



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika ošetřování cizinců během hospitalizace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Aneta Vítková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová PhD.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika ošetřování cizinců během hospitalizace jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2021

.....

Vítková Aneta

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Věře Hellerové, PhD., za trpělivost, připomínky a za odborné a velmi cenné rady, které mi pomohly při zpracovávání práce. Taktéž děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a účastnit se pozorování.

Další díky patří mé rodině a blízkým přátelům, kteří pro mě byli po celou dobu velkou oporou.

Problematika ošetřování cizinců během hospitalizace

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice ošetřování cizinců během hospitalizace. Volba tématu je podložena čím dál častějším setkáváním zdravotníků s pacienty jiných kultur. Tento fakt je do značné míry ovlivněn migrací, kdy cizinci cestují za prací, ale také za kvalitou českého zdravotnictví.

Cílem bakalářské práce je zmapovat komplexně problematiku ošetřování cizinců a poukázat na výzvy nebo oblasti, které by bylo možné z pohledu kvality péče o cizince zlepšit.

Empirická část byla složena z kvalitativního i kvantitativního šetření. Pro kvantitativní šetření byl zvolen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Skládal se z 26 otázek a byl distribuován mezi sestry na chirurgické a ortopedické oddělení a na chirurgické či ortopedické JIP nemocnic v kraji Vysočina. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 102 respondentů. Výsledná data byla zpracována v programu MS Excel za pomoci kontingenčních tabulek a grafů. Kvalitativní šetření probíhalo formou pozorování, pro jehož uskutečnění bylo vybráno chirurgické oddělení, kam často dojíždí pacienti z ciziny na plánované výkony.

Výsledky dotazníkového šetření jednoznačně nepoukazují na to, že by sestry s delší praxí měly více vědomostí v oblasti péče o cizince. Ukazuje se zde například to, že téměř polovina výzkumného souboru nezná specifika jiných kultur. Jsou však schopni řešit případné jazykové bariéry. Z pozorování můžeme vyzdvihnout komunikaci sester s pacienty, která probíhala bez větších potíží a také využívání služeb tlumočnicka. Sestry si mezi sebou předávaly potřebné informace a dokázaly tak pacientům poskytnout vhodnou péči.

Bakalářská práce může být podkladem pro další vzdělávací materiály a přispět tak do procesu zkvalitňování péče o cizinci.

Klíčová slova

Sestra; Cizinec; Transkulturní péče; Komunikace; Postoje; Ošetřovatelská péče

Problematics of Nursing Care about Foreigners During Hospitalization

Abstract

This bachelor thesis deals with the problematics of nursing care of foreigners during hospitalization. The choice of this topic is based on more frequent encounters of health professionals with patients from other cultures. This fact is largely impacted by migration, where foreigners travel to Czech Republic for work, and also for the quality of Czech healthcare.

The aim of this bachelor thesis is to comprehensively map the problematics of nursing care of foreigners and to point out the challenges or areas that could be improved in terms of quality care for foreigners.

The empirical part of this bachelor thesis contained qualitative and quantitative research survey. For quantitative research survey we chose non-standardized questionnaire. The questionnaire consisted of 26 questions and it was distributed among nurses at surgical and orthopedic departments and at the surgical or orthopedic ICU of hospitals in the Vysočina region. A total of 102 respondents participated in the questionnaire survey. The obtained data were processed in MS Excel using pivot tables and graphs. For qualitative research survey we chose observation. This research survey took place in the surgical department, where foreign patients often commute for planned procedures.

The results of the questionnaire survey clearly do not indicate that nurses with longer experience have more knowledge in the field of nursing care of foreigners. For example, it was found that almost half of the research group does not know the specifics of other cultures. However, they are able to deal with possible language barriers. From the observation we can highlight the communication of nurses with patients. The communication of nurses and their use of interpreter took place without major difficulties. Furthermore, the nurses passed on the necessary information to each other and were able to provide appropriate care to the patients.

This bachelor thesis can be used as a basis for further educational materials and thus contribute to the process of improving nursing care of foreigners.

Key words

Nurse; Foreigner; Transcultural care; Communication; Attitudes; Nursing Care

Obsah

Úvod.....	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Transkulturní ošetrovatelství.....	8
1.1.1 Historie a současnost transkulturního ošetrovatelství.....	9
1.1.2 Vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství.....	11
1.2 Kulturní kompetence	13
1.3 Potřeby pacientů cizinců	14
1.4 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty cizince.....	15
1.4.1 Možnosti usnadnění komunikace s pacienty cizinci.....	21
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	23
2.1 Cíl práce	23
2.2 Hypotézy	23
2.3 Výzkumné otázky.....	23
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	24
4 METODIKA	26
4.1 Metodika práce a technika sběru dat	26
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
5 VÝSLEDKY.....	28
5.1 Výsledky kvantitativní části výzkumného šetření.....	28
5.2 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření.....	49
6 DISKUZE	52
7 ZÁVĚR.....	57
8 SEZNAM LITERATURY.....	59
9 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	64
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	80

Úvod

Transkulturní ošetrovatelství je aktuální po celém světě včetně naší země. Zásadním vlivem je zvyšující se migrace ve sledu posledních let, s čímž je zároveň spojována celková globalizace. Faktorem působícím na výskyt cizinců v naší zemi je také kvalita českého zdravotnictví.

Téma týkající se problematiky ošetrování cizinců je mi velmi blízké, jelikož jsem měla možnost pracovat jako sestra na oddělení, kde byl výskyt pacientů jiných kultur velmi častý. Pacienti dojížděli na plánované výkony právě v souvislosti s dobrou kvalitou českého zdravotnictví. V rámci mé odborné praxe, kterou vykonávám po dobu studia, jsem se však také dostala do kontaktu s pacientem cizincem v případě, kdy se do nemocničního zařízení dostal zcela nečekaně. V obou případech jsem pozorovala menší rozdíly. Proto vnímám jako důležité, aby se téma transkulturního ošetrovatelství otvíralo a sestry braly v potaz skutečnost, že se s pacientem jiné kultury mohou setkat kdykoliv a kdekoliv.

V teoretické části práce se zaměříme na historii, současnost a vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Na vzdělávání sester se v poslední době klade čím dál větší důraz. S tím je také spojená možnost lepšího vzdělávání sester nejen v rámci pregraduálního, ale i postgraduálního vzdělávání. Popisovány jsou také specifika ošetrovatelské péče o pacienty cizince a možnosti usnadňující komunikaci s nimi. Ve výzkumné části se zaměříme komplexně na zmapování problematiky ošetrování cizinců a chceme poukázat na výzvy nebo oblasti, které by bylo možné z pohledu kvality péče o cizince vylepšit.

Základní informovanost sester o specifickém přístupu a vhodné komunikaci směřované zahraničním pacientům může mít pozitivní vliv na následnou poskytovanou ošetrovatelskou péči. Velmi snadno se totiž můžeme dostat do situace nepochopení z důvodu komunikační bariéry nebo nepochopení potřeb či chování cizinců.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Transkulturní ošetřovatelství

„Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče, víry a praktiky individuů či skupin stejné či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetřovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi a nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem“ (Leininger, 2002, s. 46).

Rozvoj multikulturního a transkulturního ošetřovatelství je v současné době odpovědí hned na několik faktorů. Například stoupá populační migrace, rozvíjejí se technologie, narůstá a mění se možnost cestování a poznávání jiných kultur a modernizuje se zdravotnictví. S ohledem na migrační trendy se lze v českém zdravotnictví setkat s pracovníky jiných národností (Plevová, 2019).

V souvislosti s modernizací zdravotnictví a globalizací se stále častěji v medicíně a ošetřovatelství můžeme setkávat se zdravotní turistikou (Pokorná, 2015). Zdravotní turistiku též můžeme pojmenovat jako zdravotní či medicínský cestovní ruch. Jednoznačná definice pro tyto pojmy není, popsat je ale můžeme jako cestování do různých oblastí za účelem podstoupení různých léčebných postupů (Hujerová, 2016). Mimo vliv modernizace zdravotnictví působí na zdravotní turistiku také časová dostupnost, geografické, finanční nebo právní rozměry. Z geografického hlediska je běžným problémem časová dostupnost, kdy lidé žijící blízko hranic mají blíže nemocnici v sousední zemi. Velkým faktorem je také rozdílnost kvality péče, kdy ji ovlivňují používané metody, nové technologie, lepší vybavení či pověst daného zdravotnického zařízení nebo lékaře. S ohledem na tyto okolnosti nemusí cestovat pacienti za péčí pouze přes hranice, ale i uvnitř státu. Po finanční stránce pacienti vyhledávají nejlevnější poskytovatele daných výkonů, které jim v jejich zemi nehradí zdravotní pojištění. Ve srovnání úhrad je péče poskytovaná v České republice méně finančně náročná než v Německu či Rakousku. Naopak dražší je v porovnání se Slovenskem a Polskem. Péče, která je hrazena mimo veřejné prostředky, bohužel není nijak významně statisticky zaznamenávána (Barták et al., 2016).

Transkulturní ošetřovatelství je stejně jako pojem transkultura velice často spojován s multikulturou a multikulturním ošetřovatelstvím. Je však velice podstatné uvědomovat

si rozdílnost těchto pojmů (Špirudová et al., 2006). Kdybychom hovořili o multikulturní společnosti, zařazovány by byly různé etnické, sociální či náboženské podskupiny (Kutnohorská, 2013). Kultury stojí vedle sebe, navzájem se neovlivňují a nemají společné znaky (Špirudová et al., 2006). Transkultura je však charakteristická propojením mezi jednotlivými kulturami (Kutnohorská, 2013). Do ošetrovatelství tak transkulturní pojetí přináší hledání shodných znaků, pozorování vzájemného ovlivňování kultur, stejně jako specifika při propojení zdravotníka a pacienta včetně jeho rodiny. Tím se dostává zdravotník na nejlepší cestu k dosažení kvalitní a účelné péče (Špirudová et al., 2006).

1.1.1 Historie a současnost transkulturního ošetrovatelství

Přibližně v 50. letech 20. století si poskytovatelé zdravotní péče začali všimnout některých kulturních odlišností a potřeb při přijímání či poskytování ošetrovatelské péče. První osobou, která jistým způsobem transkulturní ošetrovatelství pojmenovala a popsala, byla Madeleine Leiningerová (Špirudová et al., 2006).

Kutnohorská (2013) popisuje vývoj zájmu M. Leiningerové o kulturní odlišnosti a potřeby v oblasti přijímání, ale i poskytování ošetrovatelské péče. Hlavní událostí bylo vymezení pojmu transkulturní ošetrovatelství v roce 1960. Další léta svého života věnovala studiu a pozorování této oblasti. Z role zdravotní sestry přešla do role pedagožky, přednášející, autorky velkého množství publikací a modelu zaměřeného na transkulturní ošetrovatelství – „Model vycházejícího slunce“. Její přítomnost nechyběla při vzniku Společnosti pro transkulturní ošetrovatelství či časopisu *Journal of Transcultural Nursing* (Kutnohorská, 2013).

O oblast transkulturního ošetrovatelství se nezajímala pouze M. Leiningerová. V 80. letech 20. století se rozvoji transkulturního ošetrovatelství v Evropě ujala Irena Papadopoulosová spolu s Mary Tilkiovou a Ginou Taylorovou. Vytvořily model, se kterým, mimo jiné, chtěly pomoci zařadit výuku o kulturách do ošetrovatelských oborů (Plevová et al., 2019). S dalším modelem, který je možné uplatnit v oblasti transkulturního ošetrovatelství, přišel například Larry D. Purnell. Jeho Model kulturních kompetencí vznikl na podkladě potřeb praxe a směřuje k rozvoji kulturních kompetencí a k popisu tohoto procesu (Purnell, 2013). Na kulturní kompetence se dále zaměřuje Josepha Campinha-Bacote se svým modelem rozvoje kulturních způsobilostí. V rámci modelu popisuje kulturní přání či touhy, uvědomění, znalosti, dovednosti a potkávání (Maňhalová, Tóthová, 2016).

B. Ciancia a K. Sirkky v roce 2005 uspořádali setkání zástupců několika evropských zemí, díky němuž byla založena Evropská asociace transkulturního ošetrovatelství (ETNA). Podkladem pro vznik, a také důvodem velkého zájmu evropských zemí, byla rostoucí migrace. Evropské země žádaly o členství i přes to, že organizace byla určena především pro zdravotní sestry nebo jiné osoby pohybující se ve zdravotnictví, jejichž zájem byl zaměřen na práci s lidmi odlišných kultur. Mezi hlavní cíle asociace patří propagace, rozvoj a šíření transkulturního přístupu v ošetrovatelství, propojení se vzděláváním a praxí. Důležitost také vidí ve výzkumech zaměřených na transkulturní péči. Významný je též pojem kulturní kompetence, který se snaží prozkoumat, rozvíjet a tím přispět k poskytování kulturně kompetentní péče v Evropě (© 2015-2017 ETNA).

