tung. Mezi jeho nejvýznamnější počiny patří vydání skript „Čeština-základní kurz pro Vietnamce“ a publikace „Vietnamci v Praze“.

Další organizací je již výše zmiňovaná Česko-vietnamská společnost, v jejímž čele stojí podnikatel Marcel Winter. Tato společnost se soustředí na vydávání dvojjazyčného časopisu Česko-vietnamský zpravodaj, ve kterém informuje o dění ve Vietnamu i v ČR ve vztahu k vietnamské minoritě a poskytuje rady a doporučení usnadňující život na našem území. (Žáková, Mezikulturní dialog, [online], 2009)<sup>25</sup>

## 5 PŘÍSTUP CIZINCŮ KE ZDRAVOTNÍ PÉČI

### 5.1 Pojištění cizinců v České republice

Na rozdíl od občanů ze zemí Evropské unie a jejich rodinných příslušníků, kteří mají stejný přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění jako čeští občané, je u cizinců ze třetích zemí dostupnost zdravotní péče v některých případech omezená. Problémy nastávají u cizinců, kteří nemají nárok na veřejné zdravotní pojištění a jsou odkázáni na komerční pojištění. Zdravotní pojištění je zákonnou podmínkou pro vstup do ČR a dodržením pobytového režimu.

Zdravotní pojištění je určeno k úhradě nákladů zdravotní péče. Plně jsou hrazeny nezbytné lékařské úkony, léky a zdravotnický materiál. Na některé léky a zákroky pacient připlácí, některé hradí zcela.

Zdravotní pojištění nezakládá nárok na výplatu nemocenské v případě nemoci. Nemocenské pojištění je součástí sociálního pojištění, kterou musí povinně platit

---

<sup>25</sup> Zdroj: <http://www.mezikulturnidialog.cz/vietnamska.html>.

zaměstnanci. Dobrovolně si ji mohou zvolit osoby samostatně výdělečně činné. Pojištění nekryje léčebné výlohy v zahraničí, pokud mezinárodní dohody nestanoví jinak nebo se nejedná o úkon, který nelze provést v České republice a s jehož úhradou zdravotní pojišťovna souhlasí.

Zdravotní pojištění si platí zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné. Stát jej platí za děti, studenty, registrované nezaměstnané a důchodce.

### 5.1.1 Typy zdravotního pojištění

1. Cestovní/smluvní zdravotní pojištění pro cizince.
2. Veřejné zdravotní pojištění
3. Komerční zdravotní pojištění [Viz Příloha IV.]

Zdravotní pojištění je v ČR jedním z mála případů, kdy stát ukládá zákonem povinnost být pojištěn. Zákon o pobytu cizinců na území ČR ve své novelizované podobě (Zákon č. 379/2007 Sb. ve smyslu § 180) ukládá cizincům ohledně zdravotního pojištění dvě zcela konkrétní povinnosti:

- a) Předložit při žádosti o některá povolení k pobytu doklad o cestovním zdravotním pojištění na dobu pobytu na našem území.
- b) Prokázat při pobytové kontrole, že je zajištěna úhrada nákladů zdravotní péče; dle § 103 písm. r) zákona o pobytu cizinců.

Smyslem této zákonné úpravy je jednak zajištění potřebné zdravotní péče pro všechny, kteří na území ČR mohou tuto péči potřebovat, jednak zajištění uhrazení všech nákladů, které v této souvislosti vzniknou lékařům a zdravotnickým zařízením.

Na území ČR je poskytována zdravotní péče převážně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Cizinec je účastníkem veřejného zdravotního pojištění, pokud má trvalý pobyt v ČR a nemá-li trvalý pobyt, pak je-li zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v ČR. V některých případech je plátcem pojistného tohoto pojištění stát, např. za nezaopatřené děti a důchodce. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, [online], 2012)<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODIKA PRÁCE

### 6.1 Technika výzkumu

Cílovou skupinou jsou příslušníci vietnamského etnika, kteří v minulosti byli hospitalizováni v české nemocnici. Výzkumná část této práce byla zhotovena kvantitativní metodou. Pro sběr získaných dat jsem použila dotazníkové šetření.

Dotazník<sup>27</sup> jsem rozdělila do tří oddílů. První část se zabývá faktografickými údaji. Zabývám se zde pohlavím, věkem, místem narození, rodinným stavem, nejvyšším dosaženým vzděláním, vystudovaným oborem, zaměstnáním v rámci odvětví ekonomické sféry, délkou pobytu v České republice, znalostí českého jazyka, jak psaného tak mluveného.

Ve druhém oddíle se zabývám zkušenostmi respondentů s českými nemocnicemi, hodnocení úrovně ošetrovatelské péče a přístupem personálu k respondentům. Zjišťuji zde nemocnici, ve které byl respondent hospitalizován, poskytnutí dokumentů ve vietnamském jazyce, problémy s komunikací během hospitalizace, poskytnutí tlumočníka, řešení problému s komunikací během hospitalizace, hodnocení všeobecných sester, zkušenost s rasismem během léčení v nemocnici, odpovědi na zátěžové situace a míra stresu.

Třetí oddíl dotazníku jsem věnovala otázkám souvisejícím s hospitalizací a pohodlím během pobytu v nemocnici. Zabývala jsem se zde dostatkem soukromí, udržováním rodinných a přátelských vztahů během hospitalizace, religiozitu, spokojeností se stravou, celkovým hodnocením kladů, záporů a zdravotním pojištěním.

V dotazníku jsem použila hned několik typů otázek dle Kutnohorské (2009). *Otázky uzavřené*, kdy respondent měl na výběr z několika možností. Vybranou položku poté označil. Jedná se o otázky č. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 26, 28, 29, 33. Můžeme je označit jako *otázky uzavřené výběrové*, kdy respondent vybral pouze jednu možnost. Dalším typem jsou *otázky uzavřené výčtové*, kdy respondent mohl vybrat více jak jednu odpověď. Tímto příkladem je otázka č. 25. Do *polouzavřených otázek* můžeme zařadit otázky č. 3, 12, 14, 25, 32 a 34. Možnost volného vyjádření měl respondent u otázek otevřených s čísly 6, 17, 30 a 31. Mezi *filtrační otázky*, které nám umožňují rozdělit

---

<sup>27</sup> Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. (in Kutnohorská, 2009, s. 41)

dotazované na podskupiny, patří otázky s číslem 5, 14, 25 a 32. Sdružením více otázek na obdobné téma do jednoho bloku, respektive tabulky vzniká tzv. *baterie otázek*, jako je tomu u otázky č. 28. *Škálu* obsahuje otázka č. 10, 11, 18, 23, 24 a 27.

## 6.2 Organizace sběru dat

Výsledná data jsem sbírala půl roku. Pro svůj sběr dat jsem využila současně dva typy výběru respondentů. První formou sběru dat bylo vytipování míst s vysokým zastoupením této komunity, jako jsou např. tržnice. Zde jsem rozdala 110 dotazníků. Návratnost byla 23 % tj. 25 dotazníků.

Druhou část sběru dat jsem provedla jednak osobně, ale také jsem do tohoto procesu zapojila svou rodinu, přátele a známé, kteří ve svém okolí znají nebo jejich zaměstnavatel zaměstnává příslušníky vietnamského etnika, a tzv. zprostředkovatele, u nichž jsem použila metodu tzv. sněhové koule<sup>28</sup>. (Hartnoll a kol., 2003) Jednalo se převážně o studenty nebo členy komunity, kteří zde žijí dlouho a ovládají dobře český jazyk. Všechny jsem poučila, jak mají postupovat při převzetí vyplněných dotazníků a jak mají pomoci dotazovaným respondentům, když něčemu nebudou rozumět. Díky nim jsem se mohla dostat k členům, kteří neumí tolik česky a nemají takovou důvěru.

Vznikla tzv. „sít“, která dle získaných dat zabírala část jižní Moravy, Prostějovska a Zlínska. Návratnost této strategie byla 61 % tj. 85 dotazníků, kdy 100 % bylo 140 dotazníků.

## 6.3 Zpracování výsledných dat

Výsledná data jsem zpracovala do grafů, které ukazují procentuální četnost zkoumaných položek. Jelikož je celkový počet 100 respondentů, osa v levé části grafu má nejvyšší hodnotu 100 a orientačním bodem je hodnota 50, pro lepší představu hodnoty četnosti vůči celku. Výsledná data jsem zpracovala v programu Microsoft Excelu.

U uzavřených otázek s odpovědí ano, ne a nevím jsem získaná data pro větší přehlednost a celkovou úpravu vložila do tabulek. U otevřených otázek jsem získaná data kategorizovala a zpracovala do tabulek dle četnosti odpovědí respondentů.

Pro lepší orientaci jsem tabulky a grafy sladila do barevného sjednoceného tématu.

---

<sup>28</sup> Metoda sněhové koule je technika účelového „nabalování“ dalších osob, též lavinový výběr, např. tazatel/ka získává nové kontakty od respondentů či respondentek. (Hartnoll, 2003)

## 6.4 Empirická část

V této části se zabývám empirickými kognitivními metodami, tzn., že poznávám zkoumané jevy přímo v praxi pomocí dotazníkového šetření. Zjišťuji, jak příslušníci vietnamského etnika hodnotí kvalitu péče z hlediska empatie k jejich osobnosti a k jejich kulturní odlišnosti ze strany všeobecných sester v českých nemocnicích.

Otázky z dotazníkového šetření nejsou řazeny podle posloupnosti v dotazníku, ale podle obsahové složky. Rozdělila jsem je, kromě první uvedené položky, dle tématu dílčích výzkumných otázek na: faktografické údaje o respondentech; komunikaci zdravotnických pracovníků (všeobecných sester) s vietnamskými pacienty/klienty; empatii, vstřícnost, pochopení a respektování jiné kultury zdravotnickým personálem (všeobecnou sestrou); výskyt rasismu během hospitalizace; odpovědi na zátěžové situace během hospitalizace; možnost náboženské seberealizace; spokojenost se stravou v české nemocnici; celková spokojenost/nespokojenost s péčí v českých nemocnicích.

### 6.4.1 Faktografické údaje o respondentech

V tomto oddíle zjišťuji jednotlivé skutečnosti, tzn. intervenující proměnné neboli nezávisle proměnné (např. věk, pohlaví, místo narození, rodinný stav, dosažené vzdělání, pobyt v České republice, nemocnice, ve kterých byli respondenti hospitalizováni, pojištěnost respondentů atd.). Dále jsem tento oddíl rozdělila na okruhy: základní údaje o respondentech, vzdělání respondentů, zaměstnání respondentů, pobyt respondentů v ČR, hospitalizace v nemocnici, zdravotní pojištění.

#### **První okruh-základní údaje o respondentech.**

Definuji zde respondenty. Zjišťuji identitu pohlaví, věk, rodinný stav a místo narození.

#### **Otázka č. 1. Jste:**

Otázka zjišťuje identitu pohlaví respondentů.

- Muž.
- Žena.

Tabulka č. 3. Pohlaví respondentů. [Viz Příloha V.]

Z celkového počtu 100 % tj. 100 respondentů uvádí 71 % tj. 71 dotazovaných, že jsou pohlaví mužského. Pouze 29 % tj. 29 respondentů uvedlo, že má pohlaví ženské.

### Otázka č. 2. Kolik je Vám let?

Otázka zjišťuje věkové zastoupení respondentů. Ke kategorizaci věkových skupin jsem použila rozdělení životních etap dle Whitbourneové a Weinstockové. (Humpolíček, [online], 2006).<sup>29</sup>

- 5 let – 14 let.
- 15 let – 30 let.
- 31 let – 45 let.
- 46 let – 60 let.
- 61 let a výše.

Tabulka č. 4. Věk respondentů. [Viz příloha VI.]

Z celkového počtu 100 respondentů je 12 % tj. 12 respondentů ve věku od 5 let do 14 let. Největší zastoupení má věkové rozmezí 15 let až 30 let, kdy jej uvedlo 47 % respondentů tj. 47 dotazovaných. Druhé nejpočetnější věkové rozmezí je od 31 let až 45 let. Tento věk uvedlo 26 % tj. 26 respondentů. 46 let až 60 let je 9 % respondentů tj. 9 dotazovaných. Nejmenší věkové zastoupení u respondentů bylo 61 let a výše celých 6 % tj. 6 dotazovaných.

### Otázka č. 3. Kde jste se narodil/a?

Otázka zjišťuje místo narození event. zemi, kde se respondenti narodili. Mají na výběr ze tří možností: ve Vietnamu, v České republice nebo volnou odpověď-jinde.

- Ve Vietnamu.
- V České republice.
- Jinde:\_\_\_\_\_.

Tabulka č. 5. Země narození respondentů. [Viz Příloha VII.]

Většina respondentů se narodila ve Vietnamu, celých 64 % tj. 64 příslušníků vietnamského etnika. Pouhých 30 % tj. 30 dotazovaných se narodilo v České republice. Těchto 30 % patří již do druhé generace, která se vyznačuje dobrou znalostí českého jazyka. 6 % tj. 6 respondentů se narodili mimo Vietnam a Českou republiku. 2 respondenti

---

<sup>29</sup>Zdroj:[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Cw0UnfNuMIOJ:www.phil.muni.cz/~hump/VyvPs/Pr ezentace\\_vyuka\\_PH/Vyv\\_ps\\_II\\_Prezentace\\_J\\_StredniStarsiDospelost.ppt](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Cw0UnfNuMIOJ:www.phil.muni.cz/~hump/VyvPs/Pr ezentace_vyuka_PH/Vyv_ps_II_Prezentace_J_StredniStarsiDospelost.ppt)

se narodili na Slovensku, 3 v Německu a 1 v Anglii. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů tj. 100 dotazovaných.

#### **Otázka č. 4. Jaký je Váš rodinný stav?**

Otázka zjišťuje „marital status“ neboli rodinný stav respondentů.

- Jsem svobodný/á.
- Jsem ženatý/vdaná.
- Jsem rozvedený/á.
- Jsem vdovec/vdova.

Tabulka č. 6. Rodinný stav respondentů. [Viz Příloha VIII.]

61 % tj. 61 respondentů uvedlo, že jsou svobodní. 23 % respondentů tj. 23 dotazovaných uvedlo, že jsou ve svazku manželském. Pouhých 7 % tj. 7 dotazovaných bylo rozvedených. Ovdovělých bylo 9 % tj. 9 respondentů. Tyto zjištěné hodnoty jsou závislé na věkovém zastoupení respondentů. Uvážíme-li vysoké zastoupení 47 % respondentů ve věku od 15 do 30let, nesmíme zapomenout i na 14 % respondentů ve věku od 5let do 14let a vzrůstající trend založení rodiny k třicátému nebo až po třicátém roku života. Tímto se nám zdůvodní vysoké zastoupení svobodných respondentů. Na otázku č. 4 odpověděli všichni respondenti tzn. 100 příslušníků vietnamského etnika.

#### **Druhý okruh-vzdělání respondentů.**

Definuji vzdělání respondentů. Zjišťuji nejvyšší dosažené vzdělání a vystudovaný obor.

#### **Otázka č. 5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Otázka zjišťuje, jaké respondenti mají nejvyšší dosažené vzdělání dle systému vzdělávání v České republice<sup>30</sup>. (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České Republiky, [online] 2012)<sup>31</sup>

- Základní vzdělání.
- Střední vzdělání. (bez výučního listu, maturitní zkoušky)
- Střední vzdělání s výučním listem.
- Střední vzdělání s maturitní zkouškou.

<sup>30</sup> Systému vzdělávání v České republice se od systému vzdělávání ve Vietnamu liší pouze jiným označením, např. střední škola je tzv. III. stupeň, vysoká škola IV. stupeň. (Nguy, Nguen,[online] 2008)

<sup>31</sup> Zdroj: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/system-vzdelavani-v-cr>.



- Vysokoškolské.

Tabulka č. 7. Dosažené vzdělání respondenty. [Viz Příloha IX.]

Největší zastoupení měli respondenti se základním vzděláním, které z celkového počtu 100 dotazovaných tj. 100 % tvořilo celkově 53 % tj. 53 respondentů. Toto vysoké číslo je ovlivněno vysokým zastoupením 64 % respondentů, kteří se narodili ve Vietnamu, kde je školství na nižší úrovni jak v České republice. Další vliv má i nízká životní úroveň ve Vietnamu. Třetím aspektem je zastoupení vysokého počtu 47 % respondentů ve věku od 15 do 30let, kdy mnozí z nich ještě studují.

Střední vzdělání bez výučního listu absolvovalo 15 % tj. 15 respondentů. Druhé největší zastoupení s 21 % tzn., 21 respondentů mělo střední vzdělání s výučním listem. Střední vzdělání s maturitní zkouškou absolvovalo pouze 5 % tj. 5 respondentů. Vysokoškolským titulem se mohlo pochlubit 6 % tj. 6 dotazovaných.

#### **Otázka č. 6. Jaký obor jste vystudoval/a?**

Otázka zjišťuje u respondentů, jakou mají kvalifikaci neboli odbornou způsobilost.

Na tuto otevřenou otázku mělo správně, dle předpokladu dosaženého vzdělání u předchozí otázky č. 5, odpovědět 48 respondentů (vyloučeni byli ti respondenti, kteří uvedli, že mají základní vzdělání). Navíc odpovědělo 8 respondentů, kteří se řadili mezi studenty. Celkem odpovědělo 56 respondentů. 32 respondentů uvedlo, že ještě studují. 4 dotazovaní odpověděli nevim. Po třech zástupcích mají obory instalatér, obchodní akademie a pedagogická fakulta. Po dvou zástupcích mají obory jako je elektromechanik, kuchař a švadlena. Ostatní vystudované obory měli po jednom respondentovi. Řadí se mezi ně číšník, mechanik elektrotechnických zařízení, obráběč kovů, řezník, truhlář, zedník, manažer a právník.

Tabulka č. 8. Vystudovaný obor respondenty. [Viz Příloha X.]

#### **Třetí okruh-zaměstnání respondentů.**

Definuji zaměstnání respondentů. Zjišťuji, ve které ekonomické sféře jsou respondenti zaměstnáni.

#### **Otázka č. 7. Ve kterém odvětví ekonomické sféry jste zaměstnán/a?**

Otázka zjišťuje oblast národního hospodářství ČR, ve které jsou respondenti zaměstnaní. Možnosti vybraných profesí v nabídce jsem dle Soukupové, Strachotové (2006) rozdělila

podle ekonomických sektorů – primární, sekundární, terciární, kvartérní sektor tržní a veřejný.

Tabulka č. 9. Odvětví ekonomické sféry zaměstnání respondentů. [Viz Příloha XI.]

