

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2008

Bc. František Dolák

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Vietnamský pacient v českém zdravotnictví**  
Diplomová práce

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R.N.

Bc. František Dolák

2008

## **Abstract**

Vietnamese minority has been living in the territory of the Czech Republic already for several decades. It is discrete, flexible and has its closed community. It is clear, however, that it is not easy for Vietnamese to incorporate in society of other country. The reasons are a different culture and language barrier. All this is also valid in the environment such as medical facility which can have a stress effect on an appropriate individual.

Several tens thousand Vietnamese have currently been living in our territory. Therefore there is a high probability that a citizen of Vietnamese nationality can become a client in any of Czech medical facilities.

The aim of this work was to elaborate specialities of nursing care which members of Vietnamese minority wish to respect. Before the beginning of the research we defined 4 research questions. Research question No. 1: Do members of Vietnamese minority use health care in the Czech Republic? Research question No. 2: What specifics do members of Vietnamese minority have in connection with hospitalisation? Research question No. 3: How do members of Vietnamese minority understand situation when a member of their family becomes sick? Research question No. 4: What do members of Vietnamese minority expect from a nurse? We answered these questions in the research part in the qualitative form of research using the method of an interview.

The interview contains in total 138 questions and as the base material for its composition served the conceptual models of M. Gordonová, M. Leiningerová and the model of J. Gigerová and R. Davidhizerová. It also contained a model situation which led the respondents to the imagination of themselves being a patient/client at hospital. The interview was fully anonymous and in Czech language.

On the basis of the data obtained there were created case reports from which categorisation tables and diagrams with the most important research data were made. It was found out from the results that members of Vietnamese minority expect almost the same like most patients/clients using Czech health service. However, there are areas such as family or catering in which they have their specifics. If nurses know these areas they are able to provide a multicultural/trans-cultural care.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Vietnamský pacient v českém zdravotnictví vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové, a to v nezkrácené podobě archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

Bc. František Dolák

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěl velmi poděkovat vedoucí práce paní prof. PhDr. Valérii Tóthové Ph.D., R.N. za její laskavé vedení a cenné rady při zpracování této práce.

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Vietnam – základní informace.....	4
1.1.1 Stručné dějiny Vietnamu .....	6
1.1.2 Náboženství a kultura Vietnamu.....	9
1.1.3 Vietnamská rodina .....	13
1.2 Vietnamské zdravotnictví .....	15
1.2.2 Tradiční vietnamská medicína versus tradiční čínská medicína.....	16
1.3 Systém poskytování zdravotní péče v České republice .....	18
1.3.1 Pojištění cizinců.....	19
1.3.2 Čerpání zdravotnické péče cizinci .....	21
1.4 Integrační politika státu .....	21
1.5 Česko – vietnamské vztahy.....	23
1.5.1 Historie migrace Vietnamců na území České republiky .....	24
1.5.2 Důvod odchodu z Vietnamu .....	26
1.5.3 Vietnavec v České republice .....	27
1.6 Multikulturní ošetřovatelství.....	28
1.6.1 Metaparadigmata multikulturního ošetřovatelství.....	29
1.6.2 Základní pojmy multikulturního ošetřovatelství.....	29
1.6.3 Multikulturní výchova .....	32
1.7 Transkulturní ošetřovatelství .....	32
1.7.1 Transkulturní komunikace .....	33
1.7.2 M. Leiningerová – model vycházejícího slunce .....	34
1.7.3 J. Gigerová a R. Davidhizerová – model kulturně svébytného jedince..	35
1.7.4 Blochův průvodce etnicko – kulturním posuzováním .....	36
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	37
2.1 Cíl práce.....	37
2.2 Výzkumné otázky .....	37
3. Metodika .....	38

3.1 Metodika a technika výzkumu .....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	38
4. Výsledky .....	39
4.1 Kazuistiky .....	39
4.2 Tabulky a grafy .....	65
5. Diskuse.....	78
6. Závěr .....	84
7. Seznam použitých zdrojů.....	85
8. Klíčová slova .....	95
9. Přílohy.....	96

*„Poznávání cizích zemí*

*je současně pohledem do vlastní duše.“*

Johan Mario Gleich

## **Úvod**

Vietnamská minorita žije na území České republiky již několik desetiletí. Je nenápadná, flexibilní a má svou uzavřenou komunitu. Je však zřejmé, že pro Vietnamce není snadné začlenit se do společnosti jiné země. Je tomu tak z hlediska rozličné kultury a rovněž jazykové bariéry. To vše také platí i v prostředí jako je zdravotnické zařízení, které navíc může na daného jedince působit stresově.

V současné době žije na našem území několik desítek tisíc Vietnamců. Vzniká tak vysoká pravděpodobnost, že se občan vietnamské národnosti může stát klientem v některém z českých zdravotnických zařízeních. Pak je na zdravotnících, aby mu poskytli takovou péči, která bude shodná a přijatelná pro obě strany a zároveň nebude takovému klientovi ublíženo v jeho kulturních, náboženských a dalších hodnotách. Je tedy nutné sestry vzdělávat v oblasti multikulturní a transkulturní péče tak, aby byly schopné správně reagovat na požadavky klientů s rozličnou kulturou.

Tato práce zpracovává problematiku vietnamského pacienta v českém zdravotnictví, k čemuž mě inspirovala klinická praxe, během níž jsem se několikrát s takovými pacienty/klienty setkal. V takovéto situaci jsem si uvědomil, že je nutné znát nejen praktické ošetrovatelské výkony, ale také specifika této kultury k tomu, abychom společně s tímto pacientem/klientem dosáhli společného cíle.



## 1. Současný stav

### 1.1 Vietnam – základní informace

Oficiální název Vietnamu je Vietnamská socialistická republika. Země o rozloze 330 990 km<sup>2</sup> leží na východní straně poloostrova Zadí Indie a její východní a jižní hranici tvoří Jihočínské moře. Na západě Vietnam sousedí s Kambodžou a Laosem. Severní část Vietnamu sousedí s Čínou. Území Vietnamu je díky své podobě přirovnáváno k písmenu S v severojižním směru a samotní Vietnamci jej přirovnávají k vahadlu, které má na obou koncích zavěšeny košíky s rýží (viz příloha 1) (42).

Vietnam má tropické monzunové podnebí. Teplotní rozdíly se mohou lišit od severu k jihu. Na většině území je celoročně teplo a vlhko, s výjimkou severu, kde je zima relativně chladná. V době vietnamsko – americké války byla plocha tropických lesů Vietnamu vlivem kácení a používáním defoliantů Armádou Spojených států radikálně snížena. Lesy tak v současné době nezabírají více než 30 % plochy země.

V roce 2004 činil počet obyvatel Vietnamu téměř 83 milionů a země tak v celosvětovém žebříčku lidnatosti zaujímá 13. místo. Hustota obyvatel dosahuje přibližně 250 osob na km<sup>2</sup>. Největší hustota osídlení je pak v deltě Rudé řeky. Hlavním městem Vietnamu je Hanoj, ve které žijí přibližně 3 miliony obyvatel. Průměrná délka života je u mužů 67 let a u žen 72 let (viz příloha 2). Negramotnost obyvatel se pohybuje u obyvatel starších 15 let okolo 5 %. Vietnamská měna je dong, která se zkracuje jako „đ“ nebo také „VND“ (52).

Vietnam lze z historického hlediska administrativně rozčlenit na tři regiony. A to na: Bíc Bo (Sever, který zahrnuje severní provincie), Trung Bo (Střed, jenž zahrnuje centrální provincie) a Nam Bo (Jih, zahrnující jižní provincie).

Region Bíc Bo se rozkládá na území od čínských hranic k údolí Rudé řeky. Z hlediska geologie, geomorfologie, klimatu, flóry i fauny je podobný jižní Číně. V souvislosti s ročními obdobími je zde zima nejchladnější. Nejvýznamnější oblastí je tzv. rovina Bíc Bo, jež zahrnuje hlavní město Hanoj a přístav Haiphong, jenž je významným obchodním a průmyslovým střediskem. Severozápadní region se nalézá

mezi břehem Rudé řeky a jižním hornatým okrajem roviny Bác Bo na jedné a laoskými hranicemi na druhé straně. Jižní region, Nam Bo, je region, ve kterém se nalézá Ho Či Minovo Město – dřívější Saigon, které je největší aglomerací v Jižním Vietnamu. Je nejen největším městem regionu, ale také celé země. Bývá také označováno jako ekonomické centrum Vietnamu. Disponuje rovněž kvalitní dopravní infrastrukturou. Z historického pohledu není jeho historie příliš dlouhá. V polovině 19. století se zde nacházela v podstatě bezvýznamná vesnice. Ta se však vlivem francouzské kolonie stala jejím hlavním městem a tím došlo k významnému rozvoji. Město bývá označováno jako „Perla Dálného východu“. Název Ho Či Minovo Město (ve vietnamštině Thành phố Hồ Chí Minh) získalo v roce 1976.

Úředním jazykem ve Vietnamu je Vietnamština, kterou hovoří 88 % obyvatel. Jednotlivé regionální varianty Vietnamštiny se liší především v akcentu a nepředstavují tak žádnou komunikační bariéru mezi obyvateli různých částí Vietnamu v jejich vzájemném dorozumění. Dalším jazykem, kterým Vietnamci hovoří je čínština. Tento jazyk byl do začátku 20. století nezdávka používán jako úřední jazyk, a to především v odvětvích jako jsou správní záležitosti, historické a literární studie. Z historického hlediska je většina vietnamských termínů původně z čínského jazyka. Tyto se pak postupem času vietnamizovaly, až byly plně integrovány do národního jazyka. Před několika staletími se ve Vietnamu používaly čínské ideogramy jako základ pro vytvoření vlastního písma Nom. Nom je čínskou transkripcí vietnamštiny. Proto až do 20. století ve Vietnamu existovaly dvě literatury – jedna v čínštině a druhá v Nom. Další vliv přinesli francouzští misionáři, jež vypracovávali fonetickou transkripci vietnamštiny s použitím latinské abecedy. Toto písmo nazývané Quoc Ngu se rozšířilo ve 20. století. Postupem času pak zcela nahradilo klasickou čínštinu i Nom. Nejrozšířenějšími cizími jazyky jsou kromě čínského ještě anglický, francouzský a ruský (52).

Z hlediska etnické skladby obyvatelstva lze ve Vietnamu identifikovat 54 národů a národností, které můžeme rozdělit do třech základních skupin.

*Východoasijské* národnostní skupiny mezi něž patří např. národy Viet a Munog.  
*Malajsko-polynéské* národnostní skupiny kam patří např. Gia- rai.

*Sino-tibetské* národnostní skupiny do kterých patří nejmenší národnostní menšiny (52).

Před rokem 1945 byly patrné diference v různých úrovních rozvoje jednotlivých menšin. I když bylo vynaloženo značné úsilí, je disparita v materiálních i duchovních životních podmínkách etnických skupin žijících v horách a etnických skupin z oblastí delt patrná ještě dnes. Některé etnické skupiny z horských oblastí žijí dosud nomádkým způsobem života bez stálých sídel. Tyto skupiny trpí často nedostatkem potravy a je u nich také zaznamenávána vysoká dětská úmrtnost. Vietnamská vláda podniká rozsáhlé aktivity s cílem zvýšit životní, kulturní, ale i vzdělanostní úroveň národnostních menšin. Aktivity tohoto typu byly ještě více zesíleny vlivem reformy Doi moi, ve které se jedná o opatření zdravotního, vzdělávacího, agrotechnického charakteru spolu s výstavbou komunikací a další infrastruktury. Souběžně s touto reformou je sledován úkol zachovat vlastní identitu jednotlivých etnických skupin, přičemž je rovněž dbáno na politické zastoupení těchto menšin. Od 90. let představují příslušníci menších etnických skupin 15 % poslanců Národního shromáždění (3, 32, 35, 44).

### *1.1.1 Stručné dějiny Vietnamu*

Vietnam má velmi dlouhou historii, která po celou dobu formovala a rozvíjela národ. Přibližně před 10 000 lety se na místě dnešního Vietnamu vyskytovalo neolitické obyvatelstvo, které začalo zemědělsky zpracovávat půdu a pěstovat první plodiny. Pro toto období je typické zdobení keramiky a používání prvních nástrojů. Pro polovinu 1. století př. n. l. archeologové objevili doklady o příchodu odlišných skupin obyvatelstva z území jižní Číny. Spekuluje se, že tito lidé vytlačili původní obyvatele z delty Rudé řeky, přičemž došlo k částečnému splynutí obou etnik. V 1. století př. n. l. přišly na území Vietnamu protovietnamské kmeny Vietů ze střední nebo jihovýchodní Číny, jež se podílely na šíření znalosti zpracování železa. V té době se zde také začala pěstovat rýže. Od 1. do 6. století př. n. l. byl Vietnam součástí poindochťenské kambodžské říše Funan. V tomto období docházelo k budování složitého systému říčních kanálů sloužících k dopravě a také k zavlažování rýžových polí (3).

V době kolem 2. století př. n. l. dobyli Číňané deltu Rudé řeky a nastolili tak v průběhu několika následujících století ve Vietnamu centralizované státní zřízení. Místní vládcí však odmítli přihlížet tomuto vývoji, a tak docházelo k projevům odporu. K nejslavnějšímu z nich došlo v roce 40 n. l., kdy sestry Trungovy sjednotily náčelníky jednotlivých kmenů žijících ve Vietnamu, zmobilizovaly armádu a stanuly v čele povstání. To bylo úspěšné a sestry Trungovy se prohlásily za královny nezávislého Vietnamu. V roce 43 n. l. však Číňané provedli odvetný úder a sestry Trungovy raději než kapitulaci zvolily sebevraždu skokem do řeky Hat Giang. Vietnam se v následujícím období stal velmi významnou destinací a zastávkou na plavební trase spojující Čínu a Indii. Číňané přinesli do Vietnamu konfucionismus, taoismus a mahajánový buddhismus. Indové zase seznámili Vietnamce s théravádovým buddhismem. Staří Vietnamci se toho od Číňanů naučili velmi mnoho, včetně umění stavět hráze a zavlažovací systémy, které vedly ke zvýšení spolehlivosti pěstování rýže. Ta ostatně dodnes představuje základ vietnamského životního stylu (44).

Čínská nadvláda trvala až do 10. století n. l., kdy došlo k pádu dynastie Tang a následné vzpouře proti Číně. Od 11. do 13. století docházelo ve Vietnamu k upevňování nezávislosti pod vedením císařů z dynastie Ly. Vlády se Číňané opět ujali v 15. století, kdy ze země odvezli nejen Vietnamskou národní knihovnu, ale také osobnosti z řad vietnamské inteligence, čímž zemi způsobili nenapravitelné škody. K dalšímu převratu a osvobození od čínské nadvlády došlo v roce 1428.

V 16. století přistáli ve vietnamském přístavu Dang Nang první portugalské mořeplavci. Portugalci od té doby začali s Vietnamem obchodovat. Vzápětí následovaly výpravy dominikánských misionářů, jež se jaly obracet místní obyvatele na křesťanskou víru. Katolická církev nakonec ovlivnila Vietnam téměř nejvíce ze všech asijských zemí.

V 19. století zahájily na vietnamském území svou činnost francouzské vojenské jednotky a po revoluci, ke které došlo v roce 1848, se stal Vietnam předmětem jejich zvýšeného zájmu. Do té doby probíhala kolonizace francouzů spíše sporadicky bez předem připravených plánů. Indočínská unie, kterou Francie vyhlásila v roce 1887, znamenala konec nezávislého Vietnamu, i když stále docházelo k projevům odporu

v nejrůznějších částech země. V té době skončila i doba vietnamského expansionismu a Vietnam tak přišel o všechna území, která si vybojoval na Kambodži a Laosu. Představitelé francouzské koloniální vlády se vzápětí pustili do velkolepých stavebních projektů, jako byla např. železniční trať z Hanoje do Saigonu. Peníze na tyto projekty získávali z velmi vysokých daní, které uvalili na vietnamské rolníky, což mělo pro tradiční venkovskou ekonomiku katastrofální dopad. Vláda dynastie Nguyenů byla spíše pouze titulární, neboť fakticky měl správu v rukou generální guvernér, který sídlil v Saigonu. Existence Indočínské unie skončila po Druhé světové válce v roce 1945 vyhlášením Vietnamské demokratické republiky s hlavním městem Hanojí, avšak až do roku 1954 pokračují boje s francouzským vojskem, které ukončila až porážka Francouzů u Dien bien phu.

V moderních vietnamských dějinách zaujímá čelní místo osobnost Ho Či Mina (Světlohoše), vlastním jménem Nguyen Tat Tnanh, nazývaného také „Otec vietnamské jednoty a nezávislosti“. Svými příznivci bývá rovněž označován jako Bac Ho (Strýček Ho). Ho Či Min byl zakladatelem Komunistické strany Vietnamu a od roku 1964, až do své smrti v roce 1969, byl prezidentem Vietnamské demokratické republiky. V době vojenského střetu s Francií vedl až do roku 1954 partyzánskou válku proti francouzským jednotkám (52).

Spojené státy chápaly francouzskou koloniální válku jako součást celosvětového boje proti komunismu a jeho expanzi, a proto podporovaly francouzskou stranu.

V srpnu 1964 po takzvaném incidentu v Tonkinském zálivu, kdy se dva americké torpédoborce při proplouvání severovietnamskými vodami staly terčem ozbrojeného útoku, vypukl otevřený americko-vietnamský konflikt. Na rozkaz amerického prezidenta Johnsona došlo k bombardování Severního Vietnamu. O několik dní později přijal Kongres Spojených států rezoluci o Tonkinském zálivu, jež dávala prezidentovi pravomoc podnikat nezbytné kroky směřující k odvrácení jakéhokoliv útoku proti americkým jednotkám a prevenci další agrese. První americké jednotky se ve Vietnamu vylodily u Da Nangu v březnu 1965. Tato válka pak trvala téměř 10 let. Po podpisu Pařížské dohody podepsané mezi Spojenými státy, Severem, Jihem a Vietkongem 27. ledna 1973, byly ukončeny boje a všechny americké vojenské síly,

které zbyly ve Vietnamu, se postupně vrátily do vlasti. Roku 1975 padla jihovietnamská vláda a v následujícím roce 2. července 1976 vyhlásilo Národní shromáždění sjednocenou Vietnamskou socialistickou republiku (7, 33, 35, 42, 65).

### *1.1.2 Náboženství a kultura Vietnamu*

Tradiční Vietnamská kultura byla utvářena a často modifikována vlivem historických událostí. Kultura ve Vietnamu byla ovlivňována dvěma proudy. Jedním byl vliv Číny a druhým vliv Indie.

Do Vietnamské kultury patří pochopitelně, mimo jiné, její jazyk. Ten je tzv. tonální, kdy se v něm rozlišuje 6 tónů a zapisuje se latinkovým písmem za hojného využívání diakritických znamének a tónovaných značek. Jeho celou slovní zásobu tvoří jednoslabičná slova. U verbální komunikace je důležité to, že ve Vietnamštině neexistuje tykání nebo vykání. Proto se nesetkáme u Vietnamců s tykáním, jak je známe z českého jazyka. Chtějí-li použít nějakou zdvořilostní frázi, učiní tak pomocí zdvořilostních obrátů a slov, přičemž závisí na spoustě okolností, které závisí na věkové a společenské příslušnosti účastníků rozhovoru. Vztahy nadřazenosti a podřazenosti pak vyjadřují za pomoci rozsáhlé škály osobních zájmen. Dále lze úroveň komunikace hodnotit podle absence nebo naopak výskytu zdvořilostních částic, které lze rozdělit do dvou kategorií. První obsahuje zdvořilostní částice, které doplňují oslovení. Druhá obsahuje zdvořilostní částice, kterými posluchač reaguje na delší projev mluvčího, jako je např.: „ano“, „opravdu“ apod. Tím posluchač projevuje svůj zájem a soustředění, nevyjadřuje tak však své stanovisko k obsahu. Ve vietnamské komunikaci také téměř nenalezneme zápor. Na otázku, na kterou by měl Vietnamec odpovědět pouze ano či ne, se nám dostane reakce typu: „myslíte, že je to opravdu tak?“, „musíme si to promyslet“ apod. Souvisí to s vlivem buddhistické filosofie na vietnamské myšlení, kdy nesouhlas s druhou osobou je vnímán jako nezdvořilost. Způsobů jak naopak vyjádřit souhlas je několik (viz příloha 3) (58).

Verbální i neverbální komunikace hrají ve Vietnamu významnou roli a jsou významově srovnatelné. Při setkání je tradičním vietnamským pozdravem podání pravé

ruky a zřetelný stisk ruky druhé osoby. Tento stisk je doprovázen lehkým stiskem levé ruky. V jednu chvíli je tak ruka druhé osoby držena v obou dlaních. Toto podání ruky symbolizuje vzájemnou úctu. Podání jedné ruky lze považovat za projev neúcty. Vietnamci podávají předměty oběma rukama, čímž dávají osobě, které předmět podávají, najevo, že si jí váží. Podání předmětu jednou rukou může být opět vnímáno jako projev neúcty. Příímý pohled do očí je ve Vietnamu nezdvořilý, může být dokonce výrazem domýšlivosti. Gesto pro přivolání druhé osoby vypadá tak, že dlaň směřuje k zemi a prsty pohybujeme k sobě. Dlaň, která směřuje vzhůru demonstruje nadřazenost (58).

Překřížení nohy přes nohu je ve Vietnamu rovněž projevem nadřazenosti. Ruce, které jsou během dialogu zkřížené na prsou, jsou pokládány za znak rozčlenění nad obsahem tohoto dialogu. U některých Vietnamců se můžeme setkat s dlouhým nehtem, který symbolizuje to, že daná osoba nemusí fyzicky pracovat. Nejčastěji se jedná o nehet malíčku, někdy i všech prstů levé ruky, a to jak u žen tak u mužů. Pohlazení jakož i jakékoliv dotyky na hlavě jsou považovány za projev velké neúcty. Doteky na veřejnosti, jako je objímání s přáteli a známými, jsou ve Vietnamu zcela běžné, avšak líbání mileneckých párů na veřejnosti je považováno za nepřípustné. Nežádoucí jsou rovněž okázalé projevy citů na veřejnosti, výjimku tvoří pouze vdovy, kterým je v den pohřbu svého manžela povoleno bědovat (55, 58).

Co se týče oděvu, je zvykem být oblečen a upraven slušně a čistě, což je vnímáno jako projev slušného vychování. Vietnamské ženy velmi zřídka nosí sukně. Tradiční sváteční kroj žen Ao Dai je složen z dlouhé tuniky a dlouhých, hedvábných kalhot (viz příloha 4). Tradičním kostýmem Vietnamců jsou bílé kalhoty, hnědá vrchní část oděvu s šátkem a jednoduché sandály nebo dřeváky.

Mezi tradiční vietnamské zvyky patří například oslava příchodu Lunárního nového roku, který se řídí vietnamským lunárním kalendářem, jenž je velmi podobný čínskému. Každý lunární měsíc v něm má 29 nebo 30 dní a každý rok má následkem toho 355 dní. Zhruba každý třetí rok je přestupný, kdy se mezi třetí a čtvrtý měsíc přidává jeden měsíc navíc, aby se tak lunární letopočet nevzdaloval od solárního. Příchod Lunárního nového roku je největší oslavou ve Vietnamu. Je to čas, kdy rodina

tráví společné chvíle, lidé navštěvují své příbuzné a jedí tradiční jídlo (3, 33, 35, 42, 44, 48).

Náboženství má ve Vietnamu základ v dávné historii. Morální a náboženská dimenze života většiny Vietnamců je vedena hned několika učenými, těmi nejdůležitějšími jsou: konfucianismus, buddhismus, taoismus. Ve Vietnamu žijí také vyznavači hinduismu, islámu, křesťanství (zejména katolicismu) a animismu. Ve vietnamských domácnostech můžeme, bez ohledu na vyznání, často nalézt rituální oltáře, které se dědí z generace na generaci.

Po roce 1975 vyhlásila marxisticko-leninská vláda nově sjednocený Vietnam za ateistický. Kostely a pagody byly zavřeny a představitelé náboženského života deportováni do převýchovných táborů. Po roce 1986 se však situace uvolnila a mnozí Vietnamci se mohli vrátit zpět k praktikování své víry.

*Buddhismus*, jehož zakladatelem je Buddha čili Probuzený či Osvícený, přišel do Vietnamu během prvních století n. l. a svého vrcholu dosáhl za vlády dynastie Ly v 11. století. V té době vznikla také řada vietnamských náboženských a architektonických památek jako jsou temply či pagody (viz příloha 5). Buddhismus prosazuje tzv. Čtyři ušlechtilé pravdy: 1. život je utrpení, 2. utrpení je způsobováno touhou, 3. utrpení se lze vyhnout tím, že se člověk vyhne touze a 4. aby se člověk vyhnul touze, musí kráčet po osminásobné cestě. Osminásobná cesta znamená: správný názor, správné myšlení, správná řeč, správný čin, správný život, správné úsilí, správné přehodnocení a správná meditace. Vykoupením z utrpení je znovuzrození v nirváně (52).

Do Vietnamu se buddhismus dostal ve dvou podobách. Mahájánový buddhismus tzv. severní škola, se šířil směrem na sever do Nepálu, Tibetu, Číny, Koreje, Mongolska, Vietnamu a Japonska. Therávádový buddhismus tzv. jižní škola se šířil na jih do Indie, Srí Lanky, Barmy a Kambodže. Therávádový buddhismus je mnohem starší a podle jeho vyznavačů je méně zkreslenou formou Buddhova učení oproti mahájánové větvi. Ve Vietnamu však převládá právě mahájánový buddhismus. Jeho nejvýraznějšími rysy jsou víra ve spasení, nauka o duši, modlitba a vzývání k Bohu a namísto nirvány zde nacházíme nebe a peklo (65).



Dominantní pozici nabývá buddhismus ve Vietnamu od konce 14. století. V 70. letech 20. století přežil i přes obtížné podmínky, které mu nastoloval komunismus a mimořádný význam si tu zachoval.

*Taoismus* byl stvořen čínským myslitelem Lao'c v 6. století př. n. l. Jeho filozofie vychází z ideálu k návratu k „tao“ neboli cestě, kde pramení základ všech věcí. Důležitou roli v ní hrají také pojmy „am“ a „duong“ , což je obdoba sil jin a jang. Taoismus zanechal stopy rovněž ve vietnamském i čínském buddhismu, a to v podobě motivu draků a démonů používaných při zdobení chrámových střech.

*Konfucianismus* je spíše filozofií než organizovaným náboženstvím. Jeho zakladatelem byl Konfucius, který žil v letech 551 až 479 př. n. l. v Číně. Ten chápal lidské bytosti jako tvory, kteří jsou společností utvářeni a zároveň jsou schopni jí sami utvářet. Konfucius učil morálnímu kodexu založenému na etice, humanitě a lásce. Zabýval se též otázkami rodiny, uctívání předků a státu. Rodina je zde považována za přirozené prostředí pro morální výchovu a mostem mezi jednotlivci a společností. Dodnes toto učení zůstává jedním z hlavních pilířů vietnamské společnosti (52).

*Katolicismus* byl přinesen do Vietnamu v 16. století portugalskými, španělskými, ale především francouzskými misionáři. Katolicismus v té době narážel na odpor různých struktur vietnamské společnosti, včetně vládnoucích dynastií. Během francouzské nadvlády bylo následně postaveno mnoho katolických kostelů.

Dalším specifikem jsou ve Vietnamu dva náboženské směry a to konkrétně Hoa Hao s úzkými vazbami na buddhismus a Cao Dai, která byla uznána francouzskou správou v roce 1926 jako náboženský směr, přičemž se v podstatě jedná o spojení buddhismu a křesťanství (33, 44).

Ve Vietnamu se můžeme také setkat s animismem, který má i v současné době významný vliv především mezi horskými kmenovými skupinami. Jsou do něj zahrnuty praktiky umožňující komunikaci s démony, zlými duchy, rozzlobenými bohy a prvky přírodního světa (44).

Mezi náboženství ve Vietnamu lze zahrnout i uctívání předků. To zde má dlouhou tradici a sahá ještě před konfucianismus a buddhismus. Vychází z filozofie, že duše žije po smrti dál a stává se ochráncem potomků. Součástí obydlí Vietnamců je

tradičně oltář a vyhrazená část pozemku, z níž plynoucí výnosy jsou určeny pro podporu zesnulých předků. Ve výroční den úmrtí svého předka mu pozůstali vzdávají hold.

Mezi další menšinová náboženství, které se ve Vietnamu vyskytují, patří Islám a Hinduismus.

Z hlediska procentuálního zastoupení je ve Vietnamu nejvíce vyznavačů Buddhismu a to přibližně 60 % (3, 14, 35, 59, 65).