V České republice se o transkulturním ošetrovatelství mluví více od roku 2002. Tehdy byl Ministerstvem zdravotnictví ČR zadán výzkum a na to navazující tvorba studijních textů. Zapojena byla Ostravská univerzita, kde byla hlavní členkou Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková Ph.D. a Univerzita Palackého pod vedením Mgr. Lenky Špirudové Ph.D.. Po skončení výzkumů vznikaly závěrečné zprávy a publikace, které slouží jako vzdělávací materiály (Kutnohorská, 2013). Do rozvoje transkulturního ošetrovatelství je také zapojena Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, a to dokonce v mezinárodním rozsahu. Účastní se například projektu zaměřeného na zlepšení vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství. Zapojeno je několik států a společně pracují na vytvoření publikace, která by měla zlepšit a sjednotit vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství. Projekt s názvem Better & Effective Nursing Education for Improving Transcultural Nursing Skills má vrcholit v roce 2022. Na projektu se podílí prof. PhDr. Valéria Tóthová Ph.D., která je mimo jiné členkou ETNA asociace, autorkou a spoluautorkou několika publikací a řešitelkou národních i mezinárodních výzkumů. Jde například o výzkum zaměřený na zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v ČR (výzkum IGA MZ ČR NS/9606-3) či výzkum zaměřený přímo na vietnamskou a čínskou minoritu (výzkum IGA MZ ČR NR/8474). Tím vším se velmi aktivně podílí na rozvoji transkulturního ošetrovatelství. Zdravotně sociální stránkou migrantů se zabývá docentka Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková Ph.D. V projektech se zaměřovala například na sociální determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví migrantů žijících v České republice (projekt COST – registrační č. LD 13044). (ZSF JU, © 2013 – 2017).

Potřeba rozvíjení transkulturního ošetrovatelství, kromě výše zmíněného, souvisí i se složením populace. Česká republika patří k postkomunistickým zemím, kde je podíl cizinců velmi vysoký (Kutnohorská, 2013). K datu 30. 9. 2020 bylo podle předběžných čtvrtletních údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) na našem území celkem 616 659 cizinců. Z toho 306 853 mělo v naší zemi trvalý pobyt. Největší zastoupení měli cizinci z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. V porovnání s předešlými roky počty cizinců stoupali (Český statistický úřad, 2020). Dále ČSÚ zveřejňuje počet cizinců, kteří čerpali zdravotní péči. V roce 2018 ji využilo celkem 119 212 cizinců. Výdaje činily v tisících Kč 1 021 139 (Český statistický úřad, 2018).

1.1.2 Vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetrovatelství

„Studium multikulturního/transkulturního ošetrovatelství je otevřený nikdy nekončící proces, neboť kultura se vyvíjí v prostoru i čase.“ (Kutnohorská, 2013, s. 9).

Kvalifikační standardy, vydávané Ministerstvem zdravotnictví České republiky, určené oboru všeobecná sestra podrobně popisují počty hodin teoretické i praktické výuky, které musí studenti splnit pro získání odborné způsobilosti. Podmínky jsou shodné jak pro bakalářské studijní programy, tak pro studium diplomované všeobecné sestry na vyšších odborných školách. Do povinných oborových předmětů, zaměřujících se na znalosti z ošetrovatelství a klinických oborů, se řadí i transkulturní ošetrovatelství. Tento předmět absolvují minimálně v počtu 20-ti hodin. Oficiální anotace předmětu je následující: *„Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Zabývá se vybranou pojmovou terminologií, multikulturní diagnostikou, základními charakteristikami a kulturou minoritních skupin. Zdůrazňuje transkulturní přístup sestry v ošetrovatelské péči, umožňuje pochopit odlišné hodnoty a předsevzetí pacienta.“* (Věstník MZČR, 2018, s. 170).

Vzdělávání v této oblasti má například Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro bakalářský obor všeobecná sestra nastaven následovně:

Výuka předmětu multikulturní ošetrovatelství probíhá v posledním roce studia jako povinný předmět zakončený kolokviem. Přednášky jsou zaměřeny na multikulturní ošetrovatelství obecně, na celospolečenský vývoj i aktuální stav v České republice. Vysvětlovány jsou základní pojmy týkající se multikulturního/transkulturního

ošetřovatelství, například kultura, etnicita, migrace či pojmy týkající se víry a náboženství. Dále přednášející předávají informace o Madeleine Leinigerové a jejím modelu, bio-psycho-sociálních rozdílech jednotlivých kultur, o etice a edukaci v multikulturním/transkulturním ošetřovatelství. Specifika v oblasti péče o děti různých kultur, komunikační zásady, migrace a v souvislosti s ní zdravotní péče o cizince. Semináře jsou zaměřeny konkrétněji na jednotlivé národnosti, menšiny či církve (IS/STAG, 2021).

Změny v praxi ale i v požadavcích, které jsou na zdravotnické pracovníky kladeny, vyžadují rozvíjení různých kompetencí. Mezi ně lze zařadit i kulturní kompetence. Pro utváření kulturních kompetencí je nezbytné i poznání své vlastní kultury, mravních i morálních zásad a vzorců chování. Je to zdlouhavý proces a nekončí pouze získáním kvalifikace. Funguje i v rámci celoživotního vzdělávání, které je ve zdravotnictví samozřejmostí. Zařazována jsou různá specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy nebo odborné stáže (Šustek et. al., 2016). NZO NCO sídlící v Brně nabízí nespočet kurzů. Jeden z nich je zaměřen na problematiku péče o cizince a specifika ošetřovatelské péče o příslušníky minoritních skupin. Účastnit se mohou všeobecné, dětské i praktické sestry, porodní asistentky, nutriční terapeutky i sanitáři. Jako cíl kurzu uvádí „*připravit účastníky na vhodné přístupy k cizincům a příslušníkům národnostních menšin při poskytování zdravotní péče v ČR*“. Náplní kurzu je multikulturní a transkulturní ošetřovatelství, specifika ošetřovatelské péče o menšiny žijící v České republice, přičemž pohlíží na zdravotní, sociální, náboženské, kulturní a společenské rozdíly. Rodina a její vlivy, hodnoty a jejich systémy, vnímání zdraví a prožívání nemoci. Zařazeny jsou i fyzické charakteristiky, zvyklosti v oblasti hygieny a další specifika minorit (© NCO NZO, 2021).

Pokud chceme poskytovat kulturně specifickou zdravotní péči, musí být sestry připravené uznat takovou potřebu a rozvíjet dovednosti, které usnadní její realizaci. Je tedy důležité rozvíjet vzdělávání v oblasti transkulturního ošetřovatelství. Rozdíly kulturní, rasové či etnické, které se mezi sestrou a pacientem vyskytují, můžeme překonat zvyšováním znalostí o jiných kulturách. Hlavním bodem v rozvoji transkulturních kompetencí v praxi je rozvíjení dovedností, znalostí a přístupu sester při poskytování individualizované a odborné péče o pacienty jiných kultur (Prosen, 2015).

1.2 Kulturní kompetence

Kompetencí rozumíme soubor vědomostí, dovedností, zkušeností, metod a postupů. Zařadit můžeme i postoje jedince. Pokud jsme k něčemu kompetentní, jsme schopni se správně rozhodovat, vzdělávat se, nést zodpovědnost za svá rozhodnutí a tak podobně. Kulturní kompetence ve zdravotnictví si vyžadují respekt ostatních kultur, znalost specifik daných kultur a v neposlední řadě schopnost přizpůsobit své chování (Kutnohorská, 2013). Kutnohorská dále uvádí 3 složky, na které se musíme zaměřit při získávání kulturní kompetence. Na prvním místě je sebeanalýza. Člověk musí nejprve pochopit sám sebe, svoji kulturu a hodnoty. Další nezbytná oblast je vzdělávání v oblastech sociologie, filozofie, kulturní antropologie a multikulturního ošetřovatelství. Jako poslední zmiňuje zkušenosti. Ty můžeme získávat v profesním, ale i v osobním životě, v naší, ale i v cizí zemi (Kutnohorská, 2013).

Pokorná (2015) popisuje východiska a předpoklady kulturní kompetence sestry v souladu s tím, jak o nich hovoří Josepha Campinha-Bacote (Transcultural C.A.R.E. Associates, © 2020). Zahrnují kulturní uvědomění, vědomosti, dovednosti, setkání a přání. Při kulturním uvědomění je kladem důraz na sebehodnocení a zkoumání vlastní kultury, poznání vlastního původu, vlastních limitů. Složka kulturních vědomostí zahrnuje hledání nových informací o kulturní diverzitě a rozvíjení kulturních znalostí o přesvědčeních pacienta. Schopnost sbírat důležitá data o pacientovi či stereotypně neodsuzovat jednotlivce podle příslušnosti ke kultuře se nachází ve složce kulturních dovedností. Kulturní setkání se vyznačuje schopností navázat mezikulturní vztahy s pacienty. Poslední složkou je kulturní přání, ve kterém jde o motivaci zdravotníků k tomu stát se kulturně kompetentním, vzdělávat se (Pokorná, 2015).

Tóthová (2010) ve své publikaci uvádí schéma kulturní kompetence podle Srichstava. Jako první je popisována kulturní destruktivnost. Dochází zde k nadřazenosti jedné kultury a ničení té druhé. Výše ve schématu je postavena kulturní neschopnost. Ta poukazuje na nemožnost poskytovat zdravotní péči pacientům jiných kultur. Kulturní neschopnost je spojená s očekáváním, že se příslušníci minority přizpůsobí péči poskytované majoritou. Třetí položkou je kulturní slepota, která je charakterizována jako snaha bránit ve vytváření lepších podmínek pro péči. Pro fázi přiznání specifických potřeb daným kulturám či minoritám a snahu uspokojit jejich potřeby je využíván pojem kulturní před-kompetence. Kulturní kompetence nastává při schopnosti poskytování kvalitní péče s ohledem na jednotlivé kultury. Ve fázi kulturní zběhlosti se nacházejí

osoby provádějící tuto péči automaticky a aktivně se vzdělávající v multikulturní a transkulturní oblasti (Tóthová, 2010).

Pro rozvoj kulturních kompetencí u sester je nezbytné stanovit jejich úroveň. Jednou z metod je používání dotazníků, ve kterých jsou zdravotníci dotazováni na praktické otázky týkající se přímé péče o pacienty jiných kultur, ale i na znalosti o samotných kulturách (Ptáček et al., 2011).

Jedním z nástrojů měřících kulturní kompetenci je IAPCC- HCP (The Inventory For Assessing The Process Of Cultural Competemillity Among Healthcare Professionals). Vývoj tohoto nástroje vzešel inovací předešlého v roce 2020, doktorkou Josephou Campinhou-Bacote. V rámci inovace byl rozšířen předešlý dotazník o otázky týkající se kulturní pokory. Dotazník IAPCC-HCP je určen pro všechny pracovníky ve zdravotnictví – lékaře, sestry, fyzioterapeuty, farmaceuty a další, včetně všech studentů těchto oborů. Proces probíhá sebehodnocením za použití metody tužka a papír. Výsledkem je zhodnocení úrovně kulturní konkurenceschopnosti během poskytování zdravotní péče. Pojem kulturní konkurenceschopnost je vysvětlen jako proces mezi kulturní pokorou a kulturní kompetencí. Konkrétně je rozebírána kulturní pokora, touha, povědomí, znalosti, dovednosti a setkání. Výsledné skóre určuje, zda je osoba na úrovni kulturní nekompetentnosti, kulturního povědomí, kulturní kompetence nebo zda je kulturně zdatná. Pro využití je však nutné formální povolení a poplatek. Dalším nástrojem je například OCCC (The Outcomes Of A Competent Curriculum), který je určen k hodnocení osnov pro obory ošetrovatelství, lékařství, farmacie, zubního lékařství či fyzioterapie. Hledá zde zapojení kulturních konceptů do výuky (Transcultural C.A.R.E. Associates, © 2020).

1.3 Potřeby pacientů cizinců

Trachtová (2013) popisuje potřebu jako projev nedostatku nebo úplného chybění něčeho. Je nutné tuto potřebu uspokojit. Všechny potřeby se mění a vyvíjejí, jsou ovlivnitelné okolním prostředím a každá osoba se s nimi vyrovnává individuálně. Šamánková (2011) popisuje rozdělení potřeb podle Maslowa (viz Příloha 1) a jeho tvrzení o dvou hlavních skupinách potřeb. První skupina potřeb (nižší) je zaměřená na odstranění nedostatku a druhá skupina potřeb (vyšší) na dosažení hodnoty bytí.