V tabulce jsou uvedeny výsledky dle četnosti odpovědí respondenty. Na tuto otázku odpovědělo celkem 82 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných. 18 respondentů nevybralo žádnou možnost. Jednalo se o studenty, kteří ještě nepracují. Dalších 14 studentů uvedlo některou z možností ve smyslu zaměření jejich studia. Nejvíce zastoupení 17 dotazovaných měl textilní průmysl. Stejný počet 12 respondentů uvedlo průmysl potravinářský a velkoobchod, maloobchod a opravy. Ve stavebnictví pracovalo 9 dotazovaných. 7 respondentů pracovalo ve výrobě a rozvodu elektřiny, plynu a vody. V chemickém a farmaceutickém průmyslu pracovali 4 respondenti. 3 dotazovaní uvedli dřevozpracující a papírenský průmysl. Další ekonomické sféry měli po jednom respondentovi. Zemědělství, lesnictví a rybolov; průmysl skla, keramiky a porcelánu; zdravotnictví, veterinární a sociální činnosti-tyto tři ekonomické sféry nemají v zastoupení žádného z respondentů.

#### Čtvrtý okruh-pobyt respondentů v ČR.

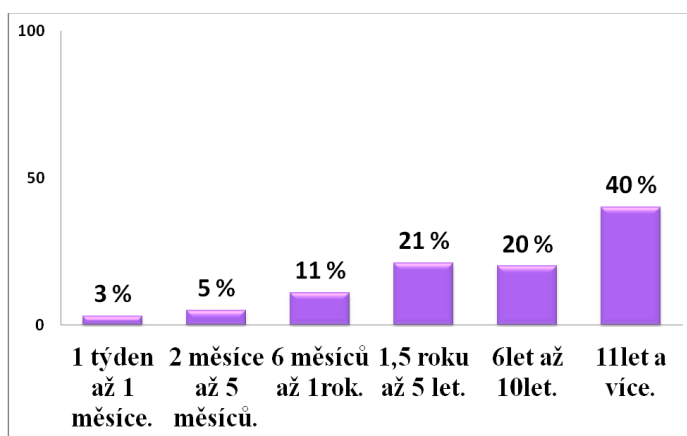
Definuji délku pobytu respondentů v ČR.

#### Otázka č. 8. Jak dlouho žijete v České republice?

Otázka zjišťuje pobyt respondentů v České republice v rozmezí týdnů, měsíců a roků.

Tabulka č. 10. Délka pobytu respondentů v České republice.

- 1 týden až 1 měsíce.
- 2 měsíce až 5 měsíců.
- 6 měsíců až 1rok.
- 1,5 roku až 5 let.
- 6let až 10let.
- 11let a více.



Graf č. 6. Délka pobytu respondentů v České republice.

Pouze 3 % tj. 3 respondenti uvedli, že jsou v České republice v rozmezí od 1 týdne až do 1 měsíce, což je nejnižší počet z celkového počtu 100 respondentů. 5 % tj. 5 dotazovaných uvedlo že zde v ČR jsou 2 měsíce až 5 měsíců. 6 měsíců až 1 rok bylo 11 % tj. 11 dotazovaných. 21 % respondentů tj. 21 dotazovaných v České republice je 1,5 roku až 5 let. Podobný počet respondentů celých 20 % tj. 20 dotazovaných uvedlo délku pobytu 6let až 10let. Největší počet respondentů 40 % tj. 40 dotazovaných je v České republice 11let a více. U těchto respondentů, můžeme předpokládat, že jsou již adaptováni na českou kulturu a fáze kulturního šoku mají za sebou.

#### **Pátý okruh- hospitalizace v nemocnicích a zdravotní pojištění.**

Definuji nemocnice, ve kterých byli respondenti hospitalizováni. Zda mají uzavřené zdravotní pojištění, a u které zdravotní pojišťovny.

#### **Otázka č. 12. Ve které nemocnici jste byl/a hospitalizován/a?**

Otázka zjišťuje, ve kterých nemocnicích byli respondenti hospitalizováni.

- Krajská nemocnice Tomáše Bati.
- Nemocnice Atlas ve Zlíně.
- Fakultní nemocnice Brno – Bohunice.
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně.
- Úrazová nemocnice Brno.
- Nemocnice Milosrdných bratří Brno.
- Vojenská nemocnice v Brně.
- Jiná: \_\_\_\_\_.
- Nepamatuji si.

Tabulka č. 11. Hospitalizace v nemocnicích. [Viz Příloha XII.]

Největší množství respondentů 19 % tj. 19 dotazovaných bylo hospitalizováno v Úrazové nemocnici Brno z celkového počtu 100 % tzn. 100 dotazovaných. Ve Fakultní nemocnici Brno – Bohunice bylo přijato k léčbě 13 % tj. 13 respondentů. Stejný počet 13 % tj. 13 respondentů odpovědělo, že si nepamatuje, kde bylo hospitalizováno. V Krajské nemocnici Tomáše Bati bylo hospitalizováno 8 % tj. 8 respondentů. Stejný počet respondentů 8 % tj. 8 dotazovaných bylo hospitalizováno ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně. 7 % tj. 7 respondentů bylo léčeno v Nemocnici Milosrdných bratří Brno. 5 % tj. 5 respondentů má zkušenost s hospitalizací v Nemocnici Atlas ve Zlíně. Ve Vojenské nemocnici v Brně byli hospitalizováni 2 % tj. 2 dotazovaní.

Jinou nemocnici uvedlo 25 % tj. 25 respondentů. Z tohoto počtu bylo 7 respondentů hospitalizováno v Nemocnici Prostějov. Stejný počet 7 dotazovaných bylo léčeno ve Fakultní nemocnici Brno – Dětské nemocnici. 6 respondentů uvedlo Nemocnici Kyjov. V Nemocnici Znojmo byli hospitalizováni 3 respondenti. 1 dotazovaný uvedl Nemocnici TGM Hodonín. Stejný počet měla v zastoupení 1 respondenta i Fakultní nemocnice v Motole.

### Otázka č. 33. Jste pojištěn/a?

Otázka zjišťuje, zda mají respondenti uzavřeno zdravotní pojištění.

Tabulka č. 12. Pojištěnost respondentů.

	Ano.	Ne (otázku č. 34 prosím nevyplňujte).	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	84 %	4 %	12 %
Četnost respondentů:	84	4	12

84 tj. 84 % respondentů uvedlo, že jsou pojištěni. 4 respondenti tj. 4 % dotazovaných se přiznalo, že pojištění nejsou. Takto odpovídali respondenti, kteří v České republice byli 1 týden až 1 měsíc nebo 2 měsíce až 5 měsíců. 12 respondentů tzn. 12 % zvolilo odpověď nevím. To znamená, že na tuto otázku nechtěli odpovídat nebo jí nerozuměli. Na otázku č. 33 odpovědělo 100 příslušníků vietnamského etnika tzn. 100 % respondentů. K otázce: Jste pojištěn? Se přímo vztahuje otázka č. 34. u které pojišťovny:

### Otázka č. 34. U které pojišťovny?

Otázka zjišťuje, se kterými zdravotními pojišťovnami mají respondenti uzavřenou smlouvu.

- Všeobecná zdravotní pojišťovna a.s. – VZP.
- METAL – ALINCE.
- Revírní bratrská pokladna.
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR.
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky.
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.
- Jiná: \_\_\_\_\_.
- Nevím.

Tabulka č. 13. Zastoupení zdravotních pojišťoven u respondentů.

	Počet odpovědí respondentů - absolutní četnost.	Počet odpovědí respondentů v % - relativní četnost.
Všeobecná zdravotní pojišťovna a.s.	58	60 %
METAL – ALINCE.	11	12 %
Revírní bratrská pokladna.	2	2 %
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR.	2	2 %
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky.	5	5 %
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.	2	2 %
Jiná.	1	1 %
Nevím.	15	16 %
Celková suma:	96	100 %

Graf č. 8. Zastoupení zdravotních pojišťoven u respondentů. [Viz Příloha XIII.]

Nadpoloviční většinu má Všeobecná zdravotní pojišťovna a. s. se svými 60 % tzn., že 58 respondentů ji uvedlo, jako svou zdravotní pojišťovnu. METAL – ALIANCE procentuálně obsadila druhou příčku s 12 % tzn., že 11 dotazovaných se u ní nechalo pojistit. 2 % respondentů tj. 2 dotazovaní jsou pojištěni u Revírní bratrské pokladny. U Vojenské zdravotní pojišťovny jsou rovněž pojištěni 2 % respondentů tj. 2 dotazovaní. 5 % tj. 5 dotazovaných je pojištěno u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky. Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu uvedlo 2 % respondentů tj. 2 dotazovaní. Jinou uvedlo pouze 1 % tj. 1 dotazovaný. Jednalo se o Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Odpověď nevím uvedlo 16 % tj. 15 respondentů. Na tuto otázku odpovědělo celkově 96 dotazovaných příslušníků vietnamského etnika, protože v předchozí otázce č. 33, 4 respondenti uvedli, že pojištění nejsou vůbec.

#### 6.4.2 Komunikace zdravotnických pracovníků (všeobecných sester) s vietnamskými pacienty/klienty.

V tomto oddíle se zabývám problematikou přenosu, sdělováním a výměnou informací tzn. komunikací. Tomuto tématu věnuji velký prostor-celkem 7 otázek. Je to

z důvodu toho, že se zabývám převážně respondenty, jejichž rodným jazykem je vietnamština. K uchopení problému přistupuji od obecného ke konkrétnímu zjištění. Zkoumám preferenci psané nebo mluvené češtiny u respondentů. Dále zjišťuji, jak respondenti hodnotí svou úroveň psané a mluvené češtiny. Zabývám se, zda respondentům byly předloženy během hospitalizace dokumenty ve vietnamském jazyce. Zkoumám, zda respondenti měli problémy s komunikací během hospitalizace a pokud ano, tak v čem byl podle nich největší problém. Zjišťuji, zda byl respondentům poskytnut během hospitalizace tlumočnický, a zda rozuměli všeobecným sestřám. Zabývám se situacemi během hospitalizace, kdy respondenti nerozuměli, a jak tuto vzniklou situaci řešili. Dále jsem tento oddíl rozdělila na okruhy: znalost českého jazyka a komunikace během hospitalizace.

### Šestý okruh-znalost českého jazyka respondenty.

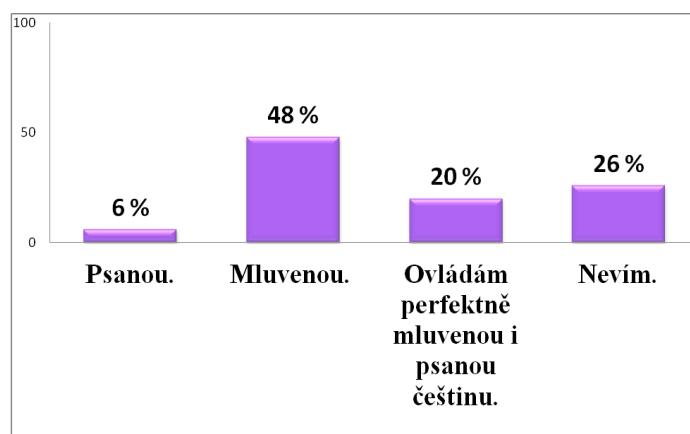
Definuji znalost českého jazyka respondenty. Zjišťuji jakou formu upřednostňují-psanou nebo mluvenou. Dále se zabývám úrovní psané a mluvené češtiny u respondentů.

### Otázka č. 9. Preferujete více psanou nebo mluvenou češtinu?

Otázka zjišťuje, jakou formu češtiny respondenti upřednostňují-zda psanou nebo mluvenou. Pro respondenty, kteří neupřednostňují žádnou formu a ovládají český jazyk, je možnost: ovládám dobře mluvenou i psanou češtinu.

Tabulka č. 14. Znalost Českého jazyka u respondentů.

- Psanou.
- Mluvenou.
- Ovládám dobře mluvenou i psanou češtinu.
- Nevím.



Graf č. 9. Znalost Českého jazyka u respondentů.

Nejvíce dotazovaných preferuje mluvenou češtinu celých 48 % tj. 48 dotazovaných ze 100 příslušníků vietnamského etnika. Naopak nejméně dotazovaných preferuje psanou češtinu 6 % tj. 6 respondentů. 20 % tj. 20 respondentů uvedlo, že ovládá perfektně mluvenou i psanou češtinu. 26 % tj. 26 respondentů zvolilo odpověď nevím. Otázka č. 9 je

dále rozvinuta v otázce č. 10, která hlouběji zkoumá znalost psané češtiny a v otázce č. 11, která zkoumá úroveň znalosti mluvené češtiny u respondentů vietnamského etnika.

**Otázka č. 10. V tabulce 1 až 5 zakroužkujte prosím, jak dobře rozumíte psané češtině:**

Otázka zjišťuje, jak respondenti hodnotí svou úroveň znalosti psané češtiny na škále od jedné do pěti.

Zakroužkujte prosím číslo pod textem, odpovídající Vašemu názoru:

Tabulka č. 15. Škála hodnocení psané češtiny.

Výborně	Velmi dobře	Průměrně	Příliš ne	Velmi špatně
<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>

Graf č. 10. Znalost psané češtiny u respondentů. [Viz Příloha XIV.]

23 % tj. 23 respondentů uvedlo, že psané češtině rozumí výborně. Nejméně dotazovaných 10 % tj. 10 respondentů uvedlo, že psané češtině rozumí velmi dobře. Průměrně jí rozumí 14 % tj. 14 respondentů. Příliš ji nerozumí 27 % tj. 27 dotazovaných, což ze 100 dotazovaných je největší počet. Velmi špatně ji rozumí 26 % tj. 26 respondentů. Ve výsledku nadpoloviční procento respondentů 53% tj. 53 dotazovaných uvedlo, že psané češtině špatně rozumí.

**Otázka č. 11. V tabulce 1 až 5 zakroužkujte prosím, jak dobře rozumíte mluvené češtině:**

Otázka zjišťuje, jak respondenti hodnotí svou úroveň znalosti mluvené češtiny na škále od jedné do pěti.

Zakroužkujte prosím číslo pod textem, odpovídající Vašemu názoru:

Tabulka č. 16. Škála hodnocení mluvené češtiny.

Výborně	Velmi dobře	Průměrně	Příliš ne	Velmi špatně
<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>

Graf č. 11. Znalost mluvené češtiny u respondentů. [Viz Příloha XV.]

Mluvené češtině výborně rozumí 24 % tj. 24 dotazovaných. Stejný počet 24 % tj. 24 respondentů uvedlo, že mluvené češtině příliš nerozumí. Velmi dobře ji rozumí 14 % tj.

14 dotazovaných. 22 % tj. 22 respondentů uvedlo, že mluvené češtině rozumí průměrně. 16 % tj. 16 dotazovaných ji rozumí velmi špatně. Na tuto otázku odpovědělo 100 % tj. 100 příslušníků vietnamského etnika. Ve výsledku znalost mluvené češtiny vyšla nerozhodně 38 % tj. 38 dotazovaných uvedlo, že ji rozumí dobře a 40 % tj. 40 dotazovaných uvedlo, že této formě českého jazyka rozumí špatně.

### **Sedmý okruh-komunikace během hospitalizace.**

Definuji obecně komunikaci respondentů během hospitalizace. Zabývám se dokumentací ve vietnamském jazyce, obecně problémy s komunikací a přítomností tlumočnicka během hospitalizace.

#### **Otázka č. 13. Byly Vám při přijetí předloženy dokumenty ve vietnamském jazyce?**

Otázka zjišťuje, zda respondentům byly při přijetí poskytnuty dokumenty ve vietnamském jazyce.

Tabulka č. 17. Poskytnutí dokumentů ve vietnamském jazyce.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	8 %	72 %	20 %
Četnost respondentů:	8	72	20

8 % tj. 8 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných uvedlo, že jim při přijetí v nemocnici byly poskytnuty dokumenty ve vietnamském jazyce. Celých 72 % tj. 72 respondentů uvedlo, že jim při přijetí byly předloženy dokumenty pouze v českém jazyce. 20 % tj. 20 respondentů uvedlo odpověď nevím. Tuto otázku jsem použila, protože v Krajské nemocnici Tomáše Bati na lůžkových odděleních jsou k dispozici přeložené dokumenty do Vietnamštiny pro příslušníky vietnamského etnika.



**Otázka č. 14 Měl/a jste během pobytu v nemocnici problémy s komunikací?**

Otázka zjišťuje, zda respondenti měli potíže s komunikací během hospitalizace.

Tabulka č. 18. Problém s komunikací během hospitalizace.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	49 %	34 %	17 %
Četnost respondentů:	49	34	17

Problémy s komunikací během hospitalizace mělo 49 % tj. 49 respondentů. 34 % tj. 34 dotazovaných uvedlo, že problémy s komunikací nemělo. 17 % tj. 17 respondentů zvolilo odpověď nevím. Tato otázka č. 14 pokud respondent zvolil odpověď ano, je dále analyzována v podotázce:

**Pokud ANO, tak v:**

- Neznalosti českého jazyka.
- Neochota personálu s Vámi komunikovat.
- Neznalost anglického jazyka u personálu.
- Neznalost jiného jazyka u personálu \_\_\_\_\_.

Tabulka č. 19. Definice problému s komunikací během hospitalizace. [Viz Příloha XVI.]

Počet respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku se odvíjí od toho, kolik jich odpovědělo ano u předchozí otázky tj. 49 % neboli 49 respondentů. Zabývá se zde, v čem spočíval problém v komunikaci. Nejčastější problémem byla u 96 % tj. 96 dotazovaných z celkového počtu 45 respondentů uvedena neznalost českého jazyka. 2 % tj. 2 respondenti uvedli neochotu personálu komunikovat. Stejně zastoupení 2 % tzn. 2 dotazovaní postrádali neznalost anglického jazyka u personálu. Odpověď neznalost jiného jazyka u personálu zvolilo 0 % tj. 0 respondentů. Tato otázka potvrdila výsledky grafů u otázek č. 9, 10 a 11.

Ve výsledku šetření 96 % tj. 96 respondentů uvádí, že problém s komunikací během hospitalizace, měli z důvodu neznalosti českého jazyka.

**Otázka č. 15. Byl Vám v nemocnici poskytnut tlumočnick?**

Otázka zjišťuje, zda byl respondentům během hospitalizace poskytnut tlumočnick.

Tabulka č. 20. Poskytnutí tlumočnicka respondentům během hospitalizace.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	8 %	76 %	16 %
Četnost respondentů:	8	76	16

Během hospitalizace byl pouze v 8 % poskytnut tlumočnick tj. 8 respondentům z celkového počtu 100 dotazovaných. Celých 76 % tj. 76 dotazovaných tlumočnick poskytnut nebyl. Odpověď nevím zvolilo 16 % tj. 16 respondentů.

Ve výsledku získaných dat mohu konstatovat, že v českých nemocnicích nejsou k dispozici překladatelé, kteří by byli při komunikaci mezi respondenty a zdravotnickým personálem nápomocni.

**Osmý okruh-komunikace mezi všeobecnými sestrami a respondenty.**

Definuji komunikaci, jako nástroj k zajištění důvěry mezi všeobecnými sestrami a respondenty. Zjišťuji porozumění v komunikaci a řešení nedorozumění respondenty.

**Otázka č. 16. Rozuměl/a jste vždy všemu, co Vám všeobecná sestra řekla?**

Otázka zjišťuje, zda respondenti chápali sdělení všeobecných sester.