### *1.1.3 Vietnamská rodina*

Rodina, která je pojímána velmi široce, tvoří ve Vietnamu nejdůležitější jednotku společnosti a je na ní kladen značný důraz, má vliv na zdraví, životní hodnoty a produktivitu svých členů. Zahrnuje rodiče, děti, svobodné jedince a někdy i manžellovy rodiče (47).

Jména rodinných příslušníků se skládají z osobního jména, příjmení a spojovací slabiky, která je vložena mezi ně. Většina vietnamských příjmení je stejná, a proto se při identifikaci osob orientujeme podle osobního jména. V písemné podobě se nejprve uvádí příjmení, poté prostřední jméno a nakonec osobní jméno. Někdy může mít žena i muž stejné jméno. Diferenciálním znakem pak je prostřední jméno, kdy k označení muže odkazuje prostřední jméno „Van“ a k označení ženy prostřední jméno „Thi“ . Po svatbě žena nepřijímá manžellovo příjmení. Bývá oslovována svým křestním jménem nebo křestním jménem svého manžela. Častěji je však oslovována svým dívčím jménem s použitím předpony „Ba“, kterou lze přirovnat k významu „paní“. Osobní jména mohou mít různý význam. Často se setkáváme se jmény, která v sobě nesou to, co rodiče do svých dětí vkládají, jako je např. „Xuan“, což znamená „jaro“. V rodině mohou být děti také oslovovány podle toho, v jakém pořadí se narodily. Tento způsob je užíván především v jižní části Vietnamu (59, 64).

Tradiční vietnamská rodina má patriarchální charakter. Hlavou rodiny je její nejstarší mužský příslušník nazývaný „Truong Toc“, který rozhoduje o dění v rodině, je zdrojem cenných rad a má největší vliv na všechny její členy. Většinou se jedná

o nejstaršího syna, jenž má za úkol postarat se o rodiče a je rovněž povinen pokračovat v dodržování závazků vůči církvi a předkům (26).

Žena nemá ve Vietnamu taková privilegia a práva jako muž. Po svatbě se žena nastěhuje do rodiny svého muže a jejím úkolem je starat se o domácnost. Žena mohla například být v minulosti svým manželem zavrhnuta, jestliže splňovala jednu ze sedmi podmínek: (1) neposlouchala manželovy rodiče, (2) nemohla mít děti, (3) byla manželovi nevěrná, (4) byla příliš žárlivá, (5) měla nevléčitelnou nemoc, (6) byla příliš upovídaná a (7) kradla. Existovaly však tři podmínky, za kterých se manžel se svou ženou nesměl rozvést: (1) jestliže truchlila tři roky po smrti manželových rodičů, (2) byli-li oba před svým sňatkem chudí a po svatbě se stali bohatými a (3) jestliže by se po jejich rozvodu neměl kdo o manželku postarat (26).

Poté, co se stane žena matkou, může mít v některých rodinách sekundární sílu, hned po manželovi. V době, kdy je manžel z nějakého důvodu nepřítomen, očekává od svých dětí respekt a poslušnost.

Děti jsou ve Vietnamu socializovány již v ranném věku do svých rolí, které zaujmou v rodině. Synové jsou připravováni na převzetí „hlavy rodiny“ a dcery zase na péči o domácnost. Hlavně z konfucianismu vychází uctívání předků a respektování rodičů, což je pro Vietnamce typické a vztahy v rodině to také potvrzují. Děti jsou svými rodiči rovněž podporovány ve studiu a tím získávají pocit moci v rodinné hierarchii. Úcta ke vzdělání je pak jedním z rysů vietnamského člověka a i v současnosti jsou vietnamské rodiny často ochotny dávat na studia svých dětí nemalé finanční prostředky (59).

Pro vietnamskou rodinu je typická pohostinnost, která je zde považována za základní projev úcty a slušného chování. Jestliže rodina sedí u společného jídla, vyzve nejmladší člen starší příslušníky rodiny, aby si posloužili jako první.

V případě úmrtí je ve Vietnamu preferován kostrový pohřeb. Kremace se volí především u lidí, kteří zemřou mimo Vietnam a jejichž přáním bylo, aby byli pohřbeni ve své původní vlasti. Můžeme se setkat s tradičním smutečním průvodem, kdy rakev, která je pokryta bílými krajkami, nesou tradičně odění nosiči. Ve Vietnamu je barvou smutku bílá. Někteří lidé chodí v době smutku oblečení celí v bílém a mohou mít černý

pásek na rukávu nebo černý šátek připevněný na oděvu. Vzpomínky na zesnulého vrcholí v tzv. Den vzpomínek. Jedná se o den, který je vyhrazen pouze k uctívání zesnulého. Dalším dnem, kdy pozůstalí uctívají zesnulého, je v den výročí jeho úmrtí (5, 6, 35, 49, 58, 60).

Vietnamská kuchyně je nejen velmi pestrá, ale také vyvážená. Jednotlivá jídla jsou servírována v miskách a každý člen si odebírá pomocí hůlek do své vlastní misky. Mlaskání není během jídla nezdvořilostí, ale naopak projevem spokojenosti a demonstrací pochvaly hostiteli. Vietnamci jsou zvyklí jíst pomalu a během jídla řešit rodinné záležitosti. Na závěr jídla se podává polévka, kterou jsou doplňovány tekutiny a sůl. Během celého dne Vietnamci obvykle popíjejí teplý zelený čaj nebo vodu (5, 6).

## 1.2 Vietnamské zdravotnictví

Vietnamské zdravotnictví je složeno z veřejného a soukromého sektoru. V současné době hraje veřejný systém hlavní roli a dělí se na tři úrovně. První je centrální, která je řízena Ministerstvem zdravotnictví, druhá úroveň je provincionální pod vedením jednotlivých správních celků a poslední, třetí úroveň je lokální, zahrnující menší obvody, vesnice a komunity (viz příloha 6).

Rozdíly v úrovni péče jsou patrné zejména mezi venkovskými a městskými oblastmi. Dětská úmrtnost je mnohem vyšší mezi chudými skupinami obyvatel, a také mezi etnickými skupinami žijícími v horských regionech, kde je často až osmkrát vyšší než v městských oblastech. Dalším problémem těchto oblastí je podvýživa, a to opět mezi chudými obyvateli. Mezi další problémy patří pneumonie, HIV a tuberkulóza.

Ve Vietnamu také funguje privátní zdravotnický systém. Ten v současné době disponuje přibližně 30 000 privátními ambulancemi a 36 nemocnicemi s více než 2500 lůžky.

Systém zdravotního pojištění je rozdělen do dvou kategorií. První je povinné zdravotní pojištění, které je určeno pro státní zaměstnance, důchodce, zaměstnance soukromých podniků, které mají deset a více dělníků, zaměstnance zahraničních společností a organizací a invalidy. Na zdravotní pojištění jsou odváděna 3 % z platu

s tím, že 2 % hradí zaměstnavatel. U státních zaměstnanců jsou 2 % hrazena ze státního rozpočtu a 1 % platí sám zaměstnanec. V případě sociální slabosti občana je celá částka hrazena vládou. Soukromé zdravotní pojištění a jeho úhrada je opět rozdílná pro obyvatele měst, kteří platí od 35 000 do 140 000 dongů a obyvatele venkovských oblastí odvádějící od 25 000 do 110 000 dongů (13, 33, 36, 69).

Z hlediska zdravotnického personálu pracujícího ve Vietnamu představují lékaři přibližně 20 % ze všech zdravotnických pracovníků, sestry představují také asi 20 % a porodní asistentky zhruba 7 %. Vzdělávání sester se ve Vietnamu postupně rozvíjí. V květnu roku 2002 se v Hanoji konala Národní konference ošetřovatelství, kde vietnamská asociace sester prezentovala Národní plán na posílení ošetřovatelství a porodní asistence pro období 2002 – 2010. Tento plán má tři okruhy. První má za úkol standardizovat kvalifikaci učitelů ošetřovatelství. Druhý má zajistit magisterskou a doktorandskou výuku ošetřovatelství. Snahou třetího okruhu je vytvoření univerzity ošetřovatelství ve Vietnamu (13).

### *1.2.2 Tradiční vietnamská medicína versus tradiční čínská medicína*

Tradiční vietnamská medicína (dále jen TVM) nebo také vietnamské léčitelství se formovalo již před několika tisíciletími a je založeno na empirických zkušenostech. Z historie je významnou postavou lékař Thoi Vy, který praktikoval TVM již ve 13. století př. n. l. Další významnou osobností je Nguyen-ba-Tinh, který napsal knihu, v níž shrnul zkušenosti TVM v jižním Vietnamu a popsal zde více než 630 rostlin, z nichž některé nezaznamenávala ani díla čínské lékařské literatury. Za tyto zásluhy byl také nazýván „Bohem jižní medicíny“. Dílo bylo rozmnožováno a následně vystavováno v pagodách a ovlivnilo tak další generace tradičních vietnamských lékařů. Za klasickou TVM je považována právě jižní, jež vznikla v deltě Rudé řeky, která je označovaná za kolébku starých Vietů.

Tato medicína spočívala ve znalostech, které byly empiricky ověřovány. Zprvu neměla teoretické základy, ale postupem času byly tyto připojovány, revidovány a modifikovány významnými lékaři. Zahrnovala v sobě nejen používání přírodních

léčiv, ale také metody malé chirurgie. TVM využívá nejen účinky léčivých rostlin, jako je např. citronová tráva, která se ve Vietnamu využívá jako lék na angíny, ale i sekrety či části živočichů např. sušená žluč černých asijských medvědů (35, 53).

Mnohem později, za čínské nadvlády, se do Vietnamu dostala tradiční čínská medicína (dále jen TČM). TČM je charakteristická dvěma rysy. První je chápání člověka jako buňky, která je v organismu vesmíru, je s ním spojena a podléhá stejným zákonům jako vesmír. Stejná jednota platí i uvnitř lidského těla, kde jsou jeho jednotlivé části spolu spojeny a navzájem se ovlivňují. Druhým rysem TČM je to, že s v ní používá diferenciální diagnostiky jako hlavní metody pro stanovení diagnózy a následného léčebného postupu a s ním spojených konkrétních metod. S TČM souvisí také filozofie jin a jang. Jin a jang jsou dvě síly opačných kvalit (viz příloha 7). Jin je síla, která je charakteristická samičím principem, pasivitou, ženou, zemí, Měsícem, smrtí, nehybností, formou, hmotou, vodou, podzimem, zimou, nocí, chladem, vlhkem, tmou, tíhou, zakalením, klesáním, dostředivostí, zahušťování a tím, že je dole, v nitru a vpravo. Opačné charakteristiky má síla jang, která zahrnuje samčí princip, aktivitu, muže, nebesa, Slunce, život, pohyb, beztvárnost, energii, oheň, jaro, léto, den, teplo, sucho, světlo, lehkost, čistotu, tvrdost, vzestup, rozptylování, odstředivost, je vlevo, na povrchu a nahoře. Toto vymezení ovšem neznamená, že by dané věci byly oddělitelné. Například oheň je typicky jangový, ale jsou v něm obsaženy i prvky jin v podobě hmoty jako paliva jež hoří. Ve své podstatě TČM objasňuje činnosti jin a jangu v lidském těle.

Ústřední roli hraje v TČM tzv. model pěti elementů (viz příloha 8), který spojuje základní látky, a jimiž jsou: voda, dřevo, oheň, zem a kov. Každý z těchto elementů má v sobě odpovídající roční dobu, barvu, směr, emoce, chuť a také lidské orgány. Oheň obsahuje srdce, země slezinu, kov plíce, voda ledviny a dřevo játra (39).

Mezi metody TČM patří akupunktura, akupresura, léčba pomocí bylin, reflexní léčba, baňkování, moxování (nahřívání akupunkturního bodu pelyňkem), léčba pomocí správné výživy a cvičení jako je např. Tai Chi, které je založeno na kombinaci přesných pohybů těla, hlubokém dýchání a na využívání energie jin a jang (1, 35, 39).

### 1.3 Systém poskytování zdravotní péče v České republice

V České republice existují státní ale i soukromá zařízení poskytující zdravotní péči. Zdravotní služby jsou poskytovány soustavou zařízení ambulantní péče, ústavní nebo také lůžkové péče, závodní preventivní péče, neodkladné péče, dopravy nemocných, raněných a rodiček, lázeňské péče, a soustavou zařízení zajišťujících léčiva, zdravotní pomůcky a stomatologické výrobky (9, 11, 12, 25).

Ambulantní péče je poskytována prostřednictvím primární zdravotní péče, specializovanou ambulantní zdravotní péčí a zvláštní ambulantní péčí. Primární zdravotní péče je pojištěncům poskytována jejich registrujícími lékaři popřípadě ošetřujícími lékaři. Do specializované ambulantní péče je pojištěnec odeslán pokud jeho zdravotní stav tuto péči vyžaduje a kterou mu nemůže poskytnout jeho registrující lékař primární péče. Zvláštní ambulantní péče je poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům, kteří jsou smyslově nebo mentálně postiženi a závislí na cizí pomoci v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato péče je poskytována jako: domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích, ve zdravotnických zařízeních ústavní péče v nichž jsou osoby umístěny z jiných důvodů než jsou zdravotní a v ústavech sociální péče.

Jestliže to zdravotní stav vyžaduje jsou pojištěnci přijímáni do ústavní péče. Do této péče musí být pojištěnec přijat, jestliže by nepřijetím nebo odložením bylo ohroženo jeho zdraví nebo ohrožen jeho život a dále pak v případě porodu.

Systém zdravotního pojištění a jeho rámec je v České republice dán zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon stanovuje v jakém rozsahu a za jakých podmínek, je na základě pojištění poskytována zdravotní péče. S financemi, které jsou na základě veřejného zdravotního pojištění vybrány, hospodaří Všeobecná zdravotní pojišťovna a také ostatní zdravotní pojišťovny. Ty jsou označovány jako zaměstnanecké, resortní, oborové nebo podnikové.

Zdravotní pojištění lze rozdělit na veřejné a smluvní. Veřejné zdravotní pojištění je předepsáno zákonem, a to všem osobám, které mají na území ČR trvalý pobyt a rovněž osobám jejichž zaměstnavatel sídlí na území ČR. Jsou do něj zahrnuti i cizinci,

kteří mají povolení k pobytu na území ČR nebo jim byl udělen azyl a jsou zde hlášeni k trvalému pobytu. Na úhradě pojistného se podílí stát, zaměstnavatel a pojištěnec. Určení plátce pojistného je dáno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Práva a povinnosti jsou opět dána výše uvedeným zákonem (70).

Smluvní pojištění je určeno osobám, jež nesplňují podmínky pro účast na veřejném zdravotním pojištění. Toto pojištění se uzavírá buď na krátkodobé smluvní pojištění, které je vhodné pro krátkodobý pobyt na území ČR jenž nepřesahuje 365 dnů nebo na dlouhodobé smluvní pojištění, které mohou uzavřít cizinci, kteří pobývají na území ČR na základě víza nad 90 dnů a při déletrvajícím pobytu nad 365 dní. Toto pojištění lze uzavřít pouze s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (9, 11, 12, 25, 70).

### *1.3.1 Pojištění cizinců*

Jak již bylo výše uvedeno, je v České republice pojištěna každá osoba, která má na území České republiky trvalý pobyt, tzn. i cizinec. Pojištění vzniká získáním trvalého pobytu a zaniká úmrtím pojištěnce nebo ukončením trvalého pobytu. Tyto osoby jsou pojištěny u Všeobecné zdravotní pojišťovny a mají stejný průkaz jako ostatní osoby pojištěné u této pojišťovny. Z hlediska úhrady zdravotní péče pro ně platí stejné podmínky jako pro všechny pojištěnce s trvalým pobytem na území ČR bez ohledu na státní občanství. Cizinci, kteří nemají trvalý pobyt na území ČR, jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění pouze jako zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území ČR sídlo. Zaměstnavatel má povinnost oznámit jak nástupy a ukončení zaměstnání ostatních zaměstnanců, tak i vznik a ukončení účasti v nemocenském pojištění zaměstnance, který je cizincem bez trvalého pobytu. Cizinec, který nemá na území ČR trvalý pobyt a není tak účasten na veřejném zdravotním pojištění, má možnost se zdravotní pojišťovnou uzavřít smluvní zdravotní pojištění (12, 66).

V určitých případech jsou zákonem vymezené skupiny osob považovány za cizince s trvalým pobytem. Jedná se konkrétně o: azylanty po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu; děti, které se narodily azylantkám do doby, než bude rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu; cizinci, svěřeni do náhradní výchovy rozhodnutím



příslušného orgánu, jestliže je alespoň jedna osoba, jíž je cizince svěřen, přihlášena k trvalému pobytu na území ČR nebo se na území ČR nachází ústav, ve kterém je dítě umístěno; děti cizinců od okamžiku narození do právní moci rozhodnutí o povolení pobytu, jedná-li se o děti rodičů, jež mají trvalý pobyt a podají v zákonem stanovené lhůtě žádost o udělení povolení k pobytu dítěte; cizinci, kteří požívají dočasnou ochranu; cizinci, kteří obdrželi rozhodnutí o neudělení azylu a ve kterém byla vyslovena překážka pro vycestování podle zákona o azylu, v takovém případě mu Policie ČR udělí vízum k pobytu do 90 dnů, což cizince opravňuje k pobytu na území po dobu 15 pracovních dnů ode dne udělení víza; cizinci kterým bylo uděleno vízum nad 90 dnů za účelem strpění pobytu v případech, které jsou uvedeny v § 32 odstavce 2 zákona o pobytu cizinců, ve znění pozdějších předpisů; cizinci, kterým bylo uděleno povolení k dlouhodobému pobytu za účelem strpění pobytu, pokud je jejich pobyt na území ČR delší než 1 rok a trvají důvody, pro které je uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu na území (11, 12, 66).

Na území ČR je poskytování zdravotní péče cizím státním příslušníkům možno na základě mezinárodních smluv, a to i mimo rámec veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o smlouvy, které uzavřela Česká republika a domovský stát cizince. V těchto smlouvách je zahrnuta především nutná a neodkladná zdravotní péče poskytovaná na území ČR. Jestliže se cizinec prokáže platným cestovním průkazem vydaný státem s nímž má ČR uzavřenou smlouvu, je zdravotní péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví ČR. Kromě států Evropské unie uzavřela ČR smlouvy, které upravují vzájemné bezplatné poskytování neodkladné zdravotní péče svým občanům např. s následujícími státy: Afghánistán, Bulharsko, Irák, Jemen, Kambodža, Kuba, Kypr, Libye, Maroko, Súdán a Vietnam.

V případě Vietnamu je bezplatná zdravotní péče poskytována pouze osobám, které jsou na území druhého státu vyslány v rámci spolupráce, která je upravena těmito dohodami. Znamená to, že péči nemohou čerpat ani turisté, ani dlouhodobě usazení cizinci. Ti musí v ČR uzavřít zdravotní pojištění nebo uhradit zdravotní péči v hotovosti (11, 12, 66).

### 1.3.2 Čerpání zdravotnické péče cizinci

Data o čerpání zdravotní péče cizinci jsou získávána z povinných hlášení a výkazů o čerpání zdravotní péče cizinci a jsou pak následně zpracovávána v Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Data jsou rovněž doplňována informacemi ze Všeobecné zdravotní pojišťovny o čerpání smluvního zdravotního pojištění (11).

V roce 2007 vyhledalo v České republice lékařskou péči v nemocnicích všech resortů téměř 70 000 cizinců. Tento počet je srovnatelný s rokem 2006, kdy se jednalo také téměř o 70 000 cizinců. Z toho bylo přibližně 36 000 ze zemí Evropské unie. Z hlediska územního rozložení byla většina cizinců ošetřena v nemocnicích v Praze. Dále to pak bylo v Jihomoravském, Karlovarském a Středočeském kraji. To odpovídá koncentraci ekonomiky a turistického ruchu v těchto oblastech. Nejčastěji ošetřenými cizinci byli v roce 2007 občané Slovenské republiky, kdy se jednalo přibližně o 14 000 ošetřených. Za nimi následovali občané států zařazených do kategorie „ostatní“, jedná se o státní příslušníky zemí jako jsou Albánie, Andora, Bosna a Hercegovina, Island, Lichtenštejnsko, Makedonie, Monako, Norsko, San Marino, Švýcarsko, Vatikán a dále pak mimoevropské země a nezjištěné země. Těchto ošetřených občanů bylo přibližně 12 000. Následující byli Ukrajinci (10 000), Němci (7000) a Vietnamci (4000) (63).

Zdravotní péče, která byla poskytnuta cizincům v nemocnicích v ČR, si vyžádala náklady v celkové výši 443 958 tisíc korun českých. Z hlediska úhrady zdravotní péče poskytnuté cizincům v nemocnicích, tvořily největší podíl platby v hotovosti. Druhým nejčastějším způsobem úhrady zdravotní péče byla úhrada prostřednictvím smluvního zdravotního pojištění (63).

## 1.4 Integrovaná politika států

Česká republika (dále je ČR) se setkávala s větším počtem cizinců až po roce 1989. Před tímto rokem byla spíše zemí tranzitní při cestě do západní Evropy. Počet cizinců s povoleným pobytem začal nejvíce stoupat po roce 1995. K 31. prosinci 2007 bylo v České republice evidováno 150 018 cizinců s trvalým pobytem (8, 11).

Integrace představuje přirozený důsledek migrace a je chápána jako proces postupného začleňování imigrantů do struktur a vazeb společnosti domácího obyvatelstva. Je komplexním jevem, který má své podmínky a také politické, právní, ekonomické, sociální, kulturní, psychologické a náboženské aspekty. Imigrační situace a také skutečnost, že se na území část cizinců v mezidobí dlouhodobě nebo trvale usadila v ČR, postavila českou společnost koncem 90. let před úkol řešit otázky spojené s postavením cizinců z hlediska jejich práv a vytvořit konkrétní podmínky pro jejich integraci. Vláda ČR z tohoto důvodu přijala dva strategické dokumenty, které byly zpracovány Ministerstvem vnitra, konkrétně se jedná o Zásady koncepce integrace cizinců na území ČR a Koncepti integrace cizinců a rozvoje vztahů mezi komunitami, a to včetně opatření na podporu integrace cizinců v praxi. Přijetím těchto dokumentů se ČR přihlásila k doporučení Rady Evropy a ke sjednocujícímu postoji členských zemí Evropské unie v dané oblasti. Rovněž se zavázala k zajištění potřebné míry ochrany práv dlouhodobě a legálně usazených cizinců. Rámec integrační politiky vydaný radou Evropy mapuje opatření, která je nutno učinit a je složen z postupů a opatření nezbytných v kontextu příchodu nových imigrantů, postupů a opatření, která jsou zaměřena na podporu rovných příležitostí pro imigranty žijící v dané zemi dlouhodobě, postupů a opatření, která jsou potřebná v multikulturních společnostech s národnostně různým obyvatelstvem. Toto vše v souladu s objektivními potřebami cizinců, mezinárodními požadavky a možnostmi ČR (30).

Gestorem za problematiku mezinárodní migrace a azylu v ČR je Ministerstvo vnitra. Spravuje jí jak na úrovni legislativně-koncepční (oblast mezinárodní migrace, azylu), tak i realizační (azyl, zčásti mezinárodní migrace). Za úkoly v oblasti azylu, uprchlictví, koncepce imigrační politiky, v otázkách vstupu a pobytu cizinců, integrace cizinců a schengenské spolupráce je zodpovědný Odbor azylové a migrační politiky. Jeho základním cílem v oblasti azylové problematiky je poskytnout účinnou ochranu a pomoc cizincům v jejich těžké životní situaci, v souladu s podmínkami vymezenými v zákoně č.325/1999 Sb., o azylu (28).

Vláda České republiky schválila dne 13. ledna 2003 dokument Zásady politiky vlády České republiky v oblasti migrace cizinců. Tento dokument se stal základním

východiskem pro budování moderní a cílené Koncepce imigrační politiky České republiky. Dokument obsahuje celkem šest zásad, které vyjadřují vůli České republiky aktivně a zodpovědně se zabývat migrační politikou se současným respektováním závazků plynoucích z mezinárodních úmluv, smluv a doporučení mezinárodních organizací pro oblast migrace (31).

## 1.5 Česko – vietnamské vztahy

Teprve až vznik Vietnamské demokratické republiky v roce 1945 a také poúnorový vývoj ČSR od roku 1948 přivedly oba státy vlivem obdobného politického zaměření k úvaze o možné spolupráci. Diplomatické styky mezi tehdejší Vietnamskou demokratickou republikou a Československou republikou byly navázány 2. února 1950. Pokračující válečné konflikty na území Vietnamu však znemožňovaly udržování vzájemných vztahů. Československý zastupitelský úřad v Hanoji tak oficiálně zahájil svou činnost až 30. prosince 1954. Československý velvyslanec Vladimír Knap předal pověřovací listiny prezidentu Ho Či Minovi a tím byla fakticky zahájena činnost tamního velvyslanectví. Vietnamské velvyslanectví v Praze bylo zřízeno o rok později (22, 32, 34).

Československá vláda vnímala Vietnam nejen jako zemi s významnými zdroji nerostného bohatství, ale i jako odrazový můstek k získání dalších trhů v Asii. Proto se Československo spolu s ostatními socialistickými státy aktivně zapojilo do obnovy Vietnamu a jeho poválečné výstavby. Jednání v oblasti československé pomoci vietnamskému zdravotnictví připadla na červen roku 1956. Českoslovenští lékaři na základě odborného průzkumu vznesli návrh na pomoc při dobudování nemocnice v Haiphongu. Při otevření obdržela název Nemocnice československo-vietnamského přátelství.

V oblasti spolupráce na úrovni zdravotnické pomoci Vietnamu byla dne 30. prosince 1964 podepsána *Dohoda mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Vietnamské demokratické republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví*. V té se obě strany zavázaly k vzájemné podpoře, rozvíjení spolupráce a výměně zkušeností

v otázkách zdravotnictví a lékařské vědy. Tato spolupráce měla vést ke stálému zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva obou zemí. Smluvní strany měly za úkol vyměňovat si zkušenosti v otázkách organizace zdravotnictví a jeho řízení, ale i lékařskou literaturu, zdravotnické filmy, názorné pomůcky a jiné zdravotnicko-osvětové materiály. Smluvní strany se rovněž zavázaly napomáhat tomu, aby studenti druhé smluvní strany mohli studovat na lékařských školách jejich země (22, 67).

Česká republika spolupracovala s Vietnamem i po roce 1989. Např. v roce 1995 investovala 1,7 milionů amerických dolarů do vybudování ortopedického a rehabilitačního centra pro fyzicky postižené děti v provincii Bac Thai. Dále pak ČR investovala 800 000 amerických dolarů do modernizace Vietnamsko – československé nemocnice v Haiphongu. Spolupráce probíhá mj. i na úrovni školství, kdy je ČR poskytovatelem stipendia pro studenty z Vietnamu (34).

Občané České republiky mají v současnosti, s výjimkou držitelů diplomatických pasů, ve Vietnamu vízovou povinnost (viz příloha 9) (32).

### *1.5.1 Historie migrace Vietnamců na území České republiky*

Příchod Vietnamců do tehdejšího Československa je prvně datován již do 40. let 20. století, kdy přijížděli jednotliví studenti z Vietnamu. Větší skupina byla tvořena až v 50. letech 20. století válečnými sirotky a dětmi vietnamských vojáků, které byly umístěny v dětském domově v Chrastavě na Liberecku. V rámci Dohody o kulturní spolupráci a Dohody o vědeckotechnické spolupráci přijížděli do Československa stovky Vietnamců v 50. a 60. letech 20. století.

Po skončení konfliktu mezi Vietnamskou demokratickou republikou s Spojenými státy americkými, zesílil zájem Vietnamu o vysílání svých občanů do zahraničí. V období mezi lety 1974 a 1977 přijelo na základě Dohody o odborné přípravě občanů Vietnamské demokratické republiky v československých organizacích 5 tisíc vietnamských občanů. Jednalo se především o mladé lidi ve věku 17 – 25 let, kteří se připravovali na výkon své profese v oborech strojírenství, energetiky a stavebnictví. Doba pobytu byla stanovena šest let, v nichž byl zahrnut i šestiměsíční kurz českého

jazyka. Vietnamská vláda pokládala přípravu kvalifikovaných sil za jednu z klíčových otázek týkající se obnovy a rozvoje země.

K významnému zvýšení počtu vietnamských občanů došlo mezi roky 1979 – 1985. V roce 1981 bylo evidováno na území Československa 30 000 – 35 000 vietnamských občanů, přičemž dvě třetiny z tohoto počtu pracovaly v dělnických profesích. Postupně pak docházelo ke snižování tohoto počtu. V roce 1985 to bylo již 19 350. Do konce 80. let 20. století se počet postupně snižoval až o jednu třetinu v době ukončení mezistátní smlouvy v roce 1990 (41).

