



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sestra a péče o pacienty jiné kultury

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lenka Málková

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Sestra a péče o pacienty jiné kultury jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Lenka Málková

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Ditě Novákové, Ph. D. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady během psaní mé bakalářské práce.

Sestra a péče o pacienty jiné kultury

Abstrakt

Zvýšená migrace přináší setkání s více kulturami, proto také dochází k častějšímu střetávání s těmito pacienty ve zdravotnictví. Z těchto důvodů by ošetrovatelský personál měl zvolit vhodný přístup a orientovat se na specifické potřeby pacienta.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje transkulturnímu ošetrovatelství, jeho historii a základním pojmům týkajících se této problematiky. Pozornost je dále věnována přístupu sestry, potřebám pacientů a specifickým jednotlivých kultur.

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle, a to zmapování vnímání pacientů jiných kultur ze strany sester, a dále stanovení nejčastějších problémů spojených s praxí. Pro zjištění výsledků bylo využito kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími v nemocniční lůžkové a ambulantní péči. Formou tužka a papír byly výsledky roztříděny do kategorií a podkategorií.

Na základě výzkumného šetření byla zjištěna snaha sester vnímat všechny pacienty stejným způsobem, zároveň si někdy sestry uvědomují občasné předsudky, kterým se snaží vyhýbat. Problematika související s nejčastějšími překážkami byla obsáhlá. Sestry se nejčastěji setkávají s komunikačními obtížemi, jako je vzájemné nepochopení, jazyková bariéra a neuposlechnutí veškerých informací od zdravotnického personálu. Dále byly také zmiňovány potíže ohledně stravování, časté, početné a hlučné návštěvy, agresivita, stud nebo strach z bolesti. U věřících pacientů byly také zaznamenány obtíže ve vztahu k modlitebním rituálům.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity k prezentaci na odborné konferenci nebo v odborném časopise.

Klíčová slova

Sestra; Pacient; Multikulturní; Transkulturní; Zkušenosti

Nurse and the Care for Patients from Different Cultures

Abstract

Increased migration brings together more cultures, so there are more frequent encounters with these patients in healthcare. For these reasons, nursing staff should choose the right approach and focus on the patient's specific needs.

The theoretical part of the bachelor thesis deals with transcultural nursing, its history and basic concepts related to this issue. Attention is also paid to nurses' attitudes, patient needs and cultures' specifics.

Two aims were set in the bachelor thesis, the first one was to map how nurses perceive a patient from different culture, the second one was to find out the most common problems occurring during practice. A qualitative survey using semi-structured interview with nurses working in hospital and outpatient care was used to determine the results. The results were then categorized into categories and subcategories by pencil and paper method.

On the basis of the research, it was found that nurses try to perceive all patients in the same way. However, they realize that they sometimes encounter prejudices which they try to avoid. The issues related to the most common problems that nurses face were extensive. Nurses most often deal with communication difficulties, such as misunderstanding, language barriers, and disobeying all information from healthcare professional. In addition, problems with food, frequent, numerous and noisy visits, aggression, shame or fear of pain were also mentioned. In the case of believers, there were also mentioned problems with prayer rituals.

The results of the bachelor thesis can be used for presentation at a professional conference or in a professional journal.

Keywords

Nurse; Patient; Multiculture; Transculture; Experience

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav dané problematiky	8
1.1 Historie transkulturního ošetrovatelství	9
1.2 Základní pojmy.....	11
1.3 Potřeby pacientů	14
1.4 Sestra a péče o pacienta jiné kultury	15
1.4.1 Přístup sestry	15
1.4.2 Zkušenosti sester a nejčastější problémy	17
1.5 Charakteristika pacientů jiné kultury.....	19
1.5.1 Charakteristika pacienta vietnamské minority	19
1.5.2 Charakteristika pacienta romské minority	20
1.5.3 Charakteristika pacienta ukrajinské minority	22
1.6 Obecná charakteristika náboženských menšin.....	24
1.6.1 Ošetřování pacienta muslimského vyznání	25
1.6.2 Charakteristika pacienta judaistického vyznání	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3 Metodika.....	29
3.1 Metodika práce a technika sběru dat	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky výzkumu.....	31
5 Diskuze	51
6 Závěr.....	57
7 Seznam informačních zdrojů.....	58
8 Seznam příloh.....	63

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Sestra a péče o pacienty jiné kultury“ jsem si vybrala především ze zajímavosti. Na problematiku multikulturního/transkulturního ošetrovatelství jsme několikrát narazili během výuky a já si uvědomila veliký potenciál této oblasti a svůj zájem vědět o tomto tématu více.

Transkulturní ošetrovatelství je v současnosti po celém světě aktuálním tématem vzhledem ke zvýšené migraci obyvatel, ke které dochází z různých důvodů. Lidé se přesouvají za prací, studiem, z politických důvodů nebo kvůli válečným konfliktům. Dalším důvodem zvýšeného kontaktu s pacienty jiné kultury je dnes i cestovní ruch, protože lidé mají více možností cestovat. Tato migrace přináší pozitiva i negativa. Mezi pozitiva můžeme zařadit setkání s novými kulturami, jejich gastronomií, technikou či přístupy. Do negativ řadíme problémy jako např. jiné nemoci, vzájemné nepochopení mezi kulturami a jejich nesnášenlivost mezi sebou.

Populace v České republice je rozmanitá a je tedy velká pravděpodobnost, že se s pacienty jiné kultury budeme stále více setkávat. Ošetrovatelský personál by měl mít základní znalosti a dovednosti ohledně této problematiky, protože vzájemné pochopení kultury a zaměření na kulturní šok vede k předcházení různým komplikacím. Měli bychom dbát na specifika dané kultury. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je vhodná znalost základních prvků jednotlivých kultur, respektování pacientovy kultury, ale i vytvoření vztahu založeném na vzájemné úctě a důvěře. Se specifiky kultur mohou souviset různé problémy, kterými se zabývá teoretická část. V praktické části si práce klade za cíl zmapovat, s jakými problémy se sestry nejčastěji setkávají ve vztahu k multikulturnímu ošetrovatelství, jak tyto problémy řeší a jaké je jejich vnímání těchto pacientů.

1 Současný stav dané problematiky

V České republice (dále ČR) žije dle Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) cca 10, 6 milionu obyvatel a počet se mění i v závislosti na migraci obyvatel (ČSÚ, 2018). Migrace je jev, který má na ČR společenské a ekonomické dopady, vstup a pobyt cizinců je doprovázen pozitivními i negativními důsledky pro naši společnost (Ministerstvo vnitra, © 2018). Důsledkem migrace je i kulturní rozmanitost v různých společnostech. Tato kulturní rozmanitost bývá způsobená právě imigranty a vytváří problémy ve zdravotním systému (Amiri et al., 2016). Migrace je součástí dějin a nedílný prvek minulé, dnešní i budoucí doby (Kutnohorská, 2013). ČR je od roku 1990 cílem imigrantů, dočasně nebo trvale se zde usídlují lidé z různých zemí, kteří mají odlišnou kulturu a náboženství. Tito lidé jsou součástí naší společnosti a měla by být zachována etnická a kulturní rozmanitost multikulturní společnosti a zároveň zajištěna rovnost s místním obyvatelstvem v oblasti vzdělávání, bydlení i zdravotnické péči. Po celém světě se dnes zabývají multikulturními a transkulturními teoriemi nejen zdravotníci, ale i sociologové, pedagogové, filozofové nebo sociální pracovníci (Ivanová et al., 2005). Česká republika se multikulturním ošetřovatelstvím zabývá více od roku 2002, kdy docházelo k rozvoji výzkumu v této problematice. Mezi roky 2005 - 2013 se počet cizinců zvýšil až o 63 % a i v dnešní době dochází k neustálému nárůstu (Kutnohorská, 2013). Nejvíce cizinců pochází ze Slovenska, Ukrajiny a Vietnamu (ČSÚ, 2018). V každé této společnosti jsou typické hodnoty, které jsou vytvořeny kulturou (Ivanová et al., 2005). Kultura ovlivňuje myšlení a chování lidí, proto je nutné počítat s touto problematikou v oblasti péče o pacienty odlišných etnik a kultur, než je ta naše. *„Každá kultura má své pojetí zdraví a nemoci. Každé etnikum mívá své pojetí toho, co považuje za normální jednání“* (Kutnohorská, 2013, s. 13).

Zdravotnictví je závislé na hodnotách určitých společností (Ivanová et al., 2005). Je důležité si uvědomit, že do systému poskytování ošetrovatelské péče zasahují události, které vývoj ošetrovatelství už mnoho let ovlivňují, jako jsou např. politické změny, válečné konflikty nebo rozsáhlé epidemie. V současné době se zdravotnictví velmi dotýká a ovlivňuje jej migrace lidí, k níž dochází z mnoha důvodů, jak z politických, tak ekonomických, profesních nebo volnočasových. Z těchto důvodů dochází k obtížím jako je jazyková bariéra, kulturní šok, horší pracovní podmínky nebo nezaměstnanost určitých skupin, ale také pocity rasismu (Špidurová et al., 2006). Všechny tyto důvody kladou na zdravotníky určité nároky během poskytování péče, a proto by měli

postupovat tak, aby péče byla účinná a srozumitelná (Tóthová et al., 2010). Od všech zdravotníků se očekává morální postoj. „*Člověk jedná mravně ne proto, že mu to někdo přikazuje, ale z úcty před sebou samým*“ (Jankovský, 2018, s. 30). Studie ukazují, že morálka je ovlivněna vzděláváním, proto je důležité zaměřit se i na zdokonalování vědomostí sester a dalších zdravotnických pracovníků v multikulturním ošetrovatelství (Kutnohorská, 2013). Dle etického kodexu sester respektuje sestra důstojnost a lidská práva každého pacienta bez ohledu na víru, rasu, politického přesvědčení nebo národnost a soustřeďuje se na individuální potřeby pacienta (Jankovský, 2018). Ke všem pacientům by sestra měla být vnímavá, mít pochopení a dostatečné znalosti, což je základním krokem k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Rok od roku počet cizinců stoupá a je důležitá připravenost ošetrovatelského personálu pro poskytování kvalitní péče, což vyžaduje znalost i multikulturní problematiky. Kvalita ošetrovatelské péče je dána uspokojováním individuálních potřeb pacientů, a to i s ohledem na jejich kulturu (Kutnohorská, 2013).

S narůstající multikulturní společností došlo k zahrnutí transkulturního ošetrovatelství do studijních programů v pregraduálním vzdělávání všeobecných sester, jehož cílem je zajistit poskytování kulturně kompetentní péče (Plevová et al., 2011). Podle etického kodexu sester, který byl vypracován Mezinárodní radou sester, se sestra aktivně podílí na rozvoji svých znalostí a dovedností (Česká asociace sester, © 2017). Transkulturním ošetrovatelstvím se také zabývají celosvětové organizace, např. Společnost transkulturního ošetrovatelství, která od roku 1989 vydává Časopis transkulturního ošetrovatelství. Mezi dalšími periodiky lze nalézt Časopis transkulturní rozmanitosti a Časopis multikulturního ošetrovatelství a zdraví. V roce 2005 vznikla Evropská transkulturní asociace sester, která sdružuje 25 evropských zemí a mezi jejíž cíle patří podpora a spolupráce na společných mezinárodních projektech (Plevová et al., 2011).

1.1 Historie transkulturního ošetrovatelství

Myšlenkou transkulturního ošetrovatelství se jako první začala zabírat Madeleine Leiningerová v 50. letech 20. století a do konce svého života byla aktivní badatelkou ve svém oboru. Je zároveň také autorkou teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče, kterou začala vyvíjet v době svého působení na psychiatrické jednotce, kde pracovala s dětmi a všímala si odlišností mezi nimi. Teorie se zabývá poznáním a pochopením společných a odlišných znaků kultur a tvoří základ transkulturního

ošetřovatelství (Špidurová et al., 2006). Později svou teorii rozpracovala jako model vycházejícího slunce. V kruhu ukazuje světonázorové a sociální faktory, které ovlivňují péči, paprsky tvoří sociokulturní kontext, který reprezentuje kulturní vlivy a jádro slunce je tvořeno znaky praxe péče a zdraví, kde veškeré faktory ovlivňují vnímání zdraví a způsob péče (Plevová et al., 2011). Už Florence Nightingelová zdůrazňovala, že nejistota a obavy nemocnému škodí. Nehovoří sice o multikulturním ošetřovatelství, ale vystihuje podstatu, kdy je důležité respektovat důstojnost každého člověka. V minulosti České země nikdy nebyly pouze homogenní, historicky jsou zde menšiny už stovky let. V roce 1918 žily na našem území dva velké národy, Češi a Slováci, a také mnoho menšin, jako např. německá, polská, romská, rumunská nebo maďarská. Změny nastaly po 2. světové válce, kdy došlo k přestěhování Němců z poválečného Československa, dále přicházeli Rumuni, Bulhaři nebo Řekové. Po roce 1989 se uskutečnily další změny, kdy z tzv. východního bloku docházelo k migraci zejména z Ukrajiny. Také začali imigrovat i obyvatelé z Asie, nejvíce z Vietnamu a Číny (Kutnohorská, 2013). 1. 1. 1993 došlo k rozdělení státu na dva samostatné státní celky, Slovenskou a Českou republiku, což ovlivnilo i strukturu obyvatelstva na našem území (Ivanová et al., 2005).

Česká republika přijala Listinu základních lidských práv a svobod, která vznikla na přelomu 1990-1991, za základ své národnostní menšinové politiky (Kutnohorská, 2013). V roce 1994 Evropská poradna WHO schválila v Amsterdamu dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Tento dokument se týká zásad na podporu a uplatňování práv pacientů v členských státech EU a byl vytvořen z důvodů zvyšujícího se počtu cizinců. V roce 2001 se v ČR při sčítání nejvíce osob přihlásilo k české národnosti, dále k národnosti moravské a slovenské. Ostatní národnosti měly z celkového počtu malé zastoupení. Údaje z roku 2003 ukazují, že etnická struktura byla více pestrá. Oficiálně bylo udáváno 240 000 cizinců, kteří zde měli legální pobyt, také se odhaduje stejný počet nelegálně zdržujících se cizinců. Největší komunitou byli Vietnamci, jejichž počet se vyskytoval kolem 20 - 30 000 osob, dále zde žilo několik desítek Ukrajinců, kteří zde většinou pracovali jako dělníci, poté Rusové, Němci nebo Mongolové. V roce 2005 se měnila struktura i počet migrantů, ČR již nebyla místem prvního kontaktu a migranti museli ze zákona žádat o azyl v první zemi EU, do které vstupují. Nárůst cizinců u nás je nejčastěji kvůli práci a studiu (Ivanová et al., 2005). V roce 2015 byla schválena Strategie migrační politiky České republiky, která definuje vyváženou a flexibilní migrační politiku, což vede k posilování pozitivních aspektů

migrace. Migrační politika České republiky vyplývá ze společných politik Evropské unie. Ta se jako celek snaží zajistit integraci cizinců trvale pobývajících na určitém území, aby zamezila negativním společenským jevům a chránila práva jejich členů (Ministerstvo vnitra, © 2018).

Dle dat Českého statistického úřadu z roku 2017 se v ČR nacházelo 508 239 cizinců s pobytem nad 12 měsíců. Na obyvatelstvo České republiky to připadá na 4,8 % obyvatel z celkového počtu. Největší zastoupení cizinců se kumuluje v Praze, kde žije přibližně 195 000 cizinců, dále v Brně, Plzni a Ostravě. Podle státní příslušnosti zde bylo nejvíce Vietnamců, Němců, Poláků, Slováků, Ukrajinců a Rusů. V porovnání s jinými státy Evropy je ČR v počtu cizinců až v druhé polovině žebříčku, což znamená, že patří mezi více homogenní státy. Nejvíce cizinců se nachází v Lucembursku, kde tvoří až 47,6 % celkového obyvatelstva, dále v Lichtenštejnsku (33,8 %) a Švýcarsku (24,9 %), poté následuje Kypr, Rakousko, Estonsko a Lotyšsko (Český statistický úřad, 2018).

V České republice se nachází i uprchlíci, kteří jsou chráněni mezinárodním právem. V letech 1990 - 1998 prošlo uprchlickými tábory kolem 14 000 osob (Ivanová et al., 2005). Organizace spojených národů (dále OSN) se o situaci uprchlíků zajímá od roku 1945, tudíž od doby jejího vzniku. V roce 1947 Valné shromáždění OSN ustanovilo Úřad vysokého komisaře OSN pro uprchlíky, která poskytovala mezinárodní ochranu. Uprchlík je definován jako osoba, která se nachází mimo svou vlast a má obavy před pronásledováním z rasových, náboženských nebo politických důvodů (Tóthová et al., 2010).

1.2 Základní pojmy

Pro pochopení této problematiky je důležité vymezení hlavních pojmů a jejich významu. Pojmy se často prolínají, proto se mohou snadno zaměnit.

Multikulturní x transkulturní

Tyto dva pojmy se často používají pro vyjádření identického jevu, ale mají svá specifika. Multikulturalismus podporuje uchování kultur a jejich rovnoprávné přijímání. Z toho vyplývá, že dochází k respektování a existenci více kultur vedle sebe na určitém území. Transkulturní přístup je více zaměřován na propojení, kdy na sebe kultury mají vliv. Dochází k vzájemnému porozumění a oboustranné interakci mezi skupinami (Kutnohorská, 2013). Odborníci zabývající se touto problematikou raději používají

pojem transkulturní ošetrovatelství, pojem multikulturní spíše ve spojení se společností a světem (Plevová et al., 2001). Transkulturní ošetrovatelství se zaměřuje na porovnávání odlišností a podobností mezi kulturami a důsledkem toho předpovídat jejich specifické potřeby na péči (Prosen, 2015).

Etnikum

Tento výraz pochází z antické řečtiny, kde *ethnos* znamená kmen, národ nebo rasa. Etnikum chápeme jako kulturně odlišné skupiny lidí, jiný národ a národnostní menšinu. Jestliže pochopíme etnickou příslušnost, pomůže nám to pochopit potřeby pacienta (Kutnohorská, 2013). Termín je obsahově totožný s termínem etnická skupina či etnická menšina (Čeněk et al., 2016).

Etnicita

Etnicita je souhrn vlastností, které vymezují etnikum. Tento fenomén je spojen s prvky určité skupiny a je důležitý pro identitu každého člověka. Projevuje se, jestliže v interakci roste význam kulturních odlišností (Kutnohorská, 2013). Tento pojem označuje kulturní praktiky a názory určité skupiny, kde se příslušníci považují za rozdílné od ostatních (Čeněk et al., 2016).

Etnocentrismus

U určité skupiny dochází k přesvědčení, že její pohled na svět a způsoby jsou ty jediné správné a ostatní se mýlí, vlastní kultura je nadřazená nad ostatními. Etnocentrismus můžeme rozdělit do dvou skupin, umírněný a agresivní. Umírněný egocentrismus má větší toleranci a připouští právo na existenci odlišných kultur. Agresivní je naopak netolerantní a odmítá cizí kulturní prvky (Kutnohorská, 2013).