Tabulka č. 21. Rozuměli respondenti sdělením od všeobecných sester.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	28 %	57 %	15 %
Četnost respondentů:	28	57	15

28 % tj. 28 respondentů rozumělo všemu, co jim všeobecná sestra řekla z celkového počtu 100 dotazovaných. 57 % tj. 57 respondentů ne všemu, co jim sdělila všeobecná sestra, rozuměli. 15 % tj. 15 dotazovaných zvolilo odpověď nevím.

Ve výsledku odpovědí nadpoloviční většina respondentů uvádí, že ne všemu co jim během hospitalizace všeobecné sestry sdělili, tak rozuměli.

**Otázka č. 17. Jak jste řešil/a situaci, když jste všeobecné sestře nerozuměl/a?**

Otázka zjišťuje řešení situací respondenty, kteří nerozuměli sdělení všeobecných sester.

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 78 dotazovaných z celkového počtu 100 respondentů. Získaná data jsem kategorizovala. Nejvíce respondentů 30 se znovu zeptali, pokud něčemu nerozuměli. 22 dotazovaných tuto situaci neřešilo nijak. Devíti pomohl s komunikací rodinný příslušník, 5 respondentům blízký přítel a 3 dotazovaným zaměstnavatel (většinou se jednalo o pomoc přímo u lůžka nebo přes mobilní telefon). 4 respondenti nevěděli. 3 dotazovaní si pomáhali gestikulací. Po jednom respondentovi mají kategorie: písmem a nevzpomínám si.

Tabulka č. 22. Řešení situace nedorozumění.

Odpovědi respondentů:	Četnost:	Odpovědi respondentů:	Četnost:
Znovu jsem se zeptal/ a.	30	Gestikulací.	3
Nijak.	22	Zaměstnavatel přeložil nebo pomohl s komunikací.	3
Rodinný příslušník přeložil nebo pomohl s komunikací.	9	Písmem.	1
Blízký přítel pomohl.	5	Nevzpomínám si.	1
Nevím.	4		

### **6.4.3 Empatie, vstřícnost, pochopení a respektování jiné kultury zdravotnickým personálem (všeobecnou sestrou).**

V tomto oddíle se zabývám schopností vcítit se do pocitů druhých, vstřícností, snahou pomoci, porozuměním a tolerancí všeobecných sester k vietnamskému pacientovi/klientovi. Zjišťuji, hodnocení některých charakterových vlastností všeobecných sester respondenty, ochotu všeobecných sester pomáhat respondentům, prokazování úcty respondentům, vyslechnutí jejich požadavků, hodnocení důvěry respondenty, respektování soukromí a studu všeobecnými sestrami, celkové hodnocení ošetrovatelské péče respondenty.

**Otázka č. 18. Které povahové rysy u všeobecných sester v nemocnici jste nejvíce postrádal/a?**

Otázka zjišťuje deficit některých charakteristických povahových vlastností, které jsou spojovány s profesí všeobecná sestra.

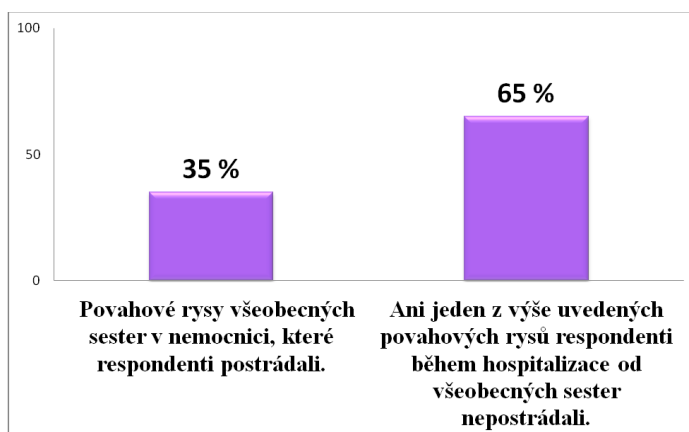
Tabulka č. 23. Povahové rysy všeobecných sester. [Viz Příloha XVII.]

V tabulce do volných řádků očísľujte povahové rysy podle důležitosti od 1 do 7, kdy 1 je nejvíce a 7 je nejméně.

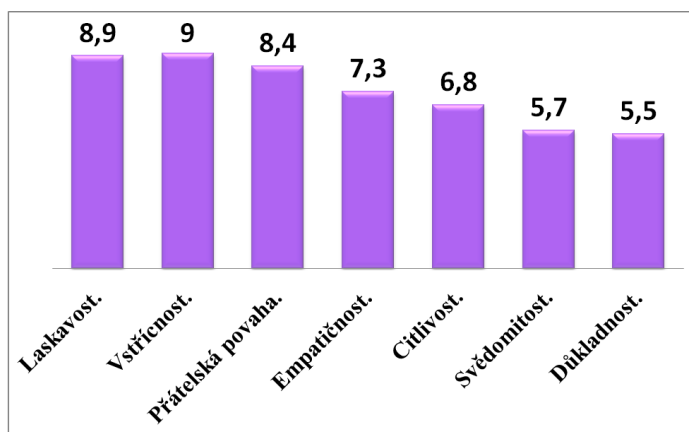
Tabulka č. 24. Výběr povahových rysů respondenty.

a) Laskavost	
b) Vstřícnost	
c) Přátelskou povahu	
d) Empatičnost (mající pochopení, vnímavý soucítící)	
e) Citlivost	
f) Svědomitost	
g) Důkladnost	

- Ani jeden z výše uvedených povahových rysů jsem v nemocnici od všeobecných sester nepostrádal/a. Jejich chování bylo v této oblasti naprosto profesionální.



Graf č. 13. Počet respondentů, kteří postrádali některé povahové rysy u všeobecných sester během hospitalizace a počet respondentů, kteří byli naopak spokojeni.



Graf č. 14. Některé povahové rysy všeobecných sester, které byly postrádány respondenty během hospitalizace.

Graf č. 13 znázorňuje procentuální zastoupení respondentů, kteří vyplnili tabulku nebo zvolili možnost pod tabulkou. 35 % tj. 35 respondentů postrádali některé povahové rysy u všeobecných sester. Naopak nadpoloviční většina 65 % tj. 65 dotazovaných uvedla, že ani jeden v tabulce uvedených povahových rysů u všeobecných sester během hospitalizace nepostrádal.

Dle získaných údajů můžu předpokládat, že nadpoloviční většina příslušníků vietnamského etnika byla spokojena s charakterovými vlastnostmi všeobecných sester během hospitalizace.

Graf č. 14 znázorňuje, které povahové rysy respondenti u všeobecných sester během hospitalizace postrádali. Respondenti vybranou povahovou vlastnost ohodnotili podle důležitosti od 1, která měla největší výpovědní hodnotu, do 7, která výpočetní hodnotu měla nejmenší. Získaná data byla obodována, proto graf není v procentech, ale v hodnotách. Tuto tabulku vyplnilo celkem 35 % tj. 35 dotazovaných. Nejvíce respondenti postrádali vstřícnost, poté laskavost, přátelskou povahu, citlivost, svědomitost a nejméně postrádali důkladnost.

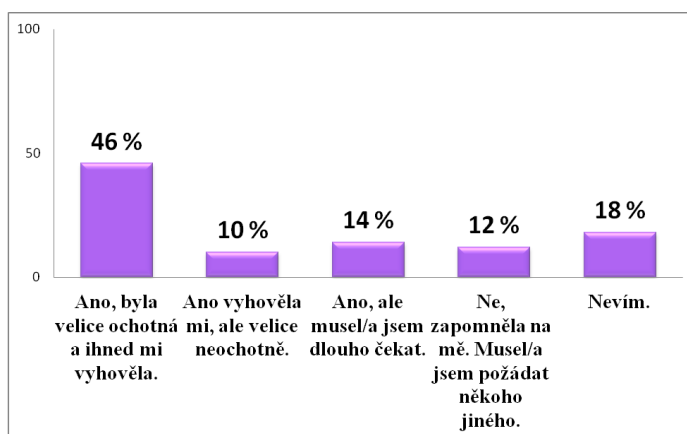
Dle výpovědi respondentů mohu konstatovat, že nejvíce u všeobecných sester během hospitalizace příslušníci vietnamského etnika postrádali vstřícnost, laskavost a přátelskou povahu. Nejméně postrádali citlivost, svědomitost a důkladnost.

#### Otázka č. 19. Byla všeobecná sestra ochotna Vám pomoci, když jste ji o to požádal/a?

Otázka zjišťuje ochotu všeobecných sester pomoci na požádání respondenty.

Tabulka č. 25. Poskytnutí pomoci všeobecnými sestrami.

- Ano, byla velice ochotná a ihned mi vyhověla.
- Ano vyhověla mi, ale velice neochotně.
- Ano, ale musel/a jsem dlouho čekat.
- Ne, zapomněla na mě. Musel/a jsem požádat někoho jiného (jinou sestru, pomocný zdravotnický personál, spolupacienta, rodinu, přítele...)
- Nevím.



Graf č. 15. Ochota všeobecných sester pomáhat, pokud je respondenti požádali.

46 % tj. 46 respondentů uvedlo, že všeobecná sestra byla velice ochotná a ihned jim vyhověla, pokud ji o to požádali. 10 % tj. 10 dotazovaných uvedlo, že jim sestra vyhověla, ale byla neochotná. Dlouho muselo čekat 14 % tj. 14 dotazovaných a 12 % tj. 12 respondentů se pomoci nedočkalo vůbec, sestra na ně zapomněla. 18 % tj. 18 respondentů

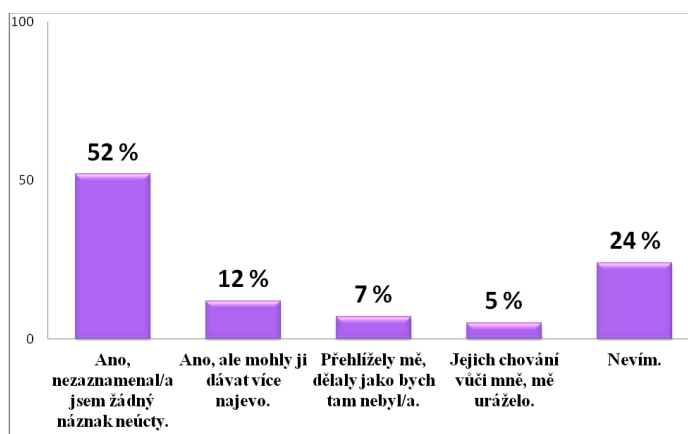
odpovědělo nevím. Na tuto otázku odpovědělo 100 příslušníků vietnamského etnika, tzn. 100 % respondentů.

### Otázka č. 20. Chovaly se k Vám všeobecné sestry v nemocnici s úctou?

Otázka zjišťuje prokazování úcty všeobecnými sestrami v kontextu s kulturními specifiky vietnamského etnika.

Tabulka č. 26. Hodnocení úcty všeobecných sester.

- Ano, nezaznamenal/a jsem žádný náznak neúcty.
- Ano, ale mohly ji dávat více najevo.
- Přehlížely mě, dělaly jako bych tam nebyl/a.
- Jejich chování vůči mně, mě uráželo.
- Nevím.



Graf č. 16. Jak respondenti hodnotí uctivé chování všeobecných sester během hospitalizace.

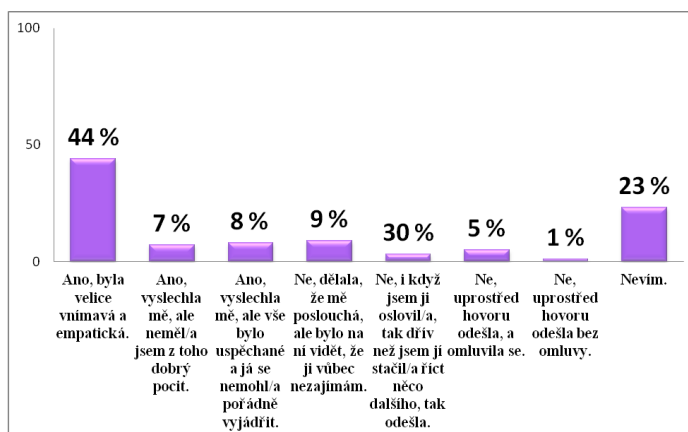
52 % tj. 52 respondentů uvedlo, že se k nim všeobecné sestry chovaly s úctou. 12 % tj. 12 dotazovaných mělo pocit, že by ji mohly dávat více najevo. 7 % tj. 7 respondentů uvedlo, že byli přehlíženi. Chování sester pro 5 % tj. 5 respondentů bylo urážlivé. Odpověď nevím zvolilo 24 % tj. 24 dotazovaných.

### Otázka č. 21. Naslouchala Vám všeobecná sestra, když jste se svěřili s nějakým problémem?

Otázka zjišťuje reprodukci problémů respondenty a vnímání této projekce všeobecnými sestrami.

Tabulka č. 27. Svěření problémů respondenty všeobecným sestrám.

- Ano, byla velice vnímavá a empatická.
- Ano, vyslechla mě, ale neměl/a jsem z toho dobrý pocit.
- Ano, vyslechla mě, ale vše bylo uspěchané a já se nemohl/a pořádně vyjádřit.
- Ne, dělala, že mě poslouchá, ale bylo na ní vidět, že ji vůbec nezajímám.
- Ne, i když jsem ji oslovil/a, tak dřív než jsem jí stačil/a říct něco dalšího, tak odešla.
- Ne, uprostřed hovoru odešla, a omluvila se.
- Ne, uprostřed hovoru odešla bez omluvy.
- Nevím.



Graf č. 17. Svěření problémů respondenty všeobecným sestrám.

44 % tj. 44 respondentů uvedlo, že k nim sestra byla velice vnímavá a empatická. 7 % tj. 7 respondentů sestra vyslechla, ale neměli z toho dobrý pocit. Dalších 8 % tj. 8 respondentů uvedlo, že je sestra vyslechla, ale bylo to v rychlosti a oni se nemohli pořádně vyjádřit. 9 % tj. 9 dotazovaných mělo pocit, že i když jim sestra naslouchala, tak ji jejich problém nezajímá. 30 % tj. 30 respondentů uvedli, že i když sestru oslovili a stačili říct něco dalšího, tak sestra odešla. 5 % tj. 5 dotazovaných sestra nevyslechla, během hovoru odešla a omluvila se. V 1 % tj. u 1 respondenta sestra během hovoru odešla aniž by se omluvila. 23 % tj. 23 respondentů uvedlo odpověď nevím. Na tuto otázku odpovědělo 100 příslušníků vietnamského etnika tzn. 100 % respondentů.

**Otázka č. 22. Měl/a jste k všeobecným sestřám v nemocnici důvěru?**

Otázka zjišťuje jistotu a víru respondentů k všeobecným sestřám.

Tabulka č. 28. Důvěra respondentů k všeobecným sestřám.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	66 %	6 %	28 %
Četnost respondentů:	66	6	28

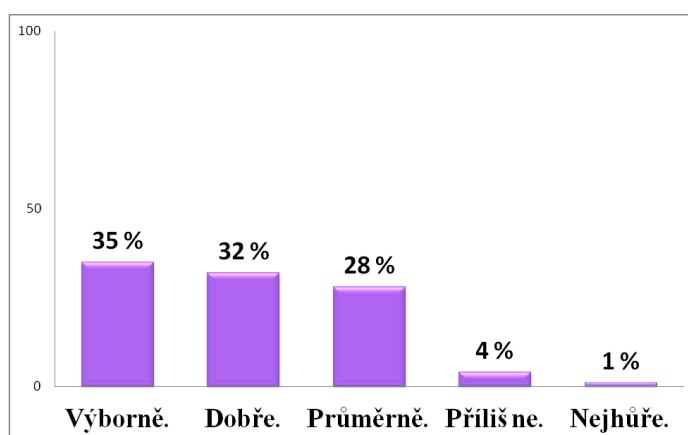
Důvěru k všeobecným sestřám mělo 66 % tj. 66 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných. Pouze 6 % tj. 6 respondentů k nim důvěru nemělo. 28 % tj. 28 dotazovaných zvolilo odpověď nevím.

**Otázka č. 23. Jak hodnotíte respektování Vašeho soukromí a studu v nemocnici od všeobecných sester?**

Otázka hodnotí míru respektování soukromí a studu všeobecnými sestrami.

Tabulka č. 29. Škála respektování soukromí a studu.

Výborně	Velmi dobře	Průměrně	Špatně	Velmi špatně
1.	2.	3.	4.	5.



Graf č. 18. Respektování soukromí a studu všeobecnými sestrami.

Respektování soukromí a studu všeobecnými sestrami hodnotilo výborně 35 % tj. 35 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných. Velmi dobře ohodnotilo respektování soukromí a studu 32 % tj. 32 respondentů. Neutrální postoj k této problematice má 28 % tj. 28 dotazovaných, kteří ji ohodnotili průměrně. Příliš spokojeni



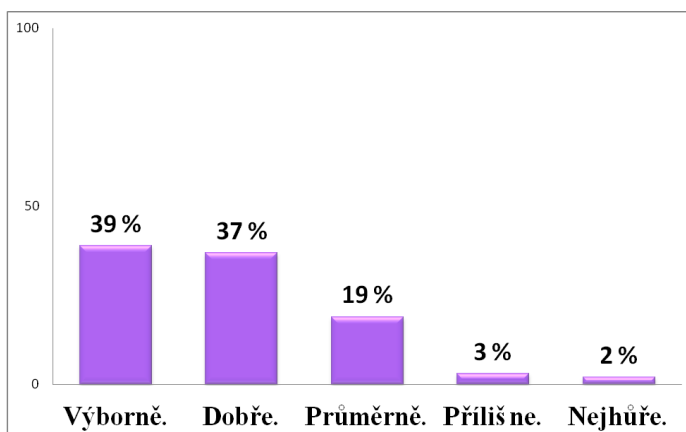
nebyli 4 % tj. 4 respondenti. Pouze 1 % tj. 1 respondent ohodnotil velmi špatně respektování soukromí a studu všeobecnými sestrami. Dle kladných zastoupení odpovědí výborně a velmi dobře můžeme posoudit, že respondenti byli s respektováním jejich soukromí a studu všeobecnými sestrami spokojeni.

#### Otázka č. 24. Jak hodnotíte celkově péči poskytovanou všeobecnými sestrami?

Otázka zjišťuje hodnocení celkové ošetrovatelské péče respondenty.

Tabulka č. 30. Škála hodnocení celkové ošetrovatelské péče.

Výborně	Velmi dobře	Průměrně	Špatně	Velmi špatně
1.	2.	3.	4.	5.



Graf č. 19. Hodnocení celkové péče poskytované všeobecnými sestrami.

Největší počet 39 % tj. 39 respondentů hodnotí celkovou péči poskytovanou všeobecnými sestrami výborně. 37 % tj. 37 dotazovaných ji hodnotí velmi dobře. Průměrně ji hodnotí 19 % tj. 19 respondentů. Špatně ji hodnotí 3 % tj. 3 dotazování a velmi špatně pouze 2 % tj. 2 respondenti. Dle kladných zastoupení odpovědí výborně a velmi dobře můžeme posoudit, že respondenti byli celkově s péčí všeobecných sester spokojeni.