Po listopadu roku 1989 a vytvoření ČSFR došlo ze strany Československa k finanční kompenzaci, a to za nedodržení smlouvy o dočasném zaměstnávání vietnamských pracujících v Československu. Vietnamští pracující dostali odstupné a byla jim uhrazena zpáteční cesta do Vietnamu. Ke stejné situaci došlo i v Německu, avšak Vietnamci žijící na území Německa se ve většině případů nechtěli vrátit zpět do vlasti. Často proto ilegálně přicházeli do Československa, kde v 90. letech 20. století došlo ke změně podmínek pro soukromé podnikání, a začínají zde podnikat (35).

V 90. letech 20. století lze vietnamské etnikum žijící v ČR rozdělit do sedmi skupin. První skupinu tvoří Vietnamci, kteří zde pracují na základě bilaterální vládní dohody, která byla podepsána oběma zeměmi v roce 1994. Druhou skupinu tvoří Vietnamci, kteří zde pracují na základě živnostenského listu. Třetí skupinou jsou vietnamští učni. Čtvrtou jsou vietnamští studenti vysokých škol, kteří zde studují na základě mimořádných vládních stipendií. Pátou skupinu tvoří smíšená manželství. V šesté skupině jsou Vietnamci, kteří získali občanství ČR. Sedmá skupina se skládá z Vietnamců, kteří jsou na území ČR ilegálně (35).

K 31. květnu 2008 žilo v České republice oficiálně 55 991 Vietnamců. Z toho zde má 22 389 Vietnamců dlouhodobý pobyt a 33 602 trvalý. Z hlediska územního rozmístění jich nejvíce žije v Karlovarském a Ústeckém kraji, dále pak v Praze a ve Středočeském, Plzeňském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji (29).

### 1.5.2 *Důvod odchodu z Vietnamu*

Dnešní příliv Vietnamců do České republiky je ovlivněn především existujícím zázemím komunity, která si zde již vytvořila potřebné mechanismy pro nově příchozí a nabízí jim také osvědčené modely existence (41).

Jedním z důvodů jejich migrace do ČR je skutečnost, že ve Vietnamu je udržován mýtus o práci v zahraničí jako zdroji štěstí a privilegií. Životní úroveň průměrných Vietnamců je velmi těžce srovnatelná se situací v České republice a ostatních státech Evropy. Tato ekonomická nerovnováha je přirozeným a také dostatečným důvodem k migraci za prací. Především vysoká nezaměstnanost, ale také bída na vietnamském venkově, donutila tamní obyvatelstvo k přesunu do větších měst případně do zahraničí, což je v mnoha případech jediná možnost jak zabezpečit rodinu. Vietnamci pracující v zahraničí, kteří se do Vietnamu vrátili či jej navštěvují v rámci dovolených, často svým tamním příbuzným a známým odmítají přiznat, že i v zahraničí může být životní situace obtížná a nepřipouští si případný neúspěch. Tak dochází k šíření mylných představ o bohatství a snadném výdělku při práci v zahraničí (41).

Ačkoliv je Vietnam komunistickou zemí, nebrání tamní vláda svým občanům cestovat do zahraničí. Vláda naopak oficiálně podporuje a umožňuje vývoz pracovní síly a to již od 70. let 20. století, kdy docházelo ke směřování dělníků do zemí tehdejšího východního bloku. Byla tak řešena vysoká nezaměstnanost a nekvalifikovanost pracovníků, kteří následně získali v zahraničí zkušenosti. Problematika vývozu pracovní síly do zahraničí je zmíněna v oficiálních dokumentech i prohlášeních a na Ministerstvu práce, válečných invalidů a sociálních věcí je Úřad pro řízení práce v zahraničí. Ten od roku 1991 vydává licence pro agentury, které zajišťují nábor pracovníků do zahraničí a dohlíží na jejich činnost. Často však dochází k problémům ve fungování těchto agentur, a proto se je vietnamská vláda snaží pomocí různých legislativních opatření regulovat a usměrňovat jejich aktivity, které směřují k vývozu pracovní síly do zahraničí. Je to např. zákon, který vstoupil v platnost v roce 2007 a jenž má za úkol přinutit agentury, aby vycházely vstříc najímaným pracovníkům

a na pracovních vyžaduje absolvování jazykové, kulturní a odborné profesní školení ještě před odjezdem do cílové země.

V České republice bylo v březnu 2008 na Úřadech práce registrováno 11 108 Vietnamců (27, 41).

Dalším důvodem proč dochází k odchodu z Vietnamu je odchod muže z Vietnamu za prací a později příchod jeho manželky a dětí. Hrají zde tedy roli tradiční rodinné vazby.

Jedním z důvodů odchodu z Vietnamu je také studium v zahraničí. Mnohé vlády poskytují vietnamským studentům každoročně stipendia. Stejně tak je tomu i v České republice. Většina studentů však přijíždí studovat na vlastní náklady. Přítomnost studentů na českých školách zakládá novou etapu česko-vietnamského soužití. Jejich aktivní zapojení do společnosti nabízí konfrontaci, která byla dosud ve vzájemných vztazích opomíjena (4, 41).

### *1.5.3 Vietnamec v České republice*

Vietnamští občané, kteří v České republice zůstali i po roce 1989, využili svých znalostí a zkušeností a mnozí z nich se tak stali vůdčími osobnostmi společenského i podnikatelského života vietnamské komunity u nás. Tito Vietnamci jsou také poskytovateli a zprostředkovateli právního, podnikatelského i občansko-právního servisu pro ostatní vietnamské občany. Vietnamská komunita je výrazně hierarchizovaná a tyto služby většina jejích členů využívá. Na špičce pyramidy vietnamské komunity jsou majitelé velkoobchodů, kteří poskytují pronájmy menším prodejcům a ti zde podnikají na živnostenský list jako osoby samostatně výdělečně činné. Prodávají v tržnicích nejčastěji textil, obuv, drogistické zboží, kosmetiku, tabákové výrobky, nápoje, ale také potraviny. V posledních letech však došlo k poklesu počtu vietnamských tržnic a stoupl počet tzv. vietnamských kamenných obchodů. Tato situace souvisí s navýšením počtu volných podnikatelských prostor, s úsilím měst a vesnic měnit svou image, ale také se záměrem určité části vietnamské komunity dlouhodobě žít a pracovat na území ČR (35, 41, 49, 68).



Podstatná část vietnamských občanů také pracuje v nejrůznějších továrnách. Většinu dne věnují své práci a co nejvíce volného času se snaží trávit se svou rodinou.

Část vietnamské komunity je tvořena dětmi. Ty nejčastěji bydlí se svými rodiči a sourozenci v sídlištních bytech. Život vietnamských dětí není v ČR nijak lehký. Dítě přicházející z Vietnamu má většinou problémy se zvládnutím českého jazyka a často velmi rychle zapomíná na Vietnam nebo o něm spíše nechce příliš mluvit s Čechy. Vietnamské děti jsou velmi snaživé a ambiciózní a jestliže zvládnou český jazyk, začnou vynikat v běžných školních povinnostech nad ostatními spolužáky. Vzdělání hraje v životě Vietnamců důležitou roli a představuje pro ně bránu k dobrému zaměstnání a kvalitnímu životu obecně. Školní úspěch je pro ně nejvyšší metou, kterou vietnamské děti sledují. Jejich úsilí ze značné části pramení z nároků jejich rodičů. Vietnamci mají i svá vlastní školící zařízení, kde se vietnamské děti narozené v ČR doučují vietnamštinu a dospělí Vietnamci se zde zase naopak učí česky (4, 54).

V tuzemsku fungují rovněž vietnamské organizace jako např. Svaz Vietnamců v České republice, Svaz vietnamských podnikatelů nebo Česko – vietnamská společnost (5, 6).

## 1.6 Multikulturální ošetřovatelství

Multikulturální ošetřovatelství je definováno jako: „komparativní, humanistický, praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly péče o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení.“ (21, s.18) Přínos multikulturálního ošetřovatelství spočívá v porovnání a analýze součástí jednotlivých kultur a jejich příslušníků. Cílem je poskytnout kulturně specifickou a univerzálně praktickou péči v oblasti podpory zdraví, eliminace rizikových situací, nemocí a smrti (21, 56).

### 1.6.1 *Metaparadigmata multikulturního ošetrovatelství*

Ošetrovatelství má jako vědní disciplína svá metaparadigmata, kterými jsou: osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelské činnosti. V multikulturním ošetrovatelství lze tyto komponenty vyložit následovně:

*Osoba* je holistická bytost, která je ovlivněna prostředím. Osoby z jednotlivých kultur se navzájem odlišují svým světonázorem, systémem hodnot, vnímáním zdraví a nemoci, způsobem péče a chápáním závislosti nebo nezávislosti.

*Zdraví* lze chápat jako stav pohody, kdy jsou jedinec nebo skupina schopni vykonávat denní aktivity ve shodě se vzorci své vlastní kultury.

*Prostředí* je systém kulturních, sociálních, náboženských, vzdělávacích, technických, ekonomických a politických znaků, které spolu navzájem souvisejí.

*Ošetrovatelské činnosti* jsou nedílnou součástí transkulturní profese. Jejich úlohou je podpora, udržení a navrácení zdraví, a to pomocí individuálních, kulturně specifických způsobů (21).

### 1.6.2 *Základní pojmy multikulturního ošetrovatelství*

Tato kapitola informuje o základní terminologii, která se používá v souvislosti s multikulturní či transkulturní problematikou.

*Kultura* je soubor (souhrn) názorů, přesvědčení, ale také praktik, které šíří sami lidé a jež přecházejí z jedné generace na druhou. Základními determinanty jsou historie, náboženství, zeměpisné a podnební pásmo, rodina, výchova a vzdělání, politika, státní moc, společenská hierarchie a schopnost vnímat vlivy jiných kultur. Antropologové ji dělí na materiální a nemateriální. Do materiální kultury lze zařadit např. oblečení, umění, náboženské předměty aj. Nemateriální kultura zahrnuje souhrn přesvědčení, zvyků a postojů.

Kultura je výrazem všeobecného poznání a zkušeností. Z tohoto důvodu je tedy nemožné, aby dvě kultury byly shodné. Při porovnávání kultur se proto používají dva pojmy a to kulturní univerzálie a kulturní specifika. Kulturní univerzálie jsou všeobecné

projevy chování a životního stylu, jež jsou podobné v rozličných kulturách. Kulturní specifika jsou praktiky, systém hodnot, přesvědčení a modely chování, které jsou typické pro danou kulturu.

Psychologická reakce, která může vzniknout v době pobytu v jiné kultuře se nazývá *kulturní šok*. Bývá způsoben nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která byla vyvolána kontaktem s cizím prostředím, kulturou. Kulturní šok má tyto fáze:

1. fáze „okouzlení“ prostředím, kulturou, novými lidmi. Jedinec je nadšený vším, co s danou kulturou souvisí.
2. fáze „krize“ v níž je jedince zastiženy problémy, které mu cizí kultura přinesla.
3. fáze „poznání“ je pro jedince procesem učení mezikulturních kompetencí.
4. fáze „adaptace“ se projevuje tolerancí k dané kultuře a jedinec v ní začíná žít pohodlně a efektivně.

*Enkultura* znamená včlenění se do určité kultury, její poznání a osvojení jejích hodnot.

*Akultura* jsou nevědomé, ale i vědomé změny v kulturních vzorech. Členové jedné kultury přejímají prvky kultury druhé. Pojem také vyjadřuje eliminaci prvků vlastní kultury.

*Socializace* je proces, ve kterém se jedinec začleňuje do sociální skupiny a zároveň dochází k osvojení si norem skupiny, jejích hodnot a k učení se sociálním rolím, které jsou spojeny s určitými pozicemi.

*Asimilace* označuje postupné začleňování jednoho etnika do jiné kultury. Znak původní kultury se ztrácí a objevují se znaky dominantní kultury.

*Etnicita* je výraz pro příslušnost k specifické etnické skupině.

*Etnická skupina* je společenství lidí, jež šíří unikátní kulturní dědictví. Toto společenství má identický rasový původ, jazyk či náboženství.

*Majoritní skupina* nebo také dominantní skupina je sdružení uvnitř společnosti, které má v dané lokalitě ekonomickou, politickou nebo kulturní převahu.

*Minoritní skupina* je skupina lidí, která je z důvodu svých fyzických a kulturních charakteristik vyčleněná ostatními příslušníky společnosti ve které žijí. Dominantní skupina se k nim chová odlišným a nerovným způsobem.

*Subkultura* je skupina osob z majoritní skupiny, jež se odlišuje způsobem života, původem a národností, etnickou příslušností, náboženstvím, sociálním a pracovním zařazením nebo normami.

„*Národ* je osobité a uvědomělé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území“ (43, s. 34)

*Národnost* je pak příslušnost k určitému národu či etniku.

*Spiritualita* je způsob duchovního života, který je vlastní nějaké osobě nebo životní situaci v určitém náboženství nebo je na něm závislé.

*Náboženství* je vírou, jež se vztahuje ke konkrétní náboženské tradici. Je to systém uctívání.

*Víra* znamená věřit nebo odevzdat se něčemu či někomu.

*Religiozita* znamená zaměření na duchovno, víru náboženské cítění a s ním spojené projevy.

*Rasa* jsou lidé sdílející genetické dědictví projevujíc se však odlišnými fyzickými rysy. V současné době rozlišujeme tři „hlavní“ rasy. První je plemeno eurasijské, neboli bílé, které je rozšířeno původně v Evropě, Malé Asii, na Kavkaze a v severozápadní Indii. Další je plemeno asijsko-americké – žlutohnědé, které je rozšířeno na většině asijské pevniny a na ostrovech v jihovýchodní Asii. Patří sem i původní obyvatelé Ameriky. Poslední hlavní rasou je plemeno ekvaroidní (negroidní) – černé, které je rozšířeno v centru Afriky na jih od Sahary a malé skupiny jsou též v jihovýchodní Asii.

*Rasismus* je označení takového jednání, které překračuje vnímání rasových diferencí a vyúsťuje v nepřátelské aktivity vůči osobám jiné rasy. Často se takové aktivity projevují agresivním chováním, diskriminací či násilím.

*Diskriminace* je věcné rozlišování, které má za následek znevýhodnění jedné skupiny proti druhé.

*Xenofobii* se rozumí postoj, který je negativní vůči, skutečně nebo i domněle odlišným jedincům. Je spojen s nedůvěrou. Xenofóbní k sobě mohou být například i obyvatelé sousedních vesnic.

*Etnocentrismus* lze vysvětlit jako přesvědčení, že vlastní kultura či rasa je nadřazená jiné (12, 16, 21, 43, 57).

### 1.6.3 Multikulturní výchova

Podstatou a cílem multikulturní výchovy je rozvoj osobnosti člověka, ovlivnění jeho hodnot, postojů a empatie tak, aby bylo dosaženo adekvátního chování v sociální interakci s příslušníky jiných kultur. Multikulturní výchova učí příslušníky různých kultur, etnik národů, rasových či náboženských skupin jak žít spolu ve vzájemném respektu a toleranci. Lze ji provádět ve školních zařízeních, zdravotnických zařízeních, při osvětových akcích nebo i v reklamních kampaních apod. Je to nejen teoretický, ale i praktický obor.

V oblasti výzkumu se v multikulturní výchově provádějí empirické výzkumy jevů jako je např. postoj příslušníků jedné etnické skupiny k druhé etnické skupině, vznik rasových předsudků atd. Význam multikulturní výchovy spočívá v respektování člověka a jeho jedinečnosti, podpoře uznávání jiných kultur a dále pak v protidiskriminačním působení a zabezpečení rozvoje celé společnosti (21, 43).

### 1.7 Transkulturní ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství je komparativní, praktický a teoretický obor, který je zaměřen na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury včetně souboru jejich hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení. Jeho cílem je poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu v nemoci i ve zdraví. Smyslem je naplnění lidské potřeby tak citlivě, aby dotyčný klient neměl důvod odmítat spolupráci nebo pociťovat jakoukoliv nespokojenost. U zrodu transkulturního ošetřovatelství, které se rozvíjí více než 50 let stála profesorka Madeleine Leiningerová (23, 24, 56).

K vlastní podstatě transkulturního ošetřovatelství neodmyslitelně patří také otázka základních lidských práv. Jednotlivé kultury totiž považují respektování svých zvláštností a specifík ze strany ošetřujícího personálu za své právo. Morálním závazkem sester je tedy zájem o morální aspekty klientovy kultury. Z toho plyne další z cílů

transkulturního ošetřovatelství, kterým je výchova nové generace sester, které budou vybaveny patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením (24, 38, 45, 51).

### *1.7.1 Transkulturní komunikace*

Komunikace představuje základní společenský proces, který lze charakterizovat jako sdílení významů mezi lidmi. Má svůj účel, cíl a nejobecněji slouží ke vzájemnému dorozumění. V ošetřovatelství má svou významnou pozici a je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a klientem. S jakoukoliv kulturou či komunitou souvisí komunikace. Jestliže sestra bude dělat v komunikaci chyby, může se ozdravovací proces změnit v posloupnost různých komplikací. Deficit informací vede k neadekvátnímu rozhodování a opět může dojít ke vzniku zbytečných komplikací (15, 17, 18, 19, 20, 58).

V zásadě se komunikace dělí na verbální a nonverbální. Verbální komunikace, nebo také řeč mluvená, je základním dorozumívacím prostředkem. Pokud lidé dané etnické skupiny přicházejí do nemocničního zařízení v zemi, jejíž jazyk neovládají a mají zde vyjádřit své problémy či těžkosti nebo porozumět instrukcím, dostávají se do stavu, kdy dochází k neuspokojování potřeby komunikace. Jazyková bariéra tak může vyvolat strach, hněv, smutek, úzkost a další nepříznivé emoční stavy, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, jež patří mezi základní lidské potřeby. Kvalita komunikace je významným činitelem nejen v ošetřovatelském procesu, ale i v systému kvality přímé ošetřovatelské péče. V transkulturním ošetřovatelství se rozdíly v komunikaci mohou vyskytovat například ve způsobu oslovování, v tykání a vykání, množství použitých zdvořilostních frází, používání jména a příjmení, množství sdělované pravdy, rozdílech slovní zásoby a tak dále (10, 15, 21, 56, 62).

### 1.7.2 M. Leiningerová – model vycházejícího slunce

Madeleine Leiningerová jako první použila termín „transkulturní ošetrovatelství“. Již v polovině 50. let 20. století se věnovala vlivu kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Zájem o tuto problematiku vyvolala její vlastní profesní praxe. Všimla si rovněž odlišného chování příslušníků jednotlivých národností a etnik. Zjistila, že kultura má značný vliv na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči. Transkulturní ošetrovatelství definovala jako oblast studia a praxe, jež se zaměřuje na holistickou kulturní péči a projevy nemocí jedinců či skupin, a která respektuje společné znaky kulturních hodnot, víry a praktik. Tuto teorii pak rozvíjela a obohacovala (24, 40).

Leiningerová je také autorkou modelu „vycházejícího slunce“, který byl navržen jako koncepční holistický výzkumný průvodce rozboru vícečetných teoretických faktorů. Model je složen z rozdílných faktorů a komponentů, které je třeba systematicky teoreticky studovat. Model byl dotvářen během let 1955–1985 tak, aby byly specifikovány vztahy teorie a mnohočetných holistických faktorů, které mohou ovlivňovat kulturní péči. Model je sestaven z následujících složek (viz příloha 10):

*Rozměr kulturní a sociální struktury* je ve schématu tvořen jednotlivými paprsky slunce, jež představují technologické, náboženské a filozofické, politické, právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Tyto faktory jsou propojené a nelze je z hlediska působení na jedince oddělovat. Paprsky jsou spojeny s jádrem slunce, které je tvořeno znaky, modely, praktikami péče a zdravím. Zmíněné faktory ovlivňují zdraví a choroby, ale také způsob péče, který jedinec využívá.

*Systém péče.* Leiningerová hovoří o dvou typech, a to: tradiční a profesionální. Tradiční systém péče je vztahován na způsoby péče, které jsou praktikovány příslušníky subkultury. Lze jej nazvat také lidovým či laickým systémem péče. Profesionální systém péče převládá v profesionálních institucích. Jsou v něm prezentovány názory velkých etnik, majoritní části obyvatelstva a vychází tak z vnějšku nikoliv vnitřku subkultury.

Typy péče jsou další složkou tohoto modelu. Leiningerová stanovila tři typy, kterými je možné kulturní péči realizovat. První je *kulturní péče pomáhající uchovat nebo získávat zdraví*. Tato péče je zaměřena na zdravého i nemocného klienta. Sestra v tomto typu péče využívá podpůrných aktivit tak, aby pomáhala klientům udržovat pohodu a zdraví, nemocným pomáhá v zotavení, čelit postižení nebo smrti.

Druhým typem péče je *kulturní péče umožňující adaptaci*, která zahrnuje intervence pomáhající klientovi v adaptaci na nové kulturní způsoby péče. Sestry jsou klientovi pomocníkem v nové životní roli, při nepříznivých událostech. Úkolem sestry je domluvit se s klientem na způsobu péče, která bude respektovat jeho potřeby v souladu s možnostmi zdravotnického zařízení. Sestra pracuje jako „zprostředkovatel“ mezi tradičním a profesionálním systémem péče.

Posledním typem péče je *kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu*, jež se dostává do popředí v případě, kdy je zapotřebí modifikovat nebo změnit způsob, kterým se klient stará o své zdraví. Jedná se například o oblast stravovacích návyků. Sestra v takovém případě bude společně s klientem hledat jídla, která vyhovují nejen dietě, ale rovněž respektují kulturní, náboženské normy či finanční možnosti klienta (2, 37, 53).

Výsledkem ošetrovatelské činnosti je pomocí kulturně specifické a všestranné péče, která podporuje zdraví a blaho nebo pomáhá čelit nepříznivým okolnostem, uspokojit potřeby klientů z rozdílných kultur (2).

### 1.7.3 J. Gigerová a R. Davidhizerová – model kulturně svébytného jedince

Při sběru dat o klientovi z odlišné kultury je vhodné postupovat v posuzovací fázi ošetrovatelského procesu podle koncepčního modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizerové. Tento model byl vytvořen v roce 1988, a to pro potřeby studentů pregraduálního studia ošetrovatelství. Model slouží k usnadnění a urychlení celostního, kulturně ohleduplného hodnocení stavu potřeb klienta, čímž vede k efektivnější praktické péči. Navazuje tak na model M. Leiningerové, který byl jeho výchozím zdrojem. Jeho logické uspořádání z šesti kulturních fenoménů umožňuje chápat jedince



jako kulturně unikátní bytost, která dynamicky reaguje na vlivy prostředí (viz příloha 11) (48, 56).

Základními složkami modelu jsou:

*Komunikace*, ve které je hodnocen používaný jazyk, kvalita hlasu, výslovnost, využití pauz a mlčení či využití neverbální komunikace. Komunikace je pro kulturu hodnotou, která je v ní ochraňována a přenášena.

*Interpersonální prostor* je hodnocen z hlediska míry pohody v daném společném prostoru, udržování určité vzdálenosti vůči druhým osobám a vnímání prostoru. Nerespektování osobního prostoru jedince může být příčinou diskomfortu.

*Sociální začlenění* se týká rolí, funkcí, způsobem chování jakým se kulturní skupina organizuje ve vztahu k rodině. Dále se pak týká struktury samotné rodiny, náboženských hodnot, víry a plnění společenských rolí.

*Čas*, ve kterém je sledováno využití času, způsob měření času, jeho samotná definice, pracovní doba, ale i zaměření na minulost, současnost či budoucnost.

*Vliv prostředí a výchovy*, jež informuje o schopnostech jedince ovládat přírodu, plánovat a řídit nebo ovlivňovat enviromentální faktory. Dále sem patří obvyklá péče o zdraví v dané kultuře, hodnoty, definice zdraví a onemocnění v této kultuře.

*Biologické odlišnosti* zahrnují informace o stavbě těla, barvě kůže, barvě vlasů, výskytu geneticky podmíněných onemocnění, psychologickém profilu, způsobu stravování a vnímavost vůči nemocem (56).

#### 1.7.4 *Blochův průvodce etnicko – kulturním posuzováním*

K získání dostatku údajů o etnické skupině a kultuře je možné využít Blochova průvodce etnicko-kulturním posuzováním. Svou strukturou se podobá modelu Gigerové–Davidhizerové. Rozdílný je však v etnicko-kulturních charakteristikách, je totiž více zaměřen na identifikaci etnicko-kulturních specifik. Skládá se z kategorií popisných etnicko-kulturních charakteristik. Těmi jsou: kulturní, sociologické, psychologické a biologicko-fyziologické charakteristiky (16, 56).

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### 2.1 Cíl práce

Zpracovat zvláštnosti ošetrovatelské péče, které si příslušníci vietnamské menšiny v České republice přejí respektovat.

### 2.2 Výzkumné otázky

1. Využívají příslušníci vietnamské menšiny v České republice zdravotnickou péči?
2. Jaká specifika mají příslušníci vietnamské menšiny v souvislosti s hospitalizací?
3. Jak vnímají příslušníci vietnamské menšiny situaci, kdy onemocní člen jejich rodiny?
4. Co očekávají příslušníci vietnamské menšiny od všeobecné sestry?

### 3. Metodika

#### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumná část této práce byla zhotovena kvalitativní formou výzkumu. K získání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl shodný jak pro vietnamskou tak pro čínskou minoritu, která je zpracována v diplomové práci na téma Čínský pacient v českém zdravotnictví.

Rozhovor obsahuje celkem 138 otázek a jako výchozí materiál pro jeho tvorbu posloužily koncepční modely M. Gordonové, M. Leiningerové a model J. Gigerové a R. Davidhizerové. Obsahoval rovněž modelovou situaci, která respondenty vedla k představení si sebe sama v roli pacienta/klienta v nemocnici. Rozhovor byl zcela anonymní a probíhal v českém jazyce.

Na základě získaných dat byly vytvořeny kazuistiky, ze kterých pak byly vytvořeny kategorizační tabulky a grafy s nejdůležitějšími údaji výzkumu.

Výzkum probíhal v období od listopadu do prosince roku 2007 a navazuje na výzkumný grant realizovaný katedrou ošetřovatelství ZSF JU, NR/8473-3 s názvem: Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetřovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice, který byl realizován za finanční podpory IGA MZ ČR.

#### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen devíti respondenty vietnamské menšiny žijící na území České republiky. Nejstaršímu respondentovi bylo 53 a nejmladšímu 16 let. Jeden respondent byl narozen v České republice a osm respondentů ve Vietnamu.

## 4. Výsledky

### 4.1 Kazuistiky

#### **Kazuistika 1**

**Věk:** 41 let

**Pohlaví:** Muž

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 23 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondent, který si přeje být osloven křestním jménem, žije v České republice již 23 let a pracuje zde jako podnikatel. Žije tu společně s manželkou a dvěma dětmi. Rodinu považuje za velmi pevný svazek, který se semkne ještě pevněji hlavně v období nějakých problémů a rovněž i v době nemoci. Mezi rodinu zařazuje i nejbližší přátele. Jako ideální počet dětí v rodině považuje 2 děti, jedno dítě mu přijde málo. Pokud je nějaký člen velmi nemocný, je v rodině tradicí, povinnost se o něj postarat. Jinak rodina funguje v závislosti na pracovní vytíženosti. Pokud by on sám onemocněl, přál by si, aby informace o jeho zdravotním stavu obdržela pouze jeho manželka, a to z toho důvodu, aby ostatní členové rodiny nebyli případnými špatnými zprávami zatěžováni. Jeho rodina je prý zatím zdravá a neví o žádných nemocech, jejichž zvýšený výskyt by byl v rodině zaznamenáván. Na rodinu se obrací i pokud má problémy jiného charakteru, než je nemoc apod. V takovém případě se radí s rodinou, jak případné problémy řešit.

V oblasti pohody a nepohody považuje za nepohodlné, pokud ho někdo přehlídí, jinak si na nic konkrétního nevzpomíná. Za ideální vzdálenost při komunikaci považuje přibližně 1 metr. Pokud by mu někdo vstoupil do jeho osobní zóny, cítil by se ohrožen. S pocity pohody a nepohody, v souvislosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení,

nemá přímé osobní zkušenosti, protože sám hospitalizován prozatím nebyl. Ale tyto může hodnotit jako doprovod svého syna, který hospitalizován ve zdravotnickém zařízení v České republice byl. Za velmi příjemné a pohodlné považoval to, že měl pocit, jako by ho sestry přijaly do svého kolektivu. Během pobytu se svým synem se nesešel s ničím, co by označil jako nepohodlné. Pokud se cítí být podrážděný, snaží se odreagovat pomocí cvičení Tai Chi nebo pomocí bojového umění, kterému se také věnuje.