Kultura

Pojetí kultury je velmi široké a používá se v odlišných významech. Kultura je vždy kolektivní jev, je sdílena s lidmi ve stejném prostředí a od téhož prostředí se také odvíjí. Každá kultura má své hodnoty, víru, zvyky a způsoby péče, ovlivňuje myšlení a rozhodování, které je třeba pochopit a využívat při poskytování péče lidem z odlišného prostředí. Často se vyjadřuje řečí, kterou je i předávána a bývá vázána na určité jazykové prostředí. Žádná kultura není homogenní a dochází k vnitřnímu rozlišení do subkultur (Kutnohorská, 2013). Obsah je pro každou kulturu specifický a bývá přenášen z jedné generace na druhou (Plevová et al., 2011).

Enkulturační

Enkulturační je pojem, který znamená včleňování jedince do sociokulturního kontextu společnosti a člověk si během života osvojuje její kulturu. Zařazuje se sem jak chování, tak získávání znalostí a dovedností. Tento proces je celoživotní (Kutnohorská, 2013). Dle Čeněk et al. (2016) můžeme tento termín definovat jako formální i neformální přejímání kulturních norem a zkušeností.

Kulturní šok

Cizinci často přicházejí do země, která jim je cizí, dochází ke styku s nezvyklou stravou, klimatickými podmínkami, jazykem, zvyky i myšlením. Při kontaktu s neznámou kulturou mohou prožívat traumatický proces při adaptaci na tuto změnu. Je důležité, aby došlo k adekvátnímu vyrovnání, jinak může mít tato situace dlouhodobé a negativní následky. Pokud jsou přehlíženy kulturní aspekty, může docházet k agresi, vyhýbání se kontaktům a deficitu pocitu bezpečí a jistoty. Při setkání s jinou kulturou se šoku prakticky nikdo nevyhne. Proces může trvat týdny až měsíce, záleží na tom, jak jsme schopni přijímat změny v cizím prostředí. Obergova studie z roku 1954 uvádí čtyři fáze:

1. fáze - počáteční euforie, okouzlení, nadšení
2. fáze - krize, náhlý obrat, pocity nepříjemnosti, frustrace a úzkosti
3. fáze - zotavení - kulturní učení
4. fáze-přizpůsobení, potěšení z fungování v nových podmínkách (Kutnohorská, 2013)

Předsudky

Předsudky jsou přepjaté myšlenky a názory, které obsahují negativní hodnocení nebo odsouzení. Nežádoucím způsobem ovlivňují pohled na určité osoby nebo skupiny (Kutnohorská, 2013). Předsudek je vnímán jako určitá předpojatost, která je charakterizována kriticky nezhodnoceným úsudkem a následným postojem (Čeněk et al., 2016).

Xenofobie

V doslovném překladu tento termín znamená strach z cizího, je to specifický druh strachu, u kterého dochází k udržování si odstupů od neznámého. Tento termín se obecně používá k označení mezilidské nesnášenlivosti (Čeněk et al., 2016).

1.3 Potřeby pacientů

Multikulturalita je fenoménem dnešního světa a v současných podmínkách existuje možnost soužití různorodých kultur vedle sebe. Rozpínavost některých kultur přináší pochybnosti o možnostech úspěšného žití mezi sebou. Přínos spočívá v oblasti poznávání nových kultur a osvojování určitých hodnot (Balvín, 2011). Základní listina lidských práv a svobod č. 2/1993 Sb. zaručuje v oblasti péče cizincům stejnou úroveň jako občanům ČR (Horáková, Procháska, Pekara, 2011). V ČR je mnoho národnostních i náboženských menšin a je nutné klást důraz na problematiku multikulturní péče (Michálková, 2013). Z tohoto důvodu je důležité dbát na komplexní pohled ohledně této tematiky (Tomagová et al., 2008).

Lidské potřeby jsou velmi důležité, a proto vyžadují pozornost. Pochopení potřeb vede k porozumění druhých, ale také k posílení edukace a jejich naplnění směřuje k rovnováze organismu (Šamánková, 2011). Lidskou potřebu požaduje člověk pro svůj život a vývoj (Trachtová, 2013). Hlavní a důležitou úlohou uspokojení potřeb je zachovat a udržovat optimální zdravotní stav a zlepšit kvalitu života (Tomagová et al., 2008). Potřeba vzniká z nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní (Šamánková, 2011). Z tohoto hlediska můžeme potřeby rozdělit na biologické, psychosociální a spirituální. Biologické potřeby, nebo také fyziologické, jsou nevyhnutelné pro život a vedou k udržení rovnováhy organismu. Jejich uspokojování je zpravidla cyklické s určitým stereotypem. Mezi tyto potřeby řadíme např. potřebu potravy, tekutin, vzduchu, vylučování, spánku. Psychosociální a duchovní potřeby řadíme mezi vyšší potřeby, uspokojování přináší pohodu, zároveň vedou k rozvoji osobnosti. Mezi psychologické potřeby řadíme např. potřebu jistoty, bezpečí, lásky, úcty, uznání. Sociální potřeby jsou pro člověka také důležité a nelze je vypouštět, patří sem potřeba komunikace, přátelství a sociálního kontaktu. Nesmíme také zapomínat na duchovní potřeby. Každý jedinec se s těmito potřebami identifikuje především v rámci kultury a subkultury. Potřeby je možné uspokojit různým způsobem na základě naučených forem kulturních vzorců a životních zkušeností, za zdravý způsob je považováno uspokojení, které je shodné se sociálně - kulturními hodnotami. Odlišné

kultury mají své normy, vytváří nové potřeby a původním dává jinou podobu (Tomagová et al., 2008). Uznání a respekt kulturní rozmanitosti je nezbytné pro zajištění toho, aby byly uspokojeny potřeby jednotlivých pacientů (McClimens et al., 2014). Další známou hierarchií je rozdělení potřeb dle Maslowa, která je uspořádána do pyramidy, kde na bázi leží fyziologické potřeby a vrchol tvoří potřeba seberealizace (Trachtová, 2013).

V léčbě i ošetřování nemocných bychom se měli zaměřit na uspokojování potřeb, které se mění s průběhem onemocnění a jejich naplnění směřuje k vyrovnaní změněné rovnováhy organismu. Personál by měl být připraven vnímat okolnosti vzniku bariér. Mezi možné typy bariér můžeme zařadit osobnostní a psychologickou stránku, jazykovou bariéru nebo bariéru v prostředí (Šamánková et al, 2011). Jestliže chceme poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musíme zhodnotit a zohlednit pacientovy kulturní a etnické hodnoty, názory a zvyky. Sestra by se měla zaměřit na určité oblasti, kterými je etnicita, jazyk, náboženské a duchovní potřeby, model rodiny, jídlo a způsob stravování a názory na zdraví a zdravotní praktiky. V rámci etnicity je dobré zjistit, zda pacient zde žije již delší dobu, či se nedávno přistěhoval. Při poskytování péče je důležité pochopit i víru klienta. Zdraví mohou ovlivnit stravovací návyky, jelikož některá kultura může určité pokrmy pacientovi zakazovat. Dalším bodem, kterým by se měl zdravotník zabývat, je názor na zdraví, kde je vhodné poznat názor pacienta na příčinu nemoci (Ivanová et al., 2005). Pacientova reakce na nemoc a zdraví není pouze otázkou biomedicínskou, ale i psychosociální, kulturní, etnickou a náboženskou. Důležité je, aby péče odpovídala kvalitě a standardům stanovené v majoritní společnosti (Šimonová, 2012). Jestliže chceme, aby péče byla pro pacienty jiné kultury kvalitní, především pro cizince, je nutné se zabývat oblastí jazykové bariéry, která zvyšuje riziko ohledně bezpečnosti pacientů, a proto by tito pacienti měli mít přístup k jazykovým službám, jako jsou tlumočníci a překladatelé (McClimens et al., 2014).

1.4 Sestra a péče o pacienta jiné kultury

Sestry a další zdravotnický personál přichází stále více do kontaktu s jedinci odlišných kultur. V těchto situacích dochází k různým bariérám a potížím (Průcha, 2010).

1.4.1 Přístup sestry

Symbodem dnešního světa je pohyb, lidé cestují za poznáním, prací, studiem nebo na dovolenou, ale ne vždy je migrace dobrovolná. Multikulturalita přináší nové podněty

a situace, které se odrážejí při poskytování zdravotní péče. Lidé z odlišného prostředí mají jiné potřeby, zkušenosti a vědomosti o zdraví a nemoci (Kačorová, 2010). „*Při poskytování individuální holistické péče je na sestřích, aby zvážily kulturní identitu a potřeby pacientů*“ (McCarthy et al., 2013, s. 335). Kromě zákonů by se každá sestra měla řídit nepsanými pravidly, které tvoří morálku. Ta ovlivňuje chování lidí v běžném životě, ale i v kontaktu s pacientem. Specifickou oblastí je uplatňování mravních norem právě ve zdravotnictví. Pacienta je nutno chápat jako člověka, který trpí jak tělesně, tak i duševně. Důležitým předpokladem je intelekt, čestnost, svědomitost, obětavost, ochota, ohleduplnost, slušnost, citlivost a soucit. Sestra musí v mnoha situacích kombinovat svůj morální potenciál a odborné vědomosti (Kopecká, 2008). Sestra respektuje hodnoty a zvyky každého jednotlivce a snaží se mu zajistit takové podmínky, aby pacientovi vyhovovaly (Jankovský, 2018). Také by měla disponovat znalostmi ohledně této problematiky a být ochotná dále se učit a studovat kulturu. Není možné, aby znala detailně každou kulturu, ale naslouchání pacientovi a jeho rodině jí pomůže zvládnout různé překážky (Kutnohorská, 2013).

Pro poskytování multikulturní ošetrovatelské péče je dobré se zajímat o různá doporučení, která pomáhají zvládnout péči o pacienty minoritních etnik. Respektování víry, hodnot, zvyků a způsobů léčby patří mezi základní lidská práva. Praxe je především založena na výsledcích výzkumů a studiu jednotlivých kultur, proto je zde velmi důležitá komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Při poskytování péče je důležité dbát na rozdíly ve způsobu komunikace, zamýšlet se nad vlastní komunikací a jak na ni reagují ostatní, respektovat návyky pacienta a snažit se poznat jeho názory na zdraví nebo chorobu (Kutnohorská, 2013). „*Při komunikaci ošetrovatelského personálu s pacientem je nevyhnutelné, aby si zdravotničtí pracovníci získali u pacientů důvěru, kterou mohou posilovat otevřenou komunikací*“ (Šimonová, 2012, s. 114). Péče vyžaduje od sester řadu teoretických vědomostí a praktických schopností (Tošnarová, 2013). Sestry se musí učit chápat cizí představy o zdraví, nemoci, léčbě a ošetřování a celkově pochopit odlišnou kulturu, to vyžaduje vzájemné pochopení, spolupráci, akceptování a návrhy na možnosti řešení. Ideální sestra je vzdělaná profesionálka, která zvládá tyto situace (Majerčíková, 2010). Během ošetrovatelské péče o pacienty jiné kultury a komunikace s rodinou by sestry měly ukázat respekt k odlišným postupům a víře a chápat, že v některých kulturách je rodina často přítomna u pacienta (Cang - Wong et al., 2009). Studenti by měli být systematicky vzděláváni v problematice multikulturního ošetrovatelství, aby se více seznámili

s poznatky ohledně odlišných kultur. Na Slovensku Novyzedlaková provedla výzkum na studentech ošetrovatelství bakalářského studia, ze kterého vyplývá nedostatečná informovanost o zdravotnických postupech u pacienta jiné kultury. Studenti by měli během studia poznávat různé etické a kulturně odlišné skupiny. Také by měli umět porozumět a charakterizovat základní pojmy multikulturalismu, poznávat a seznamovat se s dokumenty v oblasti lidských práv, poznat symboly národní identity a zásady jejich používání, rozpoznat a tolerovat jiné etnické a náboženské skupiny a vědět, koho požádat o pomoc (Novyzedlaková, 2011).

1.4.2 Zkušenosti sester a nejčastější problémy

Dle výzkumu Strakové a Scholzové (2012) byly nejčastěji udávány překážky v oblasti komunikace, zvyků a odlišného projevu chování. Zdravotník by se měl ujistit, zda pacient vnímá a rozumí. Jestliže dochází k jazykové bariéře, můžeme si pomoci piktogramy nebo textem v příslušném jazyce. Problém nastává i v tom, že málokdy je k dispozici tlumočnick. Pacient také může vidět požadavky personálu jako nedůvěryhodné z důvodu nepochopení diagnostických a léčebných postupů. Velmi častým problémem je i izolace pacienta, u některých kultur je přirozené, že s pacientem pobývají nejbližší příbuzní. Z těchto důvodů je důležité s pacientem komunikovat, přičemž bychom měli dodržovat pár zásad, např. zjistit, zda je možné komunikovat v nějakém světznámém jazyce, dále mluvit pomalu, zřetelně a v kratších větách, pro lepší pochopení používat obrázky a gesta, sledovat neverbální příznaky a využívat možnosti tlumočnicka (Šimonová, 2012). Podobný názor sdílí i McCarthy et al. (2013), kteří říkají, že komunikace mezi pacientem a sestrou je závislá na schopnosti komunikovat a sdílet běžné porozumění a jestliže každý mluví jiným jazykem, pacient dostatečně nechápe svoje zdravotní problémy a léčbu. V mnoha zdravotnických zařízeních jsou uznávané tlumočnické služby, jež pomáhají řešit komunikační problémy. Dle Amiri et al. (2016) můžeme komunikační bariéru rozlišit do dvou typů, první typ tvoří odlišný jazyk a dialekty, druhý typ zahrnuje odlišnou interpretaci příznaků a symptomů onemocnění mezi pacientem a lékařem, kdy dochází k vzájemnému nepochopení. K problémům nedochází pouze z důvodu jazykových obtíží, ale i vlivem rozdílných hodnot spojené s fenomény zdraví a nemoci, k hygienickým normám, postojům k lékařům a lékařkám, dále i vlivem stravovacích návyků a odlišným postojem k léčebným postupům (Průcha, 2010). Mezi transkulturní komunikační

zručnost neřadíme pouze jazyk, ale i paralingvistické odlišnosti (hlasitost, tón, intonace) a neverbální komunikaci (Plevová et al., 2011).

V zahraniční studii, která byla prováděna v 9 zemích EU, sestry udávaly mezi překážky komunikační bariéry, ale i nedostatek místa k ubytování členů rodiny, omezenou nabídku jídel a nedostatek času starat se i o rodinu pacienta - to vše má negativní dopad na spolupráci a podílení se na péči. Pro sestry je projev kultury odlišný v konkrétním chování spojeném s vyjádřením nemoci, bolesti, smutku, přijetím nebo odmítnutím léčby a tyto projevy považují za neočekávané a odlišné vzhledem k vlastní kultuře. Podle sester vše uvedené ovlivňuje pracovní prostředí a ostatní pacienty (Arias, Lopez, 2016). Obtíže nastávají při ošetřování některých skupin imigrantů, nejvíce muslimů, kdy jejich kultura nedovoluje, aby ženu vyšetřoval muž (Průcha, 2010). Dle Cang - Wong et al. (2009) mezi primární bariéry patří osobní předsudky a postoje. V jejich studii v USA sestry udávaly, že nejvíce čerpají z předchozích zkušeností nebo používají vědomosti, které získaly při studiu. Doporučují, aby byl dále kladen důraz na vzdělávání, které napomáhá kulturní citlivosti. Výzkum provedený v Nizozemí v popáleninových centrech kromě již uvedených problémů ukázal, že dalším důvodem, proč se zajímat o původ pacienta, jsou biologické a genetické vlastnosti odlišné pigmentace kůže a tím odlišnosti v jejím následném hojení. Jazyková bariéra se odrážela nejvíce ve čtyřech situacích, a to v dávání pokynů, poskytování psychosociální podpory, podávání komplexních informací a společným rozhodováním (Suurmond et al., 2012).

Klíčovým faktorem pro poskytování účinné ošetrovatelské péče je dostatek znalostí o jednotlivých kulturách a vzájemné porozumění personálu a pacienta (Amiri et al., 2016). Sestry by měly dodržovat různá doporučení, jak zajistit kvalitní péči o pacienta z jiné kultury. Žádoucí je zjistit, v jakém jazyce se může pacient dorozumět a popřípadě zajistit tlumočnicka. Dále je vhodné hovořit stručně a pomalu, používat jednoduché věty, nespěchat a udělat si čas na komunikaci s pacientem, vyhnout se předsudkům, všimnout si neverbální komunikace, naslouchat a je-li to možné, používat materiál v jazyce pacienta nebo obrázky (Plevová et al., 2011). A ačkoliv se znalosti a dovednosti stále rozvíjí, je důležité je začleňovat do každodenní praxe. Pacienti a jejich rodina mají právo na to, aby byli pochopeni a rozuměli informacím, nicméně jsou zde organizační a situační překážky, které mohou způsobovat problémy v poskytování kulturně kompetentní péče, mezi které řadíme nedostatek personálu, chybění schopných překladatelů, vzrůstající rozmanitost populace a negativní stereotypizace. Pro sestry a ostatní personál by mělo

být důležité navázat vztah s pacientem a rodinou, aby docházelo k vzájemnému porozumění a pochopení, což vede ke stanovení společných cílů a komplexní péči (Longo, Slater, 2014).

1.5 Charakteristika pacientů jiné kultury

V současné společnosti jsou přítomny různé etnické, sociální a náboženské podskupiny. Cílem multikulturního ošetřovatelství je rozpoznat společné a odlišné body kultur ve vztahu ke zdraví a nemoci (Kutnohorská, 2013). Byly vybrány skupiny, které jsou dle Českého statistického úřadu zastoupeny.

1.5.1 Charakteristika pacienta vietnamské minority

Socialistická republika Vietnam leží na jihovýchodě Asie u Jihočínského moře. Ve vnitrozemí se nachází hory, tropické lesy a typická rýžová pole. Hlavním náboženstvím je ve Vietnamu buddhismus, ale vyskytují se zde i jiná. Vietnam je doposud rozvojovou zemí, najdeme zde mnoho oblastí s nízkou životní úrovní a mnoho dalších problémů, jako je korupce, nedokonalá legislativa nebo špatně hospodaření státních podniků (Tothová et al., 2010). V roce 1955 bylo v Praze založeno vietnamské velvyslanectví. Migrace do Československé republiky začala roku 1956, nejdříve za studiem, ale později i za prací. Po roku 1989 přicházeli Vietnamci i z okolních zemí. Důvodem k migraci bylo zlepšit svojí ekonomickou situaci, uživit děti a postarat se o rodiče ve Vietnamu. Pro Vietnamce je rodina velmi důležitá, vztahy mají velice pevné a rodina je chápána velmi široce. Dítě musí mít úctu k rodičům a má zodpovědnost za jejich péči, jak v nemoci, tak i ve stáří. Ženy mají stejná práva jako muži, ale i přesto bývá syn upřednostňován. Muž má v rodině hlavní slovo. Typickým znakem pro komunitu je uzavřenost, která má dva hlavní důvody - odlišnou kulturu a jazyk (Kutnohorská, 2013). Největším svátkem je příchod Lunárního nového roku, kdy rodina tráví čas společně, jí tradiční jídlo a navštěvují příbuzné. Druhým významným svátkem je Den bloudících duší, který se slaví patnáctý den sedmého měsíce, kdy se duším obětovává jídlo a dary, aby došly klidu (Tóthová et al., 2010).