#### 6.4.4 Výskyt rasismu během hospitalizace.

V tomto oddíle zjišťuji, zda se respondenti setkali s nějakou formou nadřazenosti, xenofobního jednání a dalších projevů rasismu během hospitalizace. Pokud se tak stalo, zjišťuji, které osoby se takto zachovaly.

**Otázka č. 25. Setkali jste se během pobytu v nemocnici s nějakou formou rasismu vůči Vaší osobě?**

Otázka zjišťuje projevy rasismu a zkušenost respondentů s tímto chováním během hospitalizace

Tabulka č. 31. Setkání respondentů s rasismem během hospitalizace.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	15 %	57 %	28 %
Četnost respondentů:	15	57	28

S určitou formou rasismu se během hospitalizace setkala 15 % tj. 15 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných. 57 % tj. 57 dotazovaných se s rasismem během hospitalizaci v nemocnici nesetkalo. 28 % tj. 28 respondentů zvolili odpověď nevím. Tato otázka je dále analyzována v podotázce, která se zabývá, u koho se respondenti setkali s určitým rasistickým chováním:

**Pokud ANO, tak od kterých lékařských nebo nelékařských zdravotních pracovníků či jiných osob? (možnost označit více odpovědí):**

Otázka zkoumá, u kterých osob se respondenti setkali s projevy rasismu.

Tabulka č. 32. Lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci, jiné osoby.

- Všeobecných sester.
- Lékařů.
- Pomocného personálu.
- Od spolupacientů.
- Návštěv pacientů.
- Studentů.
- Jiné: \_\_\_\_\_.

Tabulka č. 33. Rasistické chování.

Odpovědi respondentů:	Četnost:	Odpovědi respondentů:	Četnost:
Všeobecné sestry.	2	Návštěvy spolupacientů.	9
Lékaři.	0	Studenti	1
Pomocný personál.	1	Jiné.	1
Spolupacienti.	9		

Počet respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku se odvíjí od toho, kolik jich odpovědělo ano u předchozí otázky. U této otázky měl respondent možnost zvolit více odpovědí. Celkově 15 respondentů dohromady vybralo 24 možnosti. 2x byly označeny všeobecné sestry. Pomocný personál jednou. Nejvyšší počet zastoupení měli 9x spolupacienti a stejný počet 9 návštěvy spolupupacientů. Pomocný personál, studenti a jiné (úklid) měli po jedné četnosti.

#### 6.4.5 Odpovědi na zátěžové situace během hospitalizace.

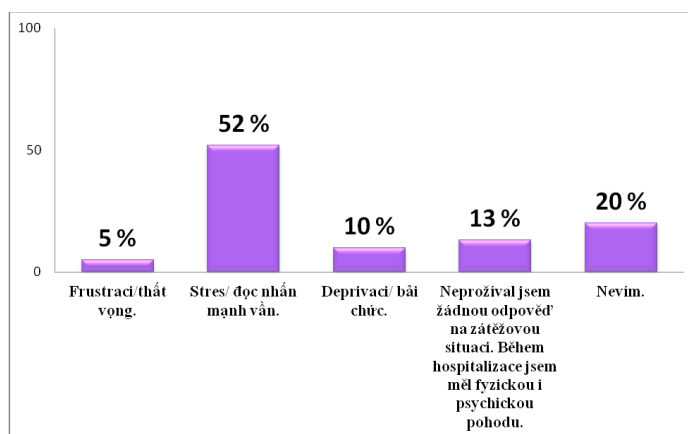
V tomto oddíle definuji odpovědi na souhrn okolností a podmínek vztahujících se k respondentům v určité době během hospitalizace.

#### Otázka č. 26. Které odpovědi na zátěžové situace jste během hospitalizace prožíval/a?

Otázka zkoumá odezvy/reakce na zátěžové situace (nemoc, strach z neznáma, změnu prostředí atd.) u respondentů během hospitalizace. Definice použitých pojmů v nabídce byly vysvětleny pod čarou.

Tabulka č. 34. Reakce na zátěžové situace.

- Frustraci/ thất vọng
- Stres/ đọc nhân mạnh vãn
- Deprivaci/ bãi chức
- Neprožíval jsem žádnou zátěžovou situaci. Během hospitalizace jsem měl fyzickou i psychickou pohodu.
- Nevím.



Graf č. 20. Reakce na zátěžové situace.

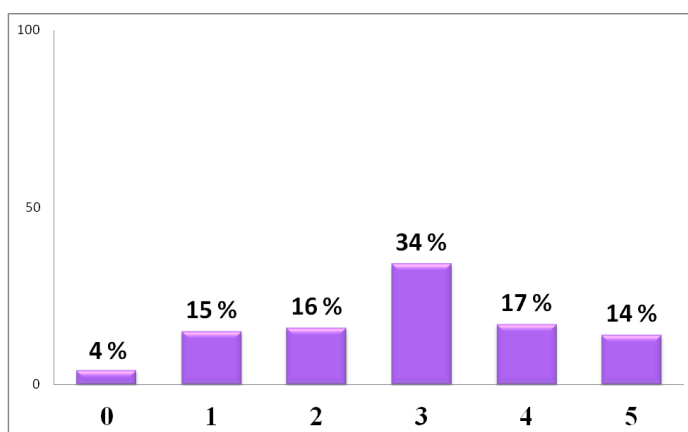
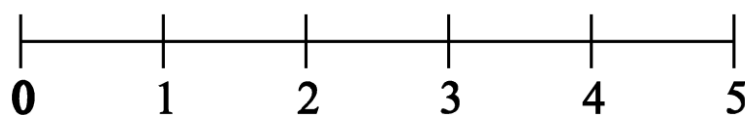
Během pobytu v nemocnici pouze 5 % tj. 5 respondentů uvedlo, že byli frustrováni. Nadpoloviční většina 52 % tj. 52 respondentů prožívala během hospitalizace stres. 10% tj. 10 dotazovaných bylo deprimováno. 13 % tj. 13 respondentů mělo během hospitalizace fyzickou psychickou pohodu. Odpověď nevím zvolilo 20 % tj. 20 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných.

**Otázka č. 27. Jak moc jste pocíťoval/a stres během hospitalizace?**

Otázka zjišťuje, jak respondenti hodnotí míru stresu, kterou prožili během hospitalizace.

Obrázek č. 1. Škála hodnocení stresu.

Na škále od 0 do 5 zakřížkujte, kdy 0 je žádný stres a 5 je ten největší stres.



Graf č. 21. Vyhodnocení škály stresu.

Pouze 4 % tj. 4 respondenti z celkové počtu 100 dotazovaných uvedli, že během hospitalizace nebyli ve stresu. Na úrovni 1 mělo stres 15 % tj. 15 dotazovaných. Na úrovni 2 16 % tj. 16 dotazovaných. Největší početní zastoupení měla úroveň 3 s 34 % tj. 34 respondenty. 17 % tj. 17 dotazovaných měla úroveň 4. Poslední úroveň 5 měla v zastoupení respondentů 14 % tj. 14 dotazovaných.

**6.4.6 Možnost náboženské seberealizace.**

V tomto oddíle zjišťují, jak byla respondentům umožněna náboženská seberealizace. To znamená, zda jim byly umožněny uskutečnit náboženské rituály, a zda se mohli setkat s duchovním svého náboženského vyznání.

**Otázka č. 28:**

Jedná se o tzv. baterii otázek, z nichž dvě se zabývají religiozitou respondentů během hospitalizace.

**a) Bylo Vám umožněno během pobytu v nemocnici provádět náboženské rituály?**

Otázka zjišťuje možnosti, uskutečnit náboženské rituály respondenty, dle jejich náboženského vyznání během hospitalizace.

Tabulka č. 35. Náboženské rituály.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	35 %	30 %	35 %
Četnost respondentů:	35	30	35

Provádět náboženské rituály během hospitalizace bylo umožněno 35 respondentům tzn. 35 % z celkového počtu 100 dotazovaných. 30 respondentům tj. 30 % tato možnost byla odepřena. Odpověď nevím zvolilo 35 dotazovaných tzn. 35 %. Tito respondenti nevyžadovali provádět během hospitalizace žádné náboženské rituály.

**b) Bylo Vám umožněno setkat se s knězem?**

Otázka zjišťuje eventualitu setkání s duchovním představeným během hospitalizace. Pojem kněz je v této otázce chápán jako osoba, která je oprávněna a povolána v daném náboženském společenství konat bohoslužby.

Tabulka č. 36. Setkání s knězem.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	32 %	25 %	43 %
Četnost respondentů:	32	25	43

Setkat se s knězem bylo umožněno 32 dotazovaným tzn. 32 % z celkového počtu 100 respondentů. 25 respondentům tzn. 25 % bylo toto setkání odepřeno, většinou z důvodu chodu oddělení nebo režimových opatření nemoci respondenta. Respondenti, kteří zvolili odpověď nevím, během hospitalizace nevyžadovali přítomnost kněze.

#### 6.4.7 Spokojenost se stravou v české nemocnici.

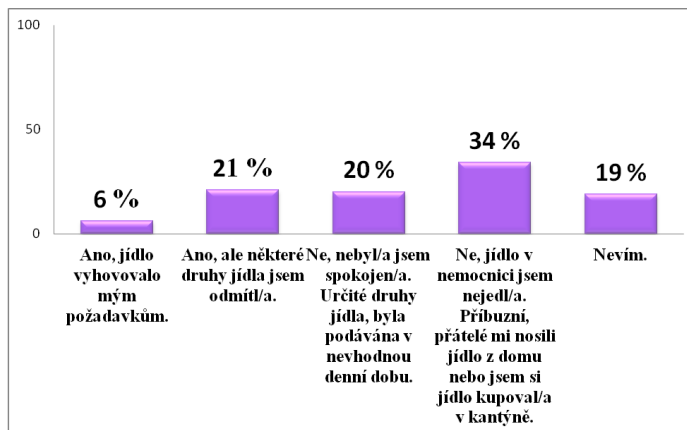
V tomto oddíle zjišťují, jak respondentům vyhovovala strava připravovaná dle dietního systému a zvyklostí české kultury během hospitalizace.

### Otázka č. 29. Byl/a jste spokojen/a se stravou v nemocnici?

Otázka zjišťuje spokojenost s výživou respondentů během hospitalizace.

Tabulka č. 37. Strava v nemocnici.

- Ano, jídlo vyhovovalo mým požadavkům.
- Ano, ale některé druhy jídla jsem odmítl/a.
- Ne, nebyl/a jsem spokojen/a. Určité druhy jídla, byla podávána v nevhodnou denní dobu.
- Ne, jídlo v nemocnici jsem nejedl/a. Příbuzní, přátelé mi nosili jídlo z domu nebo jsem si jídlo kupal/a v kantýně.
- Nevím.



Graf č. 22. Spokojenost respondentů se stravou v nemocnici.

Jídlo podávané v nemocnici vyhovovalo pouze 6 % tj. 6 dotazovaným z celkového počtu 100 respondentů. Některé druhy jídla odmítlo 21 % tzn. 21 respondentů, ale celkově jim podávané jídlo vyhovovalo. 20 % respondentů tj. 20 dotazovaných nebylo spokojeno, protože určité druhy jídla byla podávána v nevhodnou denní dobu. Tyto tři odpovědi volili respondenti, kteří se převážně narodili v České republice, mimo Vietnam nebo v ČR žijí více jak 11let. Celých 34 % respondentů tj. 34 dotazovaných jídlo připravované v nemocnici nejedlo vůbec. Příbuzní nebo přátelé jim nosili jídlo z domu. 19 % dotazovaných tj. 19 respondentů zvolilo odpověď neví. Z toho můžeme posuzovat, že buď nevěděli nebo otázce nerozuměli. Tyto dvě odpovědi volili respondenti, kteří se převážně narodili ve Vietnamu nebo v České republice žijí méně jak 11let. Na otázku č. 29 odpověděli všichni dotazovaní respondenti tzn. 100 příslušníků vietnamského etnika.

#### 6.4.8 Celková spokojenost/nespokojenost s péčí v českých nemocnicích.

V tomto oddíle se zabývám tím, zda respondenti měli na nemocničních pokojích dostatek soukromí, problematikou sdílení hygienického zařízení se spolupacienty, umožnění návštěv příbuznými, přáteli atd., možností poskytnutí péče ze strany rodinného příslušníka, celkové hodnocení péče během léčení. Tento oddíl jsem dále rozčlenila na okruhy: komfort ubytování během hospitalizace, udržování sociálních vazeb během hospitalizace, celkové hodnocení hospitalizace respondenty.

### Devátý okruh-komfort ubytování během hospitalizace.

V tomto okruhu definuji pohodlí nemocničního pokoje, jako důležitého aspektu pro optimalizaci zdravotního stavu, který by měl respondentům zajišťovat určité sounáležitosti-soukromí, klid, hygienu (tělesnou i duševní) a sociální kontakt.

#### Otázka č. 28:

Jedná se o tzv. baterii otázek, z nichž pět se zabývá pohodou, prostředím a udržováním sociálních vazeb během hospitalizace.

##### a) Měl/a jste na pokoji dostatek soukromí?

Otázka zjišťuje, zda respondenti měli během hospitalizace na nemocničním pokoji dostatek soukromí.

Tabulka č. 38. Soukromí na nemocničním pokoji.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	46 %	32 %	22 %
Četnost respondentů:	46	32	22

Dostatek soukromí na pokoji mělo 46 dotazovaných respondentů tj. 46 %. Záporně jich odpovědělo 32 což z celkového počtu 100 zúčastněných činí 32 %. Odpověď nevím zvolilo 22 tj. 22 % respondentů.

##### b) Byl Vám nabídnut samostatný pokoj?

Tato otázka zjišťuje stavební možnosti ošetrovatelské jednotky, ale také vědomí všeobecných sester jedinečnosti každého pacienta/klienta, a s tím související odlišné požadavky na komfort ubytování během hospitalizace.

Tabulka č. 39. Nabídnutí samostatného pokoje při přijetí v nemocnici.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	33 %	53 %	14 %
Četnost respondentů:	33	53	14

Samostatný pokoj byl nabídnut pouze 33 respondentům z celkového počtu 100 dotazovaných, což znamená, že kladně odpovědělo 33 %. Nadpoloviční většina dotazovaných odpověděla záporně, celkem 53 tj. 53 %. Odpověď nevím zvolilo 14 respondentů tj. 14 % dotazovaných.

**c) Bylo pro Vás nepříjemné sdílet koupelnu a WC s jinými pacienty?**

Tato otázka se zabývá intimitou hygieny a vyprazdňování, související se sdílením prostor k tomu určených s dalšími pacienty/klienty.

Tabulka č. 40. Sdílení hygienického a sociálního zařízení s jinými pacienty.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	40 %	41 %	19 %
Četnost respondentů:	40	41	19

Sdílet koupelnu a WC s jinými pacienty bylo nepříjemné pro 40 dotazovaných tj. 40 % z celkového počtu 100 respondentů. 41 dotazovaným tj. 41 % respondentům tato skutečnost nevadila. 19 respondentů zvolilo odpověď nevím tj. 19 % dotazovaných.

**Desátý okruh- udržování sociálních vazeb během hospitalizace.**

V tomto okruhu definuji možnosti udržování sociálních kontaktů mimo známé prostředí respondentů.

**d) Bylo Vám umožněno, aby Vás během pobytu v nemocnici navštívili příbuzní, přátelé...?**

Otázka zjišťuje možnosti navštívení respondentů rodinou, přáteli atd. během hospitalizace.

Tabulka č. 41. Umožnění návštěv během hospitalizace.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	88 %	4 %	8 %
Četnost respondentů:	88	4	8

88 respondentům bylo umožněno, aby je během hospitalizace navštívili příbuzní, přátelé... tj. 88 % z celkového počtu 100 dotazovaných. Pouze 4 tato možnost byla



odepřena tzn. 4 %. Tito respondenti byli hospitalizováni na infekčním oddělení. Odpověď nevím zvolilo 8 respondentů tj. 8 % dotazovaných.

**e) Bylo Vám umožněno, aby se o Vás během hospitalizace v nemocnici staral rodinný příslušník?**

Otázka zjišťuje poskytnutí péče rodinnými příslušníky během hospitalizace respondentů.

Tabulka č. 42. Realizace péče rodinným příslušníkem.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	54 %	27 %	19 %
Četnost respondentů:	54	27	19

54 respondentům, bylo umožněno, aby se o ně během hospitalizace staral rodinný příslušník tj. 54 % z celkového počtu 100 dotazovaných. 27 respondentům tato možnost byla odepřena tzn. 27 %. 19 dotazovaných zvolilo odpověď nevím tj. 19 %.

**Jedenáctý okruh- celkové hodnocení hospitalizace respondenty.**

V tomto okruhu definuji celkově poskytovanou péči během hospitalizace. Zabývám se zde s čím byli respondenti během hospitalizace nespokojeni nebo naopak spokojeni.

**Otázka č. 30. Co Vás během hospitalizace v nemocnici nejvíce obtěžovalo?**

Otázka zjišťuje, co respondentům znepríjemňovalo hospitalizaci.

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 95 dotazovaných z celkového počtu 100 respondentů. Většina respondentů uvedla jednu odpověď, pouze jeden dotazovaný uvedl odpovědi dvě. Získaná data jsem kategorizovala. Nejvíce respondentů 28 odpovědělo, že je během hospitalizace neobtěžovalo nic. 11 dotazovaných uvedlo, že je obtěžoval hluk. 9 respondentů odpovědělo nevím. Stejný počet 9 dotazovaných uvedlo změnu prostředí. 8 respondentů obtěžovali někteří pacienti. 7 dotazovaných uvedlo jako obtěžující faktor zápach. Jazyková bariéra obtěžovala 4 respondenty. Návštěvy spolupacientů vadili 3 dotazovaným. Stejný počet, 3 respondenti uvedli odloučení od rodiny. Po dvou respondentech měli položky jídlo, málo soukromí a nemoc. Po jednom respondentovi měli položky hmyz, nepamatují si, nepochopení, nepořádek, personál se špatným chováním, průvan, stres a odpověď vše.

Tabulka č. 43. Nespokojenost během hospitalizace.

Odpovědi respondentů:	Četnost:	Odpovědi respondentů:	Četnost:
Nic.	28	Málo soukromí.	2
Hluk.	11	Nemoc.	2
Nevím.	9	Hmyz.	1
Změna prostředí.	9	Nepamatuji si.	1
Někteří pacienti.	8	Nepochopení.	1
Zápach.	7	Nepořádek.	1
Jazyková bariéra.	4	Personál se špatným chováním.	1
Návštěvy spolupacientů.	3	Průvan.	1
Odloučení od rodiny.	3	Stres.	1
Jídlo.	2	Vše.	1

**Otázka č. 31. S čím jste byl/a během pobytu v nemocnici nejvíce spokojen/á?**

Otázka zjišťuje pozitivní zkušenosti respondentů spojených s hospitalizací.