Respondent je věřící, konkrétně buddhista, což, jak on sám říká, ovlivňuje jeho život, kdy se snaží být klidný a vyvážený. Ve svém životě se soustřeďuje na současnost, která ovlivňuje jeho budoucnost. Dále jeho život ovlivňuje osud, který dle jeho názoru předurčuje celý jeho život. Na první místo v žebříčku hodnot staví zdraví, které chápe jako nejdůležitější věc v životě sebe sama a v životě své rodiny. V České republice má svého praktického lékaře, příliš často jej však nenavštěvuje, a to z toho důvodu, že se cítí být zdravým. Co se týká péče o zdraví, snaží se provádět prevenci onemocnění pomocí vitamínových doplňků stravy. Dále se věnuje cvičení Tai Chi. Během dne se stravuje nepravidelně z důvodu časové tísně, jako podnikatel pracuje často celý den. Pokud ho něco bolí, snaží se nejprve odreagovat, pokud je však bolest závažnějšího charakteru, obrátí se na svého lékaře. Z tekutin má nejraději zelený čaj, kterého vypije během dne asi 3 litry. Jinak se snaží vyhýbat lékům, neboť se obává jejich vedlejších účinků. Ovšem, pokud by byl nemocný, nebránil by se jim. Také se občas obrátí na tradiční čínskou medicínu, hlavně na různé bylinné čaje.

Na druhém místě v žebříčku svých hodnot označil vzdělání, které ovlivňuje budoucnost a zejména děti pak dle jeho názoru nemají čas dělat špatné věci. Na třetím místě je jeho rodina, kterou označil za pevný svazek. Za svou rodinou pak umístil přátele. Ty nejlepší pak zařazuje také do své rodiny. Na posledním, pátém místě je víra. V tomto případě buddhismus.

České ošetrovatelství vidí na vysoké úrovni. Pokud ho porovnává s vietnamským, spatřuje difference hlavně v oblasti prostředků a vybavení. Všeobecnou sestru vidí jako osobu, která pečuje o pacienta a pomáhá mu. Na její pozici si dokáže představit i muže, nevádí mu to. Porodní asistentku popisuje jako osobu, která se stará o

ženu a pečuje o dítě. Pokud by ho měl ošetřovat český personál ve zdravotnickém zařízení, byla by pro něj nejdůležitější komunikace a to tak, že mu bude vše vysvětleno, aby pak nedělal případné chyby. Při ošetřování považuje za důležité používání ochranných pomůcek a nevadilo by mu, pokud by byl ošetřován v rukavicích.

Respondentu byla představena fiktivní situace, při které odpovídal následovně:

Při vstupu do zdravotnického zařízení očekává, že se ho sestra zeptá, co mu je, co potřebuje a následně se mu bude věnovat. Rovněž očekává, že bude co nejdříve uveden k lékaři, pokud to ihned možné nebude a bude muset čekat, tak by mu mělo být sděleno, proč čeká a jak dlouho ještě čekat bude. S sebou do nemocnice, pokud by očekával hospitalizaci, by si vzal své osobní věci, jako jsou hygienické potřeby a nějaké oblečení. Běžné vyšetřovací metody, jako je odběr krve, mu nevádí a pokud jsou to vyšetřovací metody, u kterých se musí vysvléci, neměl by s tím problémem. Musela by mu být ovšem zajištěna intimita. Jestliže by byl hospitalizován a byl uveden na oddělení, kde se ho ujímá další sestra, přál by si, aby mohl informaci o hospitalizaci sdělit své rodině. Opět očekává zájem o svou osobu ze strany sestry. Při možnosti volby lůžka na třílůžkovém pokoji by si vybral lůžko u okna, jelikož je zde prý lepší přehled a také lepší přístup vzduchu. Jinak by si spíše přál pokoj dvoulůžkový. Uvítal by také, aby součástí pokoje bylo WC a koupelna.

Jestliže by mu sestra šla aplikovat intravenózní kanylu, nechal by to vše na ní. Došlo-li by ke komplikacím, jako je pálení a mírné zarudnutí v místě vstupu kanyly, zavolal by sestru a oznámil by jí, co se děje. K pití na oddělení očekává teplý čaj, studený by si nechal od sestry ohřát. Co se týče jídel, nemá žádné požadavky a přizpůsobí se. Pokud by byl operován, přeje si před operací, aby sestra projevila pochopení a podpořila ho. Když mu bude převazovat operační ránu, přeje si, aby byla hlavně ohleduplná. Bude-li muset užívat nějaké léky, bude chtít vědět, za jakým účelem mu jsou podávány. Jestliže mu sestra nabídne injekci proti bolesti, vezme si jí, pokud mu bude doporučena. Po operaci bude sám rehabilitovat za podmínky, že mu bude řečeno, jak má vše dělat, aby si neublížil. Při případném překladi na jiné oddělení, si přeje vědět, kam a proč na jiné oddělení jde. Při propuštění do domácího léčení se bude snažit vše zvládnout sám.

Respondent nemá přímé osobní zkušenosti s hospitalizací v některém zdravotnickém zařízení ať už v České republice nebo ve Vietnamu. Má zkušenosti pouze jako doprovod svého syna, byl s ním ubytován na oddělení. Manželka se v té době starala doma o mladšího syna. Během celého pobytu se cítil velice dobře. Měl pocit jistoty a také ten pocit, že byl přijat do kolektivu sester. Problém přizpůsobit se režimu na oddělení neměl. Nastane-li situace, kdy by se musel nechat umýt sestrou, snažil by se nejprve vše zvládnout sám, teprve pokud by to nezvládl, nechal by se umýt. Pokud by také nastala situace, kdy by zdravotnickému personálu nerozuměl, snažil by se to nějakým způsobem dát najevo a přál by si, aby mu by byl zajištěn tlumočnick.

## **Kazuistika 2**

**Věk:** 50 let

**Pohlaví:** Muž

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 33 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondent žije v České republice 33 let a pracuje zde jako podnikatel. Při komunikaci si přeje být osloven vlastním jménem, nejráději křestním. V České republice žije společně s manželkou a dvěma dětmi. Za ideální počet považuje ve vietnamské společnosti jedno dítě. Rodinu popisuje jako své nejbližší prostředí, které se semkne v období problémů a řeší danou situaci. Do rodiny zahrnuje své rodiče, manželku a děti. Pokud by byl nemocný, přeje si, aby informace o jeho zdravotním stavu obdrželi členové rodiny. Úlohou rodiny v době nemoci některého z jejích členů je postarat se o něj, což chápe jako povinnost. Rodina se prý má starat hlavně o jídlo pro nemocného, které považuje za nejlepší lék. Jeho rodina prý trpí běžnými onemocněními a také jistou genetickou zátěží nějakého onemocnění, o němž však mluvit nechce. Snaží se s rodinou trávit volné chvíle, jelikož přes den většinou dlouho pracuje.

V oblasti pohody při hospitalizaci považuje za důležité ochotu lékařů a sester. Jako nepohodlné si nic nevybavuje. Za ideální vzdálenost při komunikaci považuje cca jeden metr. Pokud by do této zóny vstoupil neznámý člověk, zachoval by se tak, že by couvl. S odhalováním svého těla při nějakém vyšetření problém nemá, protože chápe, že je to nutné. Pokud by nebyl schopen pohybu a byl by nucen k vylučování použít podložní mísu, neměl by s jejím použitím problém. Ve stavech, kdy se cítí být podrážděný, by nejraději zakřičel, snaží se však své emoce zadržovat. Rád chodí do přírody na procházky, které jsou pro něj odreagováním.

Respondent je nevěřící a nezastává žádnou životní filozofii. Věří jen trochu v osud. Rovněž si nemyslí, že by změny a vliv na okolnosti vyvěraly z jeho nitra. Ve svém životě se soustřeďuje na současnost, která ovlivňuje jeho budoucnost. Na prvním místě v žebříčku hodnot má vztah lidem a morálku. Na druhém místě stanovil vzdělání, které považuje za velmi důležité pro budoucnost, také je podle něj důležité z hlediska dobré životní úrovně.

Na třetím místě má respondent zdraví, které chápe jako nepřítomnost nemoci. O své zdraví se nijak zvlášť nestará a přiznává, že je také kuřák. Preventivní prohlídky nenavštěvuje, pokud totiž není nemocný, k lékaři vůbec nechodí. Nenechává ani zubního lékaře, jde k němu, pouze pokud by se vyskytl nějaký problém. Pokud ho něco bolí, snaží se to vydržet, pouze pokud je bolest nesnesitelná, užije nějaký lék. Lékům se ale snaží vyhýbat, neboť se obává závislosti. Rovněž si nemyslí, že je nutné určité léky přijímat v přesný čas. Občas využívá tradiční čínskou medicínu v podobě bylinných čajů. Jako podnikatel pracuje celý den. Během dne vypije asi 2 litry tekutin, především čaje. Na čtvrtém místě v žebříčku hodnot má rodinu, kterou chápe jako pevný svazek. Na pátém místě jsou jeho přátelé.

České ošetřovatelství vidí na dobré úrovni. Pokud by ho porovnal s vietnamským, pak by spatřoval rozdíly hlavně v oblasti financování a dostupnosti zdravotnické péče. Ta je prý ve Vietnamu, hlavně pro chudé obyvatele, nedostupná z hlediska financování, kdy se musí většina úkonů platit v hotovosti. Náplň práce všeobecné sestry a porodní asistentky nedokáže specifikovat. Pokud by ho měl ošetřovat zdravotnický personál v České republice, byla by pro něj nejdůležitější ochota



a zájem o jeho osobu. Při ošetřování považuje za důležité používání ochranných pomůcek a nevadilo by mu, pokud by ošetřován v rukavicích.

Respondentu byla představena fiktivní situace, při které odpovídal následovně:

Při vstupu do zdravotnického zařízení očekává, že mu sestra sdělí, co se s ním bude dít a zároveň mu vysvětlí případné lékařské výkony na jeho osobě. Jinak by vše nechal na sestře s tím, že ona sama nejlépe ví, co dělá. Souhlasí také s tím, aby na pozici sestry pracovali muži. S sebou do nemocnice, pokud by očekával hospitalizaci, by si vzal své osobní věci, hygienické potřeby a nějaké oblečení. Po příchodu na oddělení by žádal informace, co se s ním bude dít dál. Běžné vyšetřovací metody, jako je např. odběr krve, mu nevádí a ví, že je to nutné. Pokud jsou to metody, u kterých se bude muset vysvléci, trvá na zajištění intimity. Jestliže by byl přijat na nějaké oddělení, kde se ho ujímá sestra, bude chtít vědět, co se s ním bude dít dál. Při příchodu na pokoj, na kterém má možnost volby lůžka, by si z důvodu pocitu volnosti vybral lůžko u okna. Jako ideální označil 2-3 spolupacienty na pokoji. Také by uvítal, pokud by součástí pokoje byla koupelna a WC - je to pro něj pohodlnější.

Jestliže by mu sestra šla aplikovat intravenózní kanylu, bude chtít vědět, co konkrétně jde dělat. Došlo-li by ke komplikaci, jako je pálení a mírné zarudnutí v místě vstupu kanyly, zavolal by sestru a oznámil by jí, co se děje. K pití na oddělení by uvítal teplý čaj. Studený by si nechal ohřát, protože mu nechutná. K jídlu by přivítal více zeleniny a masa. Jelikož není zvyklý snídat, postačila by mu pouze káva. V jídle spatřuje největší difference mezi vietnamskou a českou kulturou. Jako příklad uvádí to, že ve Vietnamu se polévka podává až po hlavním jídle, za které považuje večeři. Pokud by měl být operován a ráno před operací za ním přijde sestra, přál by si, aby mu vysvětlila, co ho čeká. Během převazu operační rány neví, co by měl po sestře chtít. Lékům proti bolesti se bude snažit vyhnout, neboť se obává závislosti. Při situaci, kdy by byl upoután na lůžko a měl potřebu vykonat na podložní míse, by měl problém v tom, že by se velmi styděl. V situaci, kdy by měl být umyt zdravotnickým personálem, by prý problém neměl, ovšem za předpokladu zajištění intimity. Po operaci na základě doporučení lékaře bude také aktivně rehabilitovat.

Respondent má osobní zkušenosti se zdravotnickým zařízením v České republice, kdy měl z celé hospitalizace dobré pocity. Pokud by měl celou svou zkušenost s tímto zařízením oznámkovat, volil by známku 2. Jediný problém byl prý v komunikaci, kdy nastaly situace, že personálu nerozuměl. V takovém případě dal najevo, že nerozumí. V souvislosti s tím si také přeje, aby mu tlumočila rodina. Spokojí se i s neverbální komunikací a to tak, že mu je předvedeno, co má dělat. Na návštěvu k němu denně chodila rodina a je rád pokud přijdou všichni. Chápe to jako psychickou podporu. Pokud by bylo hospitalizováno jeho dítě, považuje za důležité možnost ubytování rodičů s dítětem v nemocnici. Respondent vyjádřil obavu s darováním krve, kdy se obává přenosu nemocí. Jako zapojení do tvorby svého léčebného plánu si představuje to, že zdravotníci vyslechnou jeho názor.

### **Kazuistika 3**

**Věk:** 16 let

**Pohlaví:** žena

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 2 roky

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondentka, která si přeje být oslovoována svým křestním jménem, žije v České republice 2 roky a je zatím studentkou střední školy. Rodina je v současné době rozdělena, neboť ona zde žije společně se svým otcem a její matka je ve Vietnamu, kde se stará o své nemocné rodiče. Občas se jí stýská, ale s matkou si pravidelně telefonují. Za rodinu považuje rodiče a děti a myslí si, že by rodina na území České republiky měla mít tak 2 děti. Pokud je nějaký člen rodiny nemocný, je v jejich rodině zvykem, že se o něj ostatní postarají. Ona se však domnívá, že by se o její rodiče dokázali, např. v domově pro seniory, postarat lépe než ona sama. Pokud by ona sama byla nemocná, přála by si, aby informace o jejím zdravotním stavu měla celá její rodina. Respondentka

nikdy nepřemýšlela o tom, zda by její rodina mohla geneticky inklinovat k nějaké nemoci.

V oblasti pohody a nepohody považuje za pohodlné přívětivost a vstřícnost. S něčím nepohodlným se zatím nesetkala. Jako svou osobní vzdálenost udává 1 metr a pokud by do ní vstoupil neznámý člověk, pokusila by se couvnout. Jestliže by nastala situace, kdy by se měla v nemocnici vysvléci, styděla by se, ale zároveň si uvědomuje, že je to nutné. Ty samé pocity by zažívala, pokud by měla použít podložní mísu, nebo by měla být umyta zdravotnickým personálem s tím, že si ale danou situaci nedokáže představit. Ve stavech, kdy se cítí podrážděná, se snaží odpočívat při sledování televize, nebo se jde projít. Jako věc, která jí obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy, označila hudbu. Respondentka se ve svém osobním pojetí času soustřeďuje na současnost. Minulost chápe jako něco, co se již stalo a není třeba se k ní vracet. Respondentka je nevěřící.

Ve svém žebříčku hodnot označila na prvním místě zdraví, které chápe jako nejdůležitější věc pro sebe a svou rodinu. Ve vztahu ke zdraví se věnuje sportu, především tenisu a plavání. V České republice má svého praktického lékaře, na preventivní prohlídky chodí pravidelně. Pokud jí něco bolí, užije zpravidla nějaký lék proti bolesti. Závislosti na lécích se neobává. Prvky tradiční čínské medicíny nepoužívá.

Na druhém místě v žebříčku svých hodnot má rodinu, následně přátele, peníze a práci. Ve svém životě také považuje za důležité vzdělání, které rozhoduje o tom, co bude v životě dělat a jakou bude mít životní úroveň. Respondentka je nevěřící. Myslí si, že její život spíše ovlivňuje náhoda.

O českém ošetřovatelství si myslí, že lidé, kteří v něm pracují, jsou milí a přátelští. To samé si myslí i o vietnamském ošetřovatelství. Nespatřuje v nich tedy žádné rozdíly. Povolání sestry obdivuje a vidí ji jako osobu, která pracuje v nemocnici a je hodná a přátelská. Dokonce chvíli přemýšlela o tom, že by studovala ošetřovatelství, ale raději se chce věnovat cizím jazykům. Souhlasí s tím, aby na pozici sestry pracovali i muži. Porodní asistentku vidí jako osobu, která pomáhá a stará se o těhotné. Vysokoškolsky vzdělanou sestru si dokáže představit spíše ve školství. Při ošetřování

považuje za důležité používání ochranných pomůcek a nevadilo by jí, pokud by byla ošetřována v rukavicích, považuje to za hygienické.

Respondentce byla představena fiktivní situace, při které odpovídala následovně:

Při vstupu do zdravotnického zařízení očekává, že se jí sestra ujme, projeví zájem a pokud bude muset někde čekat, bude jí sděleno, z jakého důvodu se tak děje. S sebou do nemocnice, v případě hospitalizace, si vezme hygienické pomůcky. Jestliže jí při příjmu bude odebírána krev, bude jí to nepříjemné, protože se jí dělá špatně. Z toho důvodu by se také zeptala, zda je odběr nutný. Ráda by rovněž hned v úvodu věděla, jak dlouho bude muset v nemocnici být. Po přijetí na oddělení by jejím přáním a očekáváním od sestry bylo to, aby jí ukázala oddělení, hlavně kde jsou toalety. Pohodlnější by pro ní bylo, kdyby toalety byly součástí nemocničního pokoje. Dále by si přála vědět, kde najde sestry a jakým způsobem je může zavolat. Při uvedení na pokoj a možnosti výběru lůžka by si vybrala lůžko, které je situované u okna. Jako důvod označila to, že by se jí lépe dýchalo. Za ideální počet považuje čtyři pacienty na pokoji.

Za situace, kdy by jí sestra šla aplikovat intravenózní kanylu, by jí zajímalo, zda to bude bolet. Došlo-li by ke komplikacím, jako je pálení v místě vpichu kanyly a začervenání v okolí, nechala by to být. Jako tekutinu v nemocnici by si přála obyčejnou vodu. Jiné tekutiny neočekává. K snídani by jí stačil chléb se sýrem. Za hlavní jídlo považuje večeři, kterou by si přála např. v podobě polévky, masa a zeleniny. Jiná jídla během dne, kromě snídaně a večeře, neočekává. Pokud by měla být operována a večer před operací za ní přijde sestra, očekává od ní, že jí sdělí, co jí druhý den čeká. Jestliže bude mít pooperační bolesti, přivítala by raději analgetika per os než injekce, které nemá ráda. Když by jí sestra dávala jakékoli léky, zeptá se, za jakým účelem jí jsou podávány. Při převazu operační rány se sestry zeptá, jak se rána hojí. Při překladu na jiné pracoviště bude chtít vědět, proč tam jde. Po propuštění do domácího léčení sděluje, že se o ní bude muset někdo postarat a bude muset někdo dojít nakoupit.

Respondentka má s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení v České republice osobní zkušenosti. Po tuto dobu jí bylo smutno z důvodu nepřítomnosti jejího tatínka. Ten za ní však každý den chodil na návštěvy a maminka jí také telefonovala z Vietnamu. Z tohoto důvodu považuje za důležitý kontakt s rodinou v době

hospitalizace, nejlépe každý den. S kvalitou ošetrovatelské péče byla spokojena. Není si však vědoma toho, že by byla seznámena s právy pacientů. Informací o její léčbě prý měla dostatek. V době hospitalizace nebyla plnoletá, všechny dokumenty, včetně informovaných souhlasů, tak podepisoval její tatínek. V případě, že by nerozuměla tomu, co jí zdravotnický personál říká, snažila by se dát najevo, že nerozumí. V souvislosti s tím by chtěla, aby jí překládal někdo z rodiny. Během hospitalizace si přeje, aby jí sestra věnovala stejný čas jako ostatním.

S režimem v nemocnici neměla problém. Ve stravovacích návycích však měla problém se studenými večeřemi. Zapojení do tvorby léčebného plánu si představuje tak, že může odmítnout něco, co jí je nepříjemné.

#### **Kazuistika 4**

**Věk:** 53 let

**Pohlaví:** muž

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 20 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondent, který si přeje být osloven svým jménem, žije v České republice 20 let a pracuje ve školství jako pedagog. Žije zde společně se svou rodinou. Se svou rodinou se také snaží trávit co nejvíce volného času. Mezi rodinu zařazuje své nejbližší příbuzné. Za ideální počet dětí, které by měla mít vietnamská rodina žijící v České republice, považuje 3 děti. Odůvodňuje to tím, aby vytvořily početnou rodinu. Pokud by byl on sám nemocný, přál by si, aby informace o jeho zdravotním stavu byly poskytovány jeho rodině. Při onemocnění některého člena rodiny se o něj ostatní, třeba i střídavě, starají. Toto chápe jako povinnost.

Ve stavech, kdy se cítí podrážděný, se snaží být v klidu a nepřenášet své pocity na rodinu. Rodina mu také pomáhá se odreagovat. Za pohodlné během hospitalizace

v nemocnici považuje nové, moderní prostředí. Na pocity nepohody si nevzpomíná. Ve svém osobním pojetí času se soustřeďuje na současnost, která ovlivňuje budoucnost. Je nevěřící a nevěří ani v osud či náhodu.

V žebříčku svých hodnot stanovil na prvním místě zdraví, které chápe jako nepřítomnost nemoci, pokud člověk nemusí chodit do nemocnice a nenavštěvuje lékaře. Ve vztahu ke svému zdraví se chová tak, že je nekuřák a v zimě se teple obléká. Jinak se o zdraví nijak zvlášť nestará. Na preventivní prohlídky ke svému lékaři nechodí. Pokud ho něco bolí, napije se horkého čaje a snaží se usnout. Na farmakologickou léčbu se neobrací, neboť nemá rád léky a bojí se závislosti na nich. Na tradiční čínskou medicínu se také neobrací. Práva pacientů v České republice nezná.

Na druhém místě v žebříčku hodnot má svou rodinu. Na třetí místo umístil vzdělání, které chápe jako věc, která ovlivňuje životní úroveň.

O českém ošetřovatelství si myslí, že je stále lepší, ale jeho nevýhodu vidí ve stále vysokém počtu starých sester. Jako vysvětlení udává, že mladší sestry mají větší přehled a jsou mnohem příjemnější. Vietnamské ošetřovatelství je podle něj na horší úrovni a to hlavně na venkově, kde péče není dostupná. Lidé tam musejí za péčí často daleko cestovat. Rozdíl tedy vidí v dostupnosti péče z hlediska geografického, ale také z finančního. Sestru vidí jako osobu, která pečuje o pacienty v nemocnici. Českou sestru popisuje jako vzdělanou a profesionální. Vysokoškolsky vzdělané sestry u něj mají větší důvěru. Jejich vzdělání považuje za velmi důležité. Ve Vietnamu sestry prý nemají možnost se vysokoškolsky vzdělávat. Od českého zdravotnického personálu očekává vzdělání a milé chování. Souhlasí také s tím, aby na pozici sestry pracovali muži, pokud jsou ovšem šikovni. Při ošetřování souhlasí s používáním ochranných pomůcek. Považuje to za hygienické a nezajímá se o to, proč je dotyčný používá.

Respondentu byla představena fiktivní situace, při které odpovídal následovně:

Při příchodu do zdravotnického zařízení očekává, že sestra, která k němu přijde, projeví zájem a ochotu. Současně bude příjemná. Očekává také, že vše proběhne bez dlouhých časových prodlev. S tím souvisí i to, že požaduje rychlou organizaci při příjmu. S sebou do nemocnice si vezme pouze hygienické potřeby a nějaké osobní věci. Při přijetí očekává také to, že se ho ujme lékař a sdělí mu vše, co potřebuje vědět a

hlavně to, jak dlouho bude muset být v nemocnici a jaké bude mít případné následky. Vyšetření, jako je odběr krve, mu nevádí. Po příchodu na oddělení si přeje, aby se ho ujala sestra a oddělení mu ukázala. Jinak jsou jeho požadavky na sestru stejné, jako při příjmu. Jestliže bude mít možnost volby lůžka na pokoji, vybere si lůžko u okna s tím, že se mu bude lépe dýchat. Ve stavu, kdy by ho nemoc omezovala v chůzi, by přivítal, aby součástí pokoje bylo WC a koupelna. Jako ideální počet pacientů na pokoji si myslí, že jsou tak 2-3. Když by mu sestra šla aplikovat intravenózní kanylu, chtěl by od ní vědět, k čemu slouží. Při komplikacích zavolá sestru.

Jeho stravovací návyky jsou takové, že za hlavní jídlo považuje večeři, kterou si představuje teplou. Snídani očekává rovněž teplou např. vajíčka. Během dne vypije obvykle 2 litry tekutin a to především teplého čaje. Pokud by v nemocnici dostal studený čaj, požádá o jeho ohřátí, protože studený nemá rád.

Situaci, kdy by byl upoután na lůžko a musel se vyprázdnit do podložní mísy, si nedokáže představit a neví, jaké by to pro něj bylo. Pakliže by měl být operován a večer před operací za ním přijde sestra, očekává od ní, že mu sdělí to, že bude v pořádku. Při převazu operační rány nechá sestru pracovat s tím, že sama nejlépe ví, co má dělat. V souvislosti s operační bolestí by při možnosti volby mezi injekcí a léky per os požádal spíše o léky perorální. Pokud mu sestra během dne přinese jakékoliv léky, neočekává od ní nic, pouze jí poděkuje. Při překladech na jiné pracoviště požaduje informace, proč tam jde. To však v případě, pokud nebude spokojený. Spokojený nebude tehdy, jestliže se bude domnívat, že na jiné pracoviště jít nemusí. Po propuštění do domácího léčení bude sám rehabilitovat a bude se řídit pokyny lékaře.

Respondent má i své osobní zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení v České republice. Odnáší si z toho dobré pocity. Sestry i lékaři se mu věnovali a byli moc milí. Kvalitu ošetrovatelské péče hodnotí jako dobrou a nepoznal nic, co by mu bylo nepříjemné. Nebyl však seznámen s právy pacientů. Problémy měl s přizpůsobením se stravovacím návykům v nemocnici, kdy mu jídlo nosila rodina. Rodina ho chodila také denně navštěvovat, návštěvy jsou podle něj z hlediska podpory psychiky nemocného důležité. Pokud by zdravotnickému personálu nerozuměl, dal by najevo, že nerozumí a přál by si, aby mu to vysvětlili třeba pomocí obrázků. Pokusil by

se také o zajištění tlumočnicka. Jako překladatele by nejraději chtěl někoho z příbuzných, protože k nim má větší důvěru. Během hospitalizace by přijal hygienickou očistu od zdravotnického personálu, chtěl by však, aby u toho bylo přítomno co nejméně lidí. Pokud by bylo nemocné jeho dítě, nechtěl by s ním být v nemocnici ubytován. Vysvětluje to tak, že sestra se o ně dobře postará. Chodil by za ním pouze na návštěvy. V případě tvorby léčebného plánu by vše nechal na lékaři, protože se domnívá, že lékař ví nejlépe co dělat.

Rozdíl mezi vietnamskou a českou kulturou vidí nejvíce v tom, že vietnamská kultura mu přijde klidnější.

### **Kazuistika 5**

**Věk:** 46 let

**Pohlaví:** muž

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 10 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondent, který si přeje být osloven titulem, žije na území České republiky již 10 let. Narodil se ve Vietnamu a jeho mateřským jazykem je vietnamština. V ČR pracuje jako novinář. Žije zde společně s dcerou. Manželka je ve Vietnamu, kde se stará o své rodiče. Rodina je pro něj manželka, děti a přátelé. Myslí si, že vietnamská rodina žijící v České republice by měla mít 5 dětí, aby jich zde bylo více. Pokud některý z členů rodiny onemocní, ostatní členové se o něj postarají. Jejich úlohou je být nemocnému nablízku. Pokud by on sám byl nemocný, přeje si, aby informace o jeho zdravotním stavu byly poskytovány jeho rodině. Považuje to za samozřejmost.

V oblasti pohody a nepohody v souvislosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení neví, co by označil jako pohodlné a co jako nepohodlné. Nemá totiž s hospitalizací zkušenosti. Jako svou osobní zónu označuje vzdálenost 1 metr. Jestliže



by mu nějaká cizí osoba do této zóny vstoupila, cítil by se nepříjemně. Ve stavech, kdy se cítí být podrážděný, což se u něj projevuje jeho uzavřeností, si nejraději čte knihu.