Na člověka pohlížíme jako na holistickou bytost, kdy holismus znamená celek. Bereme v potaz biologické, psychologické, sociální i duchovní stránky osoby, kdy narušení i jediné z nich ovlivňuje všechny ostatní, jelikož jsou ve vzájemné interakci, a tím i bytost jako celek. Toto komplexní a individuální pojetí osoby je velice důležité i ve zdravotnictví (Tóthová a kol., 2014).

Každý jedinec má potřeby, které je nutné uspokojovat. K jednotlivým kulturám se vážou různá specifika. V některých oblastech se projeví zásadně a je nezbytné je při uspokojování potřeb vnímat, jinde se lze od specifík částečně odklonit. Časté rozdíly, vnímané při ošetřování pacientů cizinců, které musíme jako zdravotníci dodržovat, se týkají oblasti výživy, vyprazdňování a hygieny, spánku a odpočinku, bolesti a v neposlední řadě náboženství (Krátká, 2018).

1.4 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty cizince

V dnešní době je setkávání se s pacienty jiných kultur mnohem častější a tím pádem se očekává i vhodná péče o ně. Před zahájením samotné ošetrovatelské péče je důležité vymezení většího časového úseku na získání co největšího počtu informací od pacienta (Levová, 2010). K jejich sesbírání velmi pomůže využití interkulturní komunikace.

Interkulturní komunikace je jako proces běžně se vyskytujícím jevem a rozrůstá se v závislosti na globalizaci, ať už jde o vědu, obchodování, sport, turistiku či migraci (Průcha, 2010a). Striktně neurčená, avšak jasná pravidla o verbální i neverbální komunikaci zařazujeme ke komunikační etiketě. Ta je nám při realizaci interkulturní péče značným pomocníkem. V případě, že zdravotník započne interkulturní komunikaci bez znalosti komunikační etikety pacientovy kultury, může dojít ke ztrátě důvěry. Pacient nebude přijímat informace od zdravotníka, bude je přijímat jako nepodstatné nebo dokonce nebezpečné pro něj samotného. Rozvinout se může sociální nebo bezpečnostní problém (Šimonová, 2012).

Z těchto skutečností vyplynula potřeba vzdělávání řady oborů v oblasti multikulturní komunikace. Znalost cizích jazyků totiž neznamená bezproblémovou komunikaci (Průcha, 2010b). Interkulturní komunikaci lze zvládat za předpokladu správného používání kulturní senzitivity a komunikace ze strany zdravotníků. Je nutné brát ohled na kulturu, etnikum a náboženství. Dále na prevenci, diagnostiku a léčbu nemocí, individualizovanou pro konkrétního pacienta (Ptáček et al., 2011).

Interkulturní komunikační bariéry vznikají převážně na podkladě neznalosti a nepochopení kultury či etnika. Černá (2011) poukazuje na to, že důsledkem interkulturní komunikační bariéry může být pozdní nebo dokonce žádná návštěva lékaře či špatné pochopení léčby. Vzniknout může strach, nedůvěra nebo dokonce konflikt mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče (Levová, 2010).

Existuje hned několik koncepčních modelů a teorií, které mají sestřám napomoci v lepší orientaci a v získání přehledu o dané kultuře. Mezi základní v tomto ohledu patří model Madeleine Leiningerové zaměřený na kulturně diverzifikovanou a univerzální péči, který je známý také jako Model vycházejícího slunce. Z dalších modelů lze vzpomenout model Josephy Campinhy-Bacote – Model rozvíjení kulturní způsobilosti, který je využíván po celém světě (Olišarová et al., 2017). V roce 1988 vytvořily Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (Špirudová et al., 2006). V modelu pracují s holismem, transkulturním ošetřovatelstvím a respektem kulturní jedinečnosti každého z nás (Olišarová et al., 2017). Další významné osobnosti řešící modely a teorie multikulturního a transkulturního ošetřovatelství jsou Irena Papadopoulos, Mary Tilki či Gina Tylor (Špirudová et al., 2006).

Pro popsání specifík ošetřovatelské péče o pacienty cizince je jedním z nejpřehlednějších a nejvíce využívaných model Gigerové a Davidhizarové. Na osobu tento model nahlíží prostřednictvím šesti kulturních fenoménů – komunikace, interpersonálního prostoru, sociálního začlenění, času, ovládnutí prostředí a biologické variace (Maňhalová, 2017).

Pro uvedení příkladů odlišností budu dále v textu používat příklady spojené s vietnamskou, romskou a ukrajinskou kulturou, které jsou, jak vyplývá ze statistik ČSÚ, v naší zemi hojně zastoupené (Český statistický úřad, 2020).

První část ošetřovatelského procesu, *posuzování*, je velice důležitým bodem. Za použití správné komunikace můžeme zjistit původ klienta, z jaké kultury přišel, jak on individuálně dodržuje specifika té dané kultury. V této fázi jde čistě o sběr informací, které nám pomohou v dalších fázích. Mezi ty nejdůležitější informace patří zjištění etnické příslušnosti, rodného či jiného jazyka, kterým je schopen se domluvit, a hlavně nám rozumět (Špirudová et al., 2006).

Většinou komunikujeme za použití verbální a neverbální formy komunikace nebo jednu nahrazujeme pomocí té druhé. Může se stát, že verbální a neverbální komunikace

nejsou v souznění. V těchto případech je důvěryhodnější sdělení neverbální formou (Zacharová, 2016). V transkulturním ošetrovatelství je komunikace často největším problémem. U jednotlivých kultur, etnik či minorit zjišťujeme jazyk, kterým daná osoba hovoří, ten se často rozděluje na mateřský a úřední. S posuzováním komunikace je spojené také hodnocení výslovnosti, dále charakteristiky hlasu, využívání pauz a pomlky v konverzaci. Velmi podstatné jsou znaky neverbální komunikace a rozdílnosti v haptice (Špirudová et al., 2006). Například u příslušníků vietnamské minority se v rámci komunikace setkáváme s chybějícím tykáním a vykáním. Jednoznačné ne, tedy nesouhlas s druhou osobou, je považován za nezdvořilost (Tóthová, 2010). Vynechat bychom neměli také oční kontakt (Hoffmannová, 2015). Romové se v komunikaci projevují velmi hlasitým projevem a jako důležitý vnímají právě oční kontakt. Při konverzaci bychom proto měli používat krátké věty a ujišťovat se, zda pacient porozuměl všem informacím (Olišarová et al., 2017). Posledním příkladem jsou příslušníci ukrajinské minority, kteří kladou důraz na pozdrav a rozloučení, jež patří k jejich závazku společenského chování. Jsou velmi trpěliví při naslouchání a nemají ve zvyku přerušovat ostatní při hovoru (Kutnohorská, 2013).

Vědomí o pacientově náboženství a spirituálních potřebách je velmi důležité. Víru a přesvědčení pacientů respektujeme. Pro určitou část pacientů je víra a spiritualita jediným smyslem života. Potřeby v této oblasti musíme respektovat a dle možností nabídnout návštěvu duchovního, poskytnout soukromí na provádění modliteb a tak podobně (Kutnohorská, 2013). Pozornost by měla být věnována zjištění struktury rodiny a vztahů v ní (Dobešová, 2010). Pro některé kultury je typická hojná návštěvnost, neustálá přítomnost někoho z rodiny během hospitalizace i při vyšetřeních. Podstatné je pro nás také to, komu z rodiny mohou být poskytovány informace a určení toho, kdo informaci uslyší jako první. Mnohdy to nebývá sám nemocný, ale například otec či partner nemocného (Špirudová et al., 2006).

Výše zmíněné oblasti do značné míry ovlivňuje prostředí a výchova. Objevuje se také promítnutí výše zmíněných faktorů do hodnotových orientací pacientů a vnímání zdraví v dané kultuře (Špirudová et al., 2006). Konkrétně Vietnamci kladou velký důraz na vzdělání. O své zdraví pečují, dodržují správnou životosprávu a dbají na prevenci. Při nemoci se pečující osobou stává většinou žena. Důležitá pro ně není délka života, ale jeho kvalita (Soukupová, 2007). V romské kultuře stojí v popředí rodina a děti, Nejčastějším

náboženstvím je křesťanství, ale víru v boha nevnímají nijak konkrétně. Podstatné jsou pro ně tradice a zvyky, které se v rodině předávají z generace na generaci. Vzdělání či práci nevidí jako podstatnou součást života (Olišarová et al. 2017). Ukrajinci do naší země nejčastěji míří za prací, mnohdy neodpovídající jejich vzdělání. Ve skutečnosti je ale značná část z nich velmi dobře vzdělána. Víra se u nich vztahuje především k pravoslavné církvi nebo k řecko-katolickému vyznání (Kutnohorská, 2013). S ohledem na špatný stav zdravotnictví na Ukrajině, si u nás péče velmi váží (Kousalová, 2011).

V potaz můžeme vzít i oblast sociálního začlenění, kdy se zaměřujeme na způsoby chování charakteristické pro určitou kulturu, strukturu rodiny a zvyklosti té dané rodiny (Špirudová et al., 2006). Vietnamci jsou orientováni na patriarchální systém. Hlavou rodiny bývá nejstarší muž, tedy otec nebo později nejstarší syn, který se stará i o rodiče. Ženskou úlohou jsou především domácí práce (Tóthová et al., 2010). Romové jsou charakterističtí velkými vícegeneračními rodinami, ve kterých je hlavou rodiny muž. Problémy se mohou vyskytovat při začleňování do společnosti (Olišarová et al., 2017). Ukrajinská kultura bere jako samozřejmost založení vlastní rodiny. Jejich pojetí úzké rodiny je mnohem širší než v naší společnosti. Svou komunitu příliš neopouští a s majoritou komunikují a tráví čas převážně z nutnosti (Kousalová, 2011).

Oblast výživy se ne vždy řídí podle kultury. Důležité je povědomí o zakázaných potravinách, vhodné je znát i neoblíbené pokrmy. Rozdíly ve stravování mohou mít vliv i na adaptaci jedince ve zdravotnickém zařízení. Často se liší čas podávání stravy, ten bohužel nelze příliš ovlivnit (Špirudová et al., 2006).

Při *diagnostice* sestra zpracovává informace, které získala při posuzování a pozorování. Následně se stanovují ošetřovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie (Sikorová, 2011). NANDA taxonomie je mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz, rozděluje aktuální i potencionální problémy podle třinácti domén (Vörösová et al., 2015). U pacientů jiných kultur se nemusí diagnózy vztahovat pouze k aktuálnímu onemocnění. Často jsou ovlivněny právě jinou kulturou, komunikační bariérou nebo problémem s adaptací (Špirudová et al., 2006).

V průběhu diagnostiky si můžeme všimnout také odlišností týkajících se biologie a genetiky (Špirudová et al., 2006). Rozdíly se vyskytují v laboratorních hodnotách, imunitním systému i metabolismu léků. Odlišná je barva pleti, vlasů a v neposlední řadě celková

tělesná konstituce ovlivňující například větší výskyt obézních osob v určité kultuře (Olišarová et al., 2017).

Charakteristickými znaky pro Vietnamce jsou lesklé černé vlasy, žlutohnědé zabarvení pleti. Jsou menšího vzrůstu a málokdy se setkáváme s obézními jedinci z této kultury (Soukupová, 2007). Romové se vyznačují tmavší pletí, vlasy jsou též tmavé. V návaznosti na nedodržování zdravého životního stylu, trpí velké množství Romů nadváhou či obezitou (Olišarová et al., 2017).

Po stanovení diagnóz následuje *plánování* cílů, na které navazuje tvorba intervencí (Herdman et al., 2015). Specifika musíme začlenit do sestavování cílů. Při tom nelze opomenout ani kognitivní, afektivní a psychomotorickou část osobnosti. Zohlednit musíme sociální a materiální prostředí. Srozumitelnost a jasnost cílů je vzhledem k častým komunikačním bariérám samozřejmostí (Špirudová et al., 2006). Je zde důležitá spolupráce pacienta se sestrou. Do komunikačního procesu však může zasáhnout velké množství překážek. Ty označujeme jako komunikační šumy. Zařazujeme do nich mechanické, fyzikální, psychické i fyzické vlivy (Linhartová, 2007). Mikuláščík (2010) popisuje pojem komuniké. To je ta daná informace, myšlenka či emoce, kterou chce komunikátor předat komunikantovi. Může mít podobu verbální i neverbální. Důležitá je zpětná vazba, kterou si ověříme, zda komunikant správně pochopil právě předanou zprávu a udržujeme tím aktivní komunikaci (Mikuláščík, 2010). U cizinců je tato zpětná vazba velmi důležitá vzhledem k jistým komunikačním bariérám. Musíme si ale dávat pozor na různé odlišnosti, kdy je například pro vietnamskou kulturu typické, že úsměvem, který bychom za normálních okolností brali jako pozitivní odezvu, nevyjadřují porozumění, ale pravý opak. Dále například při konverzaci s Romy bychom měli používat krátké, jednoduché věty a ujišťovat se, zda pacient porozuměl všem informacím (Špirudová et al., 2006).