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 89 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných. Všichni respondenti uvedli jen jednu odpověď. Získaná data jsem kategorizovala. Nejvíce respondentů uvedlo, že bylo spokojeno s celkovou péčí během hospitalizace. 17 dotazovaných odpovědělo nevím. 16 respondentů bylo spokojeno s uzdravováním. Stejný počet, 4 respondenti byli spokojeni se sestrami, vstřícností a ochotou ošetrovatelského personálu, vybavením pokoje a nespokojeni s ničím. Naopak 2 dotazovaní uvedli, že byli spokojeni během hospitalizace se vším. Po jednom respondentovi mají položky s celým zdravotním týmem, s hygienickými pomůckami, s lékařem, se soukromím a s přístupem.

Tabulka č. 44. Spokojenost během hospitalizace.

Odpovědi respondentů:	Četnost:	Odpovědi respondentů:	Četnost:
S celkovou péčí.	33	Se vším.	2
Nevím.	17	S celým zdravotním týmem.	1
S uzdravováním.	16	S hygienickými pomůckami.	1
Se sestrami.	4	S lékařem.	1
Vstřícností a ochotou ošetrovatelského personálu.	4	Se soukromím.	1
S ničím.	4	S přístupem.	1
S vybavením pokoje.	4		

**Otázka č. 32. Pokud jste byl/a s něčím nespokojen/a, vyjádřil/a jste stížnost (např. u vizity)?**

Otázka zjišťuje, zdali respondenti vyjádřili stížnost zdravotnickým pracovníkům (všeobecným sestram), pokud byli s něčím nespokojeni během hospitalizace. Tato otázka vyplývá z teoretického poznatku vietnamské kultury, že příslušníci vietnamského etnika neradi vyjadřují nesouhlas. (Nguy, Nguen, [online], 2008)<sup>32</sup>

Tabulka č. 45. Vyjádření stížnosti respondenty během hospitalizace.

	Ano.	Ne.	Nevím.
Procentuální zastoupení odpovědí:	24 %	53 %	23 %
Četnost respondentů:	24	53	23

Stížnost během pobytu v nemocnici vyjádřilo 24 % respondentů tj. 24 dotazovaných. 53 % tj. 53 dotazovaných žádnou stížnost nevzneslo. 23 % tzn., 23

<sup>32</sup> Zdroj: [http://www.mkc.cz/uploaded/otevrena\\_skola/ikd\\_vietnam.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/otevrena_skola/ikd_vietnam.pdf).

respondentů zvolilo odpověď nevíím. Na otázku č. 32 odpovědělo 100 % respondentů tj. 100 dotazovaných příslušníků vietnamského etnika. Odpověď ne, u této otázky je dále rozvinuta v podotázce:

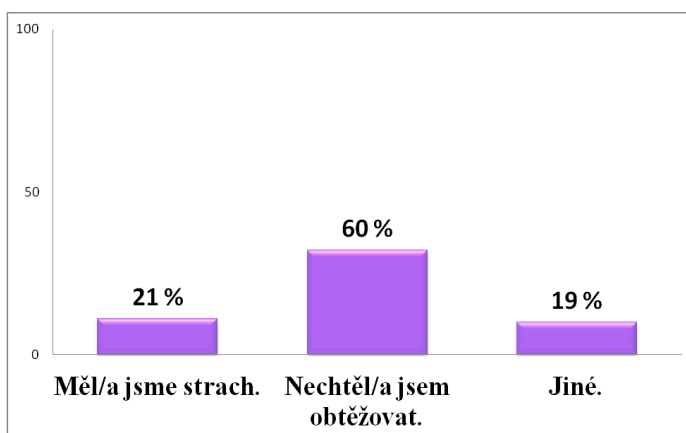
**Pokud NE, proč jste se nevyjádřil/a?**

Otázka zjišťuje, co bylo příčinou u respondentů, že nevyjádřili stížnost.

- Měl/a jsme strach.
- Nechtěl/a jsem obtěžovat.
- Jiné: \_\_\_\_\_.

Tabulka č. 46. Nevyjádření stížnosti respondentů během hospitalizace.

	Počet odpovědí respondentů - absolutní četnost.	Počet odpovědí respondentů v % - relativní četnost.
Měl/a jsme strach.	11	21 %
Nechtěl/a jsem obtěžovat.	32	60 %
Jiné.	10	19 %
<i>Celková suma:</i>	53	100 %



Graf. č. 23. Nevyjádření stížnosti respondentů během hospitalizace.

Tato podotázka se vztahuje k otázce č. 32. Vyjádření stížnosti respondentem, pokud byl během pobytu v nemocnici nespokojen. 21 % tj. 11 respondentů měli strach se vyjádřit. 60 % tj. 32 dotazovaných nechtělo se stížností obtěžovat. 19 % respondentů tj. 10 dotazovaných uvedlo jinou odpověď. Nebyl/a nespokojený/á uvedlo 5 respondentů. Stejný počet 5 dotazovaných odpovědělo do kolonky jiné, že žádnou stížnost neměli. Celkově na tuto otázku odpovědělo 53 dotazovaných.

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Typ tohoto výzkumu je *ex post facto*, který doslovně znamená postup „toho, co je vykonáno potom“. Jedná se o výzkum, který nejprve získá určitá data, jež jsou následně podrobeny výzkumnému studiu. Jsou zde zjištěny údaje z minulosti pomocí retrospektivní analytické studie, např. o posledních hospitalizací příslušníků vietnamského etnika v českých nemocnicích, přičemž jsou soustředěny na problematiku příčinného okruhu problémů. (Ježek, Vaculík, Wortner, 2006)

Cílem této kapitoly je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku za pomoci dílčích výzkumných otázek.

### 7.1 Diskuze

Předmětem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké zkušenosti mají příslušníci vietnamského etnika v české nemocnici.

Soustředila jsem se na to, jak příslušníci vietnamského etnika vnímají a hodnotí ošetrovatelskou péči poskytovanou všeobecnými sestrami, komunikaci...atd. ze své vlastní zkušenosti, kdy byli hospitalizováni v české nemocnici.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 respondentů, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích Zlínského, Olomouckého a Jihomoravského kraje. Největší zastoupení mezi respondenty byli muži. Z toho můžeme usuzovat, že v tomto výsledku se odráží tradiční patriarchální struktura vietnamské společnosti. Kdy muž přebírá iniciativu v jednání s okolím. To může být také zapříčiněno tím, že nadpoloviční většina dotazovaných se narodila ve Vietnamu, kde je na tradice kladen velký důraz.

Nejvíce respondentů bylo ve věku od 15 do 30let. Z čehož nám vyplývá, také to, že největší zastoupení měli svobodní respondenti, kteří tvořili nadpoloviční většinu. Ve svazku manželském byla necelá třetina dotazovaných. Z čehož vyplývá, že trend zakládání rodiny v pozdějším věku se projevuje nejen u obyvatel České republiky, ale také u zde žijících příslušníků vietnamského etnika. Věk má do jisté míry i vliv na nadpolovičním zastoupení respondentů se základním vzděláním. Toto vysoké číslo je ovlivněno vysokým zastoupením respondentů, kteří se narodili ve Vietnamu, kde je školství na nižší úrovni jak v České republice. Další vliv má i nízká životní úroveň ve Vietnamu. Třetím aspektem je zastoupení vysokého počtu respondentů ve věku od 15 do 30let, kdy mnozí z nich ještě studují.

Přestože skoro polovina respondentů uvedla, že v České republice žije více než 11 let. Vyšlo najevo, že stále mají problémy s Českým jazykem. Polovina respondentů uvedla, že upřednostňuje mluvenou formu jazyka českého. Písanou formu uvedlo pouze 6 respondentů. Kterou formu upřednostnit nevědělo celkem 26 respondentů. Na otázku jak dobře rozumí psané češtině, uvedla skoro shodně nadpoloviční většina, že příliš ne nebo velice špatně. U otázky, jak dobře rozumí mluvené češtině, 38 dotazovaných uvedlo, že ji rozumí dobře, ale zároveň jich 40 uvedlo, že této formě českého jazyka příliš nerozumí. S tím souvisí, že skoro polovina respondentů uvedla, že měla problémy se domluvit během hospitalizace a jako příčinu uvedli špatnou znalost českého jazyka. S tím také souvisí, že nadpoloviční většina respondentů, ne všemu co jim všeobecná sestra sdělila, tak rozuměli. Ve většině případů, jim nebyla poskytnuta dokumentace ve vietnamském jazyce a ani tlumočnick. Situaci většinou řešili tak, že se znovu zeptali nebo ji neřešili vůbec. Jen pár z nich pomohl rodinný příslušník nebo přítel s překladem. Z toho vyplývá, že problematika jazykové bariéry je stále neprobádaná a bylo by vhodné učinit metodická opatření pro zlepšení této situace.

Vietnamští pacienti/klienti pozitivně hodnotí ochotu, respektování jejich soukromí a úctu, kterou jim všeobecné sestry prokazovaly. 66 respondentů uvedlo, že měli k všeobecným sestrám důvěru a skoro polovina jich uvedla, že jim všeobecné sestry byly ochotné naslouchat, pokud měli nějaký problém. Příslušníci vietnamského etnika byli spokojeni i s povahovými rysy všeobecných sester. Pouze 35 z nich, postrádalo laskavost, vstřícnost a přátelskou povahu. Celkově ošetrovatelskou péčí poskytovanou všeobecnými sestrami hodnotí výborně, až dobře z čehož se dá usuzovat, že příslušníci vietnamského etnika mají dobrou zkušenost s péčí a chováním všeobecných sester během hospitalizace.

Více jak polovina dotazovaných uvedla, že se během hospitalizace nesečkala s jakoukoliv formou rasistického chování vůči svojí osobě. 15 respondentů uvedlo, že ano a 28 dotazovaných nevědělo. S touto formou negativního chování se setkalo 9 respondentů od spolupacientů a stejný počet dotazovaných od návštěv pacientů. S touto otázkou koresponduje, zda jim byl, během hospitalizace nabídnut samostatný pokoj. Nadpoloviční většina uvedla, že nebyl. Tímto jednoduchým opatřením, by se dal předcházet nebo řešit tento problém.

Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že během hospitalizace pociťovala stres. Jen 13 z nich pociťovalo vnitřní pohodu a 20 dotazovaných nevědělo. Na škále od jedné do pěti třetina respondentů označila číslo 3, jako střední zátěž. Z tohoto výsledku se dá

usuzovat, že tato problematika se nedá souhrnně kategorizovat, jako určitý znak dané kultury, ale že se jedná pouze o vnitřní odpověď jedince na určitou zátěžovou situaci.

Možnost náboženské seberealizace byla umožněna jedné třetině dotazovaných, další třetině respondentů umožněna nebyla. Stejný počet dotazovaných nevěděl. Z toho vyplývá, že ne všichni respondenti měli během hospitalizace spirituální potřeby a také to, že ne všechny nemocnice měli tu možnost vietnamským pacientům/klientům tyto služby zajistit.

Se stravou v českých nemocnicích nebyla spokojena více jak polovina respondentů. Celá třetina dotazovaných uvedla, že jim jídlo nosili příbuzní nebo přátelé z domu. Některým vadilo, že určité druhy jídla jsou podávány v nevhodnou denní dobu anebo že určité druhy servírovaného jídla odmítli konzumovat. Pouze 6 respondentů bylo se stravou připravovanou v české nemocnici spokojeno. Zjištěné výsledky odpovídají rozdílným stravovacím zvykům, použití surovin a jejich následným zpracováním, které se zásadně liší ve vietnamské a české kuchyni. Dobrým řešením je pokud respondentům jídlo nevyhovuje, nechávat si jídlo nosit z domu. Problém, ale nastává s placením nemocničního poplatku, ve kterém je zahrnuto i stravování.

Skoro polovina respondentů uvedla, že v nemocničním pokoji měla dostatek soukromí. Třetina respondentů uvedla, že dostatek soukromí jim chyběl. Sdílení sociálního zařízení a koupelny s druhými pacienty vadil skoro polovině respondentů. Stejnému počtu dotazovaných to nevadilo. Návštěvy byly umožněny všem respondentům. Pouze 4 dotazovaným byly zakázány z důvodu hospitalizace na infekčním oddělení. Nadpoloviční většině respondentů bylo umožněno, aby se o ně během hospitalizace v české nemocnici příbuzní starali. Pouze třetině dotazovaným, byla tato možnost odepřena. Pro příslušníky vietnamského etnika je velice důležité mít kontakt s rodinou a také lépe přijímají od blízkého člověka péči, která se týká především studu např. pomoc při celkové hygieně.

Na otevřenou otázku s čím byli vietnamští pacienti/klienti nespokojeni během hospitalizace, jich 28 odpovědělo, že byli bez výhrad spokojeni. Zbylí respondenti uvedli, že je obtěžoval hluk, změna prostředí, spolupacienti, zápach, jazyková bariéra, návštěvy spolupacientů, odloučení od rodiny, nedostatek soukromí, jídlo a nemoc. Z toho můžeme usuzovat, že každý z dotazovaných vietnamských pacientů/klientů jinak definoval nepohodlí během hospitalizace.

Na otevřenou otázku s čím byli vietnamští pacienti/klienti spokojeni během hospitalizace, jich 33 odpovědělo – s celkovou péčí. Další uvedli s uzdravováním, se všeobecnými sestrami, vstřícností a ochotou ošetrovatelského personálu, s vybavením pokoje, s hygienickými pomůckami, s lékařem.



## ZÁVĚR

Vietnamská kultura a naše česká se v mnohém velice odlišují. Ale v lidské podstatě jsme všichni stejní. Toužíme po tom být zdraví, být s rodinou, přáteli, mít dobrou práci, vzdělání. Pokud onemocníme, toužíme se uzdravit nebo alespoň si přejeme zlepšení našeho zdravotního stavu. Toho můžeme docílit jedině tak, že uskutečníme kroky vedoucí k úspěšné léčbě, která se neobejde bez komunikace a navázání spolupráce nejenom s lékaři, ale také s všeobecnými sestrami, neboť to ony jsou nejvíce nablízku nemocnému.

Největším úskalím se stále stává špatná znalost Českého jazyka. Většina nemocnic nemá nebo nepoužívá dokumentaci, edukační materiál atd. ve Vietnamském jazyce o absenci překladatele nemluvě.

Svou práci, jsem mohla pojmout jako hodnocení ošetrovatelské péče, komunikace, celkové hodnocení české nemocnice a pobyt v ní, ale zvolila jsem si jinou formu a tou je zkušenost. Zkušenost je více komplexní. Nastiňuje nám možnosti do budoucna. Pracuje s pacientem/klientem jako se subjektem, který je tvárný a po celou dobu hospitalizace se mění a mění se nejen jeho tělesná stránka pod vlivem nemoci, ale i jeho myšlení. Tím, ale tento proces nekončí. Pokud jednou nastal, pokračuje celý jeho život až do pacientovi/klientovi smrti. Naše chápání pacienta/klienta je omezeno na určité životní období, ve kterém se právě nachází, když je hospitalizován v nemocnici. Teorie zkušenosti oproti tomu vnímá pacienta/klienta jako lidskou bytost, která je proměnlivá v čase, ale identita je stále stejná. Bere na vědomí jeho minulost, přítomnost i budoucnost a změny ve vnímání určitých situací díky získaným zkušenostem.

Zkušenost by každý mohl rozdělit na dobrou nebo špatnou, ale takto pojatá problematika je velice povrchní a nic neříkající. Zkušenosti, které během pobytu příslušníci vietnamského etnika získali, jsou velice důležitým aspektem pro přítomné vnímání sebe sama, nemoci, léčení a uzdravování. A tuto zkušenost si každý jedinec ponese do budoucna, kde je vysoká pravděpodobnost, že podle ní bude jednat a přistupovat k prevenci, léčení a uzdravování. Poté přijde znovu do nemocnice, ale už s určitým očekáváním, s určitým vzorcem myšlení.

Měli bychom si uvědomit, že svým přístupem ovlivňujeme a tvarujeme pacienta/klienta. Toto platí to pro každého nemocného, ale pro cizince to platí obzvláště.

Tato teorie vychází z východní filozofie. Kdy život je vnímán jako nikdy nekončící cestu, stejně jako je to u buddhistické filozofie. Je v ní obsažen i prvek konfucianství, kdy během této cesty se jedinec stále učí, přijímá stále nové informace a tento proces trvá až do jeho smrti.

Významným produktem tohoto výzkumu se stala právě tato teorie.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### 7.2 Knižní publikace:

1. BURIÁNEK, J. *Interkulturní vzdělání I*. Vyd. 1. Praha: Varianty, 2002. 466 s.
2. DEVITO, A., J. *Základy mezilidské komunikace*. Vyd. 6. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN: 978-80-247-2018-0.
3. DOLÁK, F. *Vietnamský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R.N.
4. FAIRBANK, J., K. *Dějiny Číny*. Vyd. 1. Praha: Lidové noviny, 1998. ISBN: 80-7106-249-9.
5. HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
6. Hartnoll, R., a kol. *Snowball Sampling*. Vyd.1. Úřad vlády ČR, 2003. 108 s. ISBN 80-86734-08-0.
7. HIRT, T.; JAKOUBEK, M. (eds.). *Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identity. Antropologická perspektiva*. Vyd. 1. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005. 280 s. ISBN 80-86898-22-9.
8. HOLÁ, B. *Život cizinců v ČR*. Praha: Český statistický úřad, 2007. 68 s. ISBN 978-80-250-1548-3.
9. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
10. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
11. JANEBOVÁ, E. a kol. *Interkulturní komunikace ve škole*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 2010. 96 s. ISBN: 978-80-7373-063-5.
12. JEŽEK, S.; VACULÍK, M.; WORTNER, V. *Základní pojmy z metodologie psychologie. Definice a vysvětlení*. Vyd. 1. Brno: Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, 2006. 16 s.
13. KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
14. KOLAŘÍK, M. *Interakční psychologický výcvik*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 160 s. ISBN: 978-80-247-2941-1.
15. KUBEROVÁ, H., MORAUČÍKOVÁ, E., LEHOTSKÁ M. *Ošetrovatelské teórie a modely a ich využitie v praxi – 2. diel*. Turany: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Rožomberku, 2008. 74 s. ISBN: 978-80-8084-334-2.
16. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN: 978-80-247-2713-4.
17. MASTILIAKOVÁ, D. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských*

- oborů. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. 163 s. ISBN 978-80-7248-406-5.
18. MURRAY, G. *Vietnam*. Vyd. 1. Kuperard: Reprinted edition, 2006. 168 s. ISBN 978-18-573-3333-6.
  19. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Vyd. 2. Praha: Academia, 2009. 498s. ISBN 978-80-200-1679-9.
  20. NĚMEC, P. *Západní Čína a Vietnam*. Vyd.1. Praha: Oeconomica, 2008. 198 s. ISBN 978-80-245-1365-2.
  21. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN: 80-247-1211-3.
  22. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7367-709-1.
  23. RYBÁŘ, R. *Základy estetiky a kultury*. Vyd. 1. Brno: CERM, 1996. 17 s. ITEM. ISBN 80-7204-002-2.
  24. SAMOVAR L. R.; PORTER E. P.; MCDANIEL E. R.; *Communication Between Cultures*. Vyd. 1. Boston: Wadsworth, Cengage Learning, 2007. 427 s. ISBN: 978-0-495-56744-8.
  25. SCHUMANN H., W. *Svět buddhistických obrazů. Ikonologická příručka buddismu mahájány a tantrajány*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2008. 380 s. ISBN: 978-80-200-1674-4.
  26. SMOLÍK, J. *Subkultury mládeže*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2010. 288 s. ISBN: 978-80-247-2907-7.
  27. SOUKUP, V. *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-328-5.
  28. SOUKUPOVÁ V., STRACHOTOVÁ D. *Podniková ekonomika*. Vydání 2. Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, Praha 2006.122 s. ISBN: 80-7080-575-7.
  29. STERNBERG, J.; R, ROEDIGER, L, H; HALPERN, F, D. *Critical thinking in psychology*. Vyd. 4. New York: Cambridge University Press, 2007. 340 s. ISBN: 0-521-60834-1.
  30. ŠKRABOVÁ, H. *Multikulturní ošetrovatelství. Teoretický úvod*. Vyd.1. Investice do rozvoje vzdělání, 2010. 45 s.
  31. ŠIŠKOVA, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 280 s. ISBN: 80-7367-182-4.
  32. ŠVARCOVÁ, E. *Slovníček pojmů k multikulturní výchově*. Vyd.1. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2008. 58 s. ISBN: 978-80-7041-251-0.
  33. TESAŘ, F. *Etnické konflikty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 192 s. ISBN: 80-7367-097-6.
  34. VRUBLOVÁ, Y. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Universitas Ostraviensis, 2006. 23 s.
  35. Zákon č. 273/2001 Sb., *o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů*, Parlament České republiky schválil zákon dne 10. července 2001, vyhlášen byl ve Sbírce zákonů dne 2. srpna 2001.