Respondent je věřící v Buddhismus. Ve svém životě se soustřeďuje na přítomnost, která pak podle jeho slov ovlivňuje budoucnost. Jeho život také ovlivňuje náhoda. Na prvním místě v žebříčku svých hodnot označil zdraví, které chápe jako nejdůležitější vlastnictví a stav rovnováhy. Na svoje zdraví však nebere zvláštní zřetel, v létě chodí pouze plavat. Na preventivní prohlídky nechodí. Pokud ho něco bolí, vezme si nějakou tabletu analgetika. Tradiční prvky čínské medicíny nepoužívá. V případě nemoci je zvyklý pečovat o své blízké. Vzdělání považuje za velmi důležité, rozhoduje o tom, jaké kdo bude mít postavení.

Na druhém místě v žebříčku hodnot má rodinu, na třetím práci, na čtvrtém přátele a na pátém peníze.

Neví co si má myslet o českém ošetrovatelství, protože s ním nemá zkušenosti. To samé se týká i vietnamského. Z tohoto důvodu nemůže identifikovat rozdíly mezi nimi. Všeobecnou sestru vidí jako osobu, která pečuje o jiné lidi a porodní asistentka rodí děti. Respondent neví, že sestry mají možnost vysokoškolského vzdělání. Jeho nejdůležitější požadavek na ošetrovatelský personál v České republice je ten, aby by byl příjemný a hodný. Nesouhlasí s tím, aby na pozici sestry pracovali muži, s tím, že ženy jsou jemnější. Používání ochranných pomůcek ve zdravotnictví považuje za důležité z hlediska hygieny.

Respondentu byla také představena fiktivní situace, při které odpovídal následovně:

Při vstupu zdravotnického zařízení očekává, že sestra, která k němu přichází bude sympatická a projeví zájem. Zároveň očekává rychlou organizaci příjmu. Důležitá je pro něj informace, jak dlouho bude v nemocnici. V případě hospitalizace by si s sebou vzal notebook, aby mohl pracovat. Běžné vyšetřovací metody, jako je odběr krve, mu nevadí. Metody, u kterých by se měl vysvléci, mu nevadí, nicméně mu nebudou příjemné. Přeje si u nich zajistit intimitu. Po příchodu na oddělení očekává, že mu zde pracující sestra oddělení ukáže. Při možnosti výběru ze třílůžkového pokoje si vybere lůžko u okna z důvodu většího množství světla, což je pro něj příjemné. Avšak

na pokoji by byl raději sám. Rovněž by uvítal přítomnost WC na pokoji. Jestliže k němu přijde sestra s tím, že mu jde aplikovat intravenózní kanylu, nechá vše bez otázek na ní. Při výskytu komplikací s kanylou respondent zavolá sestru.

Respondent má raději asijskou kuchyni, za hlavní jídlo považuje večeři, kterou očekává teplou. K snídani očekává teplou kávu. K pití by chtěl raději vodu, čaj nemá rád. Pokud by měl být v souvislosti s nějakým výkonem nebo vyšetřením oholen, přeje si, aby ho holil muž. Když by měl být operován a sestra by k němu v předvečer operace přišla, očekává od ní ochotu. Pokud mu bude sestra ránu převazovat, požaduje, aby převaz provedla s citem. Jestliže mu nabídne injekci proti bolesti, přijme jí z důvodu rychlejšího nástupu účinku. Za předpokladu, že bude od sestry dostávat jiné léky, bude chtít vědět, za jakým účelem mu jsou podávány. Respondent bude po operaci sám rehabilitovat. Jinak neví co v pooperačním období od ošetrovatelského personálu očekávat. Při nemožnosti pohybu by přijal hygienickou očistu od zdravotnického personálu za předpokladu zajištění intimity. Pokud nebude zdravotnickému personálu rozumět, dá najevo, že nerozumí a požádá o tlumočnicka. Pokud by nebyl ihned k dispozici, chtěl by, aby mu zdravotnický personál ukázal, co má dělat. Přeje si, aby mu tlumočila rodina. Respondent souhlasí s návštěvami nemocných v nemocnici, nejlépe každý den. Věří, že se tak nemocný dříve uzdraví. Pokud by bylo hospitalizováno jeho dítě, chtěl by s ním být v nemocnici. Při propuštění do domácího léčení neví, jak bude domácí ošetřování vypadat. Při tvorbě svého léčebného plánu by vše nechal na lékaři.

Respondent nemá zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení v České republice ani ve Vietnamu. Nezná práva pacientů.

## **Kazuistika 6**

**Věk:** 21 let

**Pohlaví:** muž

**Místo narození:** Česká republika

**Doba pobytu v České republice:** 21 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondent, který si přeje být osloven svým příjmením, se narodil v České republice a je mu 21 let. Žije zde se svými rodiči a způsob života v rodině popisuje jako normální s tím, že rodiče hodně pracují. On v současné době studuje. Jako rodinu označuje rodiče, prarodiče, strýce, tety. Za ideální počet dětí Vietnamské rodiny žijící na území České republiky jsou tři děti. Pokud by byl nemocný, přeje si, aby o jeho zdravotním stavu byli informováni rodiče. Typické chování jeho rodiny, pokud někdo onemocní, je takové, že nemocného člena ošetřují nebo jej odvezou k lékaři. Ošetřování nemocného člena je, dle jeho slov, ve Vietnamu zvyklostí.

Respondent byl hospitalizován v nemocnici v České republice, neví však, co by při hospitalizaci označil jako pohodlné či nepohodlné. Vzpomíná si na pocit samoty. Respondent nemá vyhraněnou svou osobní vzdálenost, proto by nereagoval, pokud by k němu přistoupil příliš blízko. Ve stavech, kdy se cítí podrážděný, nemluví a nejčastěji se odreagovává sportem. Ve svém životě se orientuje na současnost, která pak ovlivňuje jeho budoucnost.

Je nevěřící. V žebříčku životních hodnot označil na prvním místě zdraví, které chápe jako nejdůležitější věc v životě. Ve vztahu ke svému zdraví se snaží hodně sportovat a nekouří. Svého lékaře v rámci preventivních prohlídek nenavštěvuje. Pokud ho něco bolí a do 2 dnů nepřestane, lékaře navštíví. Závislosti na lécích se neobává. Pokud by se měl postarat o svou blízkou osobu, svěřil by ji raději odborníkům.

O českém ošetřovatelství si myslí, že je moderní. Ve Vietnamu hospitalizován nebyl, proto nemůže identifikovat difference. Všeobecnou sestru vidí jako osobu, která se stará o nemocné a chápe to jako její poslání. Porodní asistentku jako osobu, která rodí děti. Nesouhlasí s tím, aby povolání všeobecné sestry vykonávali muži z důvodu, že

ženy jsou citlivější. Myslí si, že sestrám stačí středoškolské vzdělání. Pokud by ho měl ošetřovat ošetrovatelský personál v České republice, považoval by za nejdůležitější to, aby byl hodný a příjemný. Souhlasí také s používáním ochranných pomůcek.

Respondentu byla také představena fiktivní situace a jeho odpovědi byly následující.

Při vstupu do zdravotnického zařízení, kde k němu přichází sestra, očekává, že se ho zeptá, co ho přivádí a jaké má problémy. Rovněž bude chtít vědět, jak dlouho bude muset v nemocnici být. V případě hospitalizace by si s sebou vzal své osobní věci a hygienické potřeby. Běžné vyšetření, jako je i odběr krve, mu nevádí, avšak pokud by se měl u nějakého vyšetření vysvléci, bylo by mu to nepříjemné a požaduje zajištění intimity. Při příchodu na oddělení od tamní sestry očekává, že mu toto oddělení ukáže. Jestliže bude mít možnost vybrat si na třílůžkovém pokoji lůžko, vybere si to u okna z důvodu, pro něj, lepšího výhledu. Uvítal by maximálně třílůžkové pokoje.

Jestliže by mu sestra šla aplikovat intravenózní kanylu, bude chtít vědět, k čemu je. Došlo-li by komplikacím, jako je pálení a mírné zarudnutí kolem vstupu kanyly, zavolá sestru. V nemocnici si jako tekutinu přeje vodu. V oblasti stravování by si přál teplou snídani např. vajíčka nebo polévku. Jako hlavní jídlo považuje oběd. Jiné požadavky nemá. V případě, že by část jeho těla měla být oholena, požaduje zajištění intimity a respektuje vlastní postup zdravotnických pracovníků. Pokud by byl operován a v předvečer operace k němu přijde sestra, očekává od ní informace, co se s ním bude dít. Když mu sestra bude následně převazovat operační ránu, bude ho zajímat, jak se rána hojí. Jestliže mu bude nabízena injekce proti bolesti, přijme jí. U ostatních léků, které mu sestra případně ponese, bude chtít vědět, na co jsou. V pooperačním období očekává od zdravotnického personálu, že mu bude podávat informace o tom, zda vše probíhá tak, jak má. Při překladu na jiné pracoviště ho bude zajímat, proč tam jde. Jestliže bude propuštěn do domácího ošetřování, neví, jak takové ošetřování bude vypadat. Záleží to na jeho stavu. Při těžším stavu mu pomůže rodina. Pokud by nerozuměl zdravotnickému personálu, dal by najevo, že nerozumí. V takovém případě by uvítal, pokud by mu ukázali či namalovali, co má dělat. Návštěvy by si přál každý den. Kontakt s rodinou považuje v nemocnici za důležitý. Může se rodině svěřit.

Respondent má osobní zkušenosti s hospitalizací. Sestry k němu byly hodné. Neví však, zda byl seznámen s právy pacientů. V režimu oddělení mu vadilo velmi brzké vstávání. Během hospitalizace se cítil sám, nicméně ho každý den navštěvovala rodina. Jako zapojení se do léčebného plánu si představuje to, že má možnost rozhodnout se, zda s léčbou souhlasí či nikoliv.

Nedokáže posoudit rozdíly mezi českou a vietnamskou kulturou.

## **Kazuistika 7**

**Věk:** 25 let

**Pohlaví:** žena

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 1 rok

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondentka, která si přeje být oslovoována příjmením, se narodila ve Vietnamu. Je jí 25 let a v České republice je 1 rok. V současné době zde studuje. Žije zde společně se svými rodiči. Ona však bydlí přes týden na vysokoškolské koleji a rodiče hodně pracují, tudíž se moc nevidí. Za rodinu považuje rodiče, prarodiče, strýce a tety. Pokud by byla nemocná, přeje si, aby informace o jejím zdravotním stavu byly předávány rodičům. V případě, že někdo z jejich rodiny onemocní, rodina se o něj postará, což vnímá jako jejich povinnost. Myslí si, že vietnamská rodina žijící na území České republiky by měla mít dvě až tři děti. Ve stavech, kdy se cítí být podrážděná, nemluví a jako odreagování se věnuje četbě knih.

Respondentka nebyla nikdy hospitalizována, proto nedokáže hodnotit, co považuje při hospitalizaci za nepohodlné či pohodlné. Jako vzdálenost své osobní zóny označila jeden metr. Pokud do této zóny někdo vstoupí, cítí se být ohrožena a couvne. Nepříjemné pro ní je také odhalování částí těla při vyšetřeních. Jestliže by měla být nějaká její část těla oholena, vyžaduje zajištění intimity. Pokud by nebyla jiná možnost,

použila by také v nemocnici podložní mísu. Ve svém pojetí času se v životě soustřeďuje na přítomnost, z které vyplývá budoucnost.

Ve svém životě je věřící, konkrétně věří v Buddhismus. Dále její život ovlivňuje osud, v který rovněž věří. V žebříčku svých hodnot označila na prvním místě zdraví, které chápe jako nejdůležitější věc v životě. Ve vztahu ke svému zdraví se snaží jíst zdravě a nekouří. Možnost preventivních prohlídek u svého lékaře nevyužívá. Práva pacientů v České republice nezná. Závislosti na lécích se neobává. Tradiční prvky čínské medicíny zná, ale nepoužívá je. Pokud jí něco bolí, počká jeden den a pokud to nepřestane, navštíví svého lékaře. Na druhém místě v žebříčku označila rodinu, na třetím přátele, na čtvrtém vzdělání, které, jak ona tvrdí, rozhoduje o kvalitě budoucího života.

O českém ošetrovatelství si myslí, že je na dobré úrovni. Nemá s ním však mnoho zkušeností. V České republice ani ve Vietnamu nikdy nebyla hospitalizována, proto nemůže identifikovat difference mezi českým a vietnamským ošetrovatelstvím. Všeobecnou sestru vidí jako ženu, která se stará o nemocné, což udává i jako její náplň. Porodní asistentka se podle jejích slov stará o těhotné ženy a rodí děti. Souhlasí s tím, aby povolání všeobecné sestry vykonávali i muži. Neví, že sestry mají možnost vysokoškolského vzdělání. Pokud by jí měl ošetřovat zdravotnický personál v České republice, přeje si, aby by byl milý a ochotný. Souhlasí s používáním ochranných pomůcek.

Respondentce byla představena fiktivní situace a její odpovědi byly následující:

Při vstupu do zdravotnického zařízení, kde k ní přichází sestra, od ní očekává, že se jí zeptá, co potřebuje. Organizaci svého příjmu do nemocnice očekává rychlou, aby nemusela dlouho čekat. Očekává také, že jí budou podány informace o jejím zdravotním stavu a jak dlouho v nemocnici bude. V případě hospitalizace by si s sebou vzala osobní věci a hygienické potřeby. Běžné vyšetřovací metody, jako odběr krve, jí nevadí. Po příchodu na oddělení od tamní sestry očekává zájem o svou osobu a také to, že jí sestra ukáže oddělení. Při možnosti volby lůžka na třílůžkovém pokoji si vybere to u okna, kde je více světla. Také by uvítala přítomnost WC na pokoji, což je pro ní pohodlnější. Myslí si, že ideální počet pacientů na pokoji jsou tři. V případě, že jí sestra půjde

aplikovat intravenózní kanylu, bude chtít vědět, na co to je. Došlo-li by ke komplikacím, jako je mírné začervenání v místě vstupu kanyly, zavolá sestru a zeptá se jí, co se děje.

Jelikož nemá ráda česká jídla, uvítala by asijskou kuchyni. Jako hlavní jídlo považuje oběd. Snídani by raději uvítala teplou, například polévku. K večeři neví co očekávat, uvidí, co sestra přinese a podle toho se rozhodne, zda to bude jíst či nikoliv. K pití by uvítala raději vodu než čaj. Pokud by měla být operována a v předvečer operace k ní přijde sestra, očekává od ní informace a oporu. Při převazu operační rány od sestry očekává to, že jí sdělí, jak se rána hojí. Bude-li jí nabídnuta injekce proti bolesti, vezme si jí na doporučení lékaře. V případě, že by se nemohla sama umýt, přijala by hygienickou očistu od zdravotnického personálu, ale velmi by se styděla. V celém pooperačním období očekává, že zdravotnický personál bude milý a hodný. Při překladu na jiné pracoviště bude chtít vědět, proč tam jde. Bude-li propuštěna do domácího ošetřování, bude záležet na jejím stavu, jak takové bude vypadat. Pakliže se nebude moci obsloužit, požádá někoho z rodiny.

Pokud by nerozuměla něčemu, co jí zdravotnický personál říká, dala by najevo, že nerozumí a chtěla by, aby jí bylo např. v knize ukázáno, co má dělat. Zároveň si myslí, že by nemocnice měla mít tlumočníka. Návštěvy své rodiny by chtěla každý den, což považuje za psychickou podporu. Považuje také za přirozené hospitalizaci matky s dítětem. Zapojení do léčebného plánu si představuje tak, že lékař s ní bude konzultovat všechny výkony a ona bude mít možnost vyjádřit, zda s nimi souhlasí nebo ne.

Největší rozdíl v české a vietnamské kultuře vidí v kuchyni, česká jí přijde tučná. Další rozdíl vidí v tom, že lidé zde ji připadají velmi uspěchaní.

## **Kazuistika 8**

**Věk:** 34 let

**Pohlaví:** žena

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 11 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondentce, která si přeje být oslovována jménem nebo příjmením, je 34 let a narodila ve Vietnamu. V České republice žije 11 let a v současné době je na rodičovské dovolené. Žije zde společně se svým manželem a dětmi. Za rodinu považuje rodiče, děti a přátele. Myslí, že vietnamská rodina žijící na území České republiky by měla mít 2 děti. Způsob života v jejich rodině popisuje tak, že ona je v domácnosti, stará se o děti a manžel chodí do práce. Tento stav jí vyhovuje. Pokud by byla nemocná, přála by si, aby informace o jejím zdravotním stavu obdržel manžel. Onemocní-li nějaký jiný člen rodiny, odvezou ho do nemocnice a poté za ním docházejí na návštěvy.

Respondentka má osobní zkušenosti s hospitalizací jak v nemocnici v České republice tak i v nemocnici ve Vietnamu. Jako pohodlné označila ticho během hospitalizace, které bylo v nemocnici. Jako nepohodlné označila komunikaci mezi ní a zdravotnickým personálem z důvodu jazykové bariéry a také zápach z desinfekce. Jako vzdálenost, kterou považuje za svou osobní zónu, považuje jeden metr. Pokud by jí někdo vstoupil do této osobní zóny, bylo by jí to nepříjemné. Pokud se cítí podrážděná, pustí si na videu nějaký film.

Je věřící, vyznává Buddhismus. Někdy spoléhá na nadpřirozené síly. Ve svém pojetí času se soustřeďuje na současnost. V žebříčku svých životních hodnot označila na prvním místě rodinu, na druhém zdraví, které chápe jako nepřítomnost nemoci a stav, kdy je vše v rovnováze. Ve vztahu ke svému zdraví se snaží zdravě stravovat a také se hodně směje. Pokud jí něco bolí, používá Vietnamský olej nebo tzv. tygří mast. Používá prvky tradiční čínské medicíny, konkrétně vonné oleje. Pravidelně navštěvuje preventivní prohlídky a to hlavně u svého gynekologa. Respondentka zná práva



pacientů. Myslí si, že je lepší nemocného člověka poslat do nemocnice. Na čtvrtém místě v žebříčku hodnot má vzdělání, neboť si myslí, že vzdělání předurčuje lepší život.

O českém ošetrovatelství si myslí, že je moderní a je jí velmi sympatické. Rozdíl mezi vietnamským a českým ošetrovatelstvím vidí hlavně v oblasti financování. Ve Vietnamu je mnoho výkonů, které si člověk musí hradit hotově. Proto tvrdí, že pokud máte peníze, máte dobrou péči. Všeobecnou sestru vidí jako osobu, která se stará o nemocné. O české sestře si myslí, že má dobrý plat. Domnívá se, že všeobecná sestra není povolání pro muže. Porodní asistentku vidí jako osobu, která se stará o těhotné ženy. Používání ochranných pomůcek považuje za velmi důležité.

Respondentce byla představena fiktivní situace a její odpovědi byly následující:

Při vstupu do zdravotnického zařízení očekává od sestry, která k ní přichází, že jí pozdraví a zeptá se jí, jak se cítí a co potřebuje. Rovněž očekává rychlou organizaci příjmu, aby nemusela dlouho čekat. Zároveň by chtěla vědět, jak dlouho bude v nemocnici. V případě hospitalizace by si s sebou nejraději vzala hudební nástroj, ale nebyl by problém, pokud by si ho v souvislosti s řádem nemocnice nemohla vzít a klidně by ho nechala doma. Běžné vyšetřovací metody, jako je odběr krve, jí nevadí. Po příchodu na oddělení, kde se jí ujímá sestra, od ní očekává, že jí ukáže oddělení, hlavně kde je WC a koupelna. V případě možnosti lůžka na třílůžkovém pokoji si vybere lůžko u okna z důvodu, že u okna nechodí tolik lidí. Uvítala by také kdyby WC bylo na pokoji. Myslí si, že ideální počet pacientů na pokoji jsou dva. Jestliže jí sestra půjde aplikovat intravenózní kanylu, bude chtít vědět, na co to je. Došlo-li by ke komplikacím, jako je mírné zarudnutí v okolí kanyly, dala by si na to studený obklad a počkala by zhruba jeden den, zda to nezmizí. Teprve poté by zavolala sestru. K pití by si přála čaj raději teplý, dostala-li by studený, požádala by o ohřátí. Za hlavní jídlo považuje večeři, kterou si představuje např. v podobě rýže a masa. Snídani naopak studenou. Během dne očekává ovoce. Jestliže bude operována a v předvečer operace k ní přichází sestra, bude chtít od ní vědět, co jí čeká. V případě pooperačních bolestí preferuje spíše injekční formu analgetik před formou perorální s tím, že jí bude injekce lépe účinkovat. U ostatních případných léků bude chtít od sestry vědět, za jakým účelem jsou podávány. Při převazu její operační rány čeká, že jí sestra sdělí, jak se hojí. Od

ošetřovatelského personálu v pooperačním období očekává, že k ní bude milý a postará se o ní. Při překladi na jiné pracoviště chce vědět, proč tam jde a jak dlouho tam bude. Pokud bude propuštěna do domácího ošetřování, bude-li to nutné, musí zastat její funkce v domácnosti manžel.

Respondentka má osobní zkušenosti s hospitalizací v nemocnici v České republice. Měla zde dobré pocity a byla spokojená. Ošetřovatelskou péči hodnotí jako výbornou, hlavně sestry k ní byly velmi milé. S právy pacientů byla seznámena a pamatuje si, že byly vyvěšeny na pokoji. Po celou dobu měla dostatek informací. Během hospitalizace podepisovala informované souhlasy, kdy jí tyto lékař vysvětlil. Režimu oddělení se přizpůsobila, vadila jí však strava, která jí nechutnala a rodina jí musela stravu nosit z domova. Návštěvy za ní chodily každý den, což považuje za psychickou podporu. Pokud nastane situace, kdy nerozumí, dá najevo, že nerozumí a spokojí se s tím, když jí danou věc ukáží např. pomocí obrázků. V případě, kdy bude hospitalizováno její dítě, by chtěla být s ním. Považuje to přímo za svou povinnost. Zapojení se do léčebného režimu si představuje tak, že má možnost se vyjádřit, zda s péčí souhlasí či nikoliv.

Největší rozdíl ve vietnamské a české kultuře vidí ve stravování a jídle. Vietnamci jí déle a nemají jídla tak tučná.

## **Kazuistika 9**

**Věk:** 43 let

**Pohlaví:** muž

**Místo narození:** Vietnam

**Doba pobytu v České republice:** 24 let

**Mateřský jazyk:** Vietnamština

Respondent, který si přeje být osloven svým příjmením, se narodil ve Vietnamu a v České republice žije již 24 let. Je mu 43 let a pracuje zde jako podnikatel. V České republice žije společně se svou manželkou a dětmi. Způsob fungování ve své

rodině popisuje tak, že manželka je v domácnosti a on pracuje, což oběma vyhovuje. Za rodinu považuje rodiče, děti a přátele. Ideální počet dětí Vietnamské rodiny žijící na území České republiky jsou děti dvě. V případě onemocnění některého člena rodiny by nemocného odvezli do nemocnice a pak by ho chodili navštěvovat. Pokud by byl on sám nemocný, přeje si, aby informace o jeho zdravotním stavu obdržela manželka.

Respondent byl hospitalizovaný v nemocnici v České republice. Jako nepohodlné označil to, že měl pocit, že na něj neměl personál mnoho času. Další pocit, který označuje jako nepohodlný, jsou bolestivé výkony, hlavně u stomatologa. Jako pohodlné označil ticho a klid v nemocnici. Vzdálenost své osobní zóny označil 1 metr. Jestliže mu do této zóny někdo vstoupí, bude mu to nepříjemné. Ve stavech, kdy se cítí podrážděný, si občas „bouchne“ do stolu. Ve svém pojetí času se soustřeďuje na budoucnost.

Je věřící a to konkrétně v Buddhismus. Další v co věří, je osud. Věřící také v nadpřirozené síly. V žebříčku svých životních hodnot označil na prvním místě rodinu. Na druhém zdraví, které chápe jako stav rovnováhy a také stav, kdy není nemocný. Ve vztahu ke svému zdraví se snaží jíst zdravě. Nevyužívá možnosti preventivních prohlídek u svého lékaře. Pokud ho něco bolí, řeší to klidem a poslechem hudby. Závislosti na lécích se neobává. Používá prvky tradiční čínské medicíny, konkrétně vonné oleje. Myslí si ale, že pokud je někdo nemocný, je lepší poslat ho do nemocnice. Na třetím místě v žebříčku hodnot má respondent práci, na čtvrtém vzdělání, které považuje za důležité proto, aby člověk měl lepší budoucnost. Na páté místo staví přátelství.

České ošetřovatelství je mu sympatické a myslí si, že je moderní. Rozdíly mezi vietnamským a českým ošetřovatelství vidí hlavně ve financování. Ve Vietnamu si musí mnoho výkonů hradit pacienti hotově a tvrdí, že pokud si ve Vietnamu zaplatíte, máte dobrou péči. Náplň všeobecné sestry v České republice vidí tak, že sestra se stará o nemocné. Neví, že sestry mají možnost vysokoškolského vzdělání. Myslí si také, že toto povolání není pro muže. Pokud by byl ošetřován zdravotnickým personálem v České republice, požaduje, aby k němu byl příjemný. Souhlasí s používáním ochranných pomůcek.

Respondentů byla také představena fiktivní situace a jeho odpovědi byly následující:

Při vstupu do zdravotnického zařízení očekává od sestry, která k němu přichází to, že se ho zeptá, co potřebuje. Organizaci jeho přijetí očekává rychlou, protože nerad někde čeká. Také bude chtít vědět, jak dlouho v nemocnici bude. V případě hospitalizace si s sebou vezme osobní věci a hygienické pomůcky. Běžná vyšetření, jako je například odběr krve, mu nevadí. Ví, že je to nutné. Po příchodu na oddělení, kde se ho ujímá sestra, bude chtít toto oddělení ukázat. V případě možnosti výběru lůžka na třílůžkovém pokoji si vybere to u okna, kde je více světla, což mu vyhovuje. Chtěl by také, aby na pokoji bylo přítomno WC. Jako ideální počet pacientů na pokoji označil dva. Jestliže mu sestra bude aplikovat intravenózní kanylu, bude chtít vědět, na co to je. Došlo-li by ke komplikacím, jako je mírné začervenání místě vstupu kanyly, zavolal by sestru.

Pokud by dostal studený čaj, požádal by o ohřátí, neboť studený nemá rád. Za hlavní jídlo považuje večeři, která má být teplá, například v podobě masa a rýže. K snídani mu stačí káva nebo čaj. Jiná jídla během dne neočekává. Jestliže by měl být operován a v předvečer operace k němu přichází sestra, očekává od ní, že mu sdělí, co jej čeká. V případě, kdy si z důvodu imobility nebude moci dojít na WC, požádá o podložní mísu. Přijal by také hygienickou očistu od zdravotnického personálu, za předpokladu zajištění intimity. Bude-li mu sestrou nabízena injekce proti bolesti, vezme si jí, protože si myslí, že mu bude dříve účinkovat, než analgetika podaná per os. U ostatních léků, které by případně musel užívat, bude chtít vědět, na co jsou a jak je má užívat. Když mu sestra bude provádět převaz operační rány, očekává od ní, že bude pracovat ohleduplně. V celém pooperačním období očekává od zdravotnického personálu, že bude milý. Při překladech na jiné pracoviště, bude chtít vědět, proč tam jde. V případě propuštění do domácího ošetřování bude takové vypadat tak, že pokud nebude moci zvládnout vše sám, pomůže mu manželka.

V případě, kdy by nerozuměl zdravotnickému personálu, by si přál, aby mu tlumočila rodina, případně aby mu bylo ukázáno na obrázcích, co má dělat. Pokud by nerozuměl, co mu zdravotnický personál říká, dal by najevo, že nerozumí.

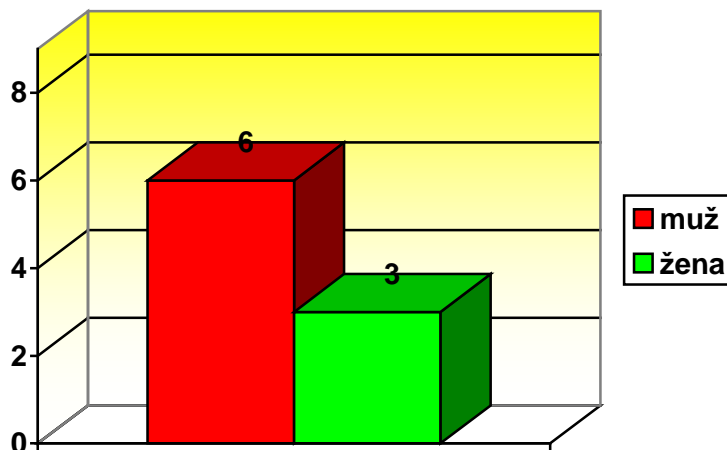
Respondent má také osobní zkušenosti s hospitalizací v nemocnici v České republice. Zde se mu líbilo, ale měl pocit, že zdravotnický personál na něj měl málo času. Proto by chtěl, aby se mu sestry v nemocnici více věnovaly. Tvrdí, že zdravotnický personál viděl pouze dvakrát denně. S právy pacientů seznámen nebyl. O léčbě měl dostatek informací od lékaře. S režimem na oddělení problém neměl, ovšem vadila mu strava v nemocnici, proto mu jídlo nosila rodina z domova.