Vždy je na místě posouzení správného rozvržení času. I v této oblasti bychom měli dávat pozor na kulturní odlišnosti. Časové faktory jsou součástí interpersonální komunikace. Rozlišuje se orientace kultur na minulost, přítomnost či budoucnost. Odlišné je rozvržení denních aktivit, pracovní doby nebo trávení času ve společnosti. Vyskytují se i rozdíly ve způsobu měření času (Špirudová et al., 2006). Vietnamská kultura svůj čas věnuje převážně práci, která je na prvním místě, na druhém místě je rodina. V návaznosti na rodinu je potřeba zajištění dobré budoucnosti pro všechny děti (Soukupová, 2007).

Romové jsou orientováni na současnost a bezprostřední prožitek, na budoucnost příliš nepomýšlejí. S tím souvisí problémy při dodržování léčby, režimových opatření nebo například časového harmonogramu (Olišarová et al., 2017). Pro Ukrajince není typická dochvilnost. Nepoužívají například přesný čas schůzky, ale uvádějí jen čas přibližný. Navzdory tomu jsou velmi přizpůsobiví a například harmonogram v nemocničním prostředí či režimová opatření dodržují (Kutnohorská, 2013).

Po sestavení plánu a určení intervencí je možné *realizovat* samotnou ošetrovatelskou péči, dosáhnout stanoveného cíle a uspokojit danou potřebu (Sikorová, 2011). Pomocí vhodné komunikace, respektování kultury, osobních zón, názorů a přesvědčení pacienta je realizace snazší a hlavně efektivnější (Špirudová et al., 2006).

Osobními zónami se zabývá proxemika. Ta je založena na komunikačních vzdálenostech v prostoru. Každý člověk má odlišné vzdálenosti jednotlivých zón a jinak je mění v průběhu rozhovoru, podle vztahu s danou osobou a podle aktuální situace (Plevová, 2019). Zacharová (2016) popisuje jednotlivé osobní zóny a jako první uvádí zónu intimní. Vzdálenostně může být mezi 15-30 cm a nejčastěji ji sdílíme s rodinou a blízkými osobami. Její narušení není příjemné. Ve zdravotnickém prostředí je bohužel nevyhnutelné tuto zónu narušit. V těchto případech je velice důležitá komunikace s pacientem, získání si jeho důvěry a připravení ho na narušení této zóny. Zónu využívanou například při seznamování, jednání či diskuzích označuje jako osobní, kdy se vzdálenost mezi osobami pohybuje mezi 45-120 cm. Můžeme v ní použít i kontakt formou podání ruky. Při takovémto kontaktu můžeme sledovat například mimiku a řeč očí. Společenská nebo taky sociální zóna v rozmezí 120-360 cm je zejména formální, bez tělesných doteků. Často se vyskytuje v komunikaci s větším množstvím osob. Poslední zóna je již velmi široká, ve vzdálenosti 360 a více metrů. Využívaná je například při přednáškách, divadelních představeních a tak podobně. V této vzdálenosti již nerozeznáváme mimiku nebo řeč očí, ale zaměřovat se můžeme na celou postavu (Zacharová, 2016). Jednotlivé kultury i osoby mají odlišné vnímání těchto vzdáleností a jejich narušení vede až k odmítnutí další péče. Soukupová (2007) uvádí příklad vietnamské minority, kdy je v rámci interpersonálního prostoru kladem velký důraz na zvýšenou stydlivost a celkovou citlivost na soukromý, zejména pokud by se měl o ženu starat muž (Soukupová, 2007). Romové též kladou důraz na respektování intimity, velkým problémem se v nemocničním prostředí mohou stát časté, četné a hlavně hlučné návštěvy rodiny. Odloučení člena rodiny pro ně bývá největším problémem. Návštěvy

bychom měli povolit, ale zároveň je dostatečně korigovat, aby nedocházelo k narušení chodu oddělení (Olišarová et al., 2017).

V průběhu celého procesu bychom neměli zapomínat na *hodnocení* všech našich kroků. V závěru celého procesu hodnotíme dosažení cílů porovnáním současného stavu a předpokládaného cíle. Při propouštění či překladu pacienta cizince je vhodným krokem přidání výstupního hodnocení. Jeho součástí jsou informace týkající se specifík pacienta, jeho kultury, hodnot nebo například způsobu komunikace (Špirudová et al., 2006).

1.4.1 Možnosti usnadnění komunikace s pacienty cizinci

Vyskytují se případy, kdy je komunikace s pacienty cizinci velmi obtížná a jakákoliv snaha o verbální komunikaci je marná. V těchto chvílích nastupuje parafrázování do neverbální komunikace a používání pomůcek, díky kterým můžeme od pacientů získávat informace a podobným způsobem jim je i podávat. Například přeložené souhlasy s hospitalizací, s výkony, či doporučení týkající se léčby je vhodné mít v několika variantách a v případě potřeby je využívat (Levová, 2010). Ministerstvo zdravotnictví České republiky má na svých stránkách vložené soubory obsahující komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky (ukázka - viz Příloha 2). Rozděleny jsou do okruhů pediatrie, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelství, vnitřního lékařství. Poslední se věnuje obtížím a stravě. Přeloženy jsou do 9 jazyků (MZČR, 2020).

McCarthy (2013) popisuje některé z pomůcek, které jsou využívány v Irsku ke komunikaci s pacienty cizinci. Patří mezi ně například identifikační karty cizinců, knihy s nejčastěji používanými frázemi či komunikace skrze tlumočníky. Tlumočníky rozlišují na kvalifikované, profesionální tlumočníky a na neoficiální, informativní tlumočníky. Mezi ty neoficiální řadíme rodinu či přátele pacientů nebo zaměstnance nemocnic. Od profesionálních tlumočnicků se očekává vzdělání v oblastech lékařské terminologie, kulturní komunikace a etiky. Možnosti využití profesionálních tlumočnických služeb se však velmi liší (McCarthy, 2013).

Při komunikaci skrze tlumočníka si hned v úvodu ověříme, zda není pouze znalec cizího jazyka, ale že rozumí i dané kultuře. Zdůrazním, že je pro mě nezbytné, aby překládal přesně to, co říkám, a sdělení nijak nepozměňoval. Nutné je hovořit pomalu, dáme tím tak čas tlumočnickovi vše správně přeložit. Vhodnější je používat kratší věty. I přes to, že nám pacient nerozumí, musíme hovor směřovat k němu, ne k překládajícímu (Košková, 2003).

Jirwe et al. (2010) upozorňuje na možnost odmítání tlumočnicků sestrami. Jako důvody udává finanční omezení, problematické a zdlouhavé shánění tlumočnicků. Využijí proto raději překlad skrze rodinu či známé pacienta. Pokud nelze zrealizovat ani jedna z variant, můžeme často vidět využití sester a dalších zaměstnanců nemocnice, kterým však na úkor překládání nezbyvá čas na plnění jejich práce. Studie ze Spojeného království dokonce poukazuje na fakt využívání studentek z jiných zemí ovládajících více jazyků. To v mnoha případech vedlo k narušení jejich studia a klinické praxe (Jirwe et al., 2010).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zmapovat problematiku při ošetřování cizince.

2.2 Hypotézy

Vědomosti sester v péči o cizince se liší v závislosti na délce praxe

2.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou výzvy při ošetřování cizince během hospitalizace z pohledu sestry?
- 2) Jaké má sestra dovednosti při ošetřování cizince?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Slovo **etnikum** pochází z antické řečtiny, konkrétně ze slova *ethnos*, v překladu jako národ nebo kmen (Kutnohorská, 2013). Rozumíme tím skupinu lidí, která vznikla již v historii. Lidé mají tedy stejný původ, rasový typ, tradice, kulturu, duchovní potřeby, mluví stejným jazykem a žijí na stejném místě. Stejně jako etnikum můžeme vysvětlit i etnickou skupinu (Čeněk et al., 2016).

K pojmu etnikum se váže **etnicita**. Kutnohorská (2013) popisuje etnicitu jako soubor znaků a vlastností, které etnikum vymezují. Ve vzájemné interakci tu je několik faktorů, například duchovní, materiální, rasové, jazykové či teritoriální (Čeněk et al., 2016).

Migrace je vlastně změna bydliště osob, tedy pohyb obyvatelstva. Rozdělit ji můžeme na vnitrostátní a mezinárodní, dále potom na legální či nelegální. Může způsobovat ekonomické, kulturní i populační změny (Bednářová, 2011).

K migraci musíme přiřadit další tři související pojmy – imigrace, emigrace a reemigrace. **Imigrací** nazýváme přistěhování. Při vystěhování, které může být zapříčiněno například ekonomickými či politickými faktory, mluvíme o **emigraci**. **Reemigrace** nastává v případech, kdy se po vystěhování, tedy po emigraci, lidé vrací zpátky na místo, odkud odešli, tedy imigrují (Bednářová, 2011).

Minorita, nebo také menšina, je sociální skupina, která se nějakým způsobem odlišuje od majority (většiny). Mezi rozdíly se zařazuje barva pleti, pohlaví, jazyk, kultura či náboženství. Může docházet až k diskriminaci minorit, například v oblastech společenského postavení, či při zásadním rozhodování. **Majorita** si vždy zanechává možnost rozhodování. (Ptáček, Bartůněk, 2011)

Slovo **kultura** je latinského původu a dříve bylo v překladu chápáno jako obdělávání země. Současný význam slova vznikl v 16. století, kdy Marcus Tullius Cicero použil kulturu jako metaforu k pojmu „péče o duši“. S časem se kultura začala vyskytovat v mnoha oblastech, vědních disciplínách a má celou řadu definicí a rozdělení. Nejsnazší rozdělení je na užší a širší kulturu. Užší kulturu spojujeme s chováním lidí určité společnosti, jaké mají zvyky, hodnoty, zkušenosti atp. Materiální, náboženské, politické, právní a další oblasti či věci vytvořené lidmi, řadíme do širší kultury (Kutnohorská, 2013). Plevová et al. (2019) mluví o kultuře jako o klíčové v oblasti transkulturního

ošetřovatelství. V jasném časovém a prostorovém rozmezí nahlížíme na souhru životních forem, podmínek a hodnotových představ.

Pojem **enkulturace** jako první použil Melville J. Herskovits. Považoval ho za širší pojem než je socializace. Je to celoživotní proces (Kutnohorská, 2013). Jak uvádí Zel'ová (2011), do určité kultury se každý člověk narodí. Její plnohodnotnou součástí se ale stává až v průběhu života, procesem zvaný enkulturace. Přebírá vzorce chování, normy a hodnoty té dané kultury.

Kulturní šok je proces, do kterého se lidé dostávají při setkání s nějakou jinou, jemu cizí kulturou. Jedinci mohou kulturní šok prožívat týdny až měsíce a může se u nich opakovat. Délka trvání se odvíjí od schopnosti jedince adaptovat se na nové prostředí, novou kulturu (Kutnohorská, 2013). Termín kulturní šok jako první vyslovil antropolog Cora Du Boise v roce 1951 ve spojitosti s jeho vlastní zkušeností. Další, kdo se kulturním šokem zabýval, byl Kalervo Oberg, který uvedl 4 fáze kulturního šoku:

1. Fáze medových dnů – zde se objevuje nadšení z nového prostředí, nové kultury, lidé jsou šťastní, může se vyskytovat až euforie. *2. Fáze krize* – začínají se vyskytovat první problémy, úzkost, apatie až agrese. Může dojít až k nervovému zhroucení. *3. Fáze zotavení* – učení se novému chování, které je typické pro danou kulturu, její pochopení. *4. Fáze přizpůsobení* – jedinec se přizpůsobil novým podmínkám, kultuře a je v ní rád (Lukšová et al., 2012).