Při ošetřování musí sestry dbát na mnoho aspektů. Dotyky jsou v této kultuře nemístné a pohlazení po vlasech je považováno za projev přílišné sebedůvěry (Kutnohorská, 2013). Objímání a dotyky jsou vhodné pouze pro příbuzné. Vietnamci spíše preferují nonverbální komunikaci (Plevová et al., 2011). Také je u Vietnamců nevhodné, aby se cizí muž dotýkal vietnamské ženy, další specifikum můžeme najít v tom, že přímý pohled do očí berou za povýšené. Za projev úcty považují podávání věci

oběma rukama. Vietnamci neradi sdělují podrobnosti o intimních záležitostech, proto je v případě potřeby důležité objasnit, že tyto otázky jsou součástí anamnézy a významné pro posouzení zdravotního stavu. Dále je vhodné vědět, že úsměv má mnoho významů, může znamenat neporozumění, pacienti tím také chtějí zmírnit nepříjemnou situaci nebo se omlouvají za to, že obtěžují, takže je nutné, aby docházelo k zpětné vazbě, abychom se ujistili, že pacient porozuměl. Osobní hygienu se snaží provádět bez pomoci kvůli studu, proto v případě potřeby dávají přednost členovi rodiny stejného pohlaví. Svou bolest nedávají většinou najevo a trpí tiche, lékům se vyhýbají, aby si nevytvořili návyk. Komunikace je zde velmi důležitá, protože Vietnamci sami nic neoznamují, a tak se jich sestry musí častěji ptát, zda něco nepotřebují. V případě jazykové bariéry je vhodné zajistit tlumočnicka, kterým může být i člen rodiny. Závažnost stavu se pacientovi oznamuje až po konzultaci s rodinou, ta většinou nechce nemocného více zatěžovat (Kutnohorská, 2013). V nemocniční péči je nutné respektovat stravovací návyky vietnamské minority a vzhledem k tomu, že jejich počet stoupá, tak se s nimi můžeme setkávat čím dál častěji. Vietnamská minorita se ráda stravuje pravidelně a zdravě, preferuje ovoce a zeleninu (Tóthová et al., 2010). Celkově se ke zdravotnickým pracovníkům chovají s respektem, jsou skromní a nestěžují si (Plevová et al., 2011). Ralbovská (2012) provedla výzkum na vietnamských rodičkách, kdy zjišťovala názory na péči českých sester a porodních asistentek. Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že problémem byla jazyková bariéra. Většina uvedla, že rozuměla informacím, které dostaly. Způsob komunikace skrz tlumočnicka volilo 58,6 %. Potěšujícím výsledkem bylo, že rodičky hodnotily kladně důvěru k sestram a porodním asistentkám kvůli respektování jejich kultury.

1.5.2 Charakteristika pacienta romské minority

Původem jsou Romové z Indie, prvními osídlenými státy byla Arábie a Egypt, ale v dnešní době žijí po celém světě. Do střední Evropy přišli ve 13. století, do ČR ve 14. století, dále je najdeme v Německu, Polsku nebo Maďarsku (Ivanová et al., 2005). Ve 14. století se historické prameny zmiňují o kočovných skupinách, kde se lidé lišili oblečením, barvou pokožky, jazykem i temperamentem. Zpočátku je evropské obyvatelstvo přijímalo, v některých oblastech byli vítáni kvůli vnášení nových technologií zpracování železa a kovů (Nováková, 2012). Během druhé světové války většina českých a moravských Romů zahynula v koncentračních táborech a do Čech se nastěhovali slovenští Romové, později i z Rumunska, Valašska a Moldávie (Ivanová et

al., 2005). Romy můžeme nalézt téměř ve všech evropských státech, a proto se jim všude věnuje zvláštní pozornost. Jejich rodným jazykem je romština, což zapříčiňuje určitou jazykovou bariéru. Od roku 1989 se Romové stali národnostní menšinou, která měla všechna práva a povinnosti svobodných občanů naší republiky. Mezi negativní stránky získané svobody patřila vysoká nezaměstnanost Romů (nízká vzdělanost, předsudky zaměstnavatelů), také se málo přizpůsobovali společenským normám dominantní společnosti (Horáková, Procháska, Pekara, 2011). Většina Romů se dorozumí jazykem majoritní skupiny. Komunikace je charakteristická svým temperamentem, hlasitou intonací a gesty, které vedou ke zdůraznění projevu. Svě city neskrývají a dávají je zřetelně najevo (Nováková, 2012). Typická je barva pleti, ale i morfologické detaily jako tvar ruky, hlavy nebo tělesné proporce. Nejvyšší hodnotu pro Romy má vše, co vede k zachování života, zmnožení a jeho pokračování. Nejdůležitější je pro ně rodina, na kterou se zaměřují více než na práci. Rodina má funkci vzdělávací, obživnou a ochrannou. Se srovnáním s českou rodinou jsou zde velmi silné rodové vazby, všichni si pomáhají a podporují se. Žena zabezpečuje chod domácnosti, vychovává děti a stará se o muže. Hlavou rodiny je muž, který rozhoduje za rodinu. Dospívání je zakončeno založením rodiny, dívky se často vdávají velmi mladé. Romové mají rádi humor, nejsou zvyklí prosit nebo děkovat, žijí v současnosti a nemyslí na budoucnost. Schopnost empatie je vyšší než u nás (Ivanová et al., 2005). Dnešní problematikou je vztah romské minority a jejich majoritou. Převážná část majority nedokáže pochopit a tolerovat cizí kulturu a převažuje vzájemná nedůvěra skupin. Dochází k narůstání k tzv. sociálně vyloučených lokalit, které jsou obývané převážně Romy, protože se vyskytují problémy se soužitím. Negativní roli hrají předsudky, média nebo nezájem veřejnosti o poznání historie romské kultury (Kaleja et al. 2012).

Zdravotní stav je u romské populace horší než u většiny, závisí na životním stylu, kde klíčovou úlohu hraje kvalita a množství potravin, úroveň bydlení a udržování fyzické aktivity (Kober, 2011). Romové zdraví vnímají jako celistvou jednotu. Z hlediska ošetřovatelského je důležité mít na paměti, že Romové mají menší trpělivost, vytrvalost a slabší vůli. Bez rodiny mají strach, který se často projevuje zvýšenou agresivitou a neochotou spolupracovat a jsou velmi citliví vůči nespravedlnosti. Ošetřování je z pohledu personálu náročné z důvodu jejich nedůvěřivosti nebo neznalé orientaci ve zdravotnickém personálu, proto dochází k neporozumění nebo nejasnostem. Romové mají velký strach z bolesti a ze smrti, jsou emotivní a nahlas sténají, často berou léky jen do ustoupení příznaků, proto je důležité upozornění na následky tohoto

chování (Ivanová et al., 2005). Intimita je pro Romy velmi důležitá a její nerespektování má vliv na fyzickou a psychickou pohodu, která vede k nespolupráci. Romové většinou neodmítají diagnostické a léčebné výkony a v případě nutnosti dodržují dietní opatření (Nováková, 2012). Romů se týká problematika dodržování hygienických návyků, denní aktivity přizpůsobují biologickým potřebám. V době hospitalizace jsou často u pacienta hlučné návštěvy, které bývají i mimo návštěvní hodiny (Horáková, Procháska, Pekara, 2011). Ke každému pacientovi se musí přistupovat individuálně, vždy je vhodné vysvětlit příčinu a průběh onemocnění a zajistit, aby romští pacienti zdravotníkům rozuměli. Žádoucí je si získat pacientovu důvěru, které můžeme docílit několika způsoby, jako nespěchat, být trpělivý, vnímat mimoslovní komunikaci, nebát se emocí, mluvit jasně a stručně (Ivanová et al., 2005). Sestra musí dbát na prevenci nemocí, udržovat a podporovat zdraví každého jednotlivce a vyhledávat rizikové skupiny. Doporučené je se zaměřit na faktory ovlivňující zdraví jako je kouření, které se odráží ve výskytu kardiovaskulárních onemocnění, u romské menšiny jsou nejvíce z chronických onemocnění zastoupeny choroby srdce a oběhové nemoci (Nováková, 2012).

1.5.3 Charakteristika pacienta ukrajinské minority

Ukrajina je po Rusku druhým největším státem Evropy. Nachází se v její východní části a dělí se na 24 oblastí. V 90. letech 19. století docházelo k vybudování železnic a tím k průmyslovému rozvoji, začala těžba uhlí nebo železa. Z Ruska přicházeli dělníci a rostla populace (Hudáčková, 2012). Ukrajina často ztrácela svobodu a jednotu, protože byla součástí Svazu sovětských socialistických republik (dále SSSR). V ukrajinské kultuře je ruský vliv silně přítomný, ale židovská menšina a muslimové na Krymu měli také velký přínos (Kutnohorská, 2013). Ukrajinci odcházeli v rámci mnoha emigračních vln, největší komunita žije v Kanadě, mnoho z nich se zpět už nevrátilo. V ČR se jejich situace dobře rozvíjela, ale pobyt na našem území ohrozil pobyt Rudé armády v Československu, kdy mnozí byli zadrženi a deportováni do SSSR. U nás tvoří Ukrajinci největší minoritu, v roce 2017 jich tu mělo povolení k dlouhodobému pobytu 117 061 (Český statistický úřad, 2018). Úředním jazykem je ukrajinština a stejně jako ruština užívá azbuku, pravoslavná církev je zde dominantní. Ukrajinci přichází do ČR za prací kvůli špatným životním podmínkám, nejčastěji mladí muži, kteří jsou velmi pracovití a často mají ukončené středoškolské vzdělání. „*V minulosti byl živitelem*

v ukrajinské rodině vždy muž. V současné době vzhledem k velké nezaměstnanosti přináší do domácnosti peníze spíše žena“ (Ivanová et al., 2005, s. 188).

Ukrajinské svátky lze rozdělit na církevní a občanské. Mezi hlavní církevní svátky řadíme Velikonoce, kdy pravoslavní věřící dodržují půst a konají se i celonoční služby. Dalším svátkem jsou Vánoce, které se odlišují tím, že se slaví 6. - 7. ledna z důvodu používání starého juliánského církevního kalendáře (Hudáčková, 2012). Pravoslavné půsty jsou přísnější než římskokatolické, postní doba není vhodná ke společenské návštěvě. Ukrajinci jsou pohostinní, důležitou část stravy tvoří maso a obiloviny. Úkolem otce je zabezpečit celou rodinu, žena se stará o chod domácnosti, ale z důvodu finanční situace je většina zaměstnána (Plevová et al., 2011).

Zdravotní péče na Ukrajině je na špatné úrovni, pacient před hospitalizací obdrží seznam věcí a pomůcek, které si musí pořídit (př. injekční stříkačky, vaty, obvazy apod.). V ČR jako pacienti nemají speciální požadavky, jsou ukázněni a dobře se přizpůsobují požadavkům oddělení. Hlavním problémem je komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou. Dbají na pozdrav při setkání a rozloučení, mají úctu k tradicím, kterých si váží, trpělivě naslouchají a neskáčí do řeči (Kutnohorská, 2013). Ukrajinci konstatují, že jsou s péčí v ČR spokojeni. Systém je založen na povinném všeobecném zdravotním pojištění, ke kterému mají přístup i cizinci, kteří pobývají na našem území na základě trvalého nebo pracovního pobytu (Hudáčková, 2012).

Ukrajinci jsou často pravoslavného vyznání. Křesťanství vzniklo na základě učení Ježíše z Nazaretu a postupně se oddělilo od judaismu. Víra vychází z Pavlových listů a čtyř evangelíí, které popisují život a učení Ježíše Nazaretského. V průběhu vývoje dochází k různým reformám a v 16. století dochází k západnímu štěpení církve a vzniká protestantství (Jankovský, 2018). Pravoslavná církev má počátky v Jeruzalémě a ve východní části Římské říše, proto je označována i jako církev východní. Církev byla vytvořena od 1. do 9. století a podle tohoto zřízení se křesťané organizují. Má stejnou víru jako římskokatolická církev, ale liší se v několika bodech. Autoritu papeže odmítá, boha neznázornují, protože je neviditelný. Pravoslavný křesťan se účastní bohoslužebného dění. Mezi nejčastější věřící patří Řecko, Rusko, Ukrajina nebo Bulharsko. Kořeny v českých zemích jsou spjaty s příchodem Cyrila a Metoděje, za období samotného nástupu pravoslaví je považováno 9. století. V roce 2002 byla oficiálně registrovaná státem a zapsána do rejstříku církví a náboženských společností. Církev uznává sedm svátostí, které označují jako svaté tajiny, mezi které patří křest, myropomazání, eucharistie, zpověď, manželství, kněžství a pomazání nemocných. Půst

je důležitý k získání soustředěnosti a sebevláde, v těchto dnech by se měl člověk věnovat modlitbám více než jindy, nemocný pacient je od půstu osvobozen (Hudáčková, 2013). Členové církve nemají žádné specifické stravovací návyky, jediné, co odmítají, jsou potraviny obsahující krev nebo jsou obětovány jinému Bohu. Dále v období půstu nesmí jíst živočišné pokrmy. Alkohol i káva jsou povolené (Michálková, 2013).

Zdraví je považováno jako dar od Boha a člověk by se o něho měl starat. Na zdraví pohlíží jak z tělesného, tak z duševního hlediska. O nemocného se stará rodina, duchovní a lékař. Modlitby se využívají k navrácení zdraví a za nemocného se zapalují svíce. Rodina se snaží o nemocného pečovat v domácím prostředí. Když je pacient ve vážném stavu, lze povolát více i duchovních, která udělí svátost, kdy dochází k pomazání oleji jako přímluva za zdraví. Udělení svátosti lze provést i v nemocnici. Členové církve věří klasické medicíně, doplňkově používají i léčbu alternativní (nikdy ale není hlavní). Pravoslavní preferují pohřeb do země, za mrtvého se modlí 3 dny po jeho úmrtí, kdy modlitba pomáhá duši zesnulého. Při péči je nutné myslet na to, že mnoho pravoslavných v ČR je původem z Ukrajiny, takže se zde ošetrovatelský personál může setkávat s jazykovou bariérou. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí pouze se souhlasem pacienta, takže je důležité pacienty seznámit s informacemi a údaji ohledně postupu a léčby i přes již zmíněnou jazykovou bariéru. Někteří pacienti vyžadují návštěvy duchovního a zdravotníci by měli tuto žádost respektovat a umožnit. Při vážném stavu preferují sdělení informací rodině, která může pacienta postupně připravit na přijetí zprávy. Pravoslavná církev odmítá interrupci, berou jí jako vraždu a zbytečné utracení životů - výjimku tvoří ohrožení ženy, vada plodu nebo znásilnění (Hudáčková, 2012).

1.6 Obecná charakteristika náboženských menšin

Náboženství je stále významná oblast v životě jednotlivců a celkově ve společenském životě. Vedle tradičních církví vznikají i nové proudy religiozity. Definice je velmi těžká, protože je obsáhlá, s mnohými přesahy. Kultura, filozofie i věda vystupují z náboženských kořenů. Nejčastější členění náboženství je podle rozšíření. Mezi největší patří křesťanství, islám, judaismus, buddhismus a hinduismus (Jankovský, 2018). Ošetrovatelství je založeno na holistickém přístupu při poskytování péče, s tím souvisí nutnost zahrnout pacientovo kulturní potřeby. Kultura může být definována jako naučené a sdílené vědomosti a symboly, které skupiny používají

k vysvětlení jejich prožívání a pomáhá k pochopení jejich přemýšlení a chování (Prosen, 2015). Kultura udává typ léčby (pokud je nějaká možná), která bude poskytnuta, kdo by jí měl poskytovat a kdo o ní bude rozhodovat. Předsudky, stereotypy a nedostatečné kulturní povědomí přispívá k nedůvěřivosti pacienta k ošetrovatelskému personálu, které vede k nespolečnosti a neuspokojování pacientových potřeb (Abitz, 2016).

1.6.1 Ošetřování pacienta muslimského vyznání

Kolem 1 miliardy lidí se hlásí k islámu a s muslimy se můžeme setkat po celém světě. Do Evropy se stěhuje čím dál více muslimů a do roka 2050 by mohli tvořit až 20 % obyvatelstva Evropské unie. V ČR žije dle statistik 15 000 – 20 000 muslimů (Kutnohorská, 2013). Islám je náboženství znamenající odevzdanost do vůle Boží. Dochází zde k mísení judaismu, křesťanství a pohanství, ale i přesto je monoteistickým náboženstvím - to znamená, že věří pouze v jednoho Boha, Alláha. Zakladatelem byl v 7. století prorok Muhammad (Jankovský, 2018). Svatou knihou je Korán, který považují muslimové za Boží slova samotného Alláha. Muhammad, neboli Mohamed, je pouze prostředníkem pro slova Boží a byl největším vzorem pro muslimy (Kutnohorská, 2013). Muslimové věří, že člověk je podroben nezměnitelnému osudu, kdy jde o odevzdanost Alláhovi, za kterou slibuje blaženost po smrti (Jankovský, 2018). Úkoly muslima vyjadřuje pět sloupců víry (nebo také pilířů), což je soubor povinností pro každého muslima. První povinností je vyznání víry, dále modlitba pětkrát denně, placení almužny, půst v ramadánu (akt víry, výraz očisty) a pouť do Mekky, kterou by měl vykonat alespoň jednou za život, pokud mu to zdravotní stav dovoluje (Rolantová, 2012). Islám vyžaduje, aby muži i ženy nosili slušné, skromné a čisté oblečení, naopak mají zakázáno být extravagantní. Zakázán je i make – up. (Islámský bulletin, © 2018). Žena nesmí mít na veřejnosti viditelné vlasy, mít holé ruce, nezakryté nohy, milovat se před svatbou, uzavírat sňatek s mužem jiného vyznání nebo nosit paruku. Muž má zakázáno být homosexuál, nosit šperky ze zlata, hrát na hudební nástroj nebo se věnovat hazardním hrám. Obě pohlaví se nesmí rouhat, cizoložit, zesměšňovat islám, krást nebo nosit kříž (Kutnohorská, 2013). Islám klade důraz ohledně příkazů na konzumaci potravin. Vše musí být čisté a dobré. Muslimové mají zakázáno jíst maso uhynulých zvířat a ptáků, vepřové maso a výrobky z něho vyrobené. Ortodoxní muslim nepoužije ani nádobí, které přišlo do styku s vepřovým. Islám věnuje velkou pozornost výživě, zaměřuje se na to, že potraviny a nápoje mají vliv na celkový stav jedince. Muslimové

dávají přednost ovoci, zelenině nebo mléčným výrobkům. Voda je brána jako dar od Boha a nesmí se s ní plýtvat. Muslimové nesmí konzumovat alkohol a pokrmy z alkoholu připravené, nesmí také kouřit a brát drogy (Rolantová, 2012).