Během hospitalizace ho chodila navštěvovat manželka, což mu vyhovovalo. Návštěvy mu vyhovují každý den. Návštěvy, hlavně tedy rodina, jsou dle jeho slov podpora nemocného. Zapojení do léčebného plánu si představuje tak, že bude mít možnost vyjádřit se k tomu, co bude lékař dělat.

Rozdíl mezi českou a vietnamskou kulturou vidí ve stravování a v tom, že v České republice je mnoho nevěřících lidí.

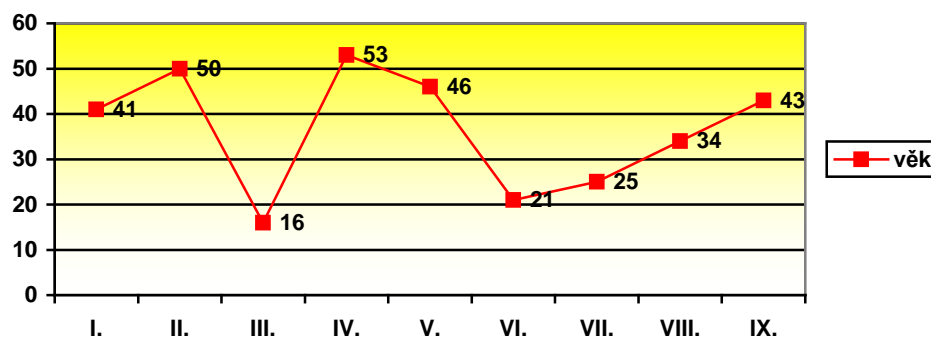
## 4.2 Tabulky a grafy

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



Z celkového počtu 9 respondentů bylo 6 respondentů pohlaví mužského a 3 respondenti ženského.

**Graf 2 Věková struktura respondentů**



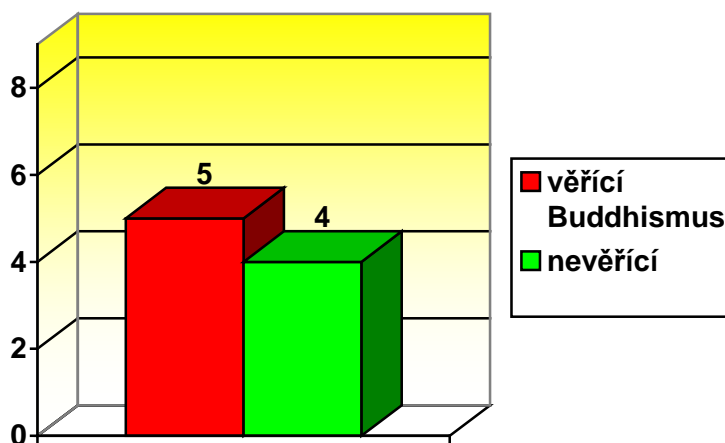
Graf znázorňuje věkové rozložení ve skupině respondentů. Respondent I. byl ve věku 41 let, respondent II. ve věku 50 let, respondent III. ve věku 16 let, respondent IV. ve věku 53 let, respondent V. ve věku 46 let, respondent VI. ve věku 21 let, respondent VII. ve věku 25 let, respondent VIII. ve věku 34 let a respondent IX. byl ve věku 43 let.

**Tabulka 1 Výskyt hodnot**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Zdraví	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Rodina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Práce			1	1	1			1	1	5
Vzdělání	1	1		1		1	1	1	1	7
Přátelství	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Víra	1									1
Morálka		1								1
Peníze			1	1	1	1	1			5

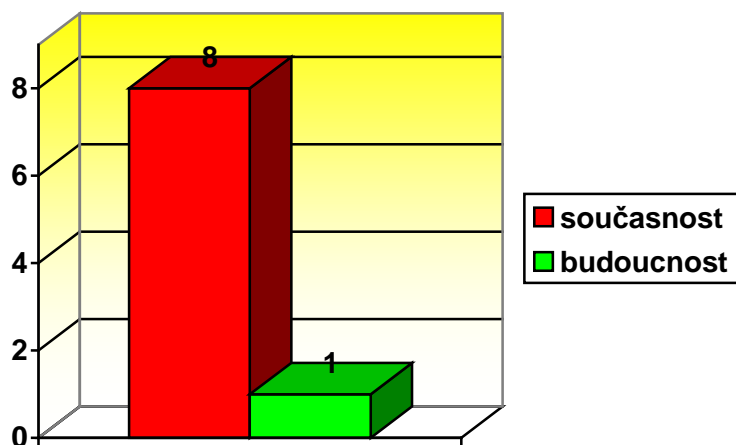
Tabulka znázorňuje výskyt hodnot u jednotlivých respondentů. Stejný počet (9) bylo zaznamenáno u hodnot zdraví, rodina a přátele. Vzdelání bylo zaznamenáno u 7 respondentů, peníze u 5, práce rovněž u 5. Víra u 1 respondenta a morálka také u 1 respondenta.

**Graf 3 Víra**



Graf znázorňuje rozdělení respondentů na věřící a nevěřící. Z celkového počtu 9 respondentů bylo 5 věřících a 4 nevěřících. Všech 5 věřících respondentů vyznávalo Buddhismus.

**Graf 4 Pojetí času**



Graf znázorňuje, jaké mají respondenti pojetí času ve svém životě. Z počtu 9 respondentů se 8 respondentů soustřeďuje na současnost a 1 respondent na budoucnost.

**Tabulka 2 Koho považují za rodinu**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Manžel/manželka	1	1			1					3
Děti	1	1	1		1			1	1	6
Rodiče		1	1			1	1	1	1	6
Prarodiče						1	1			2
Strýc						1	1			2
Teta						1	1		1	3
Přátelé	1				1			1		3
Příbuzní				1						1

Tabulka znázorňuje, koho respondenti zařazují do rodiny. Z celkového počtu 9 respondentů zařazuje 6 respondentů do rodiny děti, 6 respondentů rodiče, 3 respondenti strýce a přátelé, 2 respondenti prarodiče a strýce a 1 respondent do rodiny zařazuje všechny příbuzné.



**Tabulka 3 Ideální počet dětí v rodině**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
1 dítě		1								1
2 děti	1		1				1	1	1	5
3 děti				1		1	1			3
5 dětí					1					1

Tabulka znázorňuje, kolik dětí v rodině považují respondenti za ideální. Z celkového počtu 9 respondentů, považuj 5 respondentů za ideální počet 5 dětí v rodině, 3 respondenti 3 děti v rodině, 1 respondent 1 dítě a 1 respondent považuje 5 dětí za ideální počet dětí v rodině.

**Tabulka 4 Pojetí zdraví**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Nepřítomnost nemoci		1		1						2
Stav rovnováhy					1			1	1	3
Hodnota	1		1		1	1	1	1	1	7

Tabulka znázorňuje, jak respondenti vnímají pojem zdraví. Jako nepřítomnost nemoci ho považují 2 respondenti (II., IV.). Respondenti V., VIII., IX. zdraví považují jako stav rovnováhy a současně jako hodnotu. Jako hodnotu ho považují 4 respondenti (I., III., VI., VII.).

**Tabulka 5 Návštěva preventivních prohlídek**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Ano			1					1		2
Ne		1		1	1	1	1		1	6
Nepravidelně	1									1

Tabulka znázorňuje, zda respondenti v ČR využívají preventivní prohlídky. Z celkového počtu 9 respondentů, 6 respondentů je nenavštěvuje, 1 ano a 1 nepravidelně.

**Tabulka 6 Chování rodiny při onemocnění jejího člena**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Postarají se o něj	1	1	1	1	1	1	1			7
Zajistí mu lékaře			1			1		1	1	4

Tabulka znázorňuje, jak se bude vietnamská rodina chovat v případě onemocnění jejího člena. Z celkového počtu 9 respondentů byla 7 krát zaznamenána odpověď, že se o nemocného člena postarají a 4 krát byla zaznamenána odpověď, že by takovému členu zajistili lékaře. Respondenti III. a VI. uvedli obě odpovědi.

**Tabulka 7 Chápání postarání se o nemocného člena**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Tradice	1									1
Povinnost	1	1		1			1			4
Zvyk			1			1				2
Být nablízku					1					1

Tabulka znázorňuje, jak respondenti chápou postarání se o nemocného člena rodiny. Respondenti VIII. a IX. by nemocnému členu zajistili lékařskou péči, proto zde jejich odpověď na tuto otázku není zaznamenána. Z celkového počtu 7 respondentů, kteří se vyjadřovali k této otázce chápou 4 respondenti jako svou povinnost postarat se o nemocného člena, 2 respondenti to chápou jako zvyk, 1 respondent to chápe jako nutnost být nemocnému nablízku a respondent I. uvedl to, že to je tradice, ale také povinnost.

**Tabulka 8 Používání tradiční čínské medicíny**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Ano	1	1						1	1	4
Ne			1	1	1	1	1			5

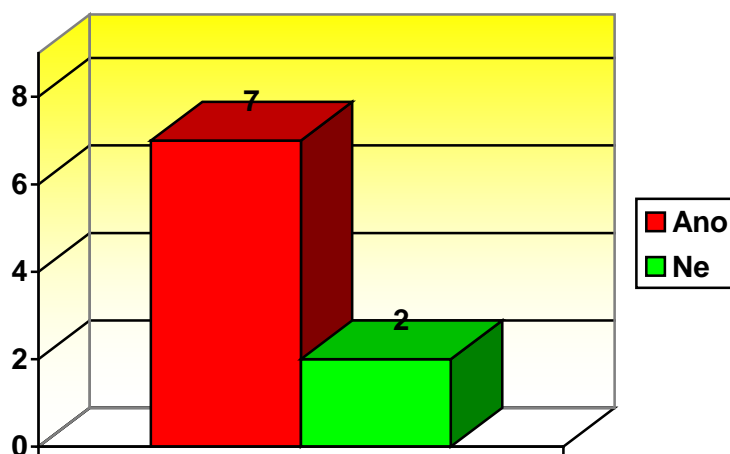
Tabulka znázorňuje, zda respondenti používají tradiční čínskou medicínu. Z počtu 9 respondentů, 4 respondenti ji používají a 5 respondentů tradiční čínskou medicínu nepoužívá.

**Tabulka 9 Léčba bolesti**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Relaxace	1			1					1	3
Analgetika		1	1		1					3
Návštěva lékaře						1	1			2
TČM								1		1

Tabulka znázorňuje, jakým způsobem respondenti léčí svou bolest. Z celkového počtu 9 respondentů, 3 respondenti využívají relaxační techniky, 3 respondenti analgetika, 2 respondenti navštíví lékaře a 1 respondent použije tradiční čínskou medicínu.

**Graf 5 Zkušenosti se zdravotnickým zařízením v ČR**



Z celkového počtu 9 respondentů má zkušenost se zdravotnickým zařízením v České republice 7 respondentů a 2 respondenti tuto zkušenost nemají.

**Tabulka 10 Jak vidí české zdravotnictví**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Dobrá úroveň	1	1		1		1		1	1	6
Stejně jako ve Vietnamu			1							1
Nemá zkušenosti					1		1			2

Tabulka znázorňuje, jak vidí respondenti české zdravotnictví. Z celkového počtu 9 respondentů, si 6 respondentů myslí, že má české zdravotnictví dobrou úroveň, 1 respondent si myslí, že je stejné jako ve Vietnamu a 2 respondenti nemají s českým zdravotnictvím zkušenosti

**Tabulka 11 Rozdíly ve zdravotnictví**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Vybavení	1									1
Financování		1		1						2
Dostupnost		1		1				1	1	4
Nespatřuje			1							1
Nemá zkušenosti s Vietnamským					1	1	1			3

Tabulka znázorňuje, jaké rozdíly vidí respondenti mezi českým a vietnamským zdravotnictvím. Z celkového počtu 9 respondentů, byla 4 krát zaznamenána odpověď v dostupnosti péče, 2 krát ve financování, 1 krát ve vybavení zdravotnických zařízení, 1 respondent nespatřuje rozdíly a 3 respondenti nemají zkušenosti s vietnamským zdravotnictvím.

**Tabulka 12 Co považuje za pohodlné ve zdravotnickém zařízení**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Přístup zdravotnického personálu	1	1	1							3
Prostředí				1				1	1	3
Nemá zkušenosti					1		1			2
Neví						1				1

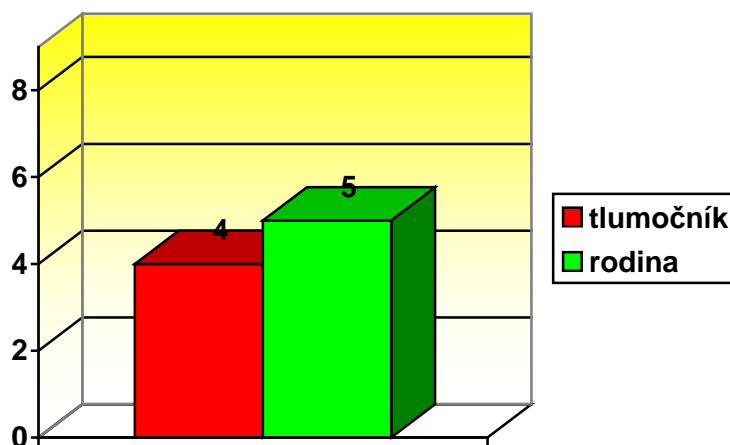
Tabulka znázorňuje, co respondenti považují za pohodlné během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Z počtu 9 respondentů považují 3 za pohodlný přístup zdravotnického personálu, 3 považují za pohodlné prostředí zdravotnického zařízení, 1 respondent neví co považovat za pohodlné a 2 respondenti neměli zkušenosti se zdravotnickým zařízením.

**Tabulka 13 Co považuje za nepohodlné ve zdravotnickém zařízení**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Nesetkal se	1		1							2
Neví		1		1		1				3
Jazyková bariéra								1		1
Přístup zdrav. pracovníků									1	1
Nemá zkušenosti					1		1			2

Tabulka znázorňuje, co respondenti považují za nepohodlné během hospitalizace. Z počtu 9 respondentů se 2 respondenti nesetkali s ničím nepohodlným, 3 respondenti neví co považovat za nepohodlné, 1 respondent považoval za nepohodlné jazykovou bariéru, 1 přístup zdravotnického personálu a 2 respondenti nemají zkušenosti se zdravotnickým zařízením.

**Graf 6 Kdo by měl tlumočit**



Graf znázorňuje, koho by si respondenti přáli jako tlumočníka ve zdravotnickém zařízení. Z celkového počtu 9 respondentů by si 5 respondentů přálo, aby jim tlumočil někdo z rodiny a 4 respondenti by si přáli tlumočníka.

**Tabulka 14 Co očekává při vstupu do zdravotnického zařízení**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Zájem	1		1	1	1	1	1	1	1	8
Rychlost	1			1	1		1	1	1	6
Informace	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

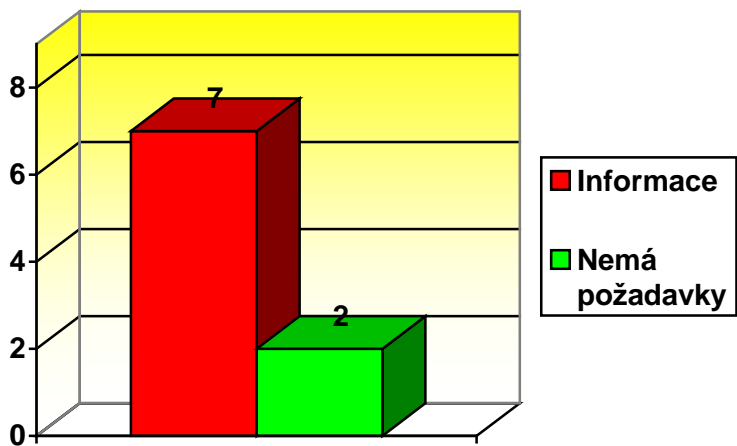
Tabulka znázorňuje, co respondenti očekávají při vstupu do zdravotnického zařízení. Z celkového počtu 9 respondentů byla 8 krát zaznamenána odpověď zájem o jejich osobu, 6 krát rychlost v oblasti vyřízení jejich záležitostí a 9 krát bylo uvedeno, že respondenti očekávají informace.

**Tabulka 15 Co očekávají od sestry v nemocnici**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
zájem	1						1			2
informace		1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tabulka znázorňuje, co respondenti očekávají od zdravotní sestry, která pracuje v nemocnici. Z celkového počtu 9 respondentů byla ve 2 případech zaznamenána odpověď, že respondenti očekávají zájem o jejich osobu ze strany sestry a v 8 případech očekávají informace. U respondenta VII. byly zaznamenány obě odpovědi.

**Graf 7 Požadavky při aplikaci i.v. kanyly**



Graf znázorňuje, jaké požadavky mají respondenti při aplikaci intravenózní kanyly. Z celkového počtu 9 respondentů požaduje 7 respondentů informace o tomto výkonu a 2 respondenti nemají žádné konkrétní požadavky.

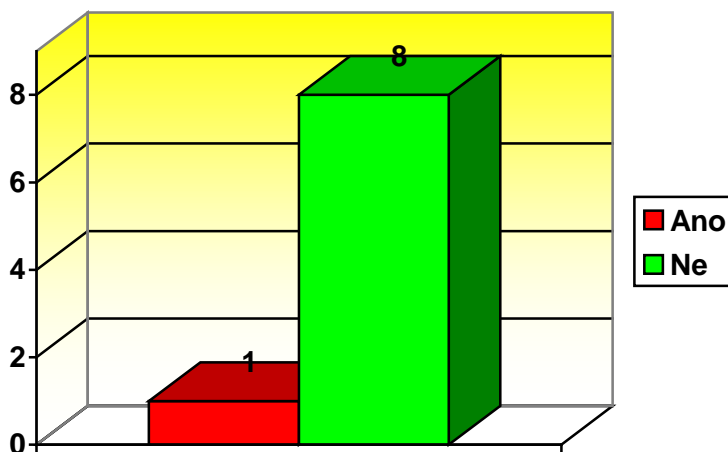


**Tabulka 16 Co si myslí o vysokoškolsky vzdělané sestře**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Neví, že je možnost VŠ vzdělání	1	1			1		1	1	1	6
Stačí SŠ vzdělání						1				1
Má u něho důvěru				1						1
Uplatňuje se ve školství			1							1

Tabulka znázorňuje, co si respondenti myslí o vysokoškolsky vzdělané sestře. Z celkového počtu 9 respondentů, 6 respondentů neví, že je možnost vysokoškolského vzdělání sester, 1 respondent si myslí, že sestřám postačuje střední škola, u 1 respondent má vysokoškolsky vzdělaná sestra větší důvěru a 1 respondent si myslí, že se vysokoškolsky vzdělaná sestra uplatňuje ve školství.

**Graf 8 Znalosti práv pacientů**



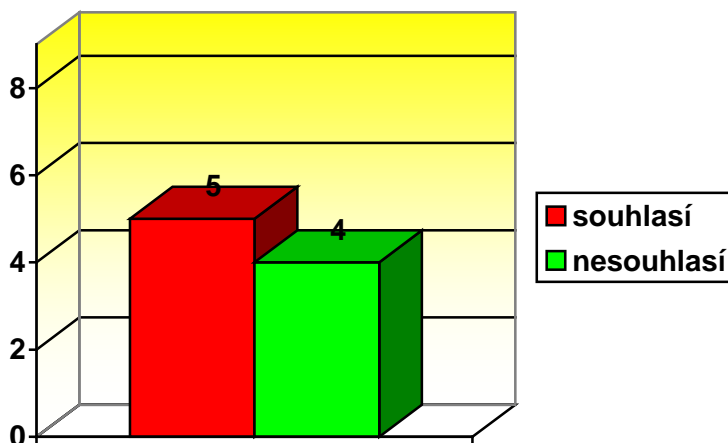
Graf znázorňuje, zda respondenti znají práva pacientů. Z celkového počtu 9 respondentů zná práva pacientů 1 respondent, 8 respondentů tato práva nezná.

**Tabulka 17 Sdělování informací**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Rodině		1	1	1	1	1				5
Manželce/manželovi	1							1	1	3
Rodičům							1			1

Tabulka znázorňuje, komu by si respondenti přáli sdělovat informace o svém zdravotním stavu. Z počtu 9 respondentů by si 4 přáli sdělovat informace rodině, 3 respondenti manželovi/manželce a 1 respondent rodičům.

**Graf 9 Povolání sestry – muž**



Graf znázorňuje, zda respondenti souhlasí s tím, aby povolání všeobecné sestry vykonávali muži. Z celkového počtu 9 respondentů 5 respondentů s tím souhlasí a 4 respondenti nesouhlasí.

## 5. Diskuse

Předmětem tohoto výzkumu bylo poznat specifika vietnamské menšiny v prostředí, jako je zdravotnické zařízení. A rovněž i to, jak se tato menšina v českém zdravotnictví orientuje. Ivo Vasiljev ve svém díle uvádí: „Rozdíly mezi národy, často sousedními, jsou v Asii výraznější a hlubší, než vidíme v Evropě, a hledání skutečných vývojových souvislostí je o to obtížnější, o to více překážek je nutno zdolávat.“(64, str. 196). Abychom si dokázali některá kulturní specifika ozřejmit a hlavně pochopit, je nutné poznat kulturu cizí země ve všech jejích souvislostech a to od historických až po současné.

Abychom pochopili kulturu vietnamské minority a poznali její specifika, bylo nutné poznat životní hodnoty respondentů (viz tabulka 1). Výsledky nás příliš nepřekvapily a to především pozice rodiny, jako jedna z jejich hodnot. To, že se objevila na předním místě, koresponduje i s dílem autorů Mindela a Habensteina (26), kde popisují pevné svazky v rodině a důležitost rodinného zázemí ve Vietnamu. Koho považují příslušníci vietnamské menšiny za svou rodinu, je rozdílné oproti pojmům rodiny v naší kultuře. Vietnamci zařazují do rodiny pro nás spíše vzdálené příslušníky, jako jsou tety či strýcové, ale zaznamenali jsme i odpověď, kdy respondent považuje za rodinu veškeré příbuzné (viz tabulka 2). Z tohoto faktu vychází, že se v rámci ošetřování člena takové rodiny můžeme setkat s větším počtem rodinných příslušníků během návštěv. Z kazuistik také vyplývá, že většina respondentů považuje návštěvy za velmi důležité. Například v kazuistice 2 respondent vnímá návštěvy nemocného jako psychickou podporu a sám je rád, pokud ho přijdou navštívit všichni členové jeho rodiny. Už toto lze považovat za jedno ze specifíků souvisejících s ošetřováním příslušníka vietnamské menšiny. Zjišťovali jsme také, kolik dětí by měla mít vietnamská rodina žijící na území České republiky (viz tabulka 3). Většina respondentů považovala za ideální počet 2-3 děti. Pokud byl zaznamenán větší počet dětí, byl odůvodněn tím, že si respondenti přejí, aby se vietnamská komunita na území České republiky rozšířila (viz kazuistiky 4, 5). Fakt, že je vietnamská rodina velmi pevným svazkem, nás vedl k položení si otázky: **„Jak vnímají příslušníci vietnamské menšiny situaci, kdy**

**onemocní člen jejich rodiny ?“** Zajímalo nás, jakým způsobem bude rodina reagovat v případě onemocnění jejího člena (viz tabulka 6). V té se ukázalo, že většina respondentů považuje za povinnost zajistit nemocnému členu rodiny péči v domácím prostředí. To také potvrdily výsledky v tabulce 7. nabízí se tak otázka: „Proč tomu tak je?“ Možnou odpověď jsme našli v tabulce 11, ve které jsou znázorněny odpovědi, v níž měli respondenti identifikovat rozdíly mezi vietnamským a českým zdravotnictvím. Zde jsme mj. zaznamenali, že respondenti vidí rozdíly v dostupnosti a ve financování. Z tohoto vztahu si lze odvodit, že Vietnamci využívají levnější a dostupnější péči a to je, dle našeho názoru ta, která je poskytována rodinnými příslušníky a v domácím prostředí. Toto také potvrzují materiály WHO (69), kde jsou popsány rozdíly v úrovni péče mezi chudšími obyvateli žijícími především v horských oblastech a obyvateli žijícími ve velkých městech, přičemž chudší obyvatelé jsou odkázáni na vlastní pomoc. Podepisování negativních reversů či předčasné ukončování léčby a opouštění nemocnic může být důsledkem odloučení od rodiny nebo obavy s finančních nákladů na léčbu. Proto je nutné najít příčinu a na jejím základě podat dostatek informací či zajistit kontakt s rodinou.

V kazuistikách 3 a 6, by respondenti zajistili lékařskou či ústavní péči. Zajímavé na tom je, že oba respondenti jsou velmi mladí. Respondentce v kazuistice 3 je 16 let a respondentovi v kazuistice 5 je 21 let. Nabízí se tak otázka, zda se nemění přístup mladé generace Vietnamců v oblasti postarání se o nemocného člena rodiny. Toto však přesahuje rámec našeho výzkumu.

V rámci našeho výzkumu jsme si položili **otázku 1: „Využívají příslušníci vietnamské menšiny v České republice zdravotnickou péči?“** K tomu, abychom si na ni dokázali odpovědět, je potřeba znát, jakým způsobem příslušníci vietnamské menšiny přistupují ke svému zdraví a jak samotný pojem „zdraví“ vnímají. To je znázorněno v tabulce 4. Z té je patrné, že respondenti vnímají své zdraví jako hodnotu, což se objevilo již v tabulce 1. Respondenti V., VIII. a IX. vnímají své zdraví jako stav rovnováhy, jež vychází z filozofie konfucianismu a buddhismu. Avšak respondenti uváděli, že se o své zdraví nijak zvlášť nestarají. Pouze v kazuistice 1 respondent uvedl, že cvičí Tai chi a jí vitamíny jako doplňky stravy.

To, zda respondenti využívají pravidelné prohlídky lékařem, je znázorněno v tabulce 5, kde jsme zaznamenali ve většině odpovědí, že tyto prohlídky nenavštěvují. G. Sedláková ve svém výzkumu (50), který se týkal vietnamské komunity a reprodukčního zdraví uvádí, že ženy ve většině případů absolvují preventivní prohlídky a také navštěvují prenatální poradnu. Otázkou je, zda jsou těhotné ženy v době těhotenství zodpovědnější nebo zda příslušníci vietnamské menšiny, pokud nejsou nemocní a cítí se být zdraví, lékaře prostě nenavštěvují. Myslíme si však, že to není problém specifický pro danou kulturu, ale problém celospolečenský.

Jak tedy respondenti řeší například situaci, kdy je něco bolí (viz tabulka 9)? Jak je z této tabulky patrné, respondenti by pouze ve dvou případech navštívili lékaře. Ostatní by využili volně dostupných analgetik a relaxační techniky. V této oblasti jsme také našli další specifickou obavu z léků. Konkrétně to byla obava ze závislosti na nich nebo obava z jejich vedlejších účinků. Tyto obavy vyjádřili celkem 4 respondenti (viz. kazuistiky 1, 2, 4, 6). Domnívali jsme se tedy, že se respondenti budou ve většině obracet na tradiční čínskou medicínu. Tento předpoklad se nám však nepotvrdil (viz tabulka 8).

I přes to, že respondenti nevyužívají pravidelné návštěvy svého lékaře, zkušenosti se zdravotnickým zařízením mají. Respondentům, kteří měli zkušenosti se zdravotnickým zařízením v České republice, byly položeny otázky, jež se týkaly toho, co oni sami považovali ve zdravotnickém zařízení za pohodlné (viz tabulka 12) a co za nepohodlné (viz tabulka 13). V oblasti spokojenosti (vnímání pohodlného) výsledky korespondují s výzkumem V. Tóthové a M. Velemínské, týkající se zmapování spokojenosti vietnamských pacientů v ČR (61). Autoři uvádí, že respondenti ve většině případů souhlasili s tvrzením: „s kvalitou péče a služeb jsem byl spokojen“. V našem výzkumu respondenti velmi kladně hodnotili přístup zdravotnického personálu k jejich osobě a také prostředí zdravotnického zařízení. V oblasti toho, co respondenti považovali za nepohodlné, jsme se nezjistili žádné zásadní výsledky. Většina respondentů nedokázala identifikovat problémy, překážky či nedostatky, které by jim v souvislosti s hospitalizací vadily. Respondenti, kteří měli zkušenosti z českým zdravotnictvím, spatřují, že má velmi dobrou úroveň (viz tabulka 10).