Kutnohorská (2013) uvádí i možnost psychosomatických potíží v souvislosti s kulturním šokem. Kulturní šok je nemoc s vlastními příčinami, příznaky i léčbou. Můžeme ho zařadit i jako ošetřovatelskou diagnózu podle NANDA taxonomie k doméně zvládání/tolerance zátěže či životní princip (Kutnohorská, 2013).

Při návratu do rodné kultury můžeme pozorovat zpětný kulturní šok. Pokud se v cizí kultuře adaptace povedla, je vracení se mnohem náročnější. Dochází ke zpětnému učení se o vlastní kultuře. Má pocit, že již není součástí společnosti. Příznaky jsou velmi podobné těm v kulturním šoku. Délka trvání se pohybuje okolo 6 až 12 měsíců (Půtová, 2017)

4 METODIKA

4.1 Metodika práce a technika sběru dat

Byla zvolena smíšená strategie výzkumu kombinací kvalitativní a kvantitativní metody. Z kvantitativní metody to bylo dotazníkové šetření a z kvalitativní metody pozorování.

Kvantitativní sběr dat byl proveden prostřednictvím anonymních dotazníků (viz Příloha 3). Dotazník byl tvořen na základě prostudované dostupné literatury a vlastních zkušeností s péčí o tyto pacienty. Následně byla, v průběhu února 2021, provedena pilotáž se čtyřmi sestrami a dle jejich poznámek byl dotazník upraven. Konkrétně se jednalo o doplnění možnosti vlastní odpovědi v otázce číslo 8 a k přeformulování otázky číslo 24. Ve finální podobě měl dotazník celkem 26 otázek. Využity byly otázky uzavřené, polouzavřené s možností dopsat vlastní odpověď, škálové a jedna otázka s číselnými osami. Na začátku dotazníku se nachází informovaný souhlas, z něhož vyplývá, že respondenti vyjadřují souhlas s využitím dat tím, že dotazník vyplní. Prvních 5 úvodních otázek zjišťuje kategorizační údaje (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe, místo výkonu povolání). Otázky 6, 7, 11, 12 a 13 zjišťují, jak často a s jakými cizinci konkrétně se sestry setkávají nejčastěji a jak s nimi komunikují. Otázky 8, 9, 10, 20, 21, 22 a 23 jsou zaměřeny na specifika jednotlivých kultur a faktory ovlivňující péči. Čistě teoretické vědomosti sester zjišťují otázky 14, 15, 16, 17, 18, 19. Otázky 24 – 26 jsou zaměřeny na subjektivní pohled respondentů týkající se vzdělávání a jejich vědomostí v oblasti transkulturního ošetrovatelství a péče o cizince. Distribuce dotazníků probíhala v měsících březnu a dubnu roku 2021. Po optické kontrole získaných dotazníků byly 4 vyřazeny pro neúplnost. Výsledná data byla zpracována v programu MS Excel za pomoci kontingenčních tabulek a grafů. Jednotlivé grafy a tabulky byly následně slovně okomentovány.

Kvalitativní sběr dat probíhal formou zúčastněného pozorování. Pozorování je Hendlem a Remrem (2017) popisováno jako sledování a zaznamenávání dění v určitém prostředí, přičemž je zapojen pohled, pohmat, sluch, čich i chuť. Je velmi vhodné pro získávání informací, jelikož chování lidí často neodpovídá tomu, co říkají. Jistou nevýhodou může být vědomí osob o tom, že jsou pozorovány, je zde možnost změny jejich chování. V tomto výzkumu byli všichni účastníci předem informováni o tom, ve kterém období bude pozorování probíhat, ale nevěděli, který den bude zaznamenáván. Se všemi zúčastněnými byl sepsán informovaný souhlas. Průběh pozorování byl zaznamenáván do

předem připraveného záznamového archu (viz Příloha 4), který se skládal z 15 oblastí. Ty byly zaměřeny na způsob předávání informací o pacientech jiných kultur mezi personálem, komunikaci s pacientem i jeho rodinou či kontrolu porozumění při předávání informací pacientům. Pozorování probíhalo v dubnu 2021. Z důvodu zachování anonymity neuvádíme přesný datum pozorování.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

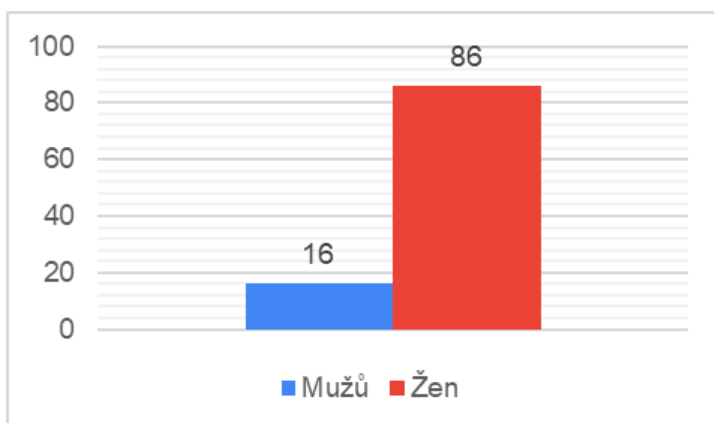
Výzkumný soubor pro kvantitativní výzkumné šetření tvořily sestry pracující na lůžkových odděleních ortopedie, chirurgie nebo ortopedických či chirurgických JIP nemocnic kraje Vysočina. Při předávání dotazníků k vyplnění byli respondenti seznámeni se způsobem vyplnění a s cílem samotného výzkumu. Dále bylo čistě na jejich rozhodnutí, zda dotazníky vyplní. Dohromady bylo rozdáno 120 dotazníků, 106 se jich vrátilo zpět a 4 byly vyřazeny pro neúplnost odpovědí. V konečném počtu se tedy jednalo o 102 dotazníků.

Pozorování bylo uskutečněno na chirurgickém oddělení a zaměřovalo se na ošetrovatelskou péči o cizince poskytovanou sestrami. V den pozorování byly na oddělení 4 sestry a 2 ošetrovatelky, součástí byla též 1 sestra z noční směny. Z řad pacientů se jednalo o jednoho muže ukrajinské národnosti a jednoho muže pocházejícího ze Španělska.

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky kvantitativní části výzkumného šetření

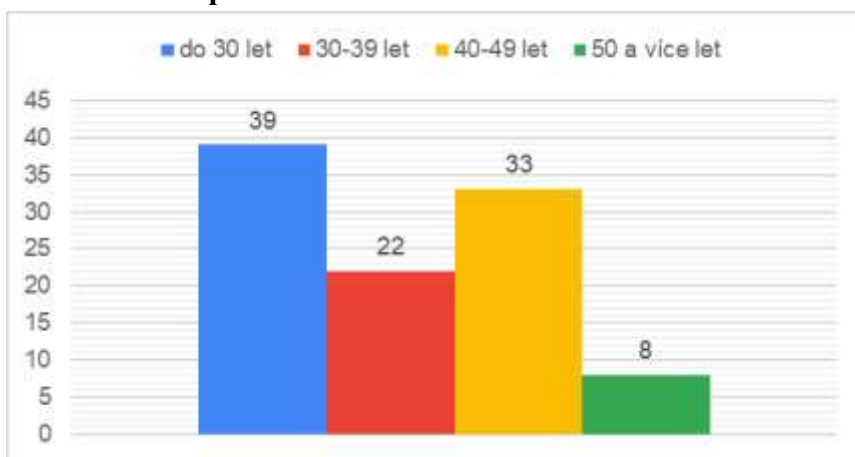
Graf 1 Pohlaví respondentů



Graf 1 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) vyplnilo dotazník 16 mužů (15,7 %) a 86 žen (84,3 %).

Graf 2 Věk respondentů



Graf 2 (Zdroj: vlastní)

Ze 102 odpovídajících (100 %) bylo 39 ve věku „do 30 let“ (38,2 %), 22 v rozmezí „30-39 let“ (21,6 %), „40-49 let“ bylo 33 respondentům (32,4 %) a posledních 8 bylo ve věku „50 a více let“ (7,8 %).

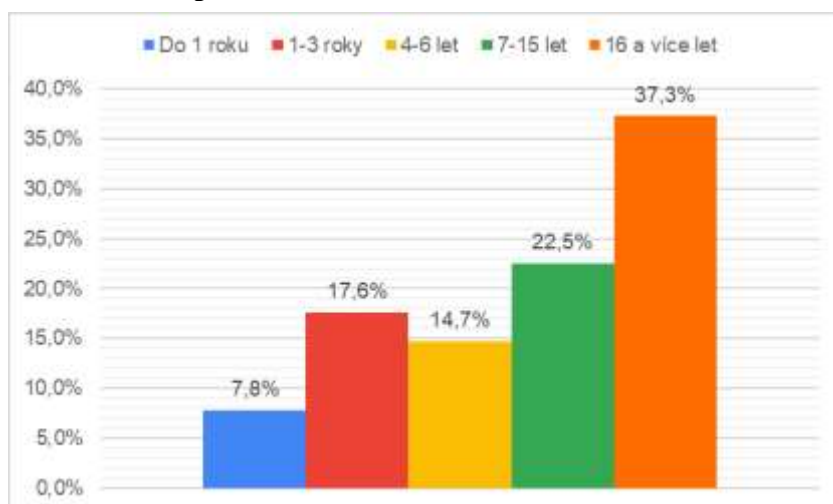
Graf 3 Vzdělání sester



Graf 3 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) je 32 všeobecných sester se „středoškolským“ vzděláním (31,4 %), 21 (20,6 %) je zdravotnických asistentů/praktických sester. Stejně (21 - tedy 20,6 %) je sester s vyšším odborným vzděláním a s bakalářským titulem. Magisterský titul má 5 respondentů (4,9 %). 2 respondenti (2,0 %) uvedli ke svému vzdělání specializaci ARIP.

Graf 4 Délka praxe sester



Graf 4 (Zdroj: vlastní)

V otázce na délku praxe měli respondenti na výběr z 5 možností. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) jich je 8 v praxi do 1 roku (7,8 %), 18 respondentů 1-3 roky“ (17,6 %), 15 z nich pracuje v rozmezí 4-6 let“ (14,7 %), 7-15 let je v praxi 23 respondentů (22,5 %) a největší zastoupení má skupina respondentů s praxí 16 a více let – 38 respondentů (37,3 %).

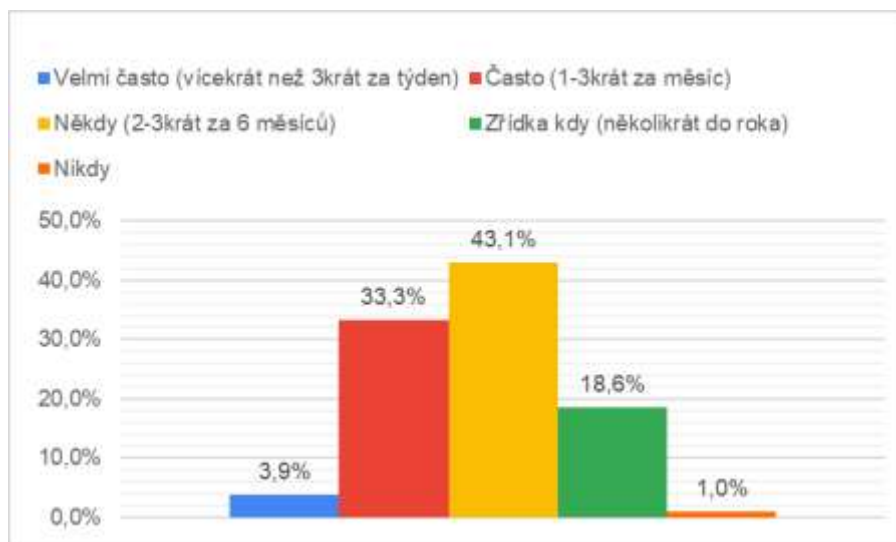
Graf 5 Typ oddělení



Graf 5 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 sester (100 %) jich 48 (47,1 %) pracuje na „chirurgickém oddělení“, 28 (27,5 %) na „ortopedickém oddělení“ a 26 (25,5 %) na „chirurgické/ortopedické JIP“.