Voda je symbolem projevení božství, je nutná k očištění před každou modlitbou. K omývání dochází i po každém pohlavním styku, menstruaci, porodu. Zdraví má nejvyšší hodnotu. (Kutnohorská, 2013). Některá omezení při vyšetřování či zákroky platí pro muže i ženy, u mužů obvykle v menší míře (Hájek, Bahbouh, 2016). Z komunikačního pohledu by se měl muž chovat k muslimské ženě rezervovaně, intenzivní vizuální kontakt s opačným pohlavím je brán jako známka přihlížení k druhému. Problematická jsou gesta a doteky útěchy, tělesný kontakt mezi cizími ženami a muži je nepřipustný. Je zakázáno mluvit o tématech jako je rodina, intimní problémy nebo fyziologické funkce (močení, stolice..) (Rolantová, 2012). Pokud je pacient hospitalizován ve svátku Ramadán, může odmítat léky. Půst nemusí dodržovat lidé nemocní, starší a slabí, dále těhotné nebo ženy po porodu. Většinou během hospitalizace zabezpečují pacientům stravu příbuzní. Islám povoluje parenterální výživu. Při hospitalizaci je důležité dbát na muslimskou kulturu, především zachovat důstojné a ochotné chování a poskytovat dostatek informací. Je nutné brát v úvahu komunikační bariéru. Pro muslimy je velmi důležité zachování intimity, která hraje v islámu velikou roli. Je vhodné zajistit, aby ženu jako pacientku vyšetřovala a léčila pouze lékařka, pokud má ženu vyšetřit lékař, musí žádat manžela o povolení a ten musí být i během vyšetřování přítomen (Rolantová, 2012). I přes to dochází k projevům odmítání a studu, roli sehrává stres a napětí. Při závažném ohrožení života ženy respektují, že tento postup není vždy možné dodržet (Hájek, Bahbouh, 2016). Muslimové si často přejí být na pokoji sami nebo s pacienty stejného vyznání. Islám povoluje prostředky k záchraně života jako je transplantace orgánů či transfúze (Rolantová, 2012). Když muslim zemře, dochází k omývání, které by měl provádět nejlépe rodinný příslušník. Poté je zabalen do bílé čisté látky a pohřben (Islámský bulletin, © 2018).

1.6.2 Charakteristika pacienta judaistického vyznání

Judaismus je monoteistické náboženství, tj. věří v jednoho Boha. Začíná už v 18. století před Kristem, historicky jsou data doložena ve 13. - 11. století před Kristem v Egyptě. Konec židovského království nastalo, když došlo k babylonskému zajetí (Jankovský, 2018). Počátky jsou datovány na území starověkého Izraele, kde je

historie čerpána nejvíce z Bible. Za zakladatele náboženství je považován Mojžíš (Nováková, 2012). Nejvyšší autoritu má Tóra, tj. pět knih Mojžíšových, součástí bible jsou i Spisy a kniha Žalmů (Jankovský, 2018). Přítomnost židů v ČR je prvně zaznamenána v Kosmově Kronice české v 10. století našeho letopočtu. Výraznou událostí byla okupace Německem, kdy byli židé omezováni a docházelo k jejich vyvražďování. V současnosti je v České republice deset židovských obcí, ve kterých je zaregistrováno přibližně 3 000 členů, v ostatních spolcích dalších 2 000, další členové nejsou zaregistrováni. Židé se dorozumívají jazykem majority. Víra a zvyky vyplývají z Tóry, typickým symbolem je synagoga, domov s rodinou, svícen a Davidova hvězda. Celý svůj život považují za bohoslužbu, modlí se několikrát za den. Jídlo je spojováno s pojmem košer (ryzí, čistý). Judaismus zakazuje vepřové a velbloudí maso, mořské plody, pít velbloudí mléko, zakázané jsou produkty pocházející z nekošer zvířat. Maso musí pocházet se sudokopytníků a přežvýkavců, mezi něž řadíme ovce, kozy, hovězí dobytek, povoleno je jíst ryby, které mají šupiny a ploutve a drůbež. Židé nesmí míchat nádoby pro masité a mléčné potraviny (Nováková, 2012).

Nejvyšší hodnotu má život, při ohrožení může dojít k porušení Tóry, další důležitou hodnotou je rodina a šalom bajit, neboli pokoj domova (Nováková, 2012). Židovská církev vyžaduje, aby židé vyhledávali tu nejkvalitnější medicínskou péči. Jako pacienti mohou dostávat transfúze, užívat léky nebo podstoupit biopsii a amputace. Někteří židé si přejí, aby tělo bylo pohřbené celé, a to i s amputovanou částí. Zakázáno je dárcovství orgánů nebo přerušení těhotenství na žádost ženy, to může být přerušeno pouze při ohrožení jejího zdraví. Pítva je umožněna pouze v případě, že nedojde k odebrání orgánů. Během sabatu (od pátečního večera po západu slunce po sobotní západ slunce) mohou konzervativní židé odmítat hospitalizaci nebo zákroky, v tomto čase je zakázána všechna fyzická práce, což vede k tomu, že očekávají pomoc při všech aktivitách. Strava musí být podle žida čistá, mléčná a masitá jídla nelze konzumovat dohromady, proto mohou odmítat polévku nebo omáčky připravené ze smetany, takže je nutné zajistit individuální stravu (Šimonová, 2012). Důležité je pro židy dodržování intimity, kdy nerespektování může mít vliv na stránku fyzickou a psychickou. Umírající člověk nesmí zůstat sám, potřebuje mít u sebe ty nejbližší. Člověk by se před smrtí měl vyzpovídat a vyznat z hříchů. O umírajícího se stará pohřební bratrstvo z náboženské obce, kteří pomáhají při přípravě na pohřeb a podporují rodinu zemřelého. Vždy je vyžadován pohřeb do země ještě v den úmrtí nebo den po smrti (Nováková, 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl1: Zmapovat, jak sestry vnímají péči o pacienta jiné kultury.

Cíl 2: Zmapovat nejčastější problémy, které sestry vnímají při péči o pacienta jiné kultury.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jak sestry vnímají péči o pacienta jiné kultury?

VO 2: Jaké jsou nejčastější problémy, které sestry vnímají při péči o pacienta jiné kultury?

3 Metodika

3.1 Metodika práce a technika sběru dat

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření, kdy pro sběr dat byly vytvořeny polostrukturované rozhovory pro sestry. V první fázi bylo požádáno o souhlasy hlavních sester s uskutečněním výzkumného šetření, kdy hlavní sestra byla seznámena s cíli rozhovorů a spolu s nimi byl předložen i seznam otázek. Dále byly požádány vrchní sestry o svolení s provedením výzkumného šetření na jejich odděleních. V další fázi byly osloveny sestry, zda se setkávají s pacientem jiné kultury a zda by byly ochotny spolupracovat. Sestry byly seznámeny s účelem výzkumného šetření a jeho cíli. Také bylo znovu požádáno o jejich souhlasy před jednotlivými polostrukturovanými rozhovory.

Rozhovory byly vedeny se sestrami pracujícími v nemocniční a ambulantní péči. Respondenti byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce, s jejími cíli a následným zpracováním. Předem bylo připraveno 10 základních otázek a během realizace rozhovoru byly rozšiřovány o doplňující otázky (Příloha 1). Otázky byly zaměřeny na vnímání a přístup k pacientovi jiné kultury, na nejčastější problémy, se kterými se sestry setkávají, postup řešení a prevenci kulturního šoku.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenány pomocí diktafonu nebo přímo zapisovány na papír a poté přepsány do elektronické podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. Výzkumné šetření probíhalo od podzimu 2018 do jara 2019. Získaná data byla analyzována formou papír a tužka, kdy byly stanoveny jednotlivé kategorie a podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr sester pro výzkumné šetření byl záměrný. Podmínkou pro zařazení do výzkumného šetření byly sestry pracující v lůžkové nebo ambulantní péči, které se při své práci setkávají s pacienty jiné kultury. Některé sestry byly požádány o spolupráci během mé praxe na jednotlivých odděleních, u ostatních sester bylo požádáno o setkání po předchozí domluvě s vrchními sestrami. Vrchní sestry byly seznámeny s výzkumným šetřením buď osobně, nebo prostřednictvím e-mailu, kdy byl poté domluven čas setkání. Ve výzkumném šetření byly sestry označeny S1 - S21, tudíž bylo osloveno 21 sester, z toho 2 muži a 19 žen ve věku od 21 do 53 let. Výzkumný soubor byl tvořen respondenty různého vzdělání, 14 sester se středoškolským, 1 sestra se specializací ARIP, 2 sestry s vyšším odborným a 4 sestry s vysokoškolským

bakalářským vzděláním. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly ve 3 lůžkových zařízeních a ve 4 ambulancích Jihočeského kraje.

4 Výsledky výzkumu

Získaná data z našeho výzkumného šetření byla rozdělena do tří kategorií a poté do podkategorií.

1. Sestra a setkání s pacientem
 - Pacienti jiné kultury
 - Vnímání pacienta sestrou
 - Přístup k pacientovi jiné kultury
 - Znalosti sester
2. Obtíže při kontaktu během péče
 - Komunikace
 - Chyby při posuzování
 - Obavy sestry
 - Předcházení kulturnímu šoku
 - Ostatní problémy
 - Řešení problémů
3. Pacient cizinec- aktuální situace ve zdravotnictví

1. Sestra a setkání s pacientem jiné kultury

Podkategorie- Pacienti jiné kultury

Všechny sestry z výzkumného souboru zmiňují, že se setkávají s pacientem jiné kultury. Nejčastěji se odpovědi vztahovaly k Romům, Vietnamcům a Ukrajincům. Romové jsou zmiňováni S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10, S12, S13, S14, S16, S20 a S21. Mimo jiných se na vietnamské minoritě shodují S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S16, S17, S18 a na Ukrajincích S1, S2, S3, S6, S8, S9, S10, S12 S14 a S17. S1 udává, že se s pacientem jiné kultury často nesetkává, ale když už se s ním shledá, nejčastěji to bývá vietnamská nebo ukrajinská minorita: „*Ne moc často, jednou za čas tady máme nějakého Ukrajince nebo Vietnamce, ale to je tak jednou za čtvrt roku.*“ Naopak S2, která pracuje u praktického lékaře, podotýká, že se s těmito pacienty střetává téměř každý den, ale frekvence bývá různá v závislosti na ročním období: „*Je to velmi individuální, jelikož u praktického lékaře se pacienti často mění, ale také záleží na ročním období, kdy asi nejvíce pacientů máme v únoru nebo v březnu, tak tu máme i více pacientů jiného etnika nebo celkově kultury. Kdybych to měla zobecnit, můžeme říct, že se s nimi setkáváme každý den.*“ Dále také zmiňuje, že nejčastěji se setkává s Romy, Slováky, Vietnamci a Ukrajinci, jako jedna z mála z výzkumného souboru se setkává i s Jehovisty. Dále dodává, že starší pacienti často bývají věřící: „*Nejvíce se jedná o Romy, Slováky, Vietnamce a Ukrajince, máme tu i nějaké pacienty Jehovisty. Taký skoro většina starších pacientů jsou katolíci... žádného muslima a tak tu asi nemáme.*“ S3 se kromě již uvedených setkává i s jinými pacienty, např. s Poláky, Němci nebo Rakušany: „*Nevím, je to různé, ale většinou tak pětkrát až šestkrát do měsíce. Nejvíce jsou to Romové, Vietnamci, Ukrajinci, Poláci, Němci, Rakušáci a dál teď nevím.*“ S4 zmiňuje setkání pouze s Romy a Vietnamci: „*Během mé praxe jsem měla možnost dvakrát ošetřovat pacienta vietnamské kultury a pacienta romského etnika jsem ošetřovala již víckrát.*“ S Vietnamci se setkává i S5, většinou jednou za měsíc, ale také se střetává s ostatními pacienty z cizí země a s pacienty jiného náboženství: „*Nejčastěji s Vietnamci, asi tak jednou za měsíc. Nepočítám Slováky, Němce nebo Poláky, protože ti většinou nemají zvláštní nároky...také se někdy setkám s Romy. Kdybych to vzala z náboženského hlediska, tak starší pacienti bývají věřící... také jsem už asi dvakrát ošetřovala muslimy.*“ S6 a S12 pracují na ambulanci, takže si stejně jako S2 myslí, že se setkávají s pacienty jiné kultury častěji než sestry na lůžkových odděleních: „*Asi s Romy a Ukrajinci, nejvíce asi s těmi Romy, tak dvakrát nebo třikrát za týden.*“ (S6)

„Tak já dělám na ambulanci, takže si myslím, že se s nimi setkávám častěji, ale zase s nimi trávím jen chvíli, takže kdybych to měla shrnout, tak asi tak jednou za týden. Asi nejvíce jsou to Romové a Ukrajinci.“ (S12) S8 také udává častý kontakt s těmito pacienty, se kterými se setkává většinou každý týden: *„Docela často, tak jednou za týden se setkám s pacienty jiné kultury, nejčastěji s Ukrajinci, Slováky, Němci, Rusy, celkově Asiaty.“* Jednou za týden se také obvykle setkává s pacienty jiné kultury i S11, která dodává, že se více setkává s pacienty z jiné země: *„No tak asi jednou za týden nebo dva, více se setkáváme s pacienty jiné země, ale s pacienty s odlišným náboženstvím se také setkáváme. Do toho počítám i české pacienty, kteří jsou věřící.“* Naopak S7 a S10 se stejně jako S1 s těmito pacienty často nestřetává: *„Příliš často ne, nejčastěji s vietnamským etnikem.“* (S7) *„Tak když nepočítám křesťany, tak ani ne tak často, asi tak jednou nebo dvakrát za čtvrt roku.“* (S10) S10 také zmiňuje, že to bývají nejčastěji Romové, Rusové, Ukrajinci, Němci, Poláci a Maďari. S9 udává, že se s pacienty jiné kultury setkává více v létě, ale někdy i přes rok: *„Nejvíce v létě, nejspíše kvůli cestování a turismu. Jednou za čas je někdo hospitalizovaný, třeba tak jednou za měsíc, ale taky se stane, že máme najednou tři.“* Také dodává, že nejvíce se setkává s Vietnamci, Romy, Ukrajinci, Rusy, Němci a Poláky. S Romy se nejčastěji setkává i S13, která poznamenává, že se to týká zejména žen: *„Nejčastěji jde o romské příslušníky. V průměru jde asi o pět pacientů měsíčně a převážně ženy. Větší množství je také pacientů s křesťanským vyznáním, u kterých ale není taková odlišnost kultury, jako u Romů.“* S14 se s pacienty setkává párkrát do měsíce, podle ní je to individuální, jak již zmiňuje S2: *„Řekla bych, že tak dvakrát až třikrát do měsíce, ale není to tak pravidelně. Někdy nemáme skoro nikoho, někdy zase více. Do toho nezahrnuju naše české pacienty, kteří jsou římskokatolického vyznání, většina starších pacientů jsou věřící.“* Kromě již uvedených pacientů jiné kultury u ostatních sester, S14 dodává, že se setkává i s Francouzi: *„Nejvíce asi s Romy, poté jsou to ale i Ukrajinci a Rusové, Francouzi a Němci. Za celou praxi jsem se asi tak třikrát setkala s Jehovistou a muslimského pacienta jsem ošetřovala asi taky pouze dvakrát.“* S15 říká, že s pacienty se na jednotce intenzivní setkává méně, nejčastěji s Evropany a Japonci: *„Na JIP méně, ale přeci... Evropané, Japonci.“* S16, S17 a S18 se celkově shodují na setkání s Asiaty. S16 a S18 spolu také souhlasí v tom, že se s pacienty jiné kultury setkávají poměrně často, S16 navíc dodává setkání s Romy a S18 s Afričany a Američany. S17 udává kontakt s Asiaty a Ukrajinci, jak už několikrát bylo zmíněno předchozími, ale také zmiňuje setkávání s Bulhary.

Podkategorie- Vnímání pacienta sestrou

Další podkategorie se týká vnímání pacienta sestrou. Většina sester z výzkumného souboru se na odpovědích shodovala. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S18, S19 a S20 se snaží pacienta vnímat stejně jako ostatní pacienty. S2, S3, S4, S8, S13 a S14 dodávají, že se snaží vyhnout s prvního dojmu a předsudkům: „*Vnímám ho stejně, za tu dobu jsem se naučila nedávat na první dojem a vyhnout se předsudkům, což je pro naši práci velmi důležité.*“ (S2) „*Vnímám ho jako každého jiného pacienta, snažím se vyhnout předsudkům.*“ (S3) „*Také se ale objevují předsudky, kterým se snažíme vyhnout.*“ (S4) „*Snažím se nedávat na první dojem a vnímat všechny pacienty stejně... ale cítím určitý vliv předsudků.*“ (S13) S5 poznamenává, že se snaží vnímat i pacientovy potřeby: „*Vnímám ho jako každého jiného pacienta, vnímám jeho specifické potřeby, které se snažím naplnit.*“ S10 udává, že se snaží pacienta vnímat stejně, ale že záleží i na chování určitého pacienta: „*Snažím se stejně jako každého, ale ne vždy je to možné, taky záleží, jak se ten pacient chová a jaký je jeho přístup.*“ S12 a S14 dále zmiňují, že se pacienty jiných kultur naučily během své praxe vnímat stejně: „*Tak jelikož se s pacienty setkávám celkem často, tak už je vnímám jako každého jiného.*“ (S12) S14 dodává, že to chce čas se naučit vnímat pacienta jiné kultury stejně jako ostatní pacienty: „*Za ty léta jsem se naučila vnímat pacienty jiných kultur stejně jako každého jiného, ale také to chtělo čas. Ten strach z neznámého a předsudků člověka zezáčátku ovlivňuje.*“ S8 se sice snaží pacienty vnímat pacienty bez předsudků, ale také se setkává se strachem z kontaktu s pacientem jiné kultury: „*Někdy se trochu bojím za ním chodit, že nebudu rozumět, co mi chce říct. Snažím se všechny pacienty vnímat stejně, bez předsudků nebo nedávat na první dojem.*“ S9 se více soustředí na pacienta a na jeho důvěru: „*Vnímám ho jako někoho, kdo je v neznámém prostředí a potřebuje někoho, komu může důvěřovat, takže se snažím mu být oporou.*“ S15 udává, že se snaží respektovat práva a požadavky pacienta, ale ne vždy s tím souhlasí: „*Stejně jako ostatní. Snažím se respektovat jejich práva a požadavky, ale zase ne úplně se vším se totožním. Jsou v naší zemi, jsou tady jako hosti.*“ S17 udává, že pacienta jiné kultury vnímá s tolerancí. S21 dodává, že se snaží tyto pacienty vnímat standardně jako ostatní.