Respondentům byla v rámci rozhovoru představena fiktivní situace, ve které si měli představit situaci, ve které jsou pacienti/klienty některé z nemocnic v České republice. Jejím smyslem bylo rozpoznat či najít problémy nebo specifika, které by mohly nastat a odpovědět si tak na výzkumnou otázku: „**Jaká specifika mají příslušníci vietnamské menšiny v souvislosti s hospitalizací?**“

Bylo zjištěno, že při vstupu do zdravotnického zařízení (nemocnice) všichni respondenti očekávají především zájem o jejich osobu, ale také rychlost a informace (viz tabulka 14). Domníváme se, že toto není kulturní specifičností, avšak základní očekávání každého pacienta/klienta.

Nejvýraznější specifika jsme našli v oblasti stravování a jídla. Tři respondenti (viz. kazuistiky 7, 8, 9) je uvedli jako největší difference mezi vietnamskou a českou kulturou. Respondenti jako tekutinu v nemocnici očekávají teplý čaj. Studený většině z nich nechutná a proto by ho také nepili. V nemocnicích však často vidíme, že čaj je teplý pouze krátce po jeho samotné přípravě a pak pomalu chladne. Čerstvý se připravuje pouze tehdy, když je předchozí vypitý.

U několika respondentů jsme zaznamenali, že si přejí teplou snídani a teplou večeři, kterou považují za hlavní jídlo dne. V tom však spatřujeme problém, neboť v nemocnicích se tyto podávají studené a my se domníváme, že není možné je individuálně připravovat teplé. Nicméně řešením by mohlo být donášení jídla rodinou. S tím mají i naši respondenti zkušenosti. Zde však narazíme na problematiku regulačních poplatků, ve kterých je zahrnuto mj. i stravování pacientů/klientů. Mohl by tak nastat problém, co vlastně regulačními poplatky hradí. Další řešení vidíme v tom, že sestra na oddělení takovému pacientovi/klientovi oběd uschová a dle jeho přání mu jej podá jako hlavní jídlo k večeři. Avšak je nutné znát hygienické podmínky (jak dlouho, kde apod.), za kterých je možné takové jídlo na oddělení ponechat.

Zjišťovali jsme také, jaké požadavky mají na všeobecnou sestru a to na základě výzkumné otázky: „**Co očekávají příslušníci vietnamské menšiny od všeobecné sestry?**“ Požadavky, které by respondenti měli na všeobecnou sestru v nemocnici, byly zjišťovány pomocí několika situací, byla to nejprve všeobecná otázka: „Právě jste vešel/a do budovy chirurgického pavilonu nemocnice v ČR. Přichází k Vám zdravotní

sestra, co od ní očekáváte?“ Další situace, pomocí které jsme zjišťovali tyto požadavky, byl ošetrovatelský výkon, jako je např. zavádění intravenózní kanyly. Během našeho rozhovoru byla respondentům položena otázka: „Přichází k Vám sestra s intravenózní kanylou, co od ní očekáváte, že Vám sdělí?“ U většiny respondentů se nám stalo, že danému výrazu nerozuměli, což bylo i naším úmyslem. Vycházeli jsme z faktu, že zdravotníci často hovoří pomocí odborných termínů a pacienti/klienti jím nerozumějí. V tomto případě ještě celou situaci navíc značně umocňují rozdíly v kultuře a především jazyková bariéra. Respondenti tak nejvíce požadovali po všeobecné sestře informace. Pouze dva respondenti by při zavádění intravenózní kanyly nechali vše na sestře bez jakýchkoli nároků. Shodujeme se tak s tvrzením D. Novákové (37), která uvádí: „Při léčení vietnamského etnika je důležité vysvětlovat procedury a testy pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji. Mohou přikývnout, že to slyšeli, ale nemusí rozumět nebo souhlasit.“ V teoretické části této práce je tato problematika zmíněna. Vietnamci totiž používají hned několik výrazů pro vyslovení souhlasů, nicméně některé z nich samotný souhlas neznamenaají, ale slouží pro vyjádření úcty a pokory. Proto je bezpodmínečně nutné, aby se sestra zpětnou vazbou vždy ujistila, zda příslušník vietnamské menšiny dané věci nejen rozumí, ale také s ní souhlasí.

Z tohoto důvodu spatřujeme v oblasti komunikace další specifikum. Zajímalo nás, kdo by měl respondentům v případě jazykové bariéry tlumočit (viz graf 6). Naši respondenti by si přáli, aby jim tlumočila rodina. Je zřejmé, že k rodině mají větší důvěru a opět se zde projevuje pevný rodinný svazek. Avšak se může stát, že někdy ani rodinní příslušníci nedokáží přeložit odborné lékařské termíny a proto se domníváme, že by každá nemocnice měla mít zajištěn případný tlumočnický servis. Ten je, dle našeho názoru, včasěji dosažitelný než případný rodinný příslušník. Je totiž velmi pravděpodobné, že může dojít k odmítnutí lékařského či diagnostického zákroku na základě jazykové bariéry, přes kterou není možné vše dostatečně a efektivně vysvětlit. J. Samková ve svém výzkumu, jež se týkal specifík informovaného souhlasu v péči o vietnamskou a čínskou minoritu (46), vyslovila předpoklad, že důvodem pro informované odmítnutí lékařského či diagnostického zákroku či poskytování léčby, je komunikační bariéra. S tím nezbyvá než souhlasit a stejně jako autorka se vyslovujeme

ke věnování se výzkumu v této oblasti. Rodina se ukázala být také důležitá v oblasti sdělování informací o zdravotním stavu nemocného (viz tabulka 17). Většina respondentů by si přála, aby informace o jejich zdravotním stavu byly sdělovány rodině. V případě, kdy jsme zaznamenali odpověď jinou, než byla rodina jako celek, se jednalo pouze o manželku/manžela s odůvodněním, že respondent by se nepřál zatěžovat ostatní členy rodiny případnými špatnými zprávami.

V rámci našeho výzkumu nás zarazilo zjištění, že pouze jeden respondent znal práva pacientů ČR (viz graf 8). Zarážející je, že respondenti tato práva neznají ačkoliv jsou v dnešní době dostupná ve vietnamštině například na internetových stránkách sdružujících organizací, ale setkali jsme se s nimi i na internetových stránkách nemocnic. Je však otázkou, jaký rozdíl je ve znalostech práv pacientů ČR mezi českou populací a cizinci žijícími na území České republiky. Domníváme se totiž, že informovanost v této oblasti je na obou stranách nedostatečná. Proto by bylo vhodné tuto naši domněnku doplnit výzkumem, který by jistě přinesl zajímavé výsledky.

Zajímavé se nám zdají odpovědi shrnuté v tabulce 11, jež znázorňuje povědomí respondentů o vysokoškolsky vzdělané sestře. Většina respondentů vůbec nevěděla, že sestra má možnost vysokoškolského vzdělání. Respondent v kazuistice 4 uvedl, že sestra s tímto typem vzdělání má u něho větší důvěru a zároveň, že sestry ve Vietnamu nemají možnost takového vzdělání. Jeho tvrzení se rozchází s informacemi v prostudované literatuře. A to konkrétně v článku *Preparing for the 21 st Century*: Graduate Nursing Education in Vietnam od S. Jarrett (13), ve kterém je popsán systém vzdělávání sester ve Vietnamu a možnost vysokoškolského vzdělání sester ve Vietnamu je zde zmíněna. Je tedy otázkou do jaké míry je vietnamská veřejnost informována.

Respondenti se také vyjádřili k tomu, zda souhlasí s tím, aby povolání všeobecné sestry vykonávali muži (viz graf 9). Někteří respondenti (viz kazuistiky 5, 6, 8, 9) si muže v takové profesi příliš nedokázali představit, s tím, že ženy jsou přeci jen citlivější a jemnější.



## 6. Závěr

S rostoucí globalizací a změnami ve společnosti se mění i ošetrovatelství. Sestry se setkávají s pacienty/klienty z rozličných kultur a tím dochází k obohacování a rozšiřování jejich znalostí. Avšak mohou nastat situace, kdy na základě kulturních odlišností či jejich neznalosti dochází ke konfliktům a není tak možné poskytovat individualizovanou péči. Proto je nutné vzdělávat sestry v oboru multikulturního/transkulturního ošetrovatelství a vytvářet tak erudované odborníky, kteří budou schopni hledat v takových případech řešení.

Cílem této práce bylo zpracovat zvláštnosti ošetrovatelské péče, které si příslušníci vietnamské menšiny přejí respektovat. Před začátkem výzkumu jsme si stanovili 4 výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Využívají příslušníci vietnamské menšiny v České republice zdravotnickou péči? Výzkumná otázka 2: Jaká specifika mají příslušníci vietnamské menšiny v souvislosti s hospitalizací? Výzkumná otázka 3: Jak vnímají příslušníci vietnamské menšiny situaci, kdy onemocní člen jejich rodiny? Výzkumná otázka 4: Co očekávají příslušníci vietnamské menšiny od všeobecné sestry?

Tyto otázky jsme zodpověděli ve výzkumné části práce. Na základě výsledků bylo zjištěno, že příslušníci vietnamské menšiny očekávají, téměř to samé, co očekává většina pacientů/klientů využívající české zdravotnictví. Avšak jsou oblasti jako je rodina či stravování ve kterých mají svá specifika. Jestliže je sestry budou znát, jsou schopné poskytovat multikulturní/transkulturní péči.

Práci bude možné využít v praxi jako výchozí edukační materiál pro sestry, které tak budou moci poskytovat kvalitní multikulturní/transkulturní péči. Rovněž jí bude možné použít jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelských oborů. Práci uveřejníme v některém z ošetrovatelských periodik a budeme ji také prezentovat na odborných ošetrovatelských seminářích a konferencích. Práce se stane součástí monografie, která bude vycházet z výsledků grantového projektu realizovaným katedrou ošetrovatelství ZSF JU, NR/8473-3 s názvem: Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice, který byl realizován za finanční podpory IGA MZ ČR.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ANDO, V. *Klasická Čínská medicína: Základy teorie I.* 1. vyd. Hradec Králové: Svítání, 1995. ISBN 80-901788-0-4.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů.* 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X
3. ATIYAH, J., et al. *Jihovýchodní Asie.* Potůčková L., Potůček J. 1. vyd. Brno: Jota, 2006. 819 s., 20. ISBN 80-7217-400
4. BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M. *Etnické komunity v české společnosti.* 1. vyd. Praha: Ermat, 2006. 411 s. ISBN 80-903086-7-8
5. BURYÁNEK, J. et al. *Interkulturní vzdělání – příručka nejen pro SŠ pedagogy.* 1. vyd. Praha: Člověk v tísní v nakladatelství Lidové noviny, 2002. 84 s. ISBN 80-7106-614-1
6. BURYÁNEK, J. et al. *Interkulturní vzdělání II.* 1. vyd. Praha: Člověk v tísní, 2005. 169 s. ISBN 80-903510-5-0
7. CÍLKOVÁ, E., SCHÖNEROVÁ, P. *Náměty pro multikulturní výchovu.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 167 s. ISBN 978-80-767-238-6
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Počet cizinců v ČR – popis aktuálního vývoje.* [online] 2008 [cit. 2008-07-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/o/ciz\\_pocet\\_cizincu-popis\\_aktualniho\\_vyvoje](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/o/ciz_pocet_cizincu-popis_aktualniho_vyvoje)>

9. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7265-340-0
10. DVOŘÁKOVÁ, G., KUDLOVÁ, P. Komunikace sester s pacienty-cizinci. In: *Sestra*. Praha: 2004. roč. 16, č. 4, str. 54. ISSN 1210-0404.
11. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Systém poskytování zdravotní péče v ČR*. [online]2003[cit. 2008-07-02]. Dostupný z WWW: <<http://domavcr.cz/rady-pro-zivot-v-ceske-republice/zdravi-a-lekarska-pece/129>>
12. IVANOVÁ, K., et al. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1
13. JARRETT, S., et al. Preparing for the 21 st Century: Graduate Nursing Education in Vietnam. In: *Nursing education Perspectives*. 2005, vol.26, no. 3; ProQuest Medical Library
14. KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, B., et al. *Základy asijských náboženství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 269 s. ISBN 80-246-0832.
15. KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
17. KUTNOHORSKÁ, J. Etické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 5, str. 10-11. ISSN 1210-0404.

18. KUTNOHORSKÁ, J. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. *Ošetřovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3-4, str. 98-101. ISSN 1212-723X.
19. KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní/transkulturní komunikace. In: *Interní medicína pro praxi*. 2006, roč. 8, č. 2, str. 96-98. . [online].[cit.2008-06-10  
Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200602-0015.php>>
20. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784
21. LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. *Základy multikulturného ošetřovatelstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2
22. MARTÍNKOVÁ, Š. *Počátky česko – vietnamských vztahů (1950-1959)*. [online] 2007 [cit.2008-07-01]. Dostupné z  
WWW:< <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocianku=2007041601>>
23. MASTILIAKOVÁ, D. Proces začleňování transkulturních hledisek do vzdělávání v ošetřovatelství. In: *Nové trendy v ošetřovatelství III. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí III. jihočeské ošetřovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2004. str. 197-203. ISBN 80-7040-705-0
24. MASTILIAKOVÁ, D. Transkulturní ošetřovatelství – požadavek nového tisíciletí. In: *Nové trendy v ošetřovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí Jihočeské ošetřovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2002. str. 84-89. ISBN 80-7040-578-3
25. MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P. *České zdravotnictví vize a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4

26. MINDEL, CH. M., HABENSTEIN, R. W., WRIGT, R. *Ethnic families in America : Patterns and variations*. 3rd edition. New York: Elsevier Science Publishing Co., Inc., 1988. 505 s. ISBN 0-444-01319-9
27. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vývoj cizinců evidovaných ÚP – měsíční počty podle pohlaví, typu registrace a vybraných zemí; 31.1.2006 – 31.3.2008*. [online]2008[cit.2008-07-10]. Dostupné z WWW:  
<[http://www.czso.cz/csu/czinci.nsf/datove\\_udaje/ciz\\_ekonomicka\\_aktivita](http://www.czso.cz/csu/czinci.nsf/datove_udaje/ciz_ekonomicka_aktivita)>
28. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Problematika migrace a azylu*. [online] 2008 [cit. 2008-06-30]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.mvcr.cz/clanek/problematika-migrace-a-azylu-574496.aspx>>
29. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Cizinci s povoleným pobytem na území České republiky k 31.5.2008*. [online]2008[cit.2008-06-18]. Dostupné z WWW:  
<[http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/migrace/2008/0531\\_celkem.pdf](http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/migrace/2008/0531_celkem.pdf)>
30. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Integrace cizinců*. [online]2008[cit.2008-06-18]. Dostupné z WWW: <<http://web.mvcr.cz/archiv2008/azyl/integrace2.html>>
31. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Zásady politiky vlády České republiky v oblasti migrace cizinců*. [online]2008[cit. 2008-06-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/zasady-politiky-vlady-ceske-republiky-v-oblasti-migrace-cizincu.aspx>>

32. MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY.  
ZASTUPITELSKÝ ÚŘAD ČR V HANOJI. *Vietnam*. [online]2008[cit. 2008-20-05]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.mzv.cz/wwwo/mzv/stat.asp?StaID={1CA606A8-B339-4B72-9E1A-9CA1F4DE9883}>>
33. MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS VIETNAM. *The socialist republic of Vietnam*. [online].[cit.2008-07-09]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.mofa.gov.vn>>
34. MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS VIETNAM. *Vietnam and the Czech Republic relations*. [online].[cit.2008-07-09]. Dostupné z WWW:  
<[http://www.mofa.gov.vn/en/cn\\_vakv/euro/nr040819111809/ns070925100130](http://www.mofa.gov.vn/en/cn_vakv/euro/nr040819111809/ns070925100130)>
35. MÜLLEROVÁ, P. *Vietnam*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 127 s.  
ISBN 80-7277-255-4
36. NGUYEN, B., N., et al. *Human Resource for Health in Vietnam and mobilizaion of medical doctors to commune health centers*. [online].[cit.2008-06-24]. Dostupné z WWW:  
<[www.aaahrh.org/reviewal/1166639983\\_Vietnam%20-%20Revised.pdf](http://www.aaahrh.org/reviewal/1166639983_Vietnam%20-%20Revised.pdf)>
37. NOVÁKOVÁ, D. Hospitalizované vietnamské děti a jejich potřeby. In: *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2007. str. 247-256. ISBN 978-80-7040-992-3

38. NOVÁKOVÁ, D. Potřeba transkulturního ošetrovatelství ve 21. století. In: *Nové trendy v ošetrovatelství V. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2006. str. 274-279. ISBN 80-7040-884-7
39. ODYOVÁ, P. *Tajemství tradiční čínské medicíny*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2003. 223 s. ISBN 80-7237-643-8
40. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
41. PECHOVÁ, E. *Migrace z Vietnamu do České republiky v kontextu problematiky obchodu s lidmi a vykořisťováním*. Praha: La Strada Česká republika, o.p.s., 2007. 64 s. [online].[cit.2008-07-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.strada.cz/home/dokumenty>>
42. PICKA, Jaroslav. *Vietnam: Země pod obratníkem Raka. Příroda a lidé*. 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2007. 175 s. ISBN 978-80-86606-65-1.
43. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 263 s. ISBN 80-7254-866-2
44. RAY, N., YANAGIHARA, W. *Vietnam*. Martinová J., Svoboda M.. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2006. 575 s. ISBN 80-7352-395-7.
45. SAMKOVÁ J., et al. Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice. In: *Nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. str. 342-349. ISBN 80-7040-791-3

46. SAMKOVÁ, J. Specifika informovaného souhlasu v péči o vietnamskou a čínskou minoritu. In: *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2007. str. 309-324. ISBN 978-80-7040-992-3
47. SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatelstvo a rodinná sestra a vietnamská komunita. *Florence*. 2006, roč.2, č. 2, str. 50-51. ISSN 1801-464X
48. SEDLÁKOVÁ, G. Posudzovanie stavu vietnamskeho klienta v zdraví a v chorobe. In: *Ošetrovatelství v pohybu. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí I. Příbramské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. str. 209-213. ISBN 80-239-6690-1
49. SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatelstvo, rodinná sestra a Vietnamská komunita. In: *Nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. str. 372-376. ISBN 80-7040-791-3
50. SEDLÁKOVÁ, G. Vietnamská komunita a reprodukčné zdravie. In: *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2007. str. 325-337. ISBN 978-80-7040-992-3
51. SEMÍNOVÁ, J. a kol. Zvláštnosti poskytování ošetrovatelské péče osobám narozeným mimo Českou republiku. *Ošetrovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3 - 4, str. 102-103. ISSN 1212 - 723X
52. STUDÍK, P., TEPLÍK, T. *Vietnam: země rozmachu země příležitostí*. Praha : Společnost Longa Praha, 2006. 259 s. ISBN 80-86391-20-5.



53. ŠERÝ, V., VOTRUBEC, C. *Lékařsko geografické problémy Vietnamu*. 1. vyd. Praha: Academia, 1988. 111 s.
54. ŠÍŠKOVÁ, T. a kol. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 188 s. ISBN 80-7178-648-9.
55. ŠÍŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 203 s. ISBN 807178-285
56. ŠPIRUDOVÁ, L., et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X
57. TESAŘ, F. *Etnické konflikty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 215 s. ISBN 978-80-7367-097-9
58. TÓTHOVÁ, V. Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o vietnamskou komunitu. In: *Ošetrovatelství v pohybu. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí I. Příbramské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. str. 278-282. ISBN 80-239-6690-1
59. TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. K problematice vyšších potřeb v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. In: *Kontakt*. 2006 roč. 8, č. 1, str. 36-44. ISSN 1212-4117

60. TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. sr. K problematice poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vietnamské a čínské minoritě. In: *Nové trendy v ošetrovatelství V. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2006. str. 432-439. ISBN 80-7040-884-7
61. TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. sr. Zmapování spokojenosti vietnamských pacientů v nemocnicích ČR. In: *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2007. str. 395-405. ISBN 80-7040-992-3
62. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry - pacient. In: *Sestra*, 2007, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-404
63. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2007*. [online]2008[cit.2008-06-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>
64. VASILJEV, I. *Za dědictvím starých Vietů*. 1. vyd. Praha: Etnologický ústav AV ČR, 1999. 223 s. ISBN 80-85010-19-4
65. VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice*. Praha: Portál, 2004. 440 s. ISBN 80-7178-798-1
66. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. Veřejné zdravotní pojištění cizinců. [online].[cit. 2008-07-03]. Dostupný z WWW: <[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/Pojisteni\\_cizincu/](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/Pojisteni_cizincu/)>

67. Vyhláška č. 118/1967 Sb. o Dohodě mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Vietnamské demokratické republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví. [online].[cit.2008-06-22] Dostupný z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1967/sb44-67.pdf>>
68. WINTER, M. *Zaměstnávání Vietnamců v ČR*. [online]2008[cit.2008-28-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.cvspraha.cz/zpravy.php?rok=2008&clanek=30>>
69. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Vietnam*. [online].[cit.2008-07-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.wpr.who.int/countires/06vtn>>
70. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [online]. [cit. 2008-07-02]. Dostupný z WWW: <[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon\\_48\\_1997\\_sb.html](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html)>

## **8. Klíčová slova**

Ošetřovatelství

Sestra

Multikulturní přístup

Vietnamská menšina

Zdravotnictví

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Mapa Vietnamu

Příloha 2 Věkové rozložení obyvatel Vietnamu

Příloha 3 Slovník možných „souhlasů“ Vietnamců

Příloha 4 Národní kroj Ao Dai

Příloha 5 Pagoda

Příloha 6 Schéma veřejného vietnamského zdravotnictví

Příloha 7 Symbol Jin a Jang

Příloha 8 Model pěti elementů

Příloha 9 Výčet smluv mezi Vietnamem a ČSSR, ČSFR, ČR

Příloha 10 Model vycházejícího slunce

Příloha 11 Model J. Gigerové R. Davidhizerové

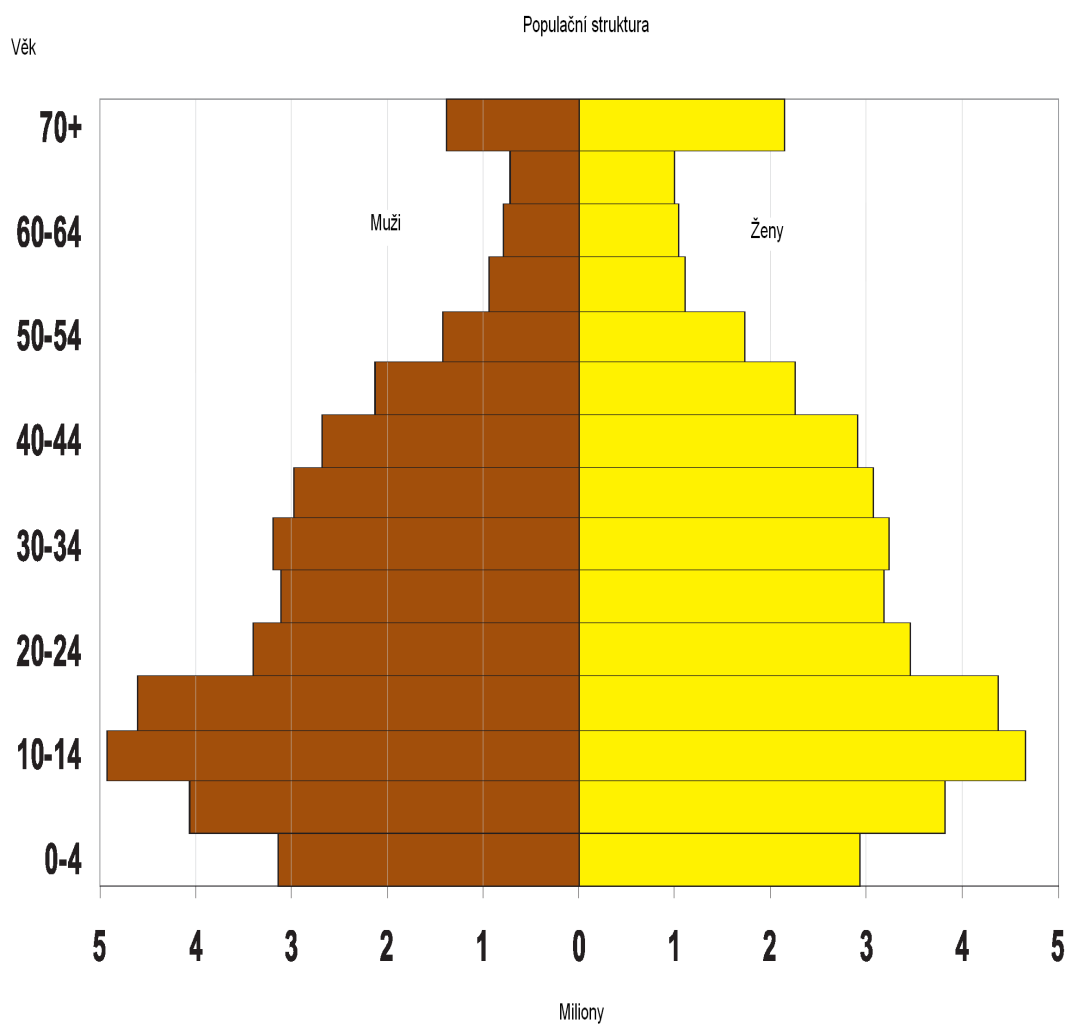
Příloha 12 Polostrukturovaný rozhovor

## Příloha 1 Mapa Vietnamu



Zdroj: Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. [online] 2008 [cit. 2008-20-05]  
Dostupný z WWW: < <http://www.mzv.cz/wwwo/mzv/stat.asp?StaID={1CA606A8-B339-4B72-9E1A-9CA1F4DE9883}>>

## Příloha 2 Populační struktura Vietnamu v roce 2003



Zdroj: MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS VIETNAM. *The socialist republic of Vietnam*. [online].[cit.2008-07-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.mofa.gov.vn>>

Příloha 3 Slovník možných „souhlasů“ Vietnamců

Výraz	Význam
<b>Da</b>	může znamenat úctu, ale nikoliv souhlas, používá se na jihu Vietnamu
<b>Vang</b>	vyjadřuje souhlas, používá se na severu Vietnamu
<b>Bam</b>	zastaralý význam, dnes se již nepoužívá
<b>U</b>	neutrální ano, používá se v komunikaci mezi přáteli a také v komunikaci mezi mladými osobami
<b>Phai</b>	neutrální ano

Zdroj: TÓTHOVÁ, V. Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o vietnamskou komunitu. In: *Ošetrovatelství v pohybu. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí I. Příbramské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. str. 278-282. ISBN 80-239-6690-1



Příloha 4 Národní kroj Ao Dai



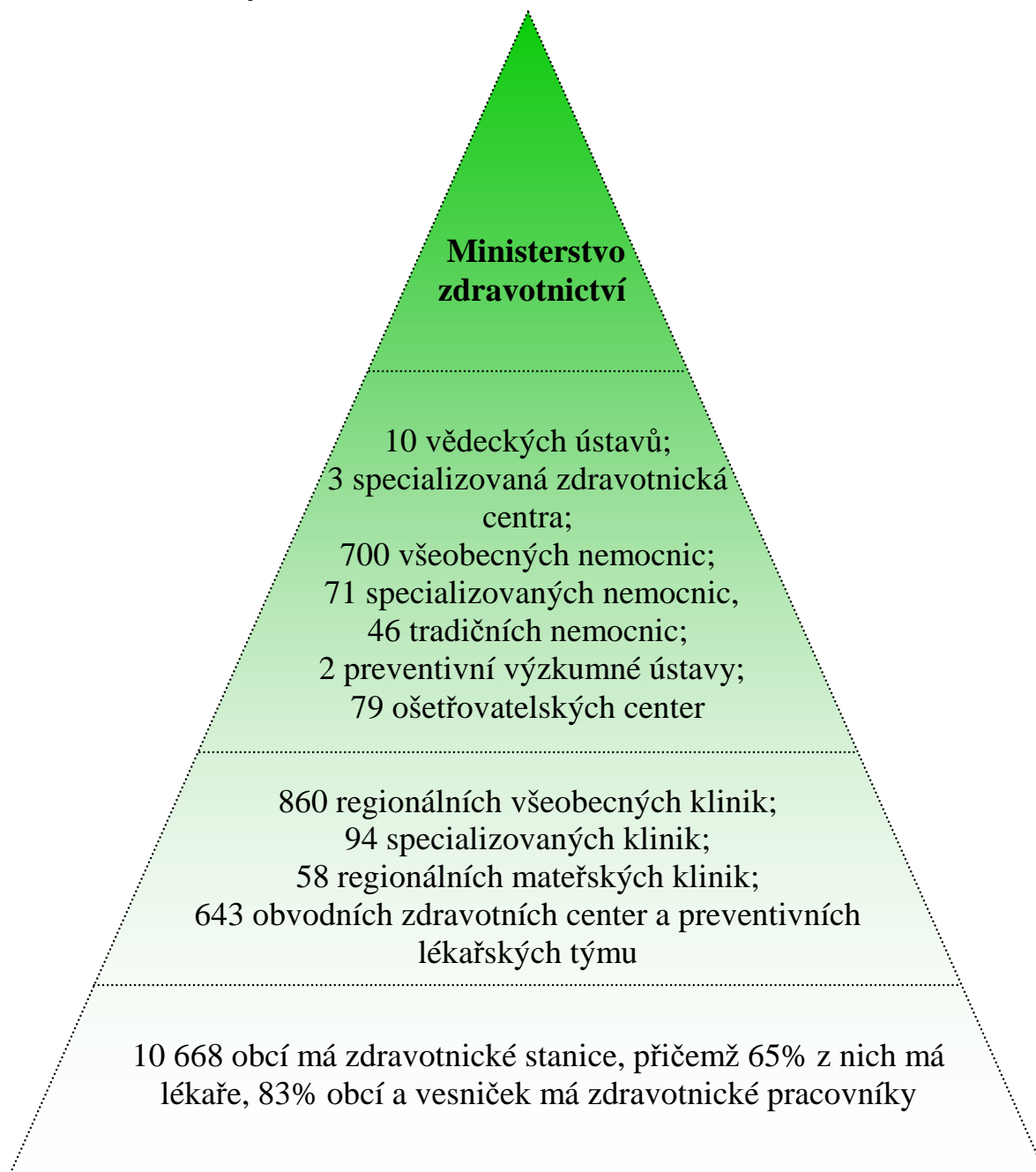
Zdroj: Paradissa. [online]2008[cit.2008-07-09]. Dostupné z WWW:  
<<http://paradissa.com/imgs/23e6a346213ed0e42d873a232fd3c3f3-aodai.jpg>>