### 7.3 Internetové zdroje:

1. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci podle státního občanství*. [online] 2011 [cit. 2012-5-7] Dostupný z WWW: <file:///G:/tabdetail.jsp.htm>.
2. DVOŘÁKOVÁ, M. *Potomci vietnamských přistěhovalců a české občanství (část. I.)* Klub Hanoi [online] 04. 01. 2012 [cit. 2012-03-06]. Dostupný z WWW: <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocianku=2011121602>.
3. HUMPOLÍČEK, P. Životní poledne. [online] 14. 11. 2006 [cit. 2012-05-06]. Dostupný z WWW: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Cw0UnfNuMI0J:www.phil.muni.cz/~hump/VyvPs/Prezentace\_vyuka\_PH/Vyv\_ps\_II\_Prezentace\_J\_StredniStarsiDos pelost.ppt+&hl=en&pid=bl&srcid=ADGEESgPqSaR-PnFyVVTQkcxHoBv4Tl92Z5eyI5xgmrUMZvHpeFX12byd82QRtPsn6ZVCOaZlvcS1q3WA2MxAUn7Mh2bSv6cSQdlFyO9QXz012yQ6TJ49KEuwhNKK1QFawmi gjUSKGYI&sig=AHIEtbSr9U50WxbfMwsLaTVbGuwUShbIOQ>.
4. KUTNOHORSKÁ, J. Interní medicína pro praxi: Multikulturní/Transkulturní komunikace. [online]. 2006, č. 2 [cit. 2012-05-27]. Dostupný z WWW: http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/02/15.pdf.
5. JIŘIČKA, J. *Čeští Vietnamci chtějí status menšiny, pomoci jim může sčítání lidu*. iDnes.cz [online]. 2010 [cit. 2012-03-05]. Dostupný z WWW: <http://zpravy.idnes.cz/vietnamstina-ve-skolach-a-na-uradech-nebude-komunita-tady-zije-prilis-kratce-1vi-/domaci.aspx?c=A101128\_124225\_domaci\_jj>.
6. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. *Systém vzdělávání v ČR* [online]. [cit. 2012-05-09]. Dostupné z WWW: http://www.msmt.cz/vzdelavani/system-vzdelavani-v-cr.
7. Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. *Vietnam* [online]. [cit. 2012-05-09]. Dostupné z WWW: <http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\_statu/asie/vietnam/index.html>.
8. Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Zdravotní pojištění* [online]. [cit. 2012-05-09]. Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html.
9. NGUY, G., L. NGUEN, T., H. *Metodika pro učitele. Interkulturní dílna Vietnam*. [online]. 2008. [cit. 2012-05-13]. Dostupný z WWW: <http://www.mkc.cz/uploaded/otvarena\_skola/ikd\_vietnam.pdf>
10. ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, J. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR (výstup dvouleté práce na projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR*. [online] Olomouc. 2004. 300 s. [cit. 2012-5-7] Dostupný z WWW: >http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka\_knihovna/Pecujeme\_o\_klienty\_od\_lisnych\_etnik\_a\_kultur.pdf<.

11. *Vietnamci v radě vlády pro menšiny*. Klub Hanoi [online]. 2007 [cit. 2012-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocclanku=2007111401>>.
12. ŽÁKOVÁ, E. *Národnostní a kulturní menšiny*. Mezikulturní dialog [online]. 2009 [cit. 2012-03-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.mezikulturnidialog.cz/mezikulturni-dialog-v-cr.html>>.
13. ŽÁKOVÁ, E. *Vietnamská kulturní identita*. Mezikulturní dialog [online]. 2009 [cit. 2012-03-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.mezikulturnidialog.cz/vietnamska.html>>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Atd.	A tak dále.
ČR	Česká republika
Cit.	Citováno
VDR	Vietnamská demokratická republika

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Souhrnný pohled ošetrovatelského modelu, na zkoumání určitých jevů-základní hledisko.

Tabulka č. 2. Vědecky pevný výklad základní podstaty Modelu vycházejícího slunce.

Tabulka č. 3. Vystudovaný obor respondenty.

Tabulka č. 4. Odvětví ekonomické sféry zaměstnání respondentů.

Tabulka č. 5. Pojištěnost respondentů.

Tabulka č. 6. Zastoupení pojišťoven u respondentů.

Tabulka č. 7. Poskytnutí dokumentů ve vietnamském jazyce.

Tabulka č. 8. Problém s komunikací během hospitalizace.

Tabulka č. 9. Poskytnutí tlumočnicka respondentům během hospitalizace.

Tabulka č. 10. Rozumněli respondenti všemu, co jim všeobecná sestra během hospitalizace sdělila.

Tabulka č. 11. Řešení situace nedorozumění.

Tabulka č. 12. Důvěra respondentů k všeobecným sestřám.

Tabulka č. 13. Setkání respondentů s rasismem během hospitalizace.

Tabulka č. 14. Rasistické chování určitých osob.

Tabulka č. 15. Náboženské rituály.

Tabulka č. 16. Setkání s knězem během hospitalizace.

Tabulka č. 17. Soukromí na nemocničním pokoji.

Tabulka č. 18. Nabídnutí samostatného pokoje při přijetí v nemocnici.

Tabulka č. 19. Sdílení hygienického a sociálního zařízení s jinými pacienty.

Tabulka č. 20. Umožnění návštěv během hospitalizace.

Tabulka č. 21. Realizace péče rodinným příslušníkem.

Tabulka č. 22. Nespokojenost během hospitalizace.

Tabulka č. 23. Spokojenost během hospitalizace.



Tabulka č. 24. Vyjádření stížnosti respondenty během hospitalizace.

Tabulka č. 25. Nevyjádření stížnosti respondentů během hospitalizace.

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha I.:	Rýžová pole.
Příloha II.:	Dějiny Vietnamu.
Příloha III.:	Některé pojmy, které se u nemocného klienta/pacienta vietnamského etnika mohou vyskytovat.
Příloha IV.:	Komerční zdravotní pojištění České republiky.
Příloha V.:	Pohlaví respondentů.
Příloha VI.:	Věk respondentů.
Příloha VII.:	Země původu respondentů.
Příloha VIII.:	Rodinný stav respondentů.
Příloha IX.:	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.
Příloha X.:	Vystudovaný obor respondenty.
Příloha XI.:	Odvětví ekonomické sféry zaměstnání respondentů
Příloha XII.:	Nemocnice, ve kterých byli respondenti hospitalizováni.
Příloha XIII.:	Zastoupení zdravotních pojišťoven u respondentů.
Příloha XIV.:	Znalost psané češtiny u respondentů.
Příloha XV.:	Znalost mluvené češtiny u respondentů.
Příloha XVI.:	Definice problému s komunikací během hospitalizace.
Příloha XVIII.:	Teorie zkušenost.

## PŘÍLOHA I: RÝŽOVÁ POLE



DUC T., L. *Your Vietnam photos*. National Geographic [online]. 2012 [cit. 2012-05-09]. Dostupné z WWW: <[http://travel.nationalgeographic.com/travel/countries/your-vietnam-photos/#/terraced-fields\\_31171\\_600x450.jpg](http://travel.nationalgeographic.com/travel/countries/your-vietnam-photos/#/terraced-fields_31171_600x450.jpg)>.

## PŘÍLOHA II.: DĚJINY VIETNAMU

Na počátku historie Vietnamu stály kmeny Vietů. Celý život a kultura Vietů se odvíjela od intenzivních a náročných zemědělských prací při pěstování vodní rýže. Jeho součástí bylo také systematické budování hrází, které měly chránit lidi i jejich práci před každoročním rozvodněním vodních toků v monzunovém období. Pro zajímavost: od 11. století n. l. tak začaly vznikat dnešní hráze u Hanoje s celkovou délkou 1 665 km a výškou 13,70 m nad mořem, ač na pohled nenápadné, svou mohutností srovnatelné s Velkou čínskou zdí nebo egyptskými pyramidami.

S vládnoucí dynastií Hungů je spojena jedna z nejnámějších pradávných kultur Dong Son proslulá výrobou bronzových bubnů. Slábnoucí Hungové byli v období asi třista let před naším letopočtem poraženi konkurenční dynastií, která založila nové království Au Lac považované za první vietnamský stát. Asi o sto let později toto království ovládl čínský general Trieu Da a spojil ho se svým vlastním územím. Po více než tisíc let se upevňovala kulturní identita Vietů, než se roku 111 př. n. l. dostali pod čínskou dominaci. Nastalo období tisícileté čínské nadvlády, během nichž byl Vietnam klíčovým přístavem na obchodních cestách mezi Indií a Čínou. Mnohdy krutou čínskou nadvládu provázely silný odpor a mnoho povstání, přesto stykem s čínskou kulturou došlo ke změnám, které spoluurčily kulturní rysy nynějšího vietnamského společenství. Proběhla vzájemná výměna řady kulturních prvků: Číňané se naučili například sklizni dvou úrod rýže ročně, inkrustaci perletí, Vietové mimo jiné výrobě papíru, porcelánu a znalosti budování zavlažovacích kanálů, ale co je podstatné – seznámili se s buddhismem (také přes Indii), taoismem a konfucianstvím. Známé je povstání sester Trungových, z roku 40 našeho letopočtu, které po porážce daly přednost sebevražednému skoku do řeky než by padly do čínského zajetí. V roce 938 n. l. se podařilo Ngo Quyenovi konečně Číňany porazit v bitvě na řece Bach Dang, když se mu podařilo vylákat čínské loďstvo do pasti a zničit ho. Vietové obnovili politickou nezávislost a čínské kulturní prvky začali využívat k rozkvětu vlastního státu. Společnost se postupně přesunula k feudalismu. Roku 1076 byla založena v Than Longu (současné Hanoji), v Chrámu literatury, zasvěceném Konfuciovi a tehdejšímu centru kultury a vzdělanosti, Národní akademie, obdoba naší univerzity (oproti ní má založení nejstarší univerzity ve Střední Evropě takřka 300 let zpoždění). Konfucianství se od 13. století stalo státní ideologií, buddhismus životní filosofií. Pomalu se vytvořil nábožensko-filosofický směr Tam Giao, Trojí náboženství, syntéza konfucianství, buddhismu a taoismu. Tato

směs, navíc okořeněna původním animismem, se dodnes prolíná myšlenkovým světem Vietnamců.

13. století je rovněž ve znamení události, kdy se jak Vietnam, tak země Koruny české staly v téměř stejném časovém okamžiku objektem vpádu mocného národa Mongolů: Vietnamcům se jejich útok vždy podařilo odrazit.

Zatímco sever Vietnamu se po dlouhá léta vyvíjel pod čínským vlivem, v jižní části se zrodila království Funan a Champa. V době vrcholu své slávy, mezi druhým a šestým stoletím našeho letopočtu, Funan kontroloval území většiny dnešní Kambodže a východního pobřeží Thajska. Do dnešních dnů však z této říše přečkalo jen několik ruin poblíž Rach Gia. Ve druhém století našeho letopočtu se v okolí Danangu zrodilo království Champa, které bylo ve stálých sporech se severními a jižními kmeny. Okolo osmého století začala existence Champy ohrožovat mocná khmerská říše, Champa postupně upadala a v polovině patnáctého století její moc sahala pouze do okolí Nha Trangu. V roce 1720 král Champy a jeho lidé uprchli před postupujícími Vietnamci do sousední Kambodži a dějiny tohoto království se uzavřely.

V severní části země se vietnamská nezávislost konsolidovala pod nadvládou dynastie Ly založené v roce 1009 Ly Tai Toem. Hlavním městem se po následujících osm set let stal Thang Long. Silně centralizovaná vláda přijala buddhismus za státní náboženství. V roce 1225 se moci ujala dynastie Tran, která odolala všem nájezdům včetně půlmilionové armády Kublajchána, kterého v roce 1288 porazil generálem Tran Hung Daoem v bitvě na řece Bach Dang, kde použil stejné taktiky jako general Ngo Quyen. Na začátku patnáctého století se opět zmocnili vlády Číňané, ale v roce 1428 slavil vítězství Le Loi, který se jako císař Le Thai To stal zakladatelem nové dynastie. Od poloviny šestnáctého století se o moc svářili Nguyenové a Trinhové. Dynastie Trinhů se usadila v Thang Longu a ovládala sever země, Nguyenové si za svoje sídlo zvolili Hue, odkud kontrolovali i deltu Mekongu. Reakcí na těžké období se stalo povstání Tay Son, vedené třemi bratry v roce 1771, kteří po dvanácti letech svrhli dynastii Nguyenů. Poslední z vládců Nguyen Anh uprchl do zahraničí a v roce 1788 se mu podařilo s francouzskou pomocí ovládnout Saigon a poté i porazit Tay Son. V roce 1802 se nechal Nguyen Anh prohlásit císařem Gia Longem. Nová dynastie ovládla Hanoj a po dvou stoletích byl Vietnam opět sjednocený, hlavním městem se stalo Hue.

Od 15. století se na území Vietnamu dostávají evropští misionáři a obchodníci. Vietnamci tehdy uznávali jejich technické i léčitelské znalosti, ale svou „nekulturností“ pro ně byli barbary. Dílem portugalských a španělských misionářů byl zápis vietnamštiny do latinky, který zdokonalil Alexandre de Rhodes. Od 18. století se mezi misionáři přinášející do Vietnamu křesťanství začali objevovat i čeští jezuité. Na přelomu 18. a 19. století nabyl Vietnam takové rozlohy, jakou má dnes: ve střední části došlo k fúzi s poraženým státem Čampa, na jihu k získání delty Mekongu na Khméřském království. Dodnes se zde proto odrážejí hinduistické a indické kulturní vlivy.

V polovině devatenáctého století se ve Vietnamu začínají silně angažovat Francouzi, kteří jako odpověď na potlačování katolických misionářů v roce 1862 obsadili Saigon a v roce 1865 vytvořili francouzskou kolonii Kočinčínu. V roce 1883 Francouzi napadli Hue, vyhlásili protektorátní pakt nad severním Annamem a centrálním Tonkinem. Z Vietnamu vytvořili svoji kolonii a zahájili tzv. „civilizační misi“. „Civilizační misi“ v zemi, která disponovala starší kulturní a vzdělanostní tradicí nežli země jejich kolonizátorů. V roce 1887 byla vyhlášena Indočínská unie skládající se z Vietnamu, Laosu a Kambodži. Během vlády Francouzů byla postavena železnice spojující Hanoj se Saigonem, ale také zavedeny těžké daně. Protikoloniální odpor vedli zejména komunisté, vedení Ho Chi Minhem, který v roce 1941 zformoval Ligu pro nezávislost Vietnamu, Viet Minh. Tato organizace se stala za druhé světové války jedinou opozicí jak proti Japoncům, tak i proti francouzské koloniální správě, která spolupracovala s kolaborantským režimem ve Vichy, a tak byla ponechána v čele kolonie i za druhé světové války. Na začátku roku 1945 Viet Minh kontroloval většinu země. Poslední vietnamský císař Bao Dai abdikoval a 2. září 1945 Ho Chi Minh vyhlásil nezávislost Vietnamu. Podle dohod uzavřených na Postupimské konferenci měl čínský Kuomintang přijmout japonskou demisi severně od šestnácté rovnoběžky a Britové jižně od ní. Namísto Číňanů, se kterými měl Vietnam dlouholeté historické zkušenosti, dal Ho Chi Minh přednost menšímu zlu, návratu Francouzů. Krátké období příměří vzalo za své, když v listopadu 1946 Francouzi ostřelovali Haiphong. Viet Minh se stáhl do hor a zahájil gerilovou válku, jejímž vyvrcholením se stalo téměř dvouměsíční obležení francouzských vojsk v Dien Bien Phu. Francouzská kapitulace ze 7. května 1954 znamenala definitivní konec francouzské Indočíny. Na jednání v Ženevě byla země rozdělena dvě části s hranicí na sedmnácté rovnoběžce na řece Ben Hai. Po dvou letech měly být vypsány volby, které by rozhodly o osudu země. Prezidentem jižního Vietnamu se stal ostře protikomunistický katolík Ngo

Din Diem. Na jeho zkorumpovanou vládu se nemohli záhy dívat ani jeho spojenci, v listopadu 1963 byl Diem při Američany podporovaném puči společně se svým bratrem zabit.

Tiché americké zasahování do vývoje v jižním Vietnamu po Diemově smrti přerostlo v přímé angažmá. Od roku 1959 vedl komunistický sever kampaň za osvobození jihu, Diemova vláda ztrácela kontrolu nad venkovem a Američané se obávali, že případný pád jižního Vietnamu se stane jednou z kostek domina světové komunistické revoluce. Záminkou k americkému angažmá ve Vietnamu se v srpnu 1964 stal incident v Tonkinském zálivu, v březnu 1965 se v Danangu vylodily první americké jednotky a počet amerických vojáků narostl postupně až na půl milionu. Gerilová taktika komunistického Vietkongu však bránila rozhodujícímu vítězství na bitevním poli. Američané v ní narazili na partyzánskou válku, na niž nebyli vycvičeni, záhy se též ukázalo, že na vietnamské straně je mnohonásobně vyšší vůle bojovat a přinášet oběti. V lednu 1968 během svátku Tet zahájil Vietkong rozsáhlou ofenzívu na stovce míst najednou, vojensky skončila porážkou, ale z hlediska propagandy šlo o vítězství, zejména když šokovaná americká veřejnost mohla v televizi sledovat, jak se komunisté na krátký čas zmocnili i americké ambasády v Saigonu.