Podkategorie- Přístup sester k pacientovi jiné kultury

Podobně jako u vnímání pacienta, většina sester (S1, S2, S6, S8, S10, S11, S12, S13, S15, S16, S18, S19, S20) udává stejný přístup ke všem pacientům. Někteří

respondenti ale dodávají, že se je více snaží respektovat, být trpělivější, plnit jejich přání a snaží se o vzájemné porozumění: „Přístup mám ke všem stejný.“ (S1) „K pacientovi jsem přistupovala jako ke každému jinému pacientu s ohledem na jeho zvyklosti.“ (S8) S ohledem na zvyklosti se snaží přistupovat k pacientovi i S7: „S jiným přístupem, dle znalostí specifík k této kultuře.“ S3 a S9 udávají větší zájem o pacienta: „Někdy se možná více zajímám, jestli něco nepotřebují a jestli vše chápají.“ (S3) „Snažím se je respektovat, i když je to někdy těžké, je to velmi individuální. Snažím se jich ptát, jestli něco nepotřebují, záleží hodně na přístupu toho pacienta. Všem se snažím pomoci a vyhovět jejich požadavkům, ale ne vždy je vše možné.“ (S9) Podobným způsobem přistupuje k pacientovi i S5, S6, S11 a S12, které kladou důraz na komunikaci: „Snažím se pacienty pochopit, hlavní důraz kladu na efektivní komunikaci.“ (S5) „Možná když vidím, že je takový zmatený, tak mu vše zopakují a snažím se ho nějak uklidnit, ale tak to se může stát u každého.“ (S6) „Tak snažím se ke všem přistupovat stejně, ale pořád se těchto pacientů více ptám, jestli mají všechno a jestli něco nepotřebují.“ (S11) „Ke všem přistupuji stejně, možná se více soustředím na komunikaci.“ (S12) S9 ve své výpovědi zmiňuje, že se snaží vyhovět požadavkům každého pacienta, také S4 a S15 se k pacientovi snaží přistupovat tak, aby respektovaly jeho přání: „K pacientovi se snažím přistupovat dle jeho požadavků. Snažím se k pacientovi přistupovat tak, abych dodržovala jeho přání, například v oblasti stravování.“ (S4) „Snažím se respektovat jejich práva a požadavky, ale ne úplně se vším se totožním.“ (S15) S9 dále udávala, že záleží i na přístupu pacienta. S tím souhlasí i S10, která říká, že záleží, jak se pacient chová: „Snažím se stejně, ale ne vždy je to možné, taky záleží, jak se ten pacient chová a jaký je jeho přístup.“ S13 udává, že stejný přístup k pacientům není možný a všem pacientům se snaží vyjít vstříc, aby předcházela zbytečnému nedorozumění: „K pacientovi se snažím přistupovat jako k ostatním pacientům, ale cítím určitý vliv předsudků. I každý romský pacient je ale odlišný, proto nelze mít univerzální přístup. Pacientům se snažím více vycházet vstříc a chci tím předcházet zbytečným nedorozuměním, který by mohl vyústit v konflikt.“ S14 je toho názoru, že je důležité respektovat odlišnosti pacienta, což vede k lepší spolupráci: „Od toho se odvíjí i ten přístup, kde musíme respektovat ty odlišnosti a dbát na ně, protože poté se s tím pacientem lépe spolupracuje.“ Také dodává, že záleží na přítomnosti komunikační bariéry a přístupu pacienta: „Záleží na tom, jestli je zde nějaká komunikační bariéra, jestli je u pacienta rodina, jaké vyšetření podstupuje, jak on sám se zapojuje a takhle by se dalo pokračovat dál, všechny tyto faktory mají vliv na

přístupu k pacientovi.“ S18 se na přístup k pacientovi jiné kultury dívá i z druhé stránky, jako kdyby ona sama byla pacientkou: „*Přistupuji k němu tak, jak bych chtěla, aby bylo přístupováno ke mně.*“ S21 dodává, že se snaží být trpělivější: „*Normálně, maximálně víc trpělivěji.*“ Přístup ostatních sester hodnotí sestry různým způsobem - většinou kladně, ale také je zmiňováno, že je zde rozdílnost ve směně a ve věku. S3 si myslí, že jiné sestry mají větší rozhled, ale také záleží na přístupu pacienta: „*Myslím si, že některé mají větší přehled ohledně odlišností. Ono také záleží na přístupu pacienta, ale myslím si, že všichni se snažíme k pacientům přistupovat stejně a s respektem.*“ I S4 hodnotí přístup ostatních sester kladně: „*Myslím si, že se snaží chovat ke všem pacientům stejně a rovnocenně, respektuje jejich přání a potřeby.*“ S5 je toho názoru, že mladší sestry projevují větší snahu než sestry staršího věku, které se nechtějí přizpůsobovat: „*Myslím si, že starší sestry se tomuto novému pojetí péče přizpůsobovat nechtějí, ale mladší sestry se snaží, jejich přístup je empatictější.*“ Podobný názor má ohledně této problematiky i S9, která s předchozí souhlasí, že mladší kolegyně mají větší zájem: „*Různě, většina mladých sester tak do těch 30 - 35 let se více snaží, na rozdíl od těch starších. Hledají různé alternativy, jak se s tím pacientem dorozumět a pochopit. Více se také zajímají o jejich přání a potřeby.*“ S2 je zaměstnána u praktického doktora, kde pracuje sama, takže přístup ostatních sester nemůže posoudit. Podobně jako S2 reagovala i S6 a S12: „*To nevím, jak tu dělám sama, nemůžu posoudit.*“ (S12) S6 přístup ostatních sester nemůže posoudit, ale také dodává, že během její práce v nemocnici záleželo na směně: „*Ten přístup ostatních nemůžu ani moc posoudit, ale ještě když jsem dělala v nemocnici na lůžkovém, tak to záleželo na tom, kdo měl směnu, některé kolegyně pacienty spíše ignorovaly, jiné se velmi snažily.*“ Tento názor sdílí i S7, S11 a S17: „*Já myslím, že se všichni kolegové snaží, někteří míň a někteří víc. Jako záleží i co je to za pacienta a i jeho přístupu.*“ (S11) „*Je to velmi individuální.*“ (S17) „*Hodnotila bych ho poměrně kladně, je to opravdu odlišné, sestra od sestry.*“ (S7) Kladným způsobem hodnotí ostatní sestry i S1 a S8: „*Myslím, že dobrý, já je moc nezkoumám.*“ (S1) S8 udává, že sestry se snaží pacientovi porozumět a plnit jejich požadavky: „*Sestry jsou ochotny přizpůsobit se jiným zvyklostem pacientů jiné kultury a mají snahu pacientovi porozumět. Ochotně plní požadavky pacientů bez ohledu na jejich kulturu.*“ S13 je toho názoru, že se sestry snaží předcházet nedorozumění, ale že také některé sestry omezují kontakt s pacientem z důvodu jazykové bariéry: „*Řekla bych, že se většinou snaží předcházet nedorozuměním, ale také z důvodu bariéry, především jazykové, bývá kontakt s pacienty minimalizován, což*

určitě není dobře.“ S omezováním kontaktu se setkává i S14, která rozděluje sestry do dvou podskupin, jednu tvoří sestry, které nemají problém za pacientem chodit, druhé kontakt minimalizují: *„Podle mě to můžeme rozdělit do dvou skupin, jednu skupinu tvoří sestry, které se nebojí, chodí za pacientem, snaží se mu vyhovět, druhou skupinu tvoří sestry, které ten kontakt s pacientem minimalizují na minimum, podle mě je příčinou strach.*“ Na otázku, z čeho si myslí, že mají sestry strach, S14 reagovala: *„Z kontaktu s něčím jiným, neznámým, odlišným, že nebude vědět, jak reagovat a co říkat. Myslím si, že zde hrají roli i předsudky ohledně různých etnik, které, i když nechtěně, ovlivňují vnímání pacienta... například vůči Romům, u kterých si myslíme, že jsou agresivní.*“ S15 je toho názory, že sestry nejsou připraveny na nárůst cizinců: *„Je to podobné, nejsme připraveni na nápor neevropanů - přistěhovačů.*“ S16, S19 a S21 si myslí, že ostatní sestry přistupují k pacientovi jiné kultury stejným způsobem. S18 přístup ostatních sester nehodnotila. S20 hodnotí přístup jako bezproblémový.

Podkategorie- Získávání znalostí sester

S1, S2, S6, S9, S15, S16, S18, S19, S20 a S21 udávají, že ve škole se této problematice nevěnovaly. S1 a S2 podotýkají, že si nejspíše nepamatují probírání této látky: *„Asi nijak, nepamatuju si, že bychom něco takového dělali, ale už je to hrozně dávno.*“ (S1) *„Myslím, že ne, nepamatuju si.*“ (S2) S6 a S9 udávají, že na nic podobného se ve škole nezaměřovaly, S6 dodává, že tyto neznalosti mohou způsobovat potíže. Navíc zmiňuje, že mladší sestry jsou na tyto pacienty lépe připraveny: *„Asi jsem nic takového neabsolvovala, i když by se to někdy hodilo, protože si myslím, že třeba u muslimů nebo třeba buddhismu a tak bych asi měla problém...Myslím si, že mladé, ne že bych byla stará, jsou na to lépe připraveny, ve škole se učí jazyky, takže je to pro ně trochu lehčí.*“ S9 podotýká, že si různé odlišnosti musela zjistit až v praxi: *„Nijak, na střední škole jsme nic takového neprobírali. Někdy si říkám, že je to docela škoda, protože na různé věci jsme si museli sami přijít až v praxi.*“ S3 a S4 sice udávají, že ve škole si osvojily základní informace, ale moc si toho už nepamatují: *„Myslím si, že jsme si řekli němé základy, ale už si to nepamatuju.*“ (S3) *„Na zdravotní škole jsme se výuce multikulturního ošetřovatelství věnovali jen málo, řekli jsme si například, kdo jak vnímá bolest, jaké mají požadavky na stravování, ale tak nějak detailně jsme o různých etnických skupinách neučili.*“ (S4) S5, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14 a S17 sdělují, že se této problematice ve škole věnovaly, většinou formou přednášek, seminářů nebo prezentací. *„Probíhá formou přednášek a seminářů na škole.*“ (S5) Výuka probíhala

formou přednášek i u S7, ale také je toho názoru, že vědomosti získává z praxe: „*Výuka probíhala ve třetím ročníku pomocí přednášek a dostali jsme dostatečné množství informací a znalostí...Myslím si, že jako sestry získáváme spíše informace z praxe.*“ Formou prezentací probíhala vyučování u S8: „*Výuka v oblasti multikulturního ošetrovatelství probíhala formou prezentací a doporučené literatury.*“ S10, S11, S12, S13, S14 a S17 udávají, že v rámci svého vysokoškolského nebo vyššího odborného vzdělání se této problematice věnovaly: „*Na vošce jsme se asi něco takového učili, ale už je to dýl.*“ (S10) S11 navíc podotýká, že některé sestry nemají znalosti o odlišnostech: „*Na vysoké škole mělo jeden semestr multikulturní ošetrovatelství, takže základy znám... my se sice domluvíme a taky víme, že tyto odlišnosti vůbec existují, ale někteří s tím mohou mít problém.*“ Vysokoškolsky vzdělaná S12 říká, že se během semestru této problematice věnovala: „*Ve škole jsme měli předmět, který se týkal multikulturního ošetrovatelství.*“ S13 podotýká, že na střední škole se této problematice nevěnovala pozornost, ale na vysoké škole si doplnila znalosti: „*Na středoškolské úrovni nebyla výuka na multikulturní ošetrovatelství zaměřena vůbec, maximálně pouze zmínění zajímavostí v předmětu psychologie, ale to velice okrajově. Na vysoké škole mi připadalo zaměření na tento druh ošetrovatelství v dostatečném rozsahu, obsahujícím důležité odlišnosti.*“ S S13 souhlasí i S14: „*Na střední škole jsme si nejspíše říkali nějaké základy, ale až na vysoké jsem se dozvěděla více informací o jednotlivých skupinách a kulturách. Výuka byla dobře organizována, byla formou přednášek a seminářů, takže jsme si mohli i podrobněji seznámit s určitými kulturami.*“ S17 udává, že multikulturní ošetrovatelství měla jako samostatný předmět. Ohledně doplnění znalostí se sestry neshodují, S1, S2, S7, S11, S12, S13, S16, S18 a S19 nepovažují doplnění znalostí za nutné. S1 a S11 udávají, že potřebné informace zjistily z praxe: „*Asi ne, něco jsem zjistila z praxe a vždy si nějak poradíme.*“ (S1) „*... takže si myslím, že už by asi bylo zbytečné nějaké doplňování informací, protože na zbytek si člověk musí přijít v praxi.*“ (S11) Ostatním sestrám to přijde zbytečné a nepotřebné: „*Asi ne, přijde mi to zbytečné.*“ (S2) „*Dostali jsme dostatečné množství informací a znalostí, proto není nutné jejich doplnění.*“ (S7) „*... takže si myslím, že základy jsem se naučila a dál už bych asi nepotřebovala.*“ (S12) „*Doplnění znalostí nepovažuji za nutné.*“ (S13) Naopak S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10 a S14, S16 a S21 by doplnění znalostí uvítaly: „*...proto bych měla zájem o doplnění znalostí.*“ (S4) „*A vždy je dobré se dále vzdělávat a doplňovat informace.*“ (S5) „*... takže určitě nějaké základní informace by se hodily.*“ (S6) „*A ano, mám zájem o doplnění.*“ (S8) S3 a S10 by uvítaly přednášku, ale pouze

jednorázově: „Možná bych uvítala nějakou třeba přednášku nebo seminář pro zjištění nových informací a ze zajímavosti, ale asi tak jednorázově.“ (S3) „Ale asi by nějaká jedna přednáška určitě neuškodila.“ (S10) S9 by si ráda doplnila znalosti z důvodu zvyšování počtu pacientů jiné kultury: „Ráda bych si doplnila znalosti, u nás je poslední dobou hospitalizováno čím dál více cizinců.“ S14 sice udává, že další doplnění znalostí nepotřebuje, ale měla by zájem jednou za čas o zajímavou přednášku nebo setkání se sdílením zkušeností: „Myslím si, že ze školy jsem si potřebné informace odnesla a zbytek si člověk musí naučit v praxi a reagovat na základě situace, takže nejspíše ne. Zase na druhou stranu jednou za čas nějaká zajímavá přednáška nemusí být špatná. Nebo třeba nějaké setkání ohledně zkušeností by také mohlo být zajímavé.“ S15 na škole multikulturní ošetřovatelství neměla a je toho názoru, že pacienti jiné kultury by se měli zajímat o tu naši, takže nemá zájem o doplnění znalostí: „Ne nevím... asi nechci, proč my? Ať ví oni více o naší kultuře a přizpůsobí se.“

2. Obtíže při kontaktu během péče

Podkategorie- Komunikace

Během výzkumného šetření sestry nejčastěji zmiňovaly komunikační potíže. Kromě S2, S7 a S19 všechny udávají komunikační potíže s pacienty jiné kultury. Z těchto problémů mají i obavy. S1 udává, že mezi nejčastější problémy, se kterými se setkává, je komunikační bariéra: „Asi ta jazyková bariéra, to řešíme tak všelijak.“ I S2 uvádí potíže v komunikaci: „Jak už jsem říkala, někdy je těžší se dorozumět.“ S3 udává, že se s komunikační bariérou setkává u vietnamské minority: „U Vietnamců se také někdy setkávám s tím, že jim řeknu, aby něco udělali, zdá se, že mě pochopili, ale pak se ukáže, že vůbec netuší.“ Tyto potíže u téže minority udává i S4: „Při ošetřování pacienta vietnamské minority došlo k menším obtížím z důvodu, že pacient nerozuměl česky.“ Stejně jako předchozí, tak i S6 udává, že mezi její potíže při práci s pacientem jiné kultury patří komunikační bariéra: „Kdyby to byl pacient jiné kultury, tak asi, že se nedorozumíme.“ Největší obtíží je podle S9 právě komunikační bariéra, kdy udává, že anglický jazyk není vždy nápomocný: „Největším problémem je asi komunikační bariéra. Já sice umím anglicky, ale hodně ostatních kolegyně žádný jazyk neumí. Navíc ta angličtina mi někdy ani nepomůže, protože se mi často stává, že Němci nebo Rakušáci anglicky vůbec neumí.“ Naopak S10 udává, že sice se také setkává s komunikační bariérou, ale že angličtina je účinná: „Tak asi s tou komunikační

bariérou, ale angličtinou se většinou zvládneme nějak domluvit.“ S12 pracuje na ambulanci, takže se s těmito problémy, stejně jako předchozí respondenti, také setkává: „Tak nejvíce je to asi komunikační bariéra.“ S13, S15, S16, S17 a S20 mají stejný názor jako předešle uvedené, kdy udávají, že jazyková bariéra je velmi problematická: „Bojím se nepochopení, které může zbytečně vyústit v konflikt, raději řeším vše v klidu. A také problematickou komunikaci v souvislosti s jazykovou bariérou, komunikace s pacienty mluvícím jiným jazykem, kterému na oddělení nikdo nedorozumí.“ (S13) „Nedorozumění a jiné chápání.“ (S15) S17 navíc dodává, že je to její největší obava a taky obtíž, se kterou se nejčastěji setkává, S18 reagovala úplně stejným způsobem: „Zda porozumí... jazyková bariéra.“ (S17, S18) S14 zmiňuje, že u Romů většinou s komunikací problém není: „Tak kdybychom si třeba vzaly ty Romy, tak u nich se setkáváme s komunikační bariérou pouze málo, oni často hovoří jazykem té majority.“ Problémy s komunikací ale zmiňuje i u jiných pacientů a je zde nutná zpětná vazba ke správnému pochopení: „Jak jsem říkala, setkáváme se často s Ukrajinci, Rusy, Němci, zde se často setkáváme s komunikační bariérou.... u pacientů, kde je komunikační bariéra, je nutná zpětná vazba, protože mohou předstírat, že tomu rozumí.“

Podkategorie- Chyby při posuzování

Sestry se celkově ve výzkumném šetření shodují na tom, že se snaží vnímat pacienty jiné kultury stejně jako ostatní pacienty. Některé sestry z výzkumného souboru vnímají předsudky vůči pacientům jiné kultury, ale také se snaží vyhnout prvnímu dojmu. Předsudkům se snaží vyhýbat S3, S4 a S8: „Snažím se vyhnout předsudkům.“ (S3) „Také se objevují předsudky, kterým se snažíme vyhnout.“ (S4) „Snažím se všechny pacienty vnímat stejně, bez předsudků a nedávat na první dojem.“ (S8) Mezi největší obavy S5 při péči o pacienta jiné kultury také patří předsudky. S11 zmiňuje, že někteří mohou mít s péčí o tyto pacienty obtíže způsobené předsudky: „Nemyslím si, že jsme na to celkově připraveni, protože my se sice domluvíme a taky víme, že tyto odlišnosti vůbec existují, ale někteří s tím mohou mít menší problém. Také si myslím, že tyto obavy mohou být způsobeny i předsudky, protože i my se s nimi setkáváme, ale nesmíme se podle nich řídit.“ S11 také zmiňuje, že předsudky patří mezi její největší obavy, kterým se nelze vyhýbat: „A dále taky ty předsudky, to je něco, čemu se člověk nevyhne.“ S2 souhlasí s S11 s tím, že bychom se měli předsudkům vyvarovat: „Vnímám ho stejně, za tu dobu jsem se naučila nedávat na první dojem a vyhýbat se předsudkům, což je na naší práci velmi důležité.“ Určitý vliv předsudků vnímá také S13: „Snažím se

nedávat na první dojem a vnímat všechny pacienty stejně. K pacientovi se snažím přistupovat stejně jako k ostatním pacientům, ale cítím určitý vliv předsudků.“ S14 říká, že předsudky člověka zpočátku ovlivňují: „Ten strach z neznámého a předsudků člověka ze začátku ovlivňuje, proto si myslím, že je důležité mít i nějaké ty vědomosti, které nás připraví na odlišnosti v komunikaci a přístupu.“ Také zmiňuje, že s předsudky se setkává u Romů: „Například vůči Romům, u kterých si myslíme, že jsou agresivní.“