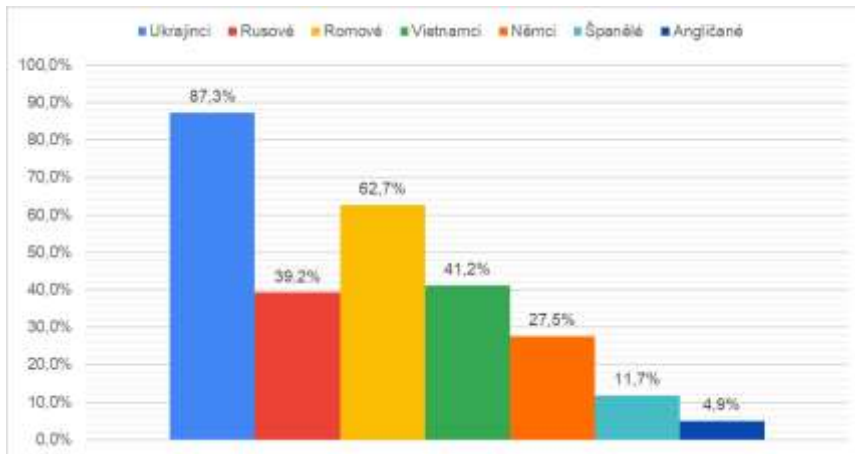
Graf 6 Četnost setkávání se s cizinci



Graf 6 (Zdroj: vlastní)

V grafu 6 jsou znázorněny odpovědi na otázku „Jak často se ve své práci setkáváte s cizinci?“. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 4 uvedli že „velmi často“ (3,9 %). 34 respondentů (33,3 %) zvolilo možnost odpovědi „často“. Nejvíce odpovědí se sešlo při možnosti „někdy“ – celkem 44 respondentů (43,1 %). 19 respondentů (18,6 %) odpovědělo „zřídka kdy“ a pouze 1 zvolil odpověď „nikdy“.

Graf 7 Nejčastější kultury



Graf 7 (Zdroj: vlastní)

Otázka, která měla znázornit, se kterými cizinci (minoritami) se respondenti nejčastěji setkávají, měla možnost více odpovědí. Z celku 102 respondentů (100 %) jich 89 uvedlo (87,3 %), že se setkává s Ukrajinci. S Rusy se setkává 40 respondentů (39,2 %). Druhou nejvíce volenou kulturou byli Romové, ty zvolilo 64 respondentů (62,7 %). Setkávání se s Vietnamci volilo 42 dotazovaných (41,2 %). 28 respondentů (27,5 %) volilo odpověď „Němci“. Otázka obsahovala i možnost jiná, přičemž 12 respondentů (11,7 %) uvedlo, že se setkávají se Španěly a 5 dalších (4,9 %) s Angličany.

Tabulka 1 Faktory ovlivňující kvalitu péče o pacienty jiných kultur

Působící faktor	Míra souhlasu									
	Zcela souhlasím		Spíše souhlasím		Nemůžu se rozhodnout		Spíše nesouhlasím		Zcela nesouhlasím	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jazyková bariéra ze strany pacienta	65	63,7%	33	32,3%			3	2,9%	1	0,9%
Jazyková bariéra ze strany sestry	52	51,1%	42	41,2%	3	2,9%	4	3,9%	1	0,9%
Dostupnost tlumočnicka	29	28,4%	47	46,1%	15	14,7%	7	6,9%	4	3,9%
Neznalost specifík kultury ze strany sestry	16	15,7%	40	39,2%	20	19,6%	18	17,6%	8	7,9%
Neznalost specifík kultury ze strany pacienta	20	19,6%	49	48,1%	16	15,7%	9	8,8%	8	7,8%
Odlíšné stravovací návyky	17	16,7%	51	50,0%	18	17,6%	11	10,8%	5	4,9%
Odlíšný režim dne	14	13,7%	39	38,2%	19	18,6%	24	23,5%	6	5,9%
Problematika dodržování nemocničního režimu	33	32,4%	29	28,4%	12	11,8%	23	22,5%	5	4,9%
Časově náročnější péče	37	36,3%	37	36,3%	17	16,6%	5	4,9%	6	5,9%

Tabulka 1 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 odpovědí (100 %) bylo odpovídáno –

Při faktoru „Jazyková bariéra ze strany pacienta“ byla vybrána odpověď „Zcela souhlasím“ 65krát (63,7 %). 33 respondentů (32,3 %) zvolilo možnost „Spíše souhlasím“, možnost „Nemůžu se rozhodnout“ nezvolil nikdo. 3 respondenti (2,9 %) spíše nesouhlasí a 1 (0,9 %) zcela nesouhlasí.

Faktor „Jazyková bariéra ze strany sestry“ měl odpovědi následující: 52 dotazovaných (51,1 %) zcela souhlasí, 42 (41,2 %) spíše souhlasí, 3 respondenti (2,9 %) zvolili možnost „Nemůžu se rozhodnout, 4 další (3,9 %) „Spíše nesouhlasím“ a 1 (0,9 %) zcela nesouhlasí.

Hodnocení faktoru „Dostupnost tlumočnicka“ dopadlo následovně: 29 respondentů (28,4 %) zvolilo možnost „Zcela souhlasím“. 47 (46,1 %) dalších „Spíše souhlasím“. Možnost

„Nemůžu se rozhodnout“ zvolilo 15 dotazovaných (14,7 %). Pro možnost „Spíše nesouhlasím“ bylo 7 respondentů (6,9 %), poslední 4 (3,9 %) označili variantu „Zcela nesouhlasím“.

„Neznalost specifík kultury ze strany sestry“ byla respondenty hodnocena takto: Možnost „Zcela souhlasím“ zvolilo 16 respondentů (15,7 %), možnost „Spíše souhlasím“ 40 respondentů (39,2 %), možnost „Nemůžu se rozhodnout“ 20 respondentů (19,6 %), „Spíše nesouhlasím“ zvolilo 18 dotazovaných (17,6 %) a 8 (7,9 %) bylo pro možnost „Zcela nesouhlasím“.

Při faktoru „Neznalost specifík kultury ze strany pacienta“ sledujeme tyto odpovědi: 20 respondentů (19,6 %) zcela souhlasí, 49 (48,1 %) spíše souhlasí. 16 (15,7 %) jich zvolilo odpověď „Nemůžu se rozhodnout“. 9 (8,8 %) dotazovaných spíše nesouhlasí a 8 (7,8 %) zcela nesouhlasí.

Faktor „Odlišné stravovací návyky“ byl hodnocen následovně: 17 osob (16,7 %) volilo možnost „Zcela souhlasím“, 51 (50 %) „Spíše souhlasím“. 18 respondentů (17,6 %) bylo pro variantu „Nemůžu se rozhodnout“, 11 (10,8 %) volilo „Spíše nesouhlasím“ a 5 (4,9 %) jich zcela nesouhlasilo.

„Odlišný režim dne“ má následující odpovědi: 14 respondentů (13,7 %) zcela souhlasilo, 39 (38,2 %) zvolilo možnost „Spíše souhlasím“, 19 odpovědí (18,6 %) bylo pro možnost „Nemůžu se rozhodnout“. „Spíše nesouhlasím“ bylo označeno 24krát (23,5 %) a 6 osob (5,9 %) zvolilo možnost „Zcela nesouhlasím“.

Faktor „Problematika dodržování nemocničního režimu“ byl označován následovně: 33 (32,4 %) respondentů zcela souhlasí, 29 (28,4 %) spíše souhlasí, 12 (11,8 %) zvolilo odpověď „Nemůžu se rozhodnout“, 23 osob (22,5 %) označilo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 5 (4,9 %) „Zcela nesouhlasím“.

Faktor týkající se časové náročnosti péče byl hodnocen takto: 37 respondentů (36,3 %) zvolilo možnost „Zcela souhlasím“, stejně tak (37 – 36,3 %) jich odpovědělo pro možnost „Spíše souhlasím“. 17 dotazovaných (16,6 %) označilo bod „Nemůžu se rozhodnout“, 5 respondentů (4,9 %) spíše nesouhlasilo a 6 (5,9 %) zcela nesouhlasilo.

Graf 8 Znalost specifik jiných kultur



Graf 8(Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) uvedli pouze 3 (2,9 %), že specifika jiných kultur znají velmi dobře. 54 (52,9 %) jich zvolilo možnost „Ano, ale pouze okrajově“. 24 respondentů (23,5 %) specifika neznají, ale chtěli by to změnit a 21 (20,6 %) označilo odpověď „Ne, nevnímám to jako důležité“.

Při zvolení odpovědi „Ano, velmi dobře“ a „Ano, ale pouze okrajově“ byli respondenti požádáni a doplnění konkrétních příkladů jiných kultur a jejich specifik, která znají. Jednalo se o 57 respondentů (100 %).

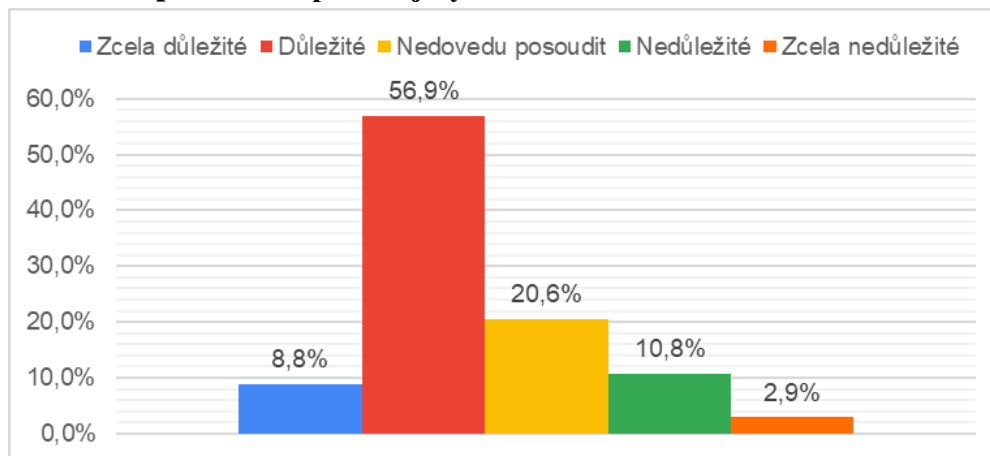
13 respondentů (22,8 %) uvedlo Svědky Jehovovi a jejich odmítání transfuzí.

V souvislosti s Romskou kulturou bylo 5ti respondenty (8,8 %) zmíněno intenzivní prožívání bolesti, dalších 5 (8,8 %) uvedlo četné návštěvy rodinnými příslušníky a blízkými osobami, 4 (7 %) jako příklad popsali hlasitost jejich vyjadřování a 2 (3,5 %) poznamenali nedodržování léčebného režimu.

U Muslimů bylo 12krát (21,1 %) poznamenáno, že nejí vepřové maso, 7 respondentů (12,3 %) uvedlo omezení při ošetřování Muslimů opačným pohlavím a dalších 7 (12,3 %) popisuje časté modlení.

2 respondenti (3,5 %) popisují specifikum Vietnamské minority – při neporozumění se usmívají.

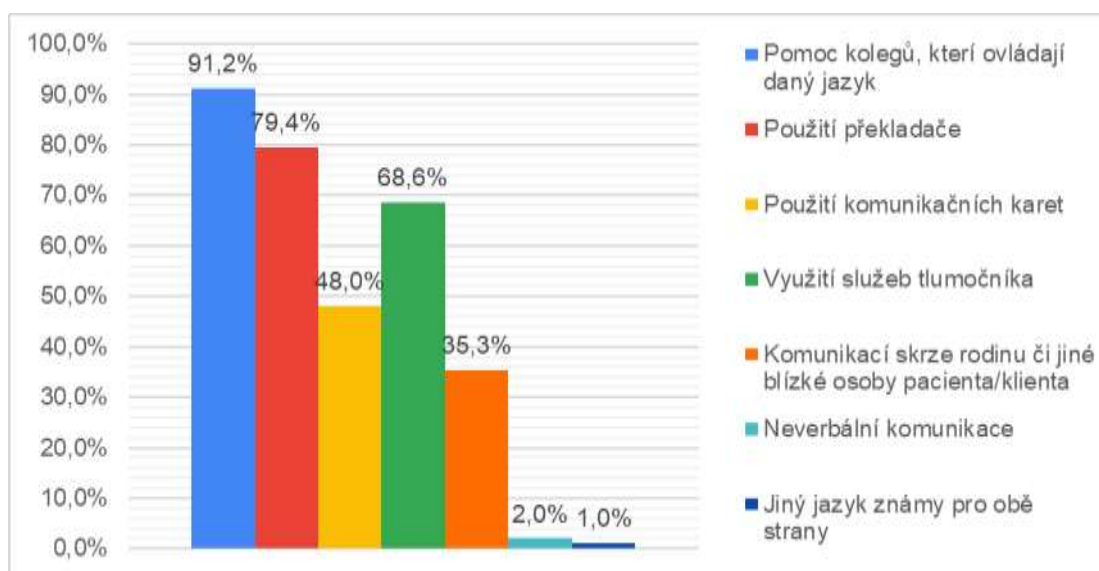
Graf 9 Respektování specifík jiných kultur



Graf 9 (Zdroj: vlastní)

Graf 9 znázorňuje, jak je pro respondenty důležité respektovat specifika jiných kultur. Ze 102 respondentů (100 %) jich 9 (8,8 %) zvolilo možnost „Zcela důležité“, 58 (56,9 %) to vnímá jako „Důležité“. Možnost „Nedovedu posoudit“ vybralo 21 respondentů (20,6 %). 11 osob (10,8 %) to vnímá jako „Nedůležité“ a 3 (2,9 %) jako „Zcela nedůležité“.