Americký prezident Nixon poté začal razit politiku většího zapojení jihovietnamské armády, ale ta pro svoji zkorumpovanost nebyla schopna Vietkongu čelit a jižnímu Vietnamu nepomohlo ani americké bombardování Hanoje. Krutá válka si vyžádala v průměru na 4 miliony (cca 10% vietnamské populace) obětí mezi civilisty, z nichž velký počet byl zabit či zraněn v důsledku pravidelného a takřka neustálého amerického bombardování, miliony lidí na venkově byly navíc zasaženy toxickým a karcinogenním herbicidem známým jako „Agent Orange“, nadměru využívaným v zalesněných oblastech. Mnoha lidem postiženým tímto chemickým defoliantem se dodnes rodí děti s fyzickým či psychickým handicapem. Stále nebezpečí také znamenají početné nastražené a neodpálené miny. Zejména díky masovým protestům veřejnosti v USA, která prostřednictvím médií sledovala otrěsné válečné záběry a naprosto přestala věřit ve slibovaný brzký konec a výhru, americké vojsko opustilo Vietnam 27. ledna 1973 – po podepsání Pařížských dohod o příměří – aniž by trvalo na odchodu severovietnamské armády z jižního Vietnamu. Stahování amerických jednotek zapříčinilo, že jižní Vietnam nemohl čelit tlaku severu a 30. dubna 1975 padl i Saigon. Krátce předtím než do města vstoupily jednotky Vietkongu, byli evakuováni poslední Američané. Sajgon (dnešní Ho Či Minovo město) se

dostal do područí severovietnamských komunistů, v roce 1975. Komunistické kádry vyslané ze severu měly zajistit přechod k novému režimu, spolupracovníci Američanů byli posláni do převýchovných táborů. 2. 7. 1976 byla země opět sjednocena a vyhlášena Vietnamská socialistická republika. Tímto se Vietnam zařadil k zemím socialistického tábora, čímž se daleko intenzivněji vyvíjely vztahy i s naší ČSSR. Ataky ze strany kambodžských Rudých Khmerů vedly o vánocích 1978 k vietnamské invazi do Kambodže, odkud se Vietnam stáhl v roce 1989. V roce 1986 byla v zemi po vzoru sovětské přestavby zahájena ekonomická reforma doi moi. V polovině polovině devadesátých let skončilo americké embargo, byly navázány diplomatické styky se Spojenými státy a v roce 2000 Bill Clinton jako první americký prezident navštívil severní Vietnam.

Seznam použité literatury:

1. MÜLLEROVÁ, P. *Stručná historie států: Vietnam*. Vyd. 1. Praha: Libri. 2010. 126s. ISBN: 978-80-7277-255-1.
2. ŠIŠKOVA, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Vyd. 2. Praha: Portál. 2008. 280s. ISBN: 80-7367-182-4.

Seznam internetových zdrojů:

3. ZVOLÁNEK, P. *Vietnam průvodce: Dějiny Vietnamu*. Asean. 2010. [online]. 2012 [cit. 2012-05-09]. Dostupné z WWW: <http://vietnam.asean.cz/clanek/834-vietnam-pruvodce-dejiny-vietnamu>.



## **PŘÍLOHA III.: NĚKTERÉ POJMY, KTERÉ SE U NEMOCNÉHO KLIENTA/PACIENTA VIETNAMSKÉHO ETNIKA MOHOU VYSKYTOVAT**

Bolest (Dau) – Mohou být stoučtí. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest ze strachu z návyku a z vedlejších účinků. Nabídněte jim léky na bolesti, jak je předepsáno, a nezpochybujte se. Někteří pacienti mohou rozumět číselné škále na popsání bolesti, když ne, použijte obličej a zeptejte se na intenzitu bolesti. Nejraději berou léky intravenózně popř. perorálně. Nabídněte jim teplý obklad (je-li třeba).

Dyspnoe (Khótho) – Pacientova rodina podá více informací o dýchacích obtížích než sám pacient. Pacient začne mít strach a začne hyperventilovat . Nabídněte mu kyslík a uklidněte jej.

Nausea/zvracení (Mua/oí) – Z důvodu studu dá pacient vědět sestře až po zvracení, nebo sám zvratky uklidí. Někteří přijmou antiemetika až po několika epizodách zvracení. Nejprve použijí nějaký domácí „lék“.

Zácpa/průjem (Bón/iachay) – Pacient oznámí nepravidelnost ve vyprazdňování stolice, až když je problematická nebo když se sestra zeptá. Pacient přijme zákroky na změnu střevní funkce. Domácí léčebné metody zahrnují zvýšenou konzumaci tekutin a zelené listové zeleniny. Klyzma využívají na zácpu jenom jako poslední možnost.

Únava (M<sup>et</sup>) - Neoznámí únavu a nebudou na ni brát léky. Odmítnou jakýkoliv agresivní zákrok. Protože podle nich je spaní součástí uzdravovacího procesu.

Deprese (buonba/smutný) – 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, jenom když se problémy stanou velmi akutními nebo neúnosnými.

Seznam internetových zdrojů:

1. ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, J. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR (výstup dvouleté práce na projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR).* [online] Olomouc. 2004. 300 s. [cit. 2012-5-7] Dostupný z WWW:

>[http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka\\_knihovna/Pecujeme\\_o\\_klienty\\_odlisnych\\_etnik\\_a\\_kultur.pdf](http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf)<.

## **PŘÍLOHA IV.: KOMERČNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ČESKÉ REPUBLIKY**

Rozsah pojištění a pojistné podmínky u komerčního zdravotního pojištění se od veřejného zdravotního pojištění liší, a to zejména tím, že existuje limit pojistného plnění a rozsah pokryté péče je rovněž limitován. Existují dva základní typy pojištění:

1. Zdravotní pojištění pro případ neodkladné péče

2. Zdravotní pojištění pro případ komplexní péče.

První typ pojištění nabízí v současné době několik pojišťoven.

Druhý typ - komplexní zdravotní pojištění - nabízí v současné době jen Pojišťovna VZP, a.s. Je doporučován cizincům při dlouhodobém pobytu. Zajišťuje zdravotní péči v širším rozsahu než pojištění na neodkladnou péči. Pokrývá preventivní prohlídky a očkování, částečně léky a prostředky zdravotnické techniky. Je možné uzavřít komplexní pojištění typu "gravidita", které kryje prenatální péči, předporodní a poporodní ošetření rodičky včetně poporodní péče a péče o dítě. Pokud nedojde k přerušení pobytu v nemocnici, tj. matka ani dítě nebudou z nemocnice propuštěni, pojištění kryje náklady na péči o dítě až do výše 600 000 Kč. S veřejným zdravotním pojištěním ho však nelze srovnávat, protože nekryje zdravotní péči v řadě případů (např. vyšetření a léčení vrozených vad, léčení onemocnění cukrovkou, vyšetření a léčení AIDS, léčení závislostí, transplantace a další).

Je nutné zdůraznit, že při uzavírání smlouvy by si měl každý zájemce o pojištění důkladně seznámit s pojistnými podmínkami. Faktem je, že mnohdy jsou pro cizince nesrozumitelné nebo nejasné. Časté nejasnosti jsou v případě pojištění zde narozených dětí matkám – cizinkám bez trvalého pobytu. K nedorozumění dochází zejména v případě pojištění novorozenců. Matky často neporozumí poněkud nelogickým podmínkám, které se týkají pojištění jejich narozeného dítěte. Novorozenec narozený cizince, bez trvalého pobytu, nepocházející z Evropské unie, je zde pojištěn z komerčního pojištění matky, a to až do výše 600 000 Kč a do 3. měsíce věku dítěte. Dojde-li však k přerušení pobytu v nemocnici (např. situace, kdy je dítě z nemocnice již propuštěno, avšak za dva dny se tam musí opět vrátit), v tomto případě už jeho léčba kryta není z pojištění matky - dítě již musí být pojištěno samostatně. Přesto, že zdravotní pojištění na komplexní péči je deklarováno povinné veřejné zdravotní pojištění jako pojištění „blížící se veřejnému zdravotnímu

pojištění“, v případě léčení dlouhodobých zdravotních potíží to neplatí. V případě chronických nebo velmi závažných onemocnění je pro cizince jednodušší nechat se léčit ve své domovské zemi

Nejzávažnějším problémem je neochota komerčních pojišťoven pojistit některé osoby (např. s ohledem na jejich věk či z důvodu, že trpí závažnějším onemocněním), případně se pojištění na některé nemoci nevztahuje. Výrazně limitujícím faktorem je neochota některých lékařů zaregistrovat komerčně pojištěného cizince (s ohledem na nutnost smluvního vztahu mezi lékařem a pojišťovnou). Z pohledu cizince je komplikací rovněž značná finanční zátěž spojená s úhradou komerčního pojištění, zejména pro osoby s nízkým příjmem.

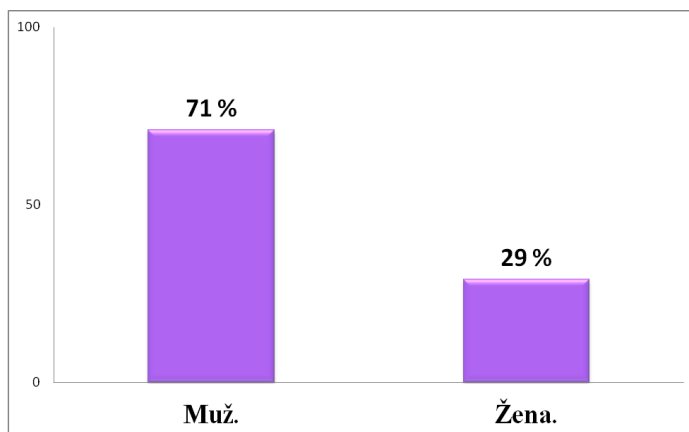
Seznam internetových zdrojů:

1. Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Zdravotní pojištění* [online]. [cit. 2012-05-09]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>.
2. ŽÁKOVÁ, E. *Národnostní a kulturní menšiny*. Mezikulturní dialog [online]. 2009 [cit. 2012-03-14]. Dostupný z WWW: <http://www.mezikulturnidialog.cz/mezikulturni-dialog-v-cr.html>.

**PŘÍLOHA V.: POHLAVÍ RESPONDENTŮ**

Tabulka č. 3. Pohlaví respondentů.

- Muž.
- Žena.



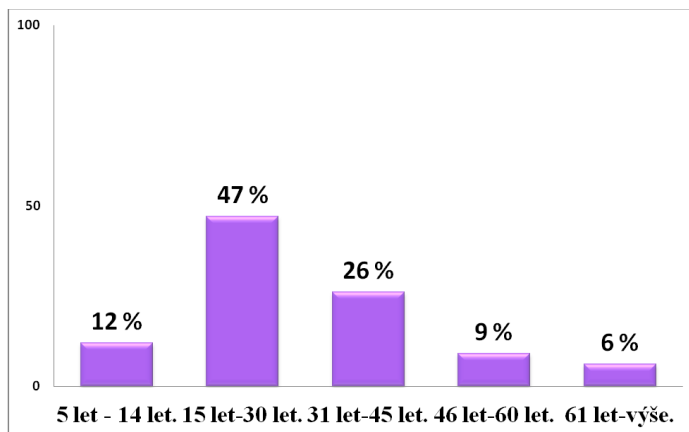
Graf č. 1. Pohlaví respondentů.

Z celkového počtu 100 % tj. 100 respondentů uvádí 71 % tj. 71 dotazovaných, že jsou pohlaví mužského. Pouze 29 % tj. 29 respondentů uvedlo, že má pohlaví ženské.

## PŘÍLOHA VI.: VĚK RESPONDETŮ

Tabulka č. 4. Věk respondentů.

- 5 let – 14 let.
- 15 let – 30 let.
- 31 let – 45 let.
- 46 let – 60 let.
- 61 let a výše.



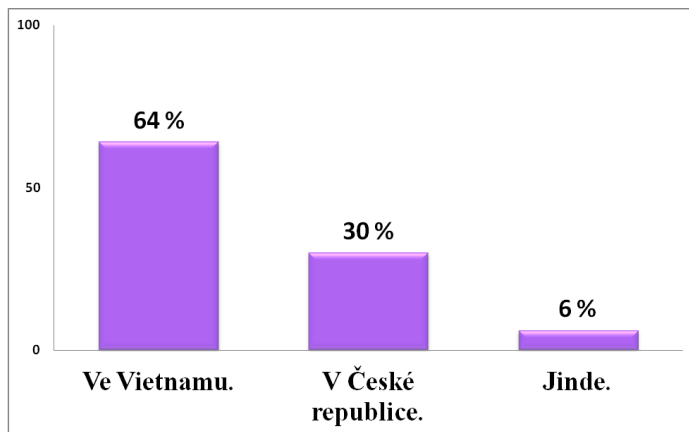
Graf č. 2. Věk respondentů.

Z celkového počtu 100 respondentů je 12 % tj. 12 respondentů ve věku od 5 let do 14 let. Největší zastoupení má věkové rozmezí 15 let až 30 let, kdy jej uvedlo 47 % respondentů tj. 47 dotazovaných. Druhé nejpočetnější věkové rozmezí je od 31 let až 45 let. Tento věk uvedlo 26 % tj. 26 respondentů. 46 let až 60 let je 9 % respondentů tj. 9 dotazovaných. Nejmenší věkové zastoupení u respondentů bylo 61 let a výše celých 6 % tj. 6 dotazovaných.

**PŘÍLOHA VII.: ZEMĚ PŮVODU RESPONDENTŮ**

Tabulka č. 5. Země narození respondentů.

- Ve Vietnamu.
- V České republice.
- Jinde:\_\_\_\_\_.



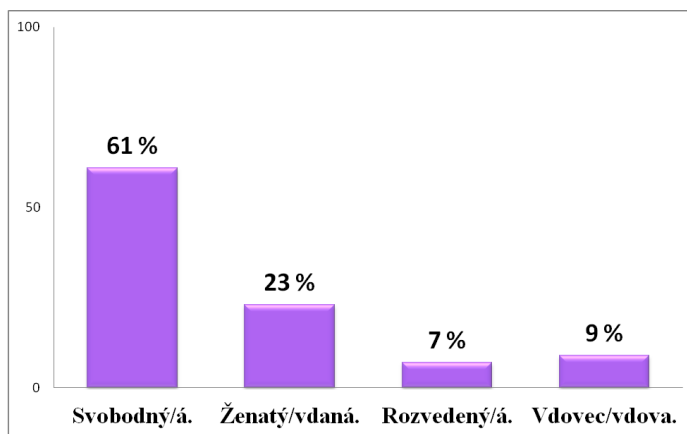
Graf č. 3. Země původu respondentů.

Většina respondentů se narodila ve Vietnamu, celých 64 % tj. 64 příslušníků vietnamského etnika. Pouhých 30 % tj. 30 dotazovaných se narodilo v České republice. 6 % tj. 6 respondentů se narodili mimo Vietnam a Českou republiku. 2 respondenti se narodili na Slovensku, 3 v Německu a 1 v Anglii. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů tj. 100 dotazovaných.

**PŘÍLOHA VIII.: RODINNÝ STAV RESPONDENTŮ**

Tabulka č. 6. Rodinný stav respondentů.

- Jsem svobodný/á.
- Jsem ženatý/vdaná.
- Jsem rozvedený/á.
- Jsem vdovec/vdova.



Graf č. 4. Rodinný stav respondentů.

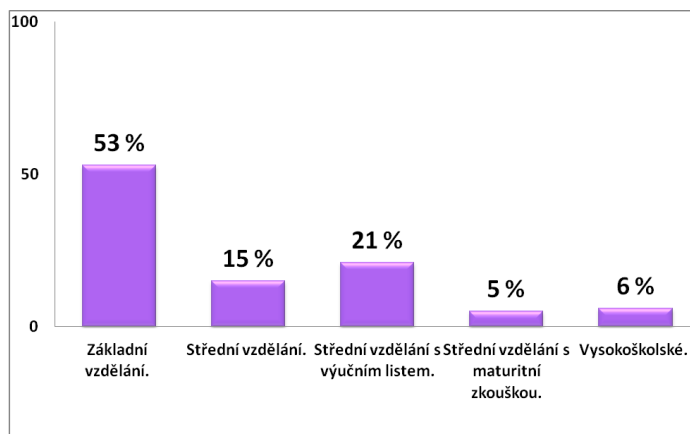
61 % tj. 61 respondentů uvedlo, že jsou svobodní. 23 % respondentů tj. 23 dotazovaných uvedlo, že jsou ve svazku manželském. Pouhých 7 % tj. 7 dotazovaných bylo rozvedených. Ovdovělých bylo 9 % tj. 9 respondentů. Na otázku č. 4 odpověděli všichni respondenti tzn. 100 příslušníků vietnamského etnika.



**PŘÍLOHA IX.: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTY**

Tabulka č. 7. Dosažené vzdělání respondenty.

- Základní vzdělání.
- Střední vzdělání. (bez výučního listu, maturitní zkoušky)
- Střední vzdělání s výučním listem.
- Střední vzdělání s maturitní zkouškou.
- Vysokoškolské.



Graf č. 5. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Největší zastoupení měli respondenti se základním vzděláním, které z celkového počtu 100 dotazovaných tj. 100 % tvořilo celkově 53 % tj. 53 respondentů. Střední vzdělání bez výučního listu absolvovalo 15 % tj. 15 respondentů. Druhé největší zastoupení s 21 % tzn., 21 respondentů mělo střední vzdělání s výučním listem. Střední vzdělání s maturitní zkouškou absolvovalo pouze 5 % tj. 5 respondentů. Vysokoškolským titulem se mohlo pochlubit 6 % tj. 6 dotazovaných.

## PŘÍLOHA X.: VYSTUDOVANÝ OBOR RESPONDENTY

Tabulka č. 8. Vystudovaný obor respondenty.

Odovědi respondentů:	Četnost:	Odovědi respondentů:	Četnost:
Student	32	Číšník	1
Nevím	4	Management	1
Instalatér	3	Mechanik elektrotechnických zařízení	1
Obchodní akademie	3	Obráběč kovů	1
Pedagogická fakulta	3	Právnická fakulta	1
Elektromechanik	2	Řezník	1
Kuchař	2	Truhlář	1
Švadlena	2	Zedník	1

Na tuto otevřenou otázku mělo správně, dle předpokladu dosaženého vzdělání u předchozí otázky č. 5, odpovědět 48 respondentů (vyloučeni byli ti respondenti, kteří uvedli, že mají základní vzdělání). Navíc odpovědělo 8 respondentů, kteří se řadili mezi studenty. Celkem odpovědělo 56 respondentů. 32 respondentů uvedlo, že ještě studují. 4 dotazovaní odpověděli nevím. Po třech zástupcích mají obory instalatér, obchodní akademie a pedagogická fakulta. Po dvou zástupcích mají obory jako je elektromechanik, kuchař a švadlena. Ostatní vystudované obory měli po jednom respondentovi. Řadí se mezi ně číšník, mechanik elektrotechnických zařízení, obráběč kovů, řezník, truhlář, zedník, manažer a právník.