Příloha 5 Pagoda



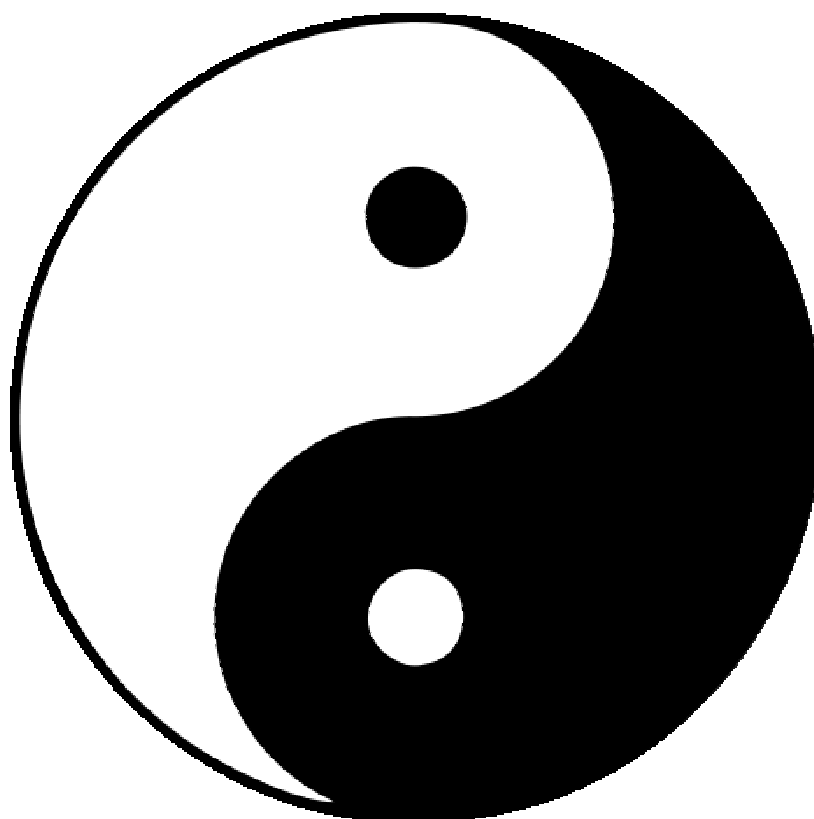
Zdroj: Sights and Culture around the World. [online]2008[cit.2008-08-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.sights-and-culture.com/china/suzhou-ruiguang-ta-pagoda-0073.jpg>>

Příloha 6 Schéma veřejného vietnamského zdravotnictví



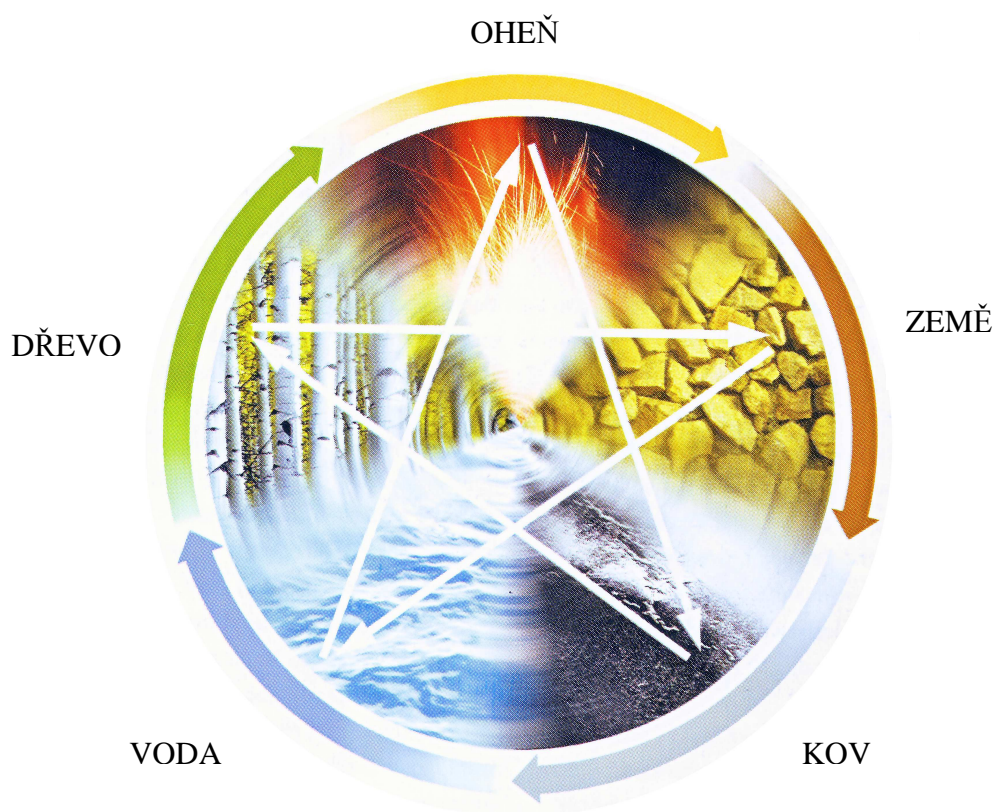
Zdroj: MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS VIETNAM. *The socialist republic of Vietnam*. [online].[cit.2008-08-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.mofa.gov.vn>>

Příloha 7 Symbol Jin a Jang



Zdroj: Wikipedia. [online]2008[cit.2008-08-03]. Dostupné z WWW:  
<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Jin\\_a\\_Jang](http://cs.wikipedia.org/wiki/Jin_a_Jang)>

Příloha 8 Model pěti elementů



Zdroj: ODYOVÁ, P. *Tajemství tradiční čínské medicíny*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2003. 223 s. ISBN 80-7237-643-8

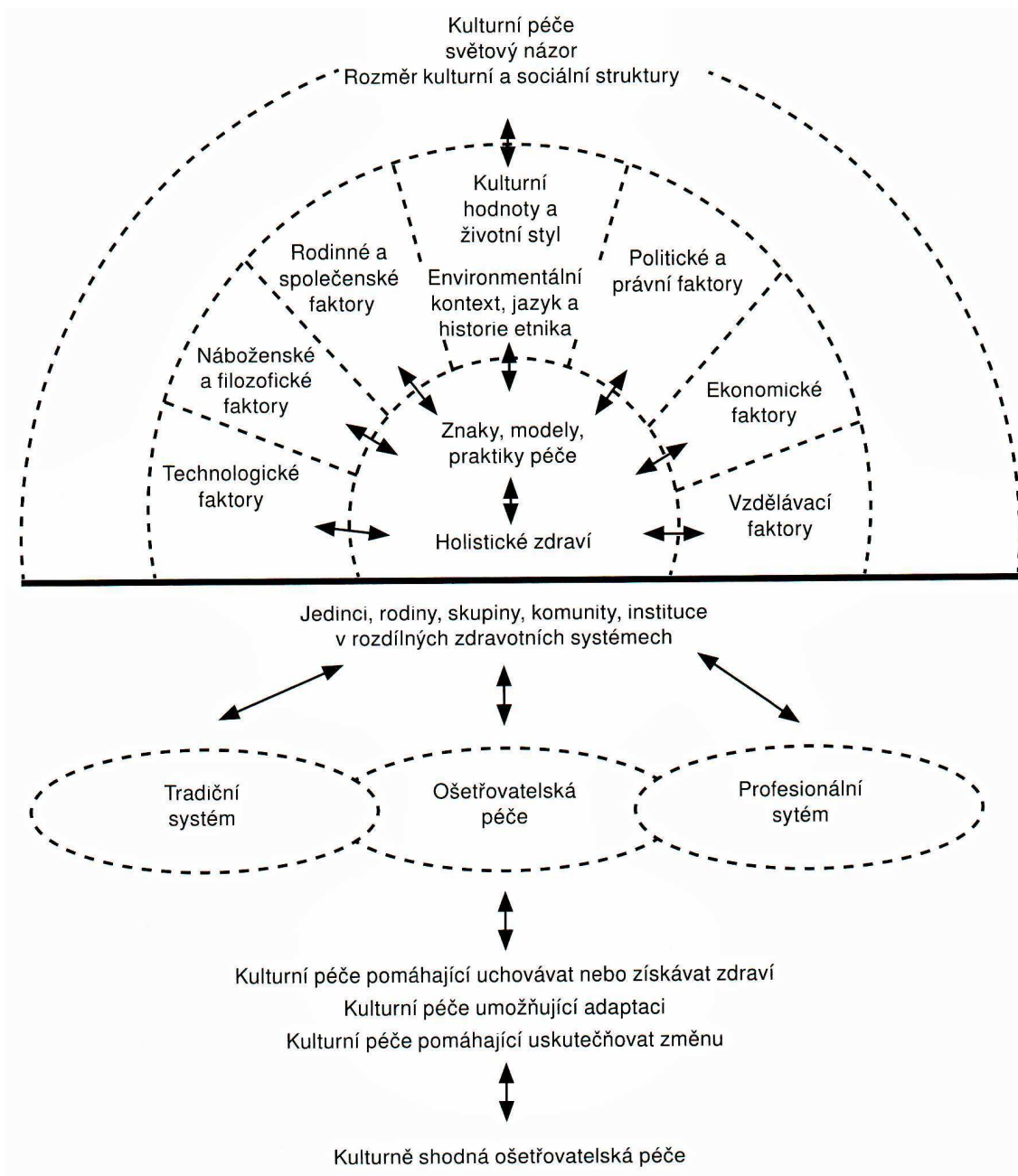
## Příloha 9 Výčet smluv mezi Vietnamem a ČSSR, ČSFR, ČR

- Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou VSR o spolupráci ve zdravotnictví
- Dohoda o kulturní spolupráci mezi vládou ČSSR a vládou VSR
- Konzulární úmluva mezi vládou ČSSR a vládou VSR
- Smlouva o právní pomoci ve věcech občanských a trestních
- Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou VSR o zřízení a činnosti informačních a kulturních středisek
- Protokol o spolupráci mezi Federálním ministerstvem zahraničních věcí ČSFR a Ministerstvem zahraničních věcí VSR
- Dohoda mezi vládou ČR a vládou VSR o odborné přípravě vietnamských občanů ve středních odborných učilištích v ČR
- Dohoda mezi vládou ČR a vládou VSR o vzájemném zaměstnávání českých a vietnamských občanů
- Dohoda mezi vládou ČR a vládou VSR o vypořádání vzájemných pohledávek a závazků
- Dohoda mezi vládou ČR a VSR o leteckých službách
- Smlouva mezi vládou ČR a vládou VSR o zabránění dvojího zdanění a zabránění daňovému úniku v oboru daní z příjmu a z majetku
- Dohoda mezi vládou ČR a vládou VSR o podpoře a vzájemné ochraně investic
- Ujednání mezi vládou ČR a vládou VSR o zrušení vízové povinnosti pro držitele diplomatických pasů

Zdroj: BusinessInfo.cz. *Program rozvojové spolupráce mezi ČR a Vietnamem na období 2006-2010*. [online]2007[cit.2008-08-03]. Dostupné z WWW:

<<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/vietnam/rozvojova-spoluprace-cr-vietnam-06-10/1000667/45791/#b4>>

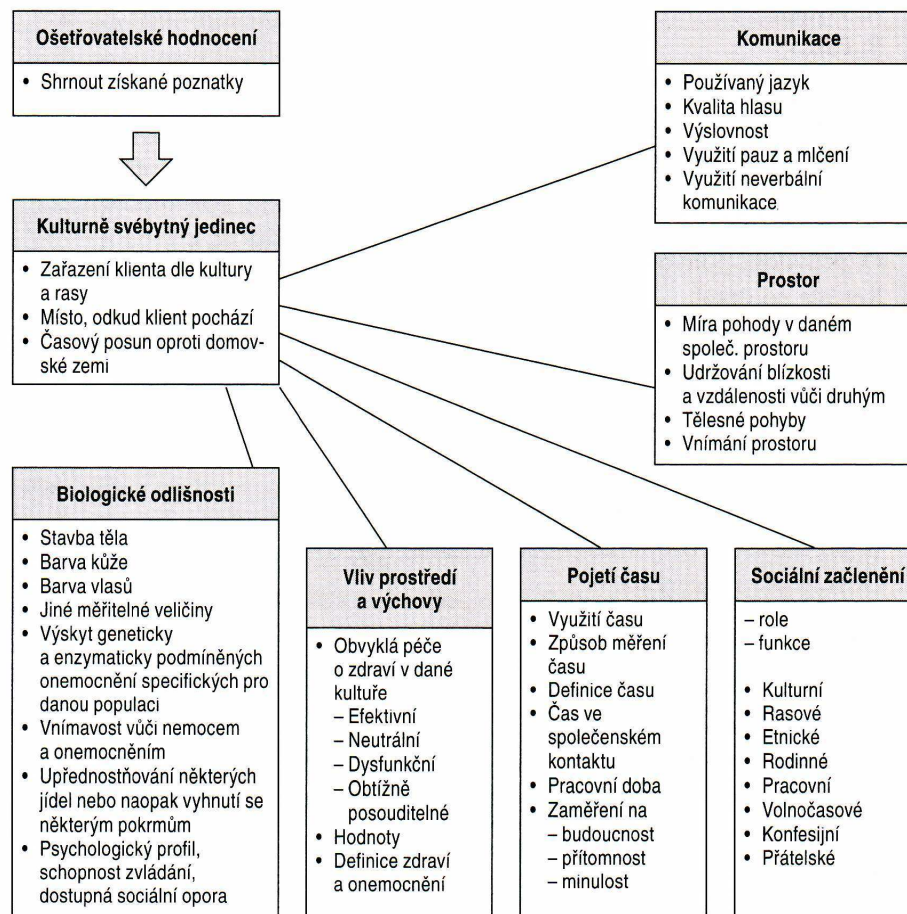
Příloha 10 M. Leiningerová – Model vycházejícího Slunce



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L., et al. Multikulturní ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X



Příloha 11 J. Gigerová, R. Davidhizerová – Model kulturně ohleduplné a  
uzpůsobené péče



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L., et al. Multikulturní ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X



## Příloha 12 Polostrukturovaný rozhovor

### **Rozhovor**

Jak si přejete být osloven/a?

Kde jste se narodil/a?

Jaký je, prosím, Váš věk?

Jak dlouho pobýváte v České republice?

Jakým jazykem běžně hovoříte?

Jaký je Váš mateřský jazyk?

Jaké další jazyky ovládáte?

#### **POUŽITÍ NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE:**

Jaký je u Vás běžný neverbální znak pro přivítání druhého člověka?

Jaký je u Vás běžný neverbální znak pro loučení s druhým člověkem?

Jakou ruku používáte při psaní a konzumování obědu?

Kterou ruku si přejete od druhého podat při setkání?

Jak chápete výraz gesta zamávání rukou dlaní nahoře?

#### **POCIT POHODY ČI NEPOHODY:**

Jakou vzdálenost považujete za svou osobní zónu, do které by měla mít možnost vstoupit pouze Vám blízká osoba?

Pokud Vám někdo „cizí“ vstoupí do osobního prostoru, jak zareagujete?

Byl/a jste již hospitalizován/a? Kde?

Co považujete při hospitalizaci za nepohodlné?

Co považujete při hospitalizaci za pohodlné?

Jaké pocity nepohody v souvislosti s ošetřováním jste již prožil?

Jaká barva je pro Vás nejpříjemnější?

**Jaká barva je Vám nepříjemná?**

### **VYMEZENÍ PROSTORU:**

Jakou vzdálenost mezi Vámi a druhou osobu, která k Vám mluví, považujete za nepřijatelnější (0-45 cm, 45-90 cm více než 90 cm)?

Uveďte vzdálenost, při které se cítíte v přítomnosti jiných osob příznivě  
Co si myslíte o odhalování částí Vašeho těla při vyšetřeních?

V případě, že byste nebyl/a schopen pohybu, použil/a byste podložní mísu na stoličce?

### **SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ, ZDRAVÍ.**

V jaké profesní skupině pracujete?

Koho považujete za rodinu ve vietnamské společnosti?

Kolik dětí by podle Vás měla mít vietnamská rodina žijící v ČR?

### **SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ, ZDRAVÍ.**

V jaké profesní skupině pracujete?

Koho považujete za rodinu ve vietnamské společnosti?

Kolik dětí by podle Vás měla mít vietnamská rodina žijící v ČR?

Jak byste popsal/a způsob života ve Vaší rodině?

Přejete si, aby v době Vaší hospitalizace byly poskytovány Vaší rodině informace o Vašem zdravotním stavu?

Které choroby a onemocnění jsou běžné ve vaší rodině?

Je si vědom (někdo ve vaší rodině) toho, že by mohl mít genetický sklon k určité nemoci?

Popište, jaké bývá typické chování vaší rodiny, když někdo onemocní.  
Jak odpovídáte a reagujete, když jste podrážděný/á?

Kdo, nebo co, vám obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy?

Jaká je úloha rodiny v době onemocnění některého ze členů rodiny, jak bude rodina reagovat?

Ve Vašem osobním pojetí času se soustředíte na minulost, přítomnost nebo budoucnost?  
V kolik hodin běžně chodíte spát?

Máte nějaké osobní rituály spojené se spánkem?

V kolik hodin běžně vstáváte?

Jak dlouho běžně pracujete?

Jaká jídla jíte přes den? A v jakou dobu přibližně?

Považujete za důležité přijímat léky v přesně určený čas?

### **HODNOTOVÁ ORIENTACE**

Věříte, že změny a vliv na okolnosti vyvěrají z Vašeho nitra?

Věříte, že Váš život ovlivňuje především osud, náhoda?

Považujete vzdělání za důležité? A proč?

Uved'te prosím pět Vašich životních hodnot od té nejvyšší k hodnotám nižším

1.
2.
3.
4.
5.

### **OBLAST NÁBOŽENSTVÍ A ŽIVOTNÍ FILOZOFIE**

Věříte v nadpřirozené síly ?

Spoléháte na kouzla, zaříkávání, nebo spoléháte na modlitbu?

Uznáváte nějaké náboženství, životní filozofii?

Máte nějakou specifickou formu náboženských rituálů, které mají probíhat i v době nemoci?

Máte specifickou formu rituálů, které praktikujete v době plného zdraví?

### **OBLAST TEPLA A CHLADU**

Jaké máte rád/a počasí, a teplotu venkovního vzduchu?

Jakou teplotu pokoje považujete za Vám nejpříjemnější?

V případě ultrazvukového vyšetření by jste chtěl/a aby Vám v souvislosti s výkonem bylo na vyšetřovanou oblast aplikován studený gel, nebo gel

Vám příjemný? Jakou teplotu by jste označil/a jako Vám příjemnou?

Jakou teplotu vody při koupání využíváte?

Raději se sprchujete, nebo koupete ve vaně či jiné?

Co je podle Vás čaj? Jak má být připraven?

Kolik tekutin vypijete za den? Jaké? Kdy?

### **OBLAST PÉČE O ZDRAVÍ**

Co je podle Vás zdraví?

Jak by jste popsal/a svůj vztah k Vašemu zdraví?

Znáte práva pacientů ČR? Řekněte prosím, jaké právo pacienta v ČR považujete za nejdůležitější.

Využíváte možnosti preventivních prohlídek?

Kolikrát za 10 let, by měl člověk podle Vás navštívit zubního lékaře?

Obáváte se závislosti na lécích?

Jakým způsobem obvykle tišíte svou bolest?

Jste zvyklí/á pečovat o své blízké v případě nemoci i doma?

Používáte nějaké prvky tradiční čínské medicíny? Kdy?

### **OBLAST POJETÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Co si myslíte o českém ošetřovatelství?

Co si myslíte o vietnamském ošetřovatelství?

Spatřujete nějaký rozdíl mezi vietnamským a českým ošetřovatelstvím?

Jaká je podle Vás náplň práce zdravotní sestry v ČR?

Jaká je podle Vás náplň práce porodní asistentky v ČR?

Jaká je podle Vás náplň práce vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry?

Pokud by Vás měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, co byste u něj považoval/a za nejdůležitější:

Všiml/a jste si v rámci hospitalizace některých odlišností oproti obdobné hospitalizaci ve Vietnamu? Jaké tyto odlišnosti jsou?

Jak by jste popsal/a zdravotní sestru v ČR?

Souhlasíte s tím, aby na pozici zdravotní sestry pracovali i muži?

Jaký máte názor na používání ochranných pomůcek ve zdravotnictví?

**NYNÍ VÁS POPROSÍM, ABY JSTE SI PŘEDSTAVIL, ŽE JSTE V DŮSLEDKU FIKTIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ BYL PŘIVEZEN SVOU RODINOU, NA DOPORUČENÍ LÉKAŘE, DO NEMOCNIČNÍHO ZAŘÍZENÍ. KDYKOLIV BUDETE CHTÍT NĚCO ŘÍCT K OBSAHU TOHOTO FIKTIVNÍHO PŘÍBĚHU MŮŽETE TAK UČINIT, JAKÝKOLIV VÁŠ NÁZOR JE PRO MĚ VELMI DŮLEŽITÝ, A VŮBEC NEVADÍ, ŽE MI VKROČÍTE DO ŘEČI.**

Právě jste vešel/a do budovy chirurgického pavilonu nemocnice v ČR. Přichází k Vám zdravotní sestra, co od ní očekáváte?

Jakou organizaci Vašeho příjmu do nemocnice očekáváte?

Jaké základní pomůcky, by jste považoval/a za vhodné vzít si do české nemocnice, v případě Vaší hospitalizace?

V průběhu příjmového vyšetření Vás zdravotní sestra požádá o možnost odběru Vaší krve, jaký k tomuto zaujímáte postoj?

Nyní jste byl/a právě vzat do klientského stavu v této nemocnici. Co nyní očekáváte?

Po příchodu na oddělení se Vás ujímá zdravotní sestra, která zde pracuje, co od ní očekáváte?

Sestra Vás přivedla na pokoj, a nyní Vám nabízí lůžko které je určeno pro Vás, vyberete si lůžko u okna, lůžko uprostřed, nebo lůžko u dveří? A proč?

Přichází k Vám sestra s intravenózní kanylou, co od ní očekáváte, že Vám sdělí?

Přibližně po 10 minutách po zavedení kanyly Vás začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast mírně zarudla, co uděláte?

Ošetřovatelský personál Vám připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího čaje. Jak budete reagovat? A proč?

Protože je právě čas večeře, ošetřovatelský personál Vám přináší večeři, jakou večeři očekáváte?

Jak by jste si představoval/a hlavní jídlo, které by Vám bylo podáno v době hospitalizace v nemocnici v ČR? Které jídlo je podle to „hlavní“?

Jakou snídani očekáváte?

Očekáváte ještě jiná jídla?

Jaké tekutiny očekáváte?

V souvislosti s výkonem, který u Vás má být proveden je požadováno oholení některé části Vašeho těla. Co si o tom myslíte? Co očekáváte od ošetřovatelského personálu?

Zdravotní sestra k Vám přichází ráno před operačním výkonem, co od ní očekáváte?

Po operačním výkonu se nemůžete 7 dní zvednout z lůžka, jak si myslíte, že jde vyřešit oblast vylučování? Co si o tom myslíte?

Zdravotní sestra Vám přináší léky, co od ní očekáváte?

Zdravotní sestra Vám první den po operaci převazuje operační ránu, co od ní očekáváte?

V souvislosti s pooperační bolestí je Vám nabízena injekce proti bolesti, jak zareagujete? A proč?

Budete v době po operaci sám/a rehabilitovat?

Co byste v pooperačním období očekával/a od ošetřovatelského personálu?

Za 10 dní po operaci jste překládán/a na jiné pracoviště ve stejné nemocnici, co očekáváte od ošetřovatelského personálu?

Následně po dalších třech dnech jste propuštěn do domácího ošetřování, jak takové domácí ošetřování u Vás může vypadat?

Spatřujete ve své kultuře oproti kultuře v České republice nějaký rozdíl? Pokud ano, jaký?

## **HOSPITALIZACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ V ČESKÉ REPUBLICE**

Byl/a jste již hospitalizován/a v nemocničním zařízení v ČR?

Mohl by jste sdělit Vaše pocity z celé hospitalizace v tomto zařízení?

Jaká byla, podle Vás kvalita ošetrovatelské péče, která Vám byla poskytnuta?

Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?

Měl/a jste dostatek informací o léčbě?

Podepisoval/a jste informovaný souhlas s výkony, vyšetřeními?

Myslíte si, že pro Vás byl problém přizpůsobit se režimu na oddělení?

Jak jste se přizpůsobil/a stravovacím návykům v nemocnici?

Navštěvovala Vás rodina? Máte raději početnější návštěvy rodiny?

Pokud by jste si mohl vybrat kdo bude tlumočnickem mezi Vámi (mluvíte pouze vietnamsky) a ošetrovatelským personálem (mluví pouze česky) kdo by měl být tlumočnick?

Jak by jste chtěl/a aby s Vámi ošetrovatelský personál komunikoval, pokud by nebyla možná verbální jazyková domluva?

Pokud by jste byl hospitalizován v české nemocnici, jaký počet lůžek a spolupacientů na pokoji by Vám nejvíce vyhovoval?

V případě Vaší hospitalizace v nemocnici v ČR na lůžkovém pokoji, kde by jste chtěl/a aby bylo WC zařízení, sprchy, umyvadlo? Na pokoji, na chodbě či jiné?

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu, (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) máte názor na odběr jaký? Máte názor, že u Vás existuje odběr biologického materiálu, který by jste si nepřál/a?

Pokud je hospitalizován Váš blízký příbuzný, jak často by jste ho v nemocnici navštěvoval?

Považujete kontakt s Vaší rodinou v době hospitalizace za důležitý? A proč?

Pokud by jste byl/a hospitalizován, a nebyl/a by jste schopen/a pohybu, přijal/a by jste hygienickou očistu od ošetrovatelského personálu? Jaké požadavky, by jste měl/a při vlastním provádění hygieny?

Jaký názor máte na aplikaci injekce levou rukou od ošetrovatelského personálu?

Jak by jste reagoval/a, kdyby jste nerozuměl tomu, co Vám říká zdravotnický pracovník v nemocnici? Opět umíte pouze vietnamsky, a personál pouze česky.

Jaký čas by jste chtěl/a, aby se Vám věnovala setra při přijetí na lůžkové oddělení v ČR nemocnici?

Byl jste někdy Vy, nebo člen Vaší rodiny dárce krve? Jaký máte vztah ke krevním transfuzím?

*R Muž:* V případě porodu Vaší životní partnerky, přál byste si být u porodu přítomen?

*R Žena:* V případě Vašeho porodu, přála byste si, aby byl přítomen i Váš životní partneru vlastního porodu?

Pokud by byl nemocný Váš syn, či dcera jaký máte názor na možnost ubytování s dítětem za příplatek v české nemocnici?

Jak si představujete Vaše zapojení do tvorby Vašeho léčebného plánu a jeho realizaci?

Chcete závěrem našeho rozhovoru uvést ještě něco jiného?