Podkategorie- Obavy sestry

Většina respondentů z výzkumného souboru se obává podobných potíží. Některé odpovědi se prolínají s komunikačními potížemi a chybami v posuzování, které jsou již zmíněné výše. Největší obava dle S1, S16, S17 a S18 je právě již zmiňovaná komunikační bariéra: *„Nevím, asi že se s nimi nedorozumím, ale jinak asi ničeho.“ „Jazyková bariéra.“ (S16) „Zda porozumí.“ (17) „Zda nám porozumí.“ (S18) S2 a S12 udávají, že nyní už žádné obavy nemají, ale dříve se obávaly nedorozumění a neporozumění. S2 také dodává, že k nepřítomnosti obav jí pomohla praxe: „Nevím, teď už asi žádná, za ty léta jsem se během praxe setkala s tolika věcmi, že už myslím, že už mě jen tak něco nepřekvapí.“ Dříve se ale s různými obavami setkávala: „Asi celkově té komunikace, protože s některými pacienty se hůře dorozumívalo, ale taky někteří pacienti jsou více citlivý na bolest, takže taky jsem se obávala z reakce na různé zákroky.“ S12 má podobný názor: „Teď už asi žádná.“ Dříve se ale obávala nepochopení a neporozumění: „Já nevím, asi že se správně nepochopíme, nedorozumíme a tak.“ S předchozím souhlasí S3 a S9, S3 dodává, že se u Romů obává zvýšeného agresivního chování: *„Že si nebudeme rozumět, že budou po mě chtít něco, co jim nemůžu splnit, u Romů se také bojím zvýšené agrese.“ (S3) „Že se vzájemně nepochopíme, že si nebudeme rozumět a já nebudu schopná jim nějak vysvětlit, co mají dělat.“ (S9) Mezi největší obavy sester patří jazyková bariéra. S tím se shoduje i výpověď S4: „Moje největší obava při práci s pacientem jiné kultury je jazyková bariéra.“ Dále také zmiňuje obavy u pacientů jiného vyznání z důvodu odmítání zákroků a nemožnosti zajistit klidnou místnost k modlení: „Také se bojím toho, že by pacienti jiné kultury chtěli zajistit klidnou místnost k modlení, což by u nás nebylo možné, a navíc také bych se u nich bála odmítání různých zákroků.“ Jazykovou bariéru zmiňuje i S5, S6, S8, S10, S11 a S13. S6 také udává strach z uražení pacientovy kultury: „Kdyby to byl pacient, který mluví jiným jazykem, tak asi, že se nedorozumíme.**

Kdyby se jednalo o pacienta jiného náboženství, tak že asi nepochopím tu jejich kulturu a udělám něco nevhodného.“ S touto pochybností souvisí i obavy S7: *„Nechtěné uražení jeho kultury a následná nespolupráce.*“ S8 udává, že se obává jiných zvyků. S10 zmiňuje kromě jazykové bariéry obavu z nespolupráce: *„Tak celkově nepochopení, nespolupráce, nebo že nebudeme schopni jim ve všem vyhovět.*“ Obavu z neporozumění podotkla S13, která se bojí zbytečného konfliktu: *„Bojím se neporozumění, které může zbytečně vyústit v konflikt. A také problematickou komunikaci v souvislosti s jazykovou bariérou, komunikace s pacienty mluvícími jiným jazykem, kterému na oddělení nikdo nerozumí.*“ Sestry zmiňují obavu z předsudků, které jsou již zmíněné výše. Předsudků se obává i S5 a S11: *„Že mě ten určitý pacient nepochopí, že nebude vědět, co po něm chci. A dále taky ty předsudky, to je něco, čemu se člověk nevyhne.*“ (S11) S14 také zmiňuje i jiné problémy, kterých se sestry obávají: *„Odmítání různých zákroků a léčby, protože často bývají určité zákroky zásadní pro stanovení diagnózy a pro léčby, také se bojím agresivity a jednání s agresivním pacientem, nebo naopak se také obávám toho pasivního přístupu.*“ S15 udává strach z početných skupin: *„Nedorozumění, jiné chápání, početnost skupin a s tím související davový strach.*“ S19 má největší obavu z nepřizpůsobivých pacientů: *„Mám obavu z jejich nepřizpůsobení se.*“ S20 a S21 udávají, že nemají z ničeho obavy.

Podkategorie- Předcházení kulturnímu šoku

Respondenti na tuto problematiku reagovali různým způsobem, většinou se shodli, že kulturnímu šoku předcházejí zájmem o pacienta, vysvětlováním postupů, seznámením s prostředím nebo dotazováním ohledně potřeb. S1 udává, že kulturnímu šoku předchází otázkami ohledně pochopení všech informací: *„Ptáme se, jestli všemu rozumí.*“ S8, S9, S10 a S11 se odpověďmi celkem shodují, zmiňují, že předcházejí kulturnímu šoku zájmem o pacienta: *„Asi tak, že se o ně zajímám.*“ (S8) *„No, to nevím. Asi tím zájmem o pacienta, že se snažíme, aby se u nás cítil dobře.*“ S10 dodává, že zabraňuje kulturnímu šoku i jiným způsobem: *„Seznámíme je s prostředím, s chodem oddělení, o službách, chodíme za nimi, zajímáme se o jejich názor.*“ S11 dále dodává, že se snaží s pacientem najít kompromis: *„Zajímáme se, ptáme se, snažíme se najít nějaký kompromis.*“ S6 nevěděla, co to kulturní šok je, po vysvětlení udává, že se pacientovi vše snaží vysvětlit a ukázat. Také dodává, že jelikož pracuje na ambulanci, tak se do větší míry kulturním šokem nezabývá: *„Aha, tak asi že pacientovi se snažím vše ukázat a vysvětlit, ptám se, jestli ode mě něco potřebuje a tak dále. Ale u nás na*

ambulanci na to ani tak čas nemáme, hlavně je tu pacient krátce.“ Vysvětlením a podáním informací předchází kulturnímu šoku i S7 a S12: *„Představit se, řádně seznámit pacienta s novým prostředím, s řádem oddělení, vše vysvětlit, informovat, seznámit s ostatními spolupacienty a přistupovat k němu s ohledem k jeho kultuře.“* (S7) *„Snažíme se pacientům vysvětlit postup, co se chystáme dělat, ptáme se, jestli mají na nás nějaké otázky a tak.“* (S12) S13 a S16 jsou toho názoru, že kulturnímu šoku lze předcházet i znalostmi a vzděláváním: *„Získáváním znalostí o dané kultuře.“* (S13) *„Vzděláváním.“* (S16) Dle S14 je důležité nastolení vzájemné důvěry mezi personálem a pacientem, která vede k lepšímu přizpůsobení v jiném a cizím prostředí: *„Snažím se pacienta seznámit s chodem oddělení, vysvětlit mu průběh vyšetření, důležité je nastolení té vzájemné důvěry, které docílíme zájmem a pacient se potom lépe přizpůsobí nemocničnímu prostředí.“* S15 se snaží předcházet kulturnímu šoku získáním informací: *„Získat více znalostí, nemít předsudky.“* S17 a S18 se více soustředí na své jednání: *„Empatií.“* (S17) *„Slušným chováním.“* (S18) S21 je toho názoru, že žádný není, především u Romů: *„Myslím si, že žádný není v rámci Romů a s jinými kulturami jsem se nesetkala.“* S4, S5 a S20 nevěděly odpověď. S1 a S19 kulturnímu šoku nepředchází: *„Asi nijak.“*

Podkategorie- Ostatní problémy, se kterými se sestry setkávají

Tato problematika je v rozhovorech celkem obsáhlá, dotazovaní se zde zmiňují o obtížích, se kterými se setkávají při styku s pacientem jiné kultury. Mezi nejčastější problémy patří jazyková bariéra a komunikační potíže, které již byly zmíněny v samostatné podkategorii. S2 udává, že v minulosti pacienti odmítali během poskytování péče očkování: *„Stávalo se mi, že dříve někteří pacienti odmítali očkování, ale to je dnes minulosti.“* Také zmiňuje, že věřící pacienti neodmítají potřebné výkony, ale že bývá problém s následnou terapií: *„To, že pacienti jsou věřící, nám nebrání provádět naše výkony, pacienti nemívají žádné zvláštní nároky...Taky se nám stává, že někteří pacienti, a to především Vietnamci, moc nechtějí brát léky a ptají se na jiný způsob léčby.“* S3 kromě jazykové bariéry také udává problémy se stravou a častějšími a početnými návštěvami: *„Také někdy odmítají stravu... také jsou u nich častější a déletrvající návštěvy.“* S početnými návštěvami souhlasí i S5, která dále dodává, že se setkává s obtížemi spojené se soukromím pacienta: *„Také jsou u někdy u pacientů početné návštěvy... nejčastěji chtějí tito pacienti pokoj, ve kterém by měli soukromí, což je v nemocnici jen velmi těžko realizovatelné.“* S6, S9, S13, S14 a S15 udávají

problémy týkající se romské menšiny. S6 zmiňuje obtíže spojené s hlukem, emocemi a agresivitou: „*Nebo u Romů s tím, že jsou velmi hluční a vše velmi prožívají, a když není po jejich, tak jsou i trochu agresivní.*“ Dále také říká, že problémy u ostatních pacientů může způsobovat i nedostatek znalostí: „*Protože si myslím, že třeba u muslimů nebo třeba buddhismu a tak bych měla asi problém, takže určitě nějaké základní informace by se hodily.*“ S9 souhlasí s S6, že Romové jsou velmi hluční, také udává potíže spojené s jejich specifickým pachem: „*Tak například u Romů mi vadí ten jejich specifický pach a jak jsou hluční... také jsou někdy na nás sprostý, když se jim něco nelíbí... U tich Romů je to těžký, když jim něco řekneme, hned na nás křičí, že jsme rasisti a podobně.*“ S13 kromě již zmíněných hlasitých návštěv zmiňuje problémy spojené s nízkým prahem bolesti a strachem: „*U romských pacientů jde o početné návštěvy... dále nízký práh bolesti a veliký strach o zdraví.*“ S14 souhlasí s předchozími, že se u Romů setkává se strachem z bolesti, nadměrnou citlivostí, hlukem a nedodržování léčebného režimu: „*Zase se u nich setkáváme s jinými problémy jako je nedodržování režimu, neposlouchání, přijde mi, že poslouchají tak půlku věty a tím to končí, s častými hlučnými návštěvami, tito pacienti bývají často hluční a jsou velmi citlivý, také zde bývá problém se strachem z bolesti.*“ S16 také udává velké návštěvy u Romů: „*Četnost návštěv u romských pacientů, chodí nepřetržitě a je jich snad tisíc.*“ S9 se také setkává s obtížemi u vietnamských pacientů: „*Nebo u Vietnamců je častým problémem to jejich kývání, že všemu rozumí, smějí se u toho a přitom vůbec nechápou, co po nich chceme.*“ Kromě ale těchto problémů také dodává, že k dalším potížím patří strava nebo stud u muslimských pacientů: „*Jednou za čas se setkáme s muslimem... tak nechtějí naše jídlo, nebo při různých vyšetření nastávají problémy, protože se stydí a nechtějí se odhalit, také jsou často nespokojený s ošetřujícím lékařem.*“ S10 podotýká, že mezi obtíže patří i strach, protože pacienti jsou náhle v cizím prostředí: „*Také se setkáváme se strachem, protože jsou v cizím prostředí, takže je to pro ně obtížné.*“ Dále zmiňuje potíže spojené s modlením: „*U pacientů, kteří v něco věří, tak tam se zase někdy setkáváme s tím, že pacienti se více modlí a někdy na to chtějí mít klid.*“ Modlení a rituály spojené s ním dodává i S11, která se setkává i dalšími obtížemi, například se stravou a studem, které již zmiňovala S9 a S10: „*Tich je, například nedůvěra ke zdravotnickému personálu, nesdělování všech informací, strach, dále stud při některých vyšetření, někdy i problémy ohledně diety, rituály spojené s modlením, někdy i ta komunikační bariéra.*“ (S11) Se studem se setkává i S12: „*Potom stud a to především u tich intimních vyšetření nebo se obávám vzájemného*

neporozumění. “ S14 se setkává se stejnými potížemi ohledně stravy jako S9 a S11, se kterou bývá problém u muslimů: *„Ukrajinci také bývají často věřící, ale nějak nás to v péči neomezuje, maximálně odlišnosti ve stravě spojené s pústy. S tou stravou byl problém u muslimů.*“ S7 a S19 udávají, že se s žádnými obtížemi prozatím nesetkaly. S tím souhlasí i S8, ale také si myslí, že starší sestry mají problém s pochopením pacienta: *„Nevím, jestli jsou na to všude připraveni. Některé sestry, hlavně ty starší, mají podle mě více problém takového pacienta pochopit.*“ S21 udává, že mezi obtíže řadí opakování informací pacientům: *„Leda že jim věci musím vysvětlovávat dvakrát.*“

Podkategorie- Řešení problémů

Největším problémem téměř všech sester, kromě S7, je jazyková bariéra. S1 ji řeší mnoha způsoby, například gestikulací nebo požádáním o pomoc: *„Řešíme to všelijak, rukama, nohama nebo sháním kolegyni na pomoc.*“ S2 zase udává, že se vždy s pacientem dorozumí, protože už zde určitou dobu žijí: *„Vždy se nějakým způsobem pochopíme, protože pacienti už tady nějakou dobu žijí, takže základy umí.*“ S3, stejně jako S1, řeší jazykovou bariéru prostřednictvím kolegyně nebo členy rodiny: *„To se vždy vyřeší skrz kolegyn, které nějaké jazyky umí nebo člena rodiny.*“ Člena rodiny využívá ke komunikaci i S4: *„Snažili jsme se proto sehnat jeho příbuzné, kteří v České republice žili již řadu let a česky uměli.*“ S9 říká, že sice jazyk umí, ale komunikační potíže to často nepomáhá řešit: *„Já sice umí anglicky, ale hodně ostatních kolegyn žádný jazyk neumí. Navíc ta angličtina mi někdy ani nepomůže, protože se mi často stává, že Němci nebo Rakušáci anglicky vůbec neumí.*“ S9, S10, S11 a S19 se s předchozími shodují na řešení prostřednictvím ukázek, gestikulace, člena rodiny nebo kolegyně: *„Hledáme někoho z personálu, kdo ten jazyk umí nebo pomocí překladače, taky prostě rukama a nohama, někdy je to celkem zoufalý.*“ (S9) *„Angličtinou se většinou zvládneme nějak domluvit. Také někdy využíváme členy rodiny, kteří třeba češtinu nebo angličtinu umí.*“ (S10) *„Překladač v počítači, ostatní personál, který zná jeho řeč.*“ (S19) Stejně řeší komunikační bariéru S11: *„Je důležité s pacientem komunikovat, například skrz rodinu.*“ S14 zmiňuje, že u Romů s komunikací problém nebývá, protože hovoří jazykem majority: *„Tak kdybychom si vzali ty Romy, tak u nich se setkáváme s komunikační bariérou pouze málo, oni často hovoří jazykem té majority.*“ Během výzkumného šetření jsme se také zajímali, jak by se respondenti domluvili s pacientem, pokud by neznali jeho řeč. Většina dotázaných se shodovala na podobných odpovědích. S3, S4, S8, S10 a S14 se shodují na tom, že by se zkusily dorozumět prostřednictvím

členů rodiny. S3 také dodává, že by se zkusila dorozumět prostřednictvím svých kolegyň nebo ukázky: „*Tak prostřednictvím kolegyň, rodiny, obrázků nebo praktické ukázky.*“ S4 by navíc zkusila sehnat překladatele: „*Jak jsem již uvedla, snažila bych se sehnat příbuzné, jestli oni náhodou nerozumí našemu jazyku, nebo bych se snažila sehnat překladatele.*“ S8 by se ještě snažila zjistit, zda se pacient dokáže dorozumět světoznámým jazykem a rodiny, zda je ochotna překládat: „*Zeptala bych se, zda je schopný dorozumívat se světovým jazykem. Zeptala bych se někoho z kolegů nebo příslušníků rodiny, zda by byli ochotni překládat.*“ S14 ale upozorňuje, že u členů rodiny musíme dávat pozor na citlivost tématu: „*Nejdříve bych to zkusila přes angličtinu, pokud by to nepomohlo, tak bych se to snažila pacientovi ukázat, nebo kdyby někdo z rodiny rozuměl, tak asi přes něj. U té rodiny bych si ale dávala pozor vzhledem k citlivosti tématu.*“ S10 by jako další možnosti využila slovníky nebo tlumočníky: „*Asi bych nejdřív právě zkusil toho pacienta rodinu, slovníky, ukázky, někde mají k dispozici i tlumočníky.*“ Jak již zmiňuje S10, mezi časté odpovědi respondentů patřilo i využití slovníků a překladačů. Tyto možnosti by kromě jiných využila i S1, S2, S9, S11, S15, S16, S18, S19, S20 a S21. S1 dodává i využití praktické ukázky: „*Ukazuju mu, co chci udělat nebo zkouším google překladač.*“ Překladač by využila i S2: „*No já asi těžko. Asi bych ty pacienty poslala za paní doktorkou nebo bych si asi našla na internetu google překladač a zkusila bych to přes to. Možná bych si vzpomněla na něco z ruštiny.*“ S9 by zkusila navíc najít někoho, kdo jazyk umí. Také by využila obrázky stejně jako S3: „*Tak buď bych hledala někoho, kdo tu řeč umí, nebo pomocí googlu, možná bych zkusila i nějaký obrázky.*“ (S9) S11 a S21 by kromě slovníku a překladače spoléhaly na využití svých jazykových znalostí: „*Tak já umím docela dobře anglicky, trochu i německy, tak je to snazší. A nevím, asi pomocí google překladače nebo bych se mu to snažil ukázat.*“ (S11) „*Pokud by to byla angličtina, tak bych se dorozuměla. Jinak slovník či překladatelka.*“ (S21) Překladatele by dále volily S15, S16, S17 a S18. Sestry S5, S6, S7, S12, S13 a S15 se také často shodovaly na tom, že by využily praktickou ukázkou, obrázky nebo osobu, která řeč zná. „*Už se mi to párkrát stalo a většinou pomohly názorné ukázky a dorozumívání gesty, popřípadě kreslení.*“ (S13) „*Umím docela anglicky, tak zkouším tu, když to nepomáhá, tak různě ukazuju a snažím se jim nějak vysvětlit, co budu dělat.*“ (S12) Praktickou ukázkou by využila i S6: „*No já bych používala asi ruce, různě bych se jim to nějak snažila ukázat.*“ S15 by kromě již uvedené praktické ukázky, překladače a překladatele využila komunikační karty nebo telefonický překlad: „*Překladač, názorná ukázka, komunikační karty, Sophia, to je*

telefonická služba a tlumočení.“ Podobně by tuto situaci řešila i S16: *„Překladač, komunikační karty na stránkách Ministerstva zdravotnictví, telefonický překlad a tlumočnick, pokud přijde s pacientem.*“ S17 by využila jazykové listy.