## PŘÍLOHA XI.: ODVĚTVÍ EKONOMICKÉ SFÉRY ZAMĚŠTNÁNÍ RESPONDENTŮ

Tabulka č. 9. Odvětví ekonomické sféry zaměstnání respondentů.

Odpovědi respondentů:	Četnost:	Odpovědi respondentů:	Četnost:
Textilní, oděvní průmysl.	17	Nemovitosti, služby pro podniky, výzkum a vývoj.	1
Průmysl potravinářský.	12	Peněžnictví a pojišťovnictví.	1
Velkoobchod, maloobchod a opravy.	12	Školství.	1
Stavebnictví.	9	Těžební průmysl.	1
Pohostinství a ubytování.	8	Veřejná správa, obrana a sociální zabezpečení.	1
Výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody.	7	Výroba dopravních prostředků.	1
Chemický a farmaceutický průmysl.	4	Výroba elektrických a optických přístrojů.	1
Dřevozpracující, papírenský průmysl.	3	Výroba kovů a kovodělných výrobků.	1
Doprava a komunikace.	1	Výroba strojů a zařízení.	1

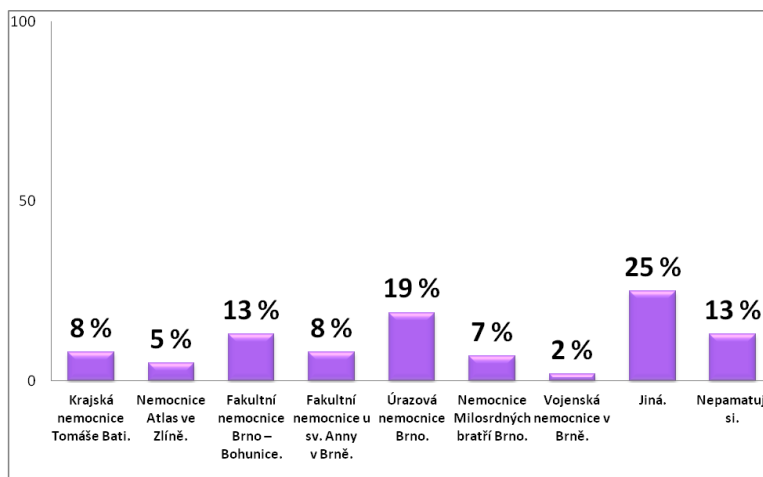
V tabulce jsou uvedeny výsledky dle četnosti odpovědí respondenty. Na tuto otázku odpovědělo celkem 82 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných. 18 respondentů nevybralo žádnou možnost. Jednalo se o studenty, kteří ještě nepracují. Dalších 14 studentů uvedlo některou z možností ve smyslu zaměření jejich studia. Nejvíce zastoupení 17 dotazovaných měl textilní průmysl. Stejný počet 12 respondentů uvedlo průmysl potravinářský a velkoobchod, maloobchod a opravy. Ve stavebnictví pracovalo 9 dotazovaných. 7 respondentů pracovalo ve výrobě a rozvodu elektřiny, plynu a vody. V chemickém a farmaceutickém průmyslu pracovali 4 respondenti. 3 dotazovaní uvedli dřevozpracující a papírenský průmysl. Další ekonomické sféry měli po jednom

respondentovi. Zemědělství, lesnictví a rybolov; průmysl skla, keramiky a porcelánu; zdravotnictví, veterinární a sociální činnosti-tyto tři ekonomické sféry nemají v zastoupení žádného z respondentů.

## PŘÍLOHA XII.: NEMOCNICE, VE KTERÝCH BYLI RESPONDENTI HOSPITALIZOVÁNI

Tabulka č. 11. Hospitalizace v českých nemocnicích.

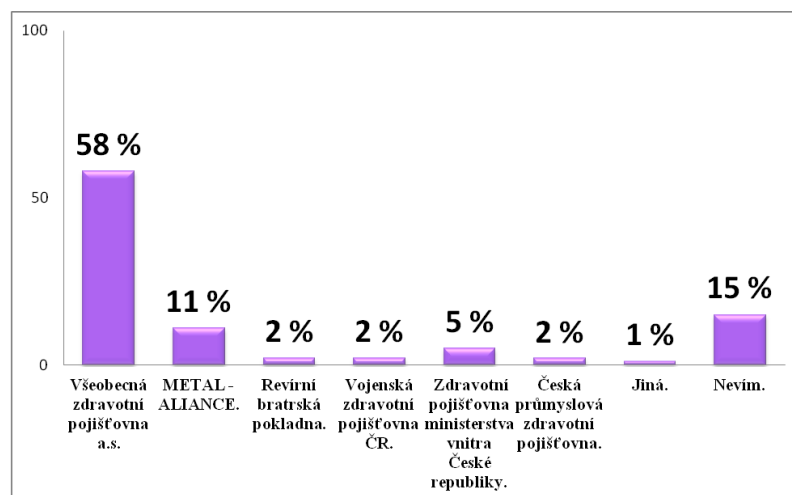
- Krajská nemocnice Tomáše Bati.
- Nemocnice Atlas ve Zlíně.
- Fakultní nemocnice Brno – Bohunice.
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně.
- Úrazová nemocnice Brno.
- Nemocnice Milosrdných bratří Brno.
- Vojenská nemocnice v Brně.
- Jiná: \_\_\_\_\_.
- Nepamatují si.



Graf č. 7. Nemocnice, ve kterých byli respondenti hospitalizováni.

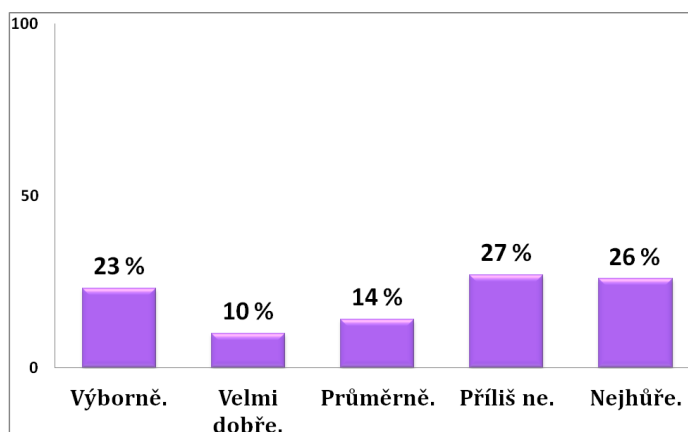
V Krajské nemocnici Tomáše Bati bylo hospitalizováno 8 % tj. 8 respondentů z celkového počtu 100 % tzn. 100 dotazovaných. Stejný počet respondentů 8 % tj. 8 dotazovaných bylo hospitalizováno ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně. 5 % tj. 5 respondentů má zkušenost s hospitalizací v Nemocnici Atlas ve Zlíně. Ve Fakultní nemocnici Brno – Bohunice bylo přijato k léčbě 13 % tj. 13 respondentů. Stejný počet 13 % tj. 13 respondentů odpovědělo, že si nepamatuje, kde bylo hospitalizováno. Největší množství respondentů celých 19 % tj. 19 dotazovaných bylo hospitalizováno v Úrazové nemocnici Brno. 7 % tj. 7 respondentů bylo léčeno v Nemocnici Milosrdných bratří Brno. Ve Vojenské nemocnici v Brně byli hospitalizováni 2 % tj. 2 dotazovaní. Jinou nemocnici uvedlo 25 % tj. 25 respondentů. Z tohoto počtu bylo 7 respondentů hospitalizováno v Nemocnici Prostějov. Stejný počet 7 dotazovaných bylo léčeno ve Fakultní nemocnici Brno – Dětské nemocnici. 6 respondentů uvedlo Nemocnici Kyjov. V Nemocnici Znojmo byli hospitalizováni 3 respondenti. 1 dotazovaný uvedl Nemocnici TGM Hodonín. Stejný počet měla v zastoupení 1 respondenta i Fakultní nemocnice v Motole.

## PŘÍLOHA XIII.: ZASTOUPENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN U RESPONDENTŮ



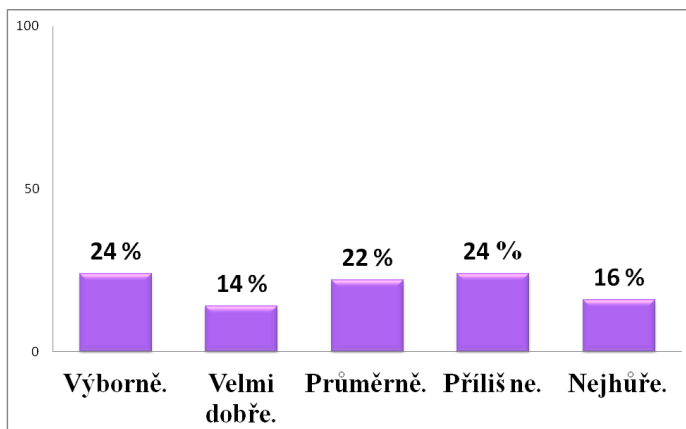
Graf č. 8. Zastoupení zdravotních pojišťoven u respondentů.

Nadpoloviční většinu má Všeobecná zdravotní pojišťovna a. s. se svými 60 % tzn., že 58 respondentů ji uvedlo, jako svou zdravotní pojišťovnu. METAL – ALIANCE procentuálně obsadila druhou příčku s 12 % tzn., že 11 dotazovaných se u ní nechalo pojistit. 2 % respondentů tj. 2 dotazovaní jsou pojištěni u Revírní bratrské pokladny. U Vojenské zdravotní pojišťovny jsou rovněž pojištěny 2 % respondentů tj. 2 dotazovaní. 5 % tj. 5 dotazovaných je pojištěno u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky. Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu uvedlo 2 % respondentů tj. 2 dotazovaní. Jinou uvedlo pouze 1 % tj. 1 dotazovaný. Jednalo se o Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Odpověď nevím uvedlo 16 % tj. 15 respondentů. Na tuto otázku odpovědělo celkově 96 dotazovaných příslušníků vietnamského etnika, protože v předchozí otázce č. 33, 4 respondenti uvedli, že pojištění nejsou vůbec.

**PŘÍLOHA XIV.: ZNALOST PSANÉ ČEŠTINY U RESPONDENTŮ**

Graf č. 10. Znalost psané češtiny u respondentů.

23 % tj. 23 respondentů uvedlo, že psané češtině rozumí výborně. Nejméně dotazovaných 10 % tj. 10 respondentů uvedlo, že psané češtině rozumí velmi dobře. Průměrně jí rozumí 14 % tj. 14 respondentů. Příliš ji nerozumí 27 % tj. 27 dotazovaných, což ze 100 dotazovaných je největší počet. Velmi špatně ji rozumí 26 % tj. 26 respondentů. Ve výsledku nadpoloviční procento respondentů 53% tj. 53 dotazovaných uvedlo, že psané češtině špatně rozumí.

**PŘÍLOHA XV.: ZNALOST MLUVENÉ ČEŠTINY U RESPONDENTŮ**

Graf č. 11. Znalost mluvené češtiny u respondentů.

Mluvené češtině výborně rozumí 24 % tj. 24 dotazovaných. Stejný počet 24 % tj. 24 respondentů uvedlo, že mluvené češtině příliš nerozumí. Velmi dobře ji rozumí 14 % tj. 14 dotazovaných. 22 % tj. 22 respondentů uvedlo, že mluvené češtině rozumí průměrně. 16 % tj. 16 dotazovaných ji rozumí velmi špatně. Na tuto otázku odpovědělo 100 % tj. 100 příslušníků vietnamského etnika. Ve výsledku znalost mluvené češtiny u příslušníků vietnamského etnika vyšla nerozhodně 38 % tj. 38 dotazovaných uvedlo, že ji rozumí dobře a 40 % tj. 40 dotazovaných uvedlo, že této formě českého jazyka rozumí špatně.

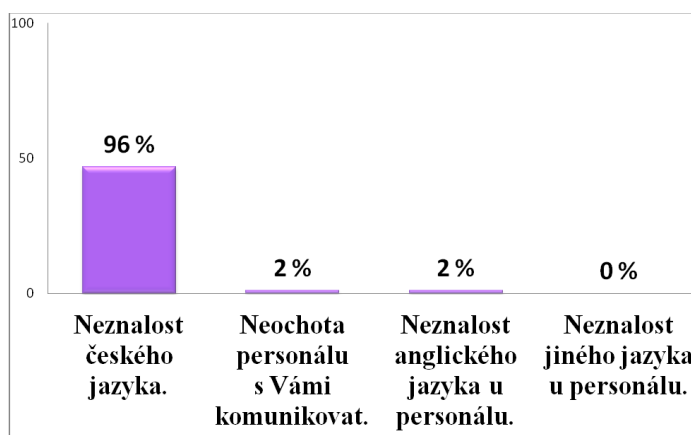


## PŘÍLOHA XVI.: DEFINICE PROBLÉMU S KOMUNIKACÍ BĚHEM HOSPITALIZACE

Tabulka č. 19. Definice problému s komunikací během hospitalizace. [Viz Příloha XVI.]

### Pokud ANO, tak v:

- Neznalosti českého jazyka.
- Neochota personálu s Vámi komunikovat.
- Neznalost anglického jazyka u personálu.
- Neznalost jiného jazyka u personálu



Graf č. 12. Definice problému s komunikací během hospitalizace.

Počet respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku se odvíjí od toho, kolik jich odpovědělo ano u předchozí otázky. Zabývá se zde, v čem spočíval problém v komunikaci. Nejčastější problémem byla u 96 % tj. 96 dotazovaných z celkového počtu 45 respondentů uvedena neznalost českého jazyka. 2 % tj. 2 respondenti uvedli neochotu personálu komunikovat. Stejně zastoupení 2 % tzn. 2 dotazovaní postrádali neznalost anglického jazyka u personálu. Odpověď neznalost jiného jazyka u personálu zvolilo 0 % tj. 0 respondentů. Tato otázka potvrdila výsledky grafů u otázek č. 9, 10 a 11.

Ve výsledku šetření 96 % tj. 96 respondentů uvádí, že problém s komunikací během hospitalizace, měli z důvodu neznalosti českého jazyka.

## PŘÍLOHA XVII.: POVAHOVÉ RYSY VŠEOBECNÝCH SESTER

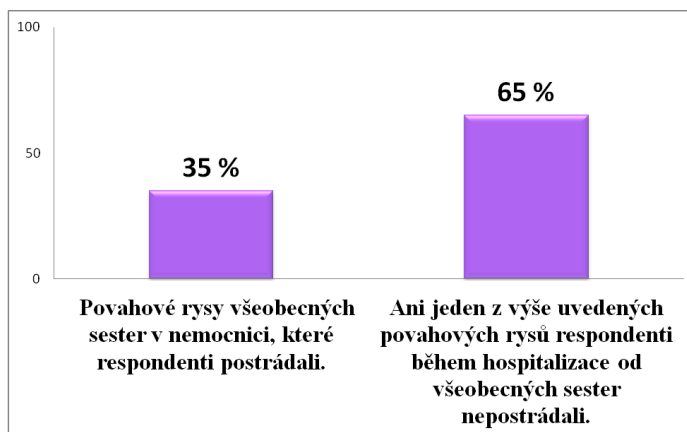
Tabulka č. 23. Povahové rysy všeobecných sester. [Viz Příloha XVII.]

V tabulce do volných řádků očísľujte povahové rysy podle důležitosti od 1 do 7, kdy 1 je nejvíce a 7 je nejméně.

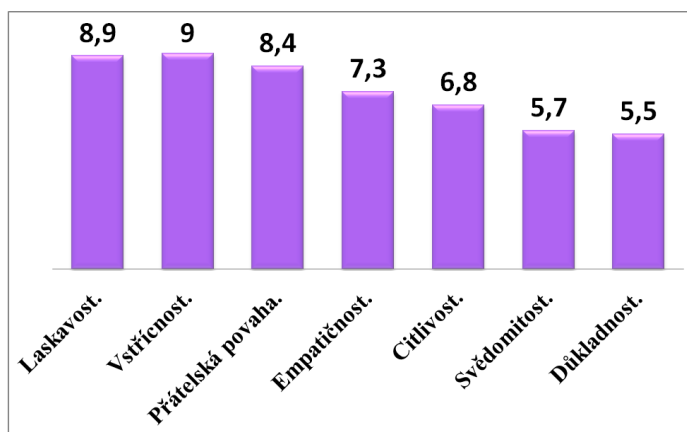
Tabulka č. 24. Výběr povahových rysů respondenty.

h) Laskavost	
i) Vstřícnost	
j) Přátelskou povahu	
k) Empatičnost (mající pochopení, vnímavý soucítící)	
l) Citlivost	
m) Svědomitost	
n) Důkladnost	

- Ani jeden z výše uvedených povahových rysů jsem v nemocnici od všeobecných sester nepostrádal/a. Jejich chování bylo v této oblasti naprosto profesionální.



Graf č. 13. Počet respondentů, kteří postrádali některé povahové rysy u všeobecných sester během hospitalizace a počet respondentů, kteří byli naopak spokojeni.



Graf č. 14. Některé povahové rysy všeobecných sester, které byly postrádány respondenty během hospitalizace.

Graf č. 13 znázorňuje procentuální zastoupení respondentů, kteří vyplnili tabulku nebo zvolili možnost pod tabulkou. 35 % tj. 35 respondentů postrádali některé povahové rysy u všeobecných sester. Naopak nadpoloviční většina 65 % tj. 65 dotazovaných uvedla, že ani jeden v tabulce uvedených povahových rysů u všeobecných sester během hospitalizace nepostrádal.

Dle získaných údajů můžu předpokládat, že nadpoloviční většina příslušníků vietnamského etnika byla spokojena s charakterovými vlastnostmi všeobecných sester během hospitalizace.

Graf č. 14 znázorňuje, které povahové rysy respondenti u všeobecných sester během hospitalizace postrádali. Respondenti vybranou povahovou vlastnost ohodnotili podle důležitosti od 1, která měla největší výpovědní hodnotu, do 7, která výpočetní hodnotu měla nejmenší. Získaná data byla obodována, proto graf není v procentech, ale v hodnotách. Tuto tabulku vyplnilo celkem 35 % tj. 35 dotazovaných. Nejvíce respondenti postrádali vstřícnost, poté laskavost, přátelskou povahu, citlivost, svědomitost a nejméně postrádali důkladnost.

Dle výpovědi respondentů mohu konstatovat, že nejvíce u všeobecných sester během hospitalizace příslušníci vietnamského etnika postrádali vstřícnost, laskavost a přátelskou povahu. Nejméně postrádali citlivost, svědomitost a důkladnost.

**PŘÍLOHA XVIII.: TEORIE ZKUŠENOSTI**