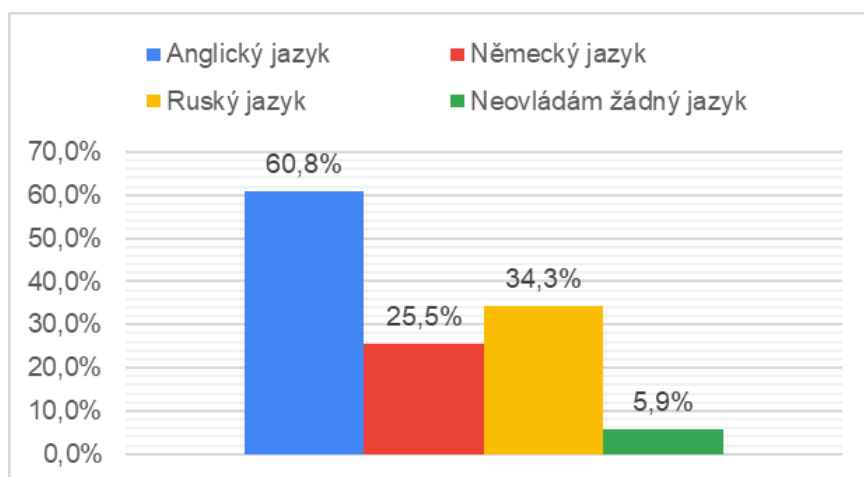
Graf 10 Způsob řešení jazykové bariéry



Graf 10 (Zdroj: vlastní)

Otázka, která měla znázornit, jak by respondenti řešili jazykovou bariéru, měla možnost více odpovědí. Z celku 102 respondentů (100 %) by jich 93 (91,2 %) vyhledalo pomoc kolegů, 81 (79,4 %) by použilo překladač, 70 (68,6 %) respondentů vybralo „Využití služeb tlumočnicka“. Komunikaci skrze rodinu by využilo 36 dotazovaných (35,3 %). Součástí otázky byla i možnost jiné, kde 2 respondenti (1,9 %) uvedli využití neverbální komunikace. 1 z dotazovaných (0,9 %) by využil jiný jazyk známý pro obě strany.

Graf 11: Cizí jazyk



Graf 11 (Zdroj: vlastní)

Otázka, která měla znázornit, kterými jazyky se jsou respondenti schopni domluvit, měla možnost více odpovědí. Z celku 102 respondentů (100 %) jich 62 (60,8 %) vybralo „Anglický jazyk“. „Německý jazyk“ označilo 36 respondentů (25,5 %). 35 (34,3 %) poté „Ruský jazyk“. 6 osob zvolilo možnosti „Neovládám žádný jazyk“.

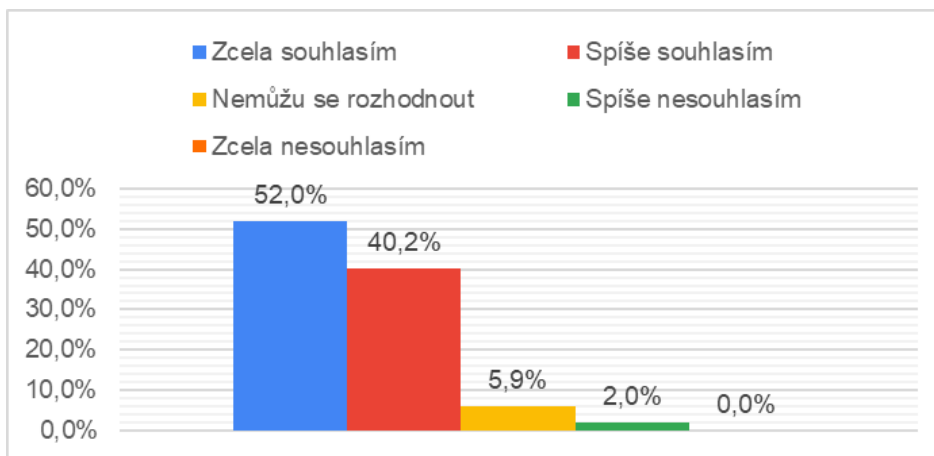
Schopnost domluvit se daným jazykem měli respondenti ohodnotit „jako ve škole“, na škále od 1 do 5. Výsledky jsou vyobrazeny v následující tabulce:

Tabulka 2 Hodnocení schopnosti dorozumět se daným jazykem

	Anglický jazyk	Německý jazyk	Ruský jazyk	Neovládám žádný jazyk	Celkový součet
1	3	1			4
2	19	6	3		28
3	22	9	13		44
4	7	3	8		18
5	1				1
				7	7
Celkový součet	52	19	24	7	102

Tabulka 2 (Zdroj: vlastní)

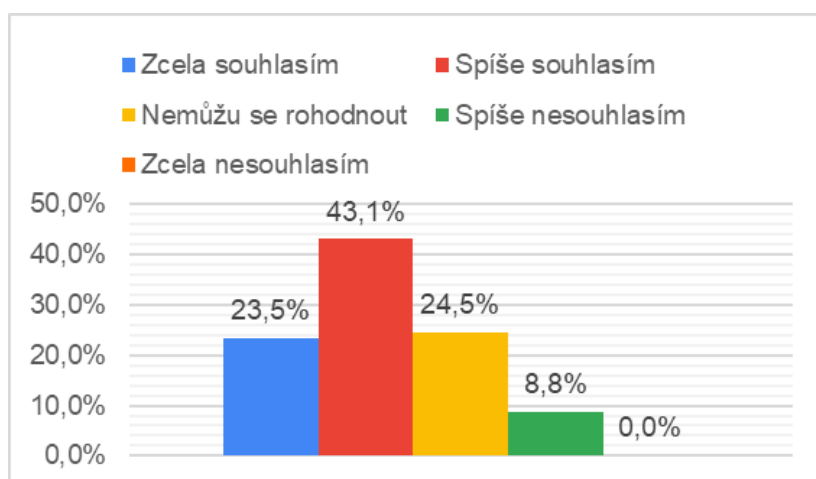
Graf 12 Důležitost neverbální komunikace



Graf 12 (Zdroj: vlastní)

Graf 12 znázorňuje míru souhlasu respondentů s důležitostí zapojení neverbální komunikace do péče o cizince. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) zvolilo možnost „Zcela souhlasím“ 53 z nich (52,0 %). Možnost „Spíše souhlasím“ vybralo 41 osob (40,2 %). „Nemůžu se rozhodnout“ bylo označeno 6krát (5,9 %) a „Spíše nesouhlasím“ 2krát (2,0 %). Odpověď „Zcela nesouhlasím“ nevolil žádný z respondentů.

Graf 13 Definice transkulturního ošetrovatelství



Graf 13 (Zdroj: vlastní)

Výsledky otázky zaměřené na vyjádření míry souhlasu s definicí transkulturního ošetrovatelství jsou vyznačeny v grafu 13. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) jich s definicí zcela souhlasilo 24 (23,5 %), 43 (43,1 %) zvolilo možnost „Spíše souhlasím“. Možnost „Nemůžu se rozhodnout“ vybralo 25 dotazovaných (24,5 %) a 9 označilo odpověď „Spíše nesouhlasím“. Poslední odpověď „Zcela nesouhlasím“ nezvolil žádný z respondentů.

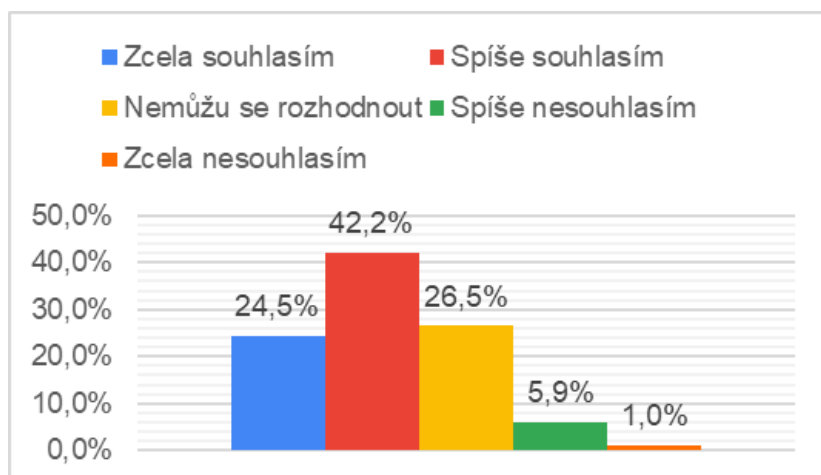
Tabulka 3 Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe a souhlas s definicí

Délka praxe sester	Míra souhlasu						Celkový součet	% správných odpovědí
	Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nemůžu se rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím			
Do 1 roku	4	2	2			8	50%	
1-3 roky	4	7	5	2		18	16,70%	
4-6 let	4	7	3	1		15	6,70%	
7-15 let	8	10	4	1		23	47,80%	
16 a více let	4	18	11	5		38	15,80%	
Celkový součet	24	44	25	9	0	102		

Tabulka 3 (Zdroj: vlastní)

Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe sester a souhlas s uvedenou definicí pojmu „Transkulturní ošetrovatelství“ poukazuje na to, že správnou odpověď znají nejvíce sestry s nejkratší délkou praxe. Nejvíce se jim přibližují sestry s praxí „7-15 let“.

Graf 14 Definice multikulturního ošetrovatelství



Graf 14 (Zdroj: vlastní)

Otázka ke grafu 14 byla postavena stejně jako předešlá s tím rozdílem, že byla hodnocena definice pojmu multikulturní ošetrovatelství. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) jich 25 (24,5 %) odpovědělo „Zcela souhlasím“. 43 (42,2 %) označilo možnost „Spíše souhlasím“. 27 respondentů (26,5 %) odpovědělo „Nemůžu se rozhodnout“. „Spíše nesouhlasím“ zvolilo 6 respondentů (5,9 %) a 1 (1,0 %) zcela nesouhlasil.

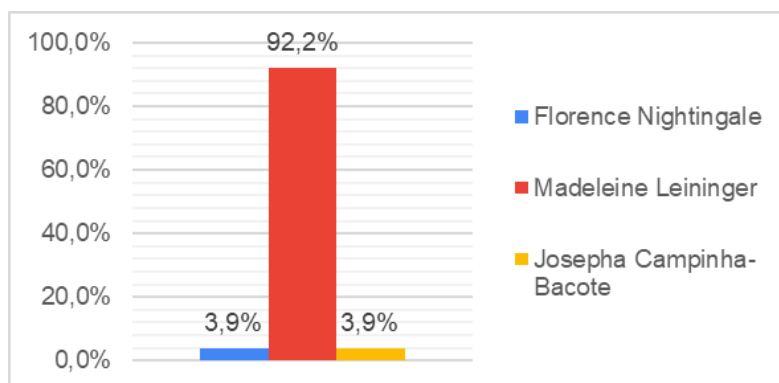
Tabulka 4 Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe se znalostí definice

Délka praxe sester	Míra souhlasu						Celkový součet	% správných odpovědí
	Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nemůžu se rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím			
Do 1 roku	4	2	2			8	50%	
1-3 roky	3	8	5	2		18	16,70%	
4-6 let	1	7	5	1	1	15	6,70%	
7-15 let	11	8	4			23	47,80%	
16 a více let	6	18	11	3		38	15,80%	
Celkový součet	25	43	27	6	1	102		

Tabulka 4 (Zdroj: vlastní)

Správnost odpovědí při uvádění míry souhlasu pro definici pojmu „Multikulturní ošetrovatelství“ byla nejvíce zastoupena u sester s praxí „Do 1 roku“, následovaly sestry s praxí „7-15 let“.

Graf 15 Autorka modelu vycházejícího slunce



Graf 15 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 4 (3,9 %) uvedli jako autorku modelu vycházejícího slunce Florence Nightingale. 94 odpovídajících (92,2 %) označilo Madeleine Leininger a 4 poslední (3,9 %) vybrali Josephu Campinhu-Bacote.