Kromě komunikační bariéry sestry musí řešit i jiné problémy. S2 zmiňuje, že se setkává s odmítáním léků u vietnamské minority, což se snaží řešit podáním dostatečného množství informací a důvodů: *„Takže se jim snažíme vysvětlit důvody, proč to tak musí být.*“ S problémy ohledně stravy se setkává S3, S4, S11 a S14. S3 řeší odmítání stravy tím, že zajistí dietu dle jejich potřeb nebo stravu zajistí rodina: *„Takže buď se jim objedná vegetariánská dieta, nebo ji většinou zajišťuje rodina.*“ S předchozími souhlasí i S14 a tyto obtíže ohledně stravy konzultuje s rodinou: *„S tou stravou byl problém u muslimů. Tam je pak nejlepší se domluvit s rodinou, aby tu stravu zajišťovala.*“ S4 a S11 jsou toho názoru, že je důležité respektovat přání pacienta: *„Vždy je důležité respektovat jejich přání a domluvit se na nějaké střední cestě. Z toho vychází, že je důležité s pacientem komunikovat, například skrz rodinu, rodina může zajišťovat i stravu, nějak se to vždy zvládne.*“ (S11) S4 dodává, že je vhodné akceptovat přání ohledně pacientovy diety: *„Snažím se k pacientovi přistupovat tak, abych dodržovala jeho přání například v oblasti stravování.*“ Další obtíží, se kterou se sestry setkávají, jsou početné návštěvy u pacientů, především u Romů. S5 udává, že tyto problémy řeší se staniční sestrou a snaží se tyto návštěvy tolerovat: *„Tyto problémy konzultuji se staniční sestrou... to se snažíme tolerovat, ale pouze za určitých podmínek.*“ Stejný přístup má i S13: *„U romských pacientů jde o početné návštěvy, které povětšinou tolerujeme.*“ S14 se pacientům více snaží vysvětlit, proč s nimi rodina nemůže zůstat: *„Také chápeme, že rodina je pro ně velmi důležitá a návštěvy se snažíme respektovat, ale také záleží, zda jsou na pokoji sami, nebo jsou tam i další pacienti, kteří si přejí odpočívat. Je ale nutné pacientům vysvětlit, proč zrovna s nimi teď rodina nemůže být, aby to nevedlo ke zbytečné agresi a nespolupráci.*“ Sestry se také u Romů setkávají shlukem. S9 zmiňuje, že se pacienty snaží upozornit, ale ne vždy se setkají s pozitivní odezvou: *„U těch Romů je to těžký, když jim něco řekneme, hned na nás křičí, že jsme rasisti a podobně. Snažíme se mít vždy situaci pod kontrolou.*“ U Romů se sestry také setkávají s nadměrnou citlivostí, agresivitou a strachem z bolesti, ale se strachem se setkávají i u ostatních pacientů. S6 udává, že agresivitu se snaží řešit podáním informací: *„Všelijak, snažíme se je uklidnit, vše vysvětlit.*“ Nízký práh bolesti a strach se dle S13 řeší s lékařem: *„Pacientovi důvěřujeme, ale prověřujeme. Problémy se hlásí lékaři, s pacientem se snažíme domluvit na optimálním řešení a dostatečně ho o*

všem informovat.“ S10 říká, že je důležitá vzájemná důvěra: „*Nejdůležitější je navození důvěry mezi náma a pacientem, protože pak tyto problémy můžeme rychleji vyřešit nebo jim i předcházet.*“ S navozením důvěry souhlasí s S10 i S14: „*Kdybych to měla shrnout, tak je zásadní podávat dostatečně informací a získat si jeho důvěru a respektovat ho.*“ Podobný názor má i S11, která říká, že by se mělo pacientovo přání respektovat: „*Vždy je vhodné respektovat jejich přání a domluvit se na nějaké střední cestě.*“

3. Pacient cizinec- aktuální situace ve zdravotnictví

Součástí rozhovoru se sestrami bylo hodnocení současné situace ve smyslu, zda si myslí, že se počet pacientů jiné kultury zvyšuje, snižuje nebo stagnuje, proč se tak děje a zda je personál na odlišnosti připravený. Dle S17 se tato problematika více diskutuje: „*Je to aktuální téma.*“ S1, S2, S6, S7, S9, S12, S13 a S15 hodnotí současnou situaci dobře, dle jejich názor se počet zvyšuje důsledkem cestování: „*Asi dobře. Tak určitě se za poslední léta počet zvýšil, dřív jsem se setkávala třeba jen s Polákama nebo Ukrajinci, ale v dnešní době tím, jak lidé více cestují, se setkáváme s něma častěji.*“ (S1) „*Ano, přibývá více cizinců k hospitalizaci v nemocnici, ale to nevadí, jsou to turisté.*“ (S15) S2 navíc podotýká, že ošetrovatelský personál se snaží přistupovat k pacientovi s úctou a respektem: „*Já myslím, že se snažíme všichni přistupovat k pacientům s úctou a respektem a tak, a aby jim náš postup nebyl nějakým způsobem nekomfortní. I pacienti jiné kultury mají obtíže stejně jako obyvatelé naší země a během prázdnin nebo dovolených cestují lidé jak do České republiky, tak i my cestujeme do zahraničí.*“ S6 zmiňuje, že v létě ošetřují více cizinců kvůli turismu, také jsou podle jejího názoru mladší sestry na péči lépe připravené: „*Tak určitě stoupá, to tady můžu stoprocentně říct, protože denně se tady vymění pacientů, takže určitě se počet zvyšuje a nejsou to jenom ti, co tady bydlí, ale v létě jsou to i turisté. Myslím si, že mladé, ne že bych byla stará, jsou na to lépe připraveni, ve škole se učí jazyky, takže je to pro ně trochu lehčí.*“ S nárůstem pacientů jiné kultury souhlasí i S7, která také zmiňuje stěhování lidí více za prací, dále také udává častější cestování: „*Tak počet se podle mě zvyšuje, je to způsobený tím, že lidí se více stěhují za prací a i více cestují. Myslím si, že jako sestry získáváme spíše informace z praxe.*“ I podle S9 se lidé více stěhují za prací a cestují než dříve: „*Dnes hodně lidí cestuje po světě nebo se i stěhují, např. kvůli práci, takže je velmi časté, že se v nemocnicích setkávají s cizinci a to nejen u nás v České republice. Přijde mi, že u nás na to není personál připraven.*“ Podle S3 není

zdravotnictví na nárůst pacientů jiné kultury připraveno: „*Ne tak špatně, ale mohlo by to být lepší, myslím si, že na ten nárůst a rozmanitost nejsme tak připraveni a nemáme až takové pomůcky a vybavení k uspokojování potřeb všech pacientů.*“ S4 je navíc toho názoru, že sestry nemají dostatečné znalosti: „*Myslím si, že většina sester nemá dostatek informací o různých etnických skupinách.*“ Naopak S5 podotýká, že sice současný stav není úplně dobrý, ale že vzdělávání sester pomáhá sestřám se více orientovat v této problematice a pomáhá jim situaci zlepšovat: „*Přijde mi, že současný stav není úplně perfektní, ale velmi dobře se na tom pracuje. Sestry, které studují na VŠ jsou s tímto tématem podrobně seznamovány a do praxe dobře připraveny.*“ S8 udává, že neví, jestli jsou všude na nárůst těchto pacientů připraveni, také dodává, že starší sestry mohou mít problém s ošetřováním pacienta jiné kultury: „*V dnešní době se setkáváme více s odlišnými pacienty, nevím, jestli jsou na to všude připraveni. Některé sestry, hlavně ty starší, mají podle mě více problém takového pacienta pochopit.*“ S tím, že není personál připraven, souhlasí i S10. S10 je toho názoru, že personál neumí s pacientem jiné kultury správně komunikovat: „*Z této problematiky toho personál moc neví, málokdo ví, jak správně s tím pacientem komunikovat, přitom jich je čím dál víc a moc na to nejsme připraveni.*“ S11 hodnotí situaci neutrálně, jelikož pracuje ve větším městě, setkává se více s pacienty jiné kultury než v městech menších. Stejně jako S8 a S10 si myslí, že personál na tyto pacienty není dostatečně připraven: „*Ne tak špatně, ani ne tak dobře. Jelikož jsme velké město, je zde více cizinců a celkově pacientů jiné kultury, než v menších městech, kde se spíše setkávají jen s Romy nebo Vietnamci. To u nás taky, ale setkáváme se i s pacienty jiného náboženství. Nemyslím si, že jsme na to celkově připraveni.*“ Naopak S12 pracuje v menší nemocnici a říká, že se s kulturními rozdíly až tak často neseťkává, ale i přes to dodává, že se počet pacientů jiné kultury zvyšuje: „*Jelikož pracuji v menší okresní nemocnici, tak musím říci, že zde se tolik s kulturními rozdíly nepotýkáme. Určitě si myslím, že se v souvislosti s trendem cestování zvyšuje počet hospitalizací pacientů jiné kultury... nevím, jak je tomu na jiných odděleních a v jiným nemocnicích, ale na našem oddělení jsme se vždy snažili vyjít pacientům vstříc a dle možností se na všem domluvit.*“ Podle S12 a S14 má setkání s pacienty klady i zápory, S12 mezi klady řadí poznání nových přístupů a mezi negativa narůstající obtíže: „*V dnešní době se setkáváme s více a více cizinci, protože až už chceme nebo ne, tak lidí se více stěhují a cestují, Má to i své výhody i nevýhody, protože můžeme poznat a zjistit nové věci a přístupy, na druhou stranu se zase setkáváme s různými problémy.*“ S14 mezi výhody řadí získávání nových vědomostí, praktik a

rychlejší technologický rozvoj, mezi nevýhody řadí problémy spojené s komunikační bariérou, nepřipraveností personálu a vzájemnou nedůvěrou: *„Podle mě má tento multikulturní trend výhody i nevýhody. Mezi výhody patří získávání nových vědomostí a zkušeností, nových praktik a způsobů péče, také přináší rychlejší technologický rozvoj. Mezi nevýhody patří komunikační bariéra, nepřipravenost na ty jednotlivé odlišnosti v péči a vzájemná nedůvěra. Když se řekne kultura, musíme si uvědomit, že je to široký pojem, který zahrnuje celou řadu lidí různého vyznání a z různé země a téměř každá kultura má svá specifika.“* S14 je také toho názoru, že se počet pacientů jiné kultury zvyšuje: *„Tak hodně lidí přichází do větších měst za prací, to i z ciziny, to samé studenti, kteří zde pobývají v rámci různých pobytů a výjezdů.“* S19 nemá dostatek zkušeností: *„Nevím, nemám dostatek zkušeností.“* S16, S18, S20 a S21 se k této problematice nevyjádřily.

5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na sestru a na péči o pacienty jiné kultury. Během vlastní praxe na různých odděleních se s těmito pacienty setkávám, proto si myslím, že je důležité se na tuto problematiku zaměřit. Dle mého názoru je setkání s pacienty jiné kultury stále častější a nárůst bude dále pokračovat, protože lidé více cestují, ať už za prací, za studiem, na dovolenou nebo i jiných důvodů. Špidurová et al. (2006) říkají, že významným fenoménem současnosti je migrace lidí a zdravotnický personál by měl být na tuto problematiku připraven, sestry by měly disponovat znalostmi pro poskytování kulturní specifické péče. Od toho se odvíjí i kvalita poskytované péče. *„Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů/klientů, což vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti“* (Kutnohorská, 2013, s. 10).

V bakalářské práci byly zvoleny dva cíle, prvním cílem bylo zmapovat, jak sestry vnímají péči o pacienta jiné kultury. Druhým cílem bylo pojmenovat nejčastější problémy, které sestry vnímají při péči o pacienta jiné kultury. Pro zjištění potřebných informací jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 21 sester, výzkumné šetření probíhalo od podzimu 2018 do jara 2019 a získaná data byla analyzována formou tužka a papír, kdy data byla uspořádána do kategorií a podkategorií.

Součástí výzkumného šetření bylo hodnocení aktuální situace. Sestry se většinou shodovaly na nárůstu hospitalizací pacientů jiné kultury, kde jako hlavní důvod udávaly cestování. Sestry se setkávají jak s pacienty, kteří na našem území žijí nebo mají povolení k pobytu, tak i s turisty. Také dodávaly, že zdravotnictví a zdravotnický personál není na nárůst těchto pacientů dostatečně připraven a neumí s pacienty jiné kultury správně komunikovat. To potvrzují i mé zkušenosti z praxe, kdy ošetrovatelský personál občas netuší, jak s pacienty komunikovat a neumí jim vysvětlit, co potřebují. To mě vede k uvědomění, že nedostatečná a nekvalitní komunikace může způsobit zbytečné problémy, kterým by se ovšem dalo snadno předcházet. S5 říká: *„Sestry, které studují na VŠ, jsou s tímto tématem podrobně seznamovány a do praxe dobře připraveny.“* Z toho můžeme usoudit, že vzdělání pomáhá sestrám lépe se v této problematice orientovat. S tímto mohu souhlasit, na vysoké škole jsou sestry vzdělávány v oblasti multikulturního ošetrovatelství, což by mělo pomoci připravenosti na různé obtíže, se kterými se můžeme setkat. To se celkově prokázalo v celém

výzkumném šetření, kdy sestry s vysokoškolským vzděláním odpovídaly odlišným způsobem, sama za sebe mohu říci, že i během praxe jsem pozorovala, že tyto sestry jsou více znalé v dané problematice. Některé sestry se středoškolským vzděláním různá specifika znají, ale zjistily je až později v průběhu vlastní práce. Sestry zmiňují i kladné dopady, např. poznávání nových věcí, přístupů, znalostí a technologický rozvoj.

Sestry se během své praxe nejčastěji setkávají s Romy, Vietnamci a Ukrajinci, s čímž souhlasí i Kobzová (2018), která shodně zjistila, že sestry se nejvíce setkávají s romskou, vietnamskou a ukrajinskou minoritou. Dále v našem výzkumném šetření sestry udávaly kontakt s Němci (S3, S5, S9, S10, S14), Poláky (S3, S5, S8, S9, S10), Rusy (S9, S10, S14), z náboženského hlediska udávaly kontakt s věřícími z římskokatolické církve (S2, S5, S10, S11, S13, S14), také byla zmíněna muslimská minorita (S5, S14) a církev Jehovova (S2, S14). Římskokatolická církev byla velmi často zmiňována ve spojitosti se staršími občany. Dle ČSÚ (2004) se v roce 2001 hlásilo k římskokatolické církvi přibližně 2, 5 milionu obyvatel, v roce 2011 počet klesl na 1 milion (ČSÚ, 2011). Tento pokles je nejspíše z toho důvodu, že mladší generace bývá často ateistická. Když se podíváme na výzkumné šetření Kostelníkové a Kiseřové (2011), zjistíme, že i na Slovensku se respondenti nejvíce setkávají s romskou a vietnamskou minoritou, dále byla také zmiňována polská a česká národnost. V porovnání s výsledky z roku 2011 Kousalová (2011) zjistila, že pouze malá část sester se setkává při ošetřování s Romy, takže můžeme vidět nárůst hospitalizace této kultury. Mezi důvody bych nejspíše zařadila nesprávný životní styl, protože Romové nemají dostatek fyzické aktivity, dále špatné stravovací návyky a nedodržování léčebného režimu. Dále v rámci našeho výzkumného šetření byla zjišťována četnost setkání sester s pacienty jiné kultury. Odpovědi byly různé, sestry pracující v ambulantní péči a u praktického lékaře udávaly častější kontakt s pacientem jiné kultury než sestry pracující v lůžkovém zařízení. Tím jsem si potvrdila své vlastní očekávání, jelikož tyto sestry se denně setkávají s větším množstvím pacientů, a proto je zde větší pravděpodobnost setkání s pacientem jiné kultury. S2 pracující u praktického lékaře také dodávala, že se s těmito pacienty nejvíce setkává v únoru a březnu, což může být způsobeno nástupem chřipkového období, S9 zmiňovala léto, nejspíše kvůli častému cestování.

Zjišťovali jsme, jak sestry vnímají péči o pacienta jiné kultury. Většina sester se shodovalo na tom, že se snaží vnímat pacienta jiné kultury stejně jako všechny ostatní pacienty a nedělat mezi nimi rozdíly. Ostatní sestry zmiňovaly vliv předsudků, strach z kontaktu s pacientem jiné kultury, ale že také záleží na přístupu pacienta. S9 se více

na pacienta soustředí, jak sama říká: „*Vnímám ho jako někoho, kdo je v neznámém prostředí a potřebuje někoho, komu může důvěřovat, takže se mu snažím být oporou.*“ Sestry také zmiňovaly předsudky vůči pacientům. S2, S3, S8, S13 a S14 dodávaly, že se snaží předsudkům a prvnímu dojmu vyhýbat. To, jak pacienta jiné kultury sestry vnímají, se může měnit i s nárůstem zkušeností, S12 a S14 totiž zmiňují, že se naučily vnímat všechny pacienty stejně až během své praxe, kdy se s nimi setkávaly. S14 také udávala, že ostatní sestry někdy minimalizují kontakt s pacientem jiné kultury právě kvůli předsudkům, především vůči Romům a jejich agresivitě. Myslím si, že předsudky mohou být spojeny s nedostatkem vědomostí a zkušeností. Předsudky, především vůči Romům, se objevují zejména kvůli špatné zkušenosti s členem určité kultury nebo také zprávami, které se objevují na internetu a v televizi. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že sestry vnímají předsudky vůči pacientům jiné kultury, některé se je snaží potlačit a přistupují k pacientovi jako ke každému, jiné je naopak dávají najevo. Sestra by měla pečovat o pacienta dle svých vědomostí a dovedností a vyhnout se chybám při posuzování pacienta. Jak uvádí Plevová et al. (2011), při komunikaci s pacienty z jiné kultury bychom se měli snažit vyhnout předsudkům a kulturním bariérám. Šedivcová (2017) ve svém výzkumném šetření zjistila, že většina nemá vůči Romům předsudky. V našem výzkumném šetření S13 a S14 přímo uvedly předsudky vůči Romům, a to buď ze své strany, nebo ze strany ostatních sester.

S touto problematikou souvisel i přístup k pacientovi, kdy se nadpoloviční většina sester snaží ke všem pacientům přistupovat stejně. Také zmiňují zvýšenou trpělivost, respekt k jejich přáním, požadavkům a kultuře, ale zároveň záleží na přístupu pacienta a jeho chování vůči sestře. Sestry zde kladly důraz na efektivní komunikaci. Zajímavé zde bylo zjištění ohledně hodnocení přístupu ostatních sester, kde sestry relativně často udávaly rozdílnost v závislosti na věku a směně. S5 a S9 jsou totiž toho názoru, že mladší sestry se více o pacienty zajímají a hledají různé možnosti, jak se s pacientem vzájemně pochopit, naopak starší sestry hodnotí spíše negativně. Dále také sestry dodávaly spojitost se směnou, některé sestry se zajímaly a byly empatické, jiné zase kontakt spíše minimalizovaly. S tím mohu souhlasit, na praxi jsem se také setkávala se sestrami, které kontakt s pacientem jiné kultury snižovaly na minimum. A příčiny? Já si myslím, že na prvním místě je to syndrom vyhoření. Sestry ztrácí zájem o pacienta, svoji práci vnímají jako stereotyp a vyhýbají se kontaktům s pacienty. Další příčinou může být vzdělání, protože většina mladších sester má vystudovanou vysokou školu a

jsou si vědomy jednotlivých odlišností mezi jednotlivými kulturami, také více znají jazyk, takže se méně obávají jazykové bariéry.

Druhým cílem bylo zmapovat nejčastější problémy, které sestry vnímají při péči o pacienta jiné kultury. Během výzkumného šetření bylo zjištěno mnoho problémů, mezi nejčastější patřila komunikační bariéra, ale také předsudky, časté, hlučné a dlouhotrvající návštěvy, obtíže se stravou, agrese, prostor a klid při modlení, stud a strach. Ve výzkumném šetření se ukázalo, že problémy, se kterými se sestry setkávají, se často shodují s informacemi získané z literatury a některé výsledky souhlasí i s jinými výzkumy. Dle Kobzové (2018) respondenti mezi nejčastější problémy řadí jazykovou bariéru, stravu, komunikaci, kulturní zvyky a spolupráci. S porovnáním se vzdálenějšími zeměmi, Amiri et al. (2016) ve svém výzkumu, který byl realizován v Íránu, podotýká, že i zdejší zdravotnický personál se s jazykovou bariérou setkává velmi často. Respondenti našeho výzkumného šetření se nejvíce setkávají s jazykovou bariérou, kdy většina sester udává komunikační potíže. Tyto potíže jsou především udávány u pacientů cizinců. Zajímavé je, že i Kousalová (2011) zjistila, že se respondenti nejvíce setkávají s komunikační bariérou. Za poslední roky nedošlo k téměř žádnému posunu v této problematice, i když se o ní ví a často mluví. Myslím si, že komunikace je ve zdravotnictví žádoucí, slouží nejenom k získávání informací od pacienta a k poskytování informací pacientovi, ale celkově slouží k identifikaci jeho potřeb, k vzájemnému porozumění a edukaci. Sestry řeší komunikační potíže prostřednictvím znalostí cizího jazyka, ať již svých, nebo kolegů, dále také pomocí neverbální komunikace nebo překladače. Také v případě potřeby využívají člena rodiny, ale jak udává S14, v tomto případě bychom si měli uvědomit citlivost tématu a jestli je vhodné situaci řešit prostřednictvím rodiny. Sestry také zmiňovaly využití tlumočnicků, komunikačních karet a telefonických služeb. Tlumočení po telefonu jsem slyšela poprvé a přijde mi to jako zajímavý a dobrý způsob řešení komunikační bariéry. Dle Kobzové (2018) se sestry shodují na využití překladače, pantomimy a znalosti cizího jazyka k dorozumění s pacientem. Kostelníková a Kisel'ová (2011) podotýkají, že většina respondentů využívá neverbální komunikaci (především gestiku, haptiku, posturiku), stejně jako sestry v našem výzkumném šetření. Dnes již máme mnoho možností, jak se můžeme s pacientem dorozumět, i když neznáme jeho jazyk. Pacientovi můžeme zkusit předvést praktickou ukázkou, která bývá účinná především u pacientů, kteří znají základy z českého jazyka, ale je zde mnoho dalších možností, máme k dispozici pomůcky (např. piktogramy), slovníky, které si můžeme stáhnout do mobilních telefonů, nebo se také

rozvíjí služby tlumočnicků. Překvapující na našem výzkumném šetření je skutečnost, že sestry sice udávaly, že by využily služby tlumočnicka, ale prakticky je využívají jen málokdy. Komunikační karty byly zmíněny pouze S15 a S16, dle výzkumu Kostelníkové a Kiseřové (2011) je sestry nevyžívají. Myslím si, že je to škoda, protože je to velmi účinný způsob komunikace. Jestliže se vyskytuje komunikační bariéra mezi pacientem a ošetřujícím personálem, je důležitá zpětná vazba. Zdravotníci by si měli ověřit, zda jim pacient porozuměl správným způsobem a chápe všechny pokyny a rady.

Ve výzkumném šetření S3, S9, S11 a S14 udávaly potíže se stravováním pacientů. Důvodem bylo jeho odmítání, především muslimy, nebo nastolení určitých specifických požadavků. Je známo, že v řadě náboženství jsou různé zákazy v oblasti stravování. S14 se zmiňuje o tom, že se mohou u Ukrajinců vyskytovat problémy v souvislosti s půsty. Ukrajinci jsou často pravoslavného vyznání a jejich půsty jsou přísnější než římskokatolické (Plevová et al., 2011). Michálková (2013) ale zjistila, že 59 % respondentů z pravoslavné církve nedodrжуje půst během hospitalizace, o čemž se naši respondenti nezmiňují. Respondenti se shodovali na tom, že pacientovi objednávali vyhovující dietu či stravu zajišťovala rodina. Tyto problémy se většinou týkaly věřících pacientů. Kobzová (2018) zjistila, že sestry řešily tyto potíže stejným způsobem. Také Šedivcová (2017) ale ve svém výzkumu udává, že rodina zabezpečovala stravu i Romům, ale s tím jsme se v našem výzkumném šetření nesetkali. To potvrzují i mé zkušenosti, pacientům se vždy snažilo vyhovět, nikdy jsem se nesetkala s žádným větším problémem. Myslím si, že zdravotnický personál by měl tuto skutečnost respektovat, navíc je tato obtíž relativně snadno řešitelná, protože pokud pacientovi nebude vyhovovat žádná z diet, může stravu zajišťovat rodina. Důležité je s pacientem komunikovat a zjistit jeho stravovací návyky a zvyklosti.

Sestry se často setkávají s různými potížemi u Romů, nejvíce s častými a hlučnými návštěvami, agresivitou a vulgaritou, nedodrжováním režimu, opakováním informací nebo se silnými emocemi jako je strach z bolesti a o zdraví. Agresivita bývá často spojena s neuspokojením jejich potřeb. Tyto potíže se snaží respondenti vyřešit domluvou. S tím jsem se během své praxe také setkala, Romy většinou navštěvovala početná rodina, takže pokud to bylo možné, vždy jsme je zavedli např. do jídelny, aby ostatní pacienti mohli odpočívat. Obraz tohoto chování je pro Romy charakteristický, naše výsledky se shodují s literaturou i s jinými výzkumy. Ve výzkumném šetření Kobzová (2018) udává, že sestry se setkávají s problémovou komunikací, vulgarismy, hlučnými návštěvami, také s tím, že pacienti neposlouchají. Šedivcová (2017) zase

udává, že sestry vnímají snížený práh bolesti u Romů. Také dodává, že respondenti musí pacientovi často opakovat informace a celý výzkumný soubor se shodl na početných návštěvách. Jak je známo, pro Romy je rodina velmi důležitá, proto by měl být ošetrovatelský personál na tuto potíže připraven. Vždy je žádoucí pacientovi dostatečně vysvětlit, proč s ním rodina v danou chvíli nemůže být, je vhodné najít vzájemné pochopení a kompromis.

Dále jsme se ve výzkumném šetření zabývali předcházení kulturnímu šoku. Výsledky byly celkem zajímavé, odpovědi sester obsahovaly celou škálu možností, od těch pozitivních po negativní. Část respondentů předchází kulturnímu šoku zájmem o pacienta, především se snaží, aby se cítil dobře a všemu rozuměl. Dále sestry také udávají, že se pacienta jiné kultury snaží seznámit s prostředím, se spolupacienty, vysvětlit mu průběh vyšetření tak, aby vše pochopil. Podle mě je to velmi důležité, protože když nám pacient může důvěřovat, svěří se nám se svými problémy a vede to ke zlepšení spolupráce. Na druhou stranu S1 a S19 kulturnímu šoku nepředchází a další tři sestry nevěděly odpověď, což mě zavádí k otázce, jestli ví, co pojem kulturní šok znamená. Tyto sestry zároveň ani neprojevíly zájem o doplnění informací.

Ve výzkumném šetření jsme se také sester ptali, zda by měly zájem o doplnění znalostí či ne. Z celkových 21 sester 9 z nich nepovažuje doplnění znalostí za potřebné. Důvodem bylo to, že to není nutné a člověk si znalosti získává i v praxi. To je sice pravda, že během praxe zdravotnický personál získává zkušenosti, ale není s problémy předem obeznámen, takže neví, co vše ho může potkat při setkání s pacientem jiné kultury a nemůže se na to připravit. Ostatní sestry by uvítaly doplnění znalostí formou přednášky nebo semináře, některé udávaly, že pouze jednorázově. Myslím si, že je dobře, že sestry mají zájem o doplnění znalostí, protože je to důkaz toho, že mají zájem o pacienta a o další vzdělávání. Zajímavá odpověď byla od S14, která by i uvítala setkání se sdílením zkušeností ostatních sester. Když se podíváme na výsledky jiných výzkumných řešení, zjistíme, že naše jsou vcelku pozitivnější. Kobzová (2018) udává, že více než polovina dotázaných nestojí o doplnění znalostí. Je škoda, že více sester nemá zájem o doplnění znalostí v této problematice, protože pak by lépe zvládaly různé obtíže. Kousalová (2011) i před 8 lety v rámci svého výzkumného šetření zjistila, že kolem 55 % dotazovaných mělo zájem o doplnění informací, což je podobné i našim výsledkům.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá péčí o pacienty jiné kultury. Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství je aktuální téma, kde se snažíme zjistit specifika jednotlivých kultur a následně poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle a dvě výzkumné otázky.

Výsledky byly zjišťovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími v nemocniční lůžkové a ambulantní péči. Výzkumný soubor byl záměrný. První cílem bylo zmapovat, jak sestry vnímají péči o pacienta jiné kultury. Většina respondentů se shodla, že se pacienty jiné kultury snaží vnímat stejně jako ostatní pacienty. Také udávaly vyhýbání se předsudkům a prvnímu dojmu, i když někteří jejich vliv pocítují. Dále bylo ve výzkumném šetření zjištěno, že sestry usilují o respektování pacienta, jeho přání a požadavků.

Druhým cílem bylo zmapovat nejčastější problémy, které sestry vnímají při péči o pacienta jiné kultury. Zde jsme zjistili širokou škálu problémů, mezi nejčastější patřila komunikační bariéra, hlučné s početné návštěvy u pacientů, agrese, problémy ohledně stravování, předsudky, strach nebo stud.

Výsledky práce mohou být použity k prezentaci na odborné konferenci nebo v odborném tisku. Ráda bych závěrem zmínila má doporučení, která by mohla usnadnit kontakt s pacientem jiné kultury. Na oddělení, kde se setkávají s pacienty jiné kultury poměrně často, bych pořídila slovníky, protože ne všechny sestry umí zacházet s mobilními nebo internetovými slovníky. Také si myslím, že by nemocnice mohla uspořádat a nabízet kurzy cizích jazyků, protože sestry, co jazyk umí, by se mohly dále rozvíjet a jiné by se mohly naučit základy. Jak již zmiňovaly sestry ve výzkumném souboru, uvítaly by přednášku nebo seminář. Zde by byly informovány o odlišnostech jednotlivých kultur nebo by si zde mohly sdílet vlastní zkušenosti. Za poslední roky dochází k posunu, ale myslím si, že je stále co zlepšovat, protože jak jsem si mohla potvrdit, stále se setkáváme s podobnými problémy a neumíme je řádně řešit a vyvarovat se jim.

7 Seznam informačních zdrojů

1. ABITZ, T., 2016. Cultural Congruence and Infusion Nursing Practise. *The Art and Science of Infusion Nursing*. 39 (2), 75 -79. doi: 10.1097/NAN.0000000000000157
2. AMIRI, R., HEYDARI, A. et al., 2016. *Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad- Iran: A Qualitative Study* [online]. PubMed. Global Journal of Health Science [cit 2019-3-8]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4965668/>
3. ARIAS, S., LOPEZ, L., 2016. *The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis* [online]. PubMed. Rev Lat Am Enfermagem [cit. 2018.05.06]. doi: 10.1590/1518-8345.1052.2718. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964299/>
4. BALVÍN, J., 2011. *Andragogika a filozofie: V aplikaci na romskou kulturu*. Praha: Hnutí R. 177 s. ISBN 978-80-86798-15-8.
5. CANG WONG, C. et al., 2009. *Nursing Responses to Transcultural Encounters: What nursers draw on When Faced with a Patient from Another Culture* [online]. PubMed. The Pemanente Journal [cit 2018-11-5]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911805/>
6. *Cizinci*, 2018. [online]. Český statistický úřad. [cit 2018-11-1]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>
7. ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978- 80-247-5414-7.
8. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, © 2017. [online]. Česká asociace sester. [cit 2018-12-2]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>
9. HÁJEK, M., BAHBOUH, CH., 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, prevence a komunikace*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
10. HORÁKOVÁ, M., PROCHÁSKA, P, PEKARA, J. 2011. *Zvyky a specifika romské minority při ošetrovatelské péči v ČR*. In: NYKLEWICZ, W. (eds). *Pielęgniarstwo ponad granicami*. Łódź : Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. s. 68 - 72. ISBN 978-83-906824-1-9.
11. HUDÁČKOVÁ, A., 2012. Ukrajinská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 53 - 83. ISBN 978-80-7387-645-6.

12. IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
13. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
14. KAČOROVÁ, J., 2010. *Kultúrne kompetencie v multikulturnej Európe*. In: HALUZÍKOVÁ, J., ARCHALOUSOVÁ, A. *Cesta k profesionálnému ošetrovatelství: V. sborník příspěvků*. Opava: Slezská univerzita, s. 110-112. ISBN 978-80-7248-607-6.
15. KALEJA, M. et al., 2012. *Romové- otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 204 s. ISBN 978-80-7464-175-6.
16. KOBER, L., KOVALČÍKOVÁ, K., SISKA, V., 2011. Ošetrovatelstvo a rómska komunita. IN: NYKLEWICZ, W. (eds). *Pielęgniarnstwo ponad granicami*. Łódź: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. s. 7 – 13. ISBN 978-83-60942-99-4.
17. KOBZOVÁ, A. 2018. *Transkulturní odlišnosti v péči o dětského pacienta*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
18. KOPECKÁ, K. et al., 2008. *Zdravotnická etika*. Martin: Osveta. 120 s. ISBN 978-80-8063-6.
19. KOSTELNÍKOVÁ, S., KISELOVÁ, V. 2011. *Skúsenosti v komunikácii sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť pacientom z rôznych kultúr na Slovensku*. In: NYKLEWICZ, W. (eds). *Pielęgniarnstwo ponad granicami*. Łódź: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. s. 88-98. ISBN 978-83-60942-99-4.
20. KOUSALOVÁ, R. 2011. *Role sestry při poskytování péče pacientům- cizincům*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
22. LONGO, L., SLATER, S., 2014. *Challenges in providing culturally - competent care to patients with metastatic brain tumours and their families* [online]. Canadian Journal of Neuroscience Nursing [cit 2018-11-12]. Dostupné z: <https://www.cann.ca/~ASSETS/DOCUMENT/ARTICLES/CJNN-36-2-2014%20-%20Longo.pdf>
23. MAJERČÍKOVÁ, K., WICZMÁNDYOVÁ, D., 2010. *Osobnostné predpoklady sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti*. In: HALUZÍKOVÁ, J.,

- ARCHALOUSOVÁ, A. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství: V. sborník příspěvků*. Opava: Slezská univerzita, s. 110-112. ISBN 978-80-7248-607-6.
24. MCCARTHY, J. et al., 2013. Conversation through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*. Vol 22, No 16, 335-339. Doi: 10.1296
25. MCCLIMENS, A. et al., 2014. *Recognising and respecting patients' cultural diversity*. *Art and Science research* [online]. Pubmed. Nursing Standart [cit 2018-11-11]. Doi: 10.7748/ns2014.03.28.28.45.e8148. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617404>
26. *Migrace*, © 2018. [online]. Ministerstvo vnitra České republiky. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/migrace/clanek/migrace-web-uvod-migrace.aspx>
27. MICHÁLKOVÁ, H., 2013. Specifika přístupu ke zdraví u příslušníků pravoslavné církve a mormonů. *Florence*. 13(5). 28-30. ISSN 1801-464X.
28. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. 2004. [online]. Český statistický úřad. [cit 2019-3-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/57004fa0e2>
29. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Federace židovských obcí. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 121-151. ISBN 978-80-7387-645-6.
30. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 21-52. ISBN 978-80-7387-645-6.
31. NOVYSEDLÁKOVÁ, M., HUDÁKOVÁ, Z., 2011. *Príprava študentov na ošetrovanie pacienta iného etnika*. In: NYKLEWICZ, W. (eds). *Pielęgniarnstwo ponad granicami*. Łódź : Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. s. 202-209. ISBN 978-83-906824-1-9.
32. *Obecně o migrační a azylové politice České republiky*, © 2018. [online]. Ministerstvo vnitra České republiky. [cit. 2018-11-11]. <http://www.mvcr.cz/migrace/clanek/obecne-o-migracni-a-azylove-politice-ceske-republiky-obecne-o-migracni-a-azylove-politice-ceske-republiky.aspx>
33. *Obyvatelstvo podle věku, náboženské víry a podle pohlaví*. 2011. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2019-3-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo-domy-byty-a-domacnosti-podle-scitani-lidu-domu-a-bytu-2011-cr-kraje-okresy-so-orp-spravni-obvody-prahy-a-mesta-sidla-so-orp-2011-egrhq6c4dz>

34. *Obyvatelstvo*. 2018. [online]. Český statistický úřad. [cit 2018-12-2]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide
35. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
36. PROSEN, M., 2015. *Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum* [online]. Science Direct [cit 2018-10-31]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815006916>
37. RALBOVSKÁ, R., 2012. Vietnamský novorozenec v české porodnici- úskalí ošetrovatelské péče. *Florence*. 12 (4), 24-27. ISSN 1801-464X.
38. ROLANTOVÁ, L., 2012. Pravoslavná církev. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 205-228. ISBN 978-80-7387-645-6.
39. ROLANTOVÁ, L., 2012. Ústředí muslimských obcí. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 153-179. ISBN 978-80-7387-645-6.
40. STRAKOVÁ, J., SCHOLZOVÁ, E., 2012. Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. *Florence*. 12 (5), 28-31. ISSN 1801-464X.
41. SUURMOND, J. et al., 2012. *Issues to address in burn care for ethnic minority children: a qualitative study of the experiences of health care staff* [online]. PubMed. Burns [cit 2018-11-5]. Doi: 10.1016/j.burns.2011.12.007. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244604>
42. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
43. ŠEDIVCOVÁ, D. 2017. *Romský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
44. ŠIMONOVÁ, D., 2012. Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. 16 (2-4), 114-120. ISSN 1211-6645.
45. ŠPIDUROVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
46. TOČNAROVÁ, H., 2013. Multikulturní ošetrovatelství v psychiatrii. *Florence*. 13 (11), 30-31. ISSN 1801-464X.
47. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 197 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

48. TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 155 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
49. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553-2.
50. *Understanding Islam and Muslim*, © 2018. [online]. The Islamic Bulletin [cit 2018-11-11]. Dostupné z: <http://www.islamicbulletin.org/intro.htm>

8 Seznam příloh

Příloha 1- Struktura otázek k polostrukturovanému rozhovoru

1. Základní údaje- věk, pohlaví, vzdělání
2. Jak probíhala ve škole vaše výuka v oblasti multikulturního ošetrovatelství? Máte zájem o doplnění znalostí?
3. Jak hodnotíte současnou situaci? (Ve smyslu, zda počet cizinců vzrůstá, klesá, stagnuje, jak je na to personál připravený atd.)
4. Jak často se setkáváte s pacientem jiné kultury? A jakým?
5. Jak vnímáte tohoto pacienta a jak k němu přistupujete?
6. Jaká je vaše největší obava při práci s pacientem jiné kultury?
7. S jakými obtížemi se nejčastěji setkáváte? Jakým způsobem je řešíte?
8. Jak byste se dorozuměl/la s pacientem, pokud byste neznala jeho řeč?
9. Jak hodnotíte přístup ostatních sester?
10. Jak předcházíte kulturnímu šoku?

Zdroj: Vlastní