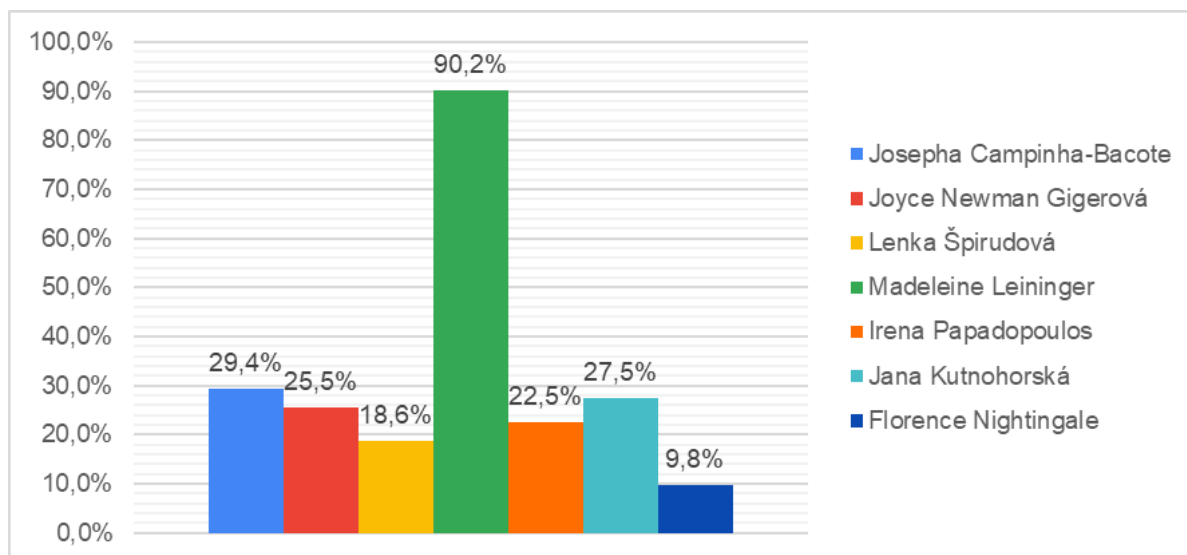
Tabulka 5 Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe a znalost autorky modelu

Délka praxe sester	Autorka modelu vycházejícího slunce				
	Florence Nightingale	Josepha Campinha-Bacote	Madeleine Leininger	Celkový součet	% správných odpovědí
Do 1 roku	1		7	8	87,5%
1-3 roky			18	18	100,00%
4-6 let		2	13	15	86,70%
7-15 let	2		21	23	91,30%
16 a více let	1	2	35	38	92,10%
Celkový součet	4	4	94	102	

Tabulka 5 (Zdroj: vlastní)

Na otázku zjišťující autorku modelu vycházejícího slunce odpověděli ve 100 % správně respondenti s délkou praxe „1-3 roky“. Ostatní skupiny respondentů odpovídaly maximálně ve třech případech špatně.

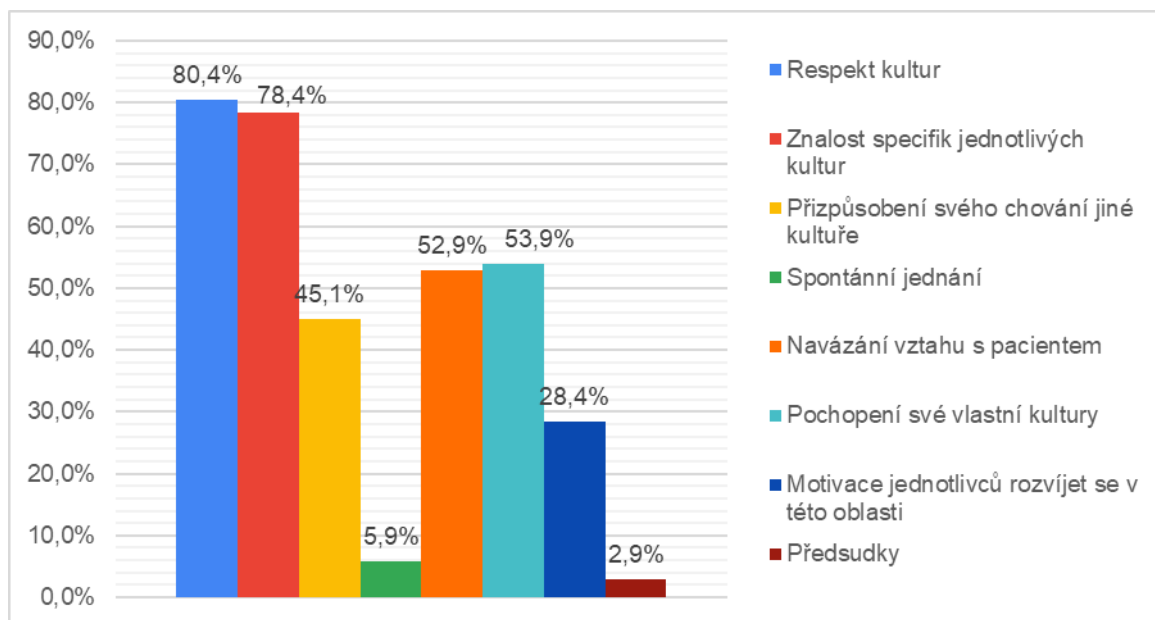
Graf 16 Osoby podílející se na rozvoji transkulturního ošetřovatelství



Graf 16 (Zdroj: vlastní)

Respondenti měli na výběr ze 7 osobností, označit mohli libovolný počet a prostor měli i pro připsání vlastní odpovědi. 30 (29,4 %) z nich vybralo Josepha Campinha-Bacote, 26 (25,5 %) označilo Joyce Newman Gigerovou, 19 respondentů (18,6 %) vybralo Lenku Špirudovou. Pro Madeleine Leiningerovou bylo 92 odpovídajících (90,2 %). 23 respondentů (22,5 %) označilo Irenu Papadopoulos. Jana Kutnohorská byla vybrána 28krát (27,5 %). 10 odpovědí (9,8 %) bylo pro Florence Nightingalovou. V možnostech jiné byly 2 odpovědi (1,9 %) pro Valérii Tóthovou a 2 (1,9 %) pro Ruth Davidhizarovou.

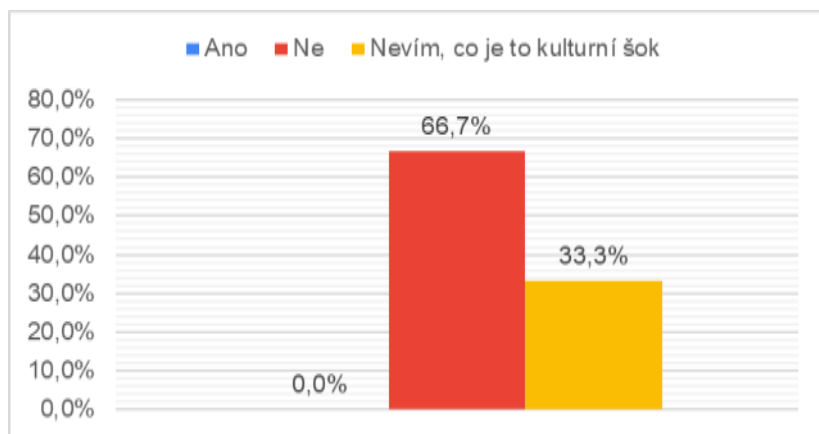
Graf 17 Kulturní kompetence



Graf 17 (Zdroj: vlastní)

V další otázce měli respondenti z uvedených bodů vybrat vše, co zahrnují kulturní kompetence. Celkem 102 respondentů (100 %) volilo následující odpovědi: „Respekt kultur“ označilo 82 z nich (80,4 %). „Znalost specifik jednotlivých kultur“ zvolilo 80 respondentů (78,4 %). 46 (45,1 %) osob zahrnuje do svých odpovědí „Přizpůsobení svého chování jiné kultuře“. „Spontánní jednání“ vybralo 6 respondentů (5,9 %). „Navázání vztahu s pacientem“ přiřadilo 54 osob (52,9 %), „Pochopení vlastní kultury“ označilo 55 respondentů (53,9 %). „Motivace jednotlivců rozvíjet se v této oblasti“ byla zvolena 29krát (28,4 %). Poslední bod „Předsudky“ označili 3 respondenti (2,9 %).

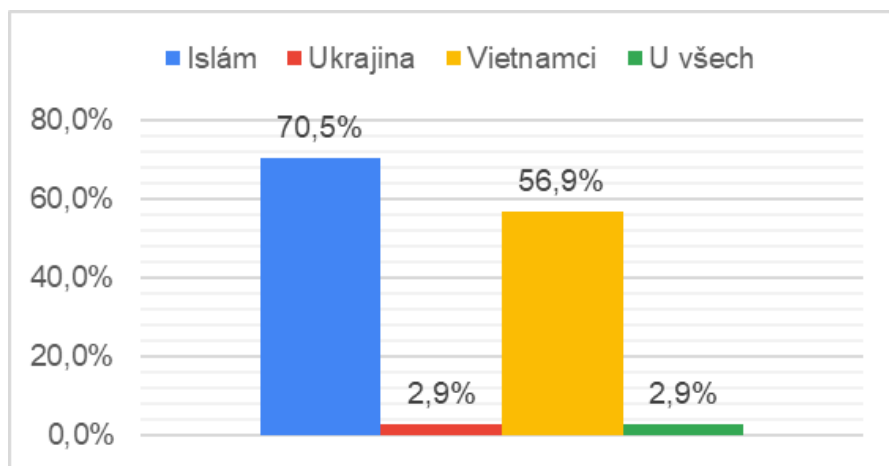
Graf 18 Setkání se s kulturním šokem



Graf 18 (Zdroj: vlastní)

V grafu 18 je vyznačeno setkání se respondentů s kulturním šokem. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) nezvolil nikdo možnost „Ano“. 68 respondentů (66,7 %) uvedlo, že se s kulturním šokem nesetkalo a 34 zbylých (33,3 %) zvolilo možnost „Nevím, co je to kulturní šok“.

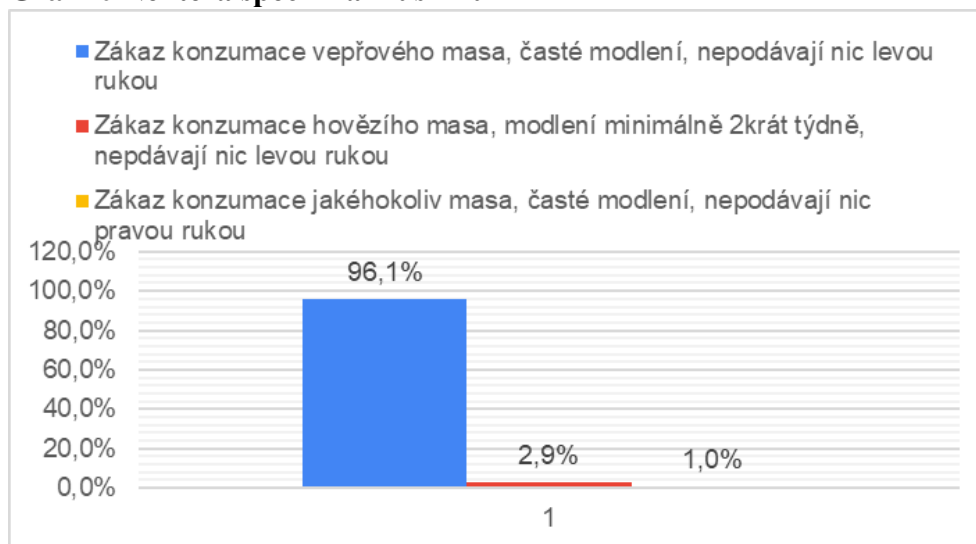
Graf 19 Podávání informací nejdříve rodině



Graf 19 (Zdroj: vlastní)

Graf 19 znázorňuje odpovědi na otázku týkající se podávání informací nejprve rodině a až poté pacientovi. Zvolit mohli libovolný počet odpovědí. Na možnost „Jiné“ nikdo nereagoval. Z celku 102 odpovídajících (100 %) byl označen „Islám“ 72krát (70,5 %), „Ukrajina“ 3krát (2,9 %), „Vietnamci“ 58krát (56,9 %) a možnost „U všech“ zvolili 3 respondenti (2,9 %).

Graf 20 Některá specifika muslimů



Graf 20 (Zdroj: vlastní)

Z grafu je patrné, že 98 (96,1 %) odpovídajících vybralo první, jedinou správnou, možnost. 3 (2,9 %) respondenti zvolili druhou možnost a pro poslední byl 1 (0,9 %) z celku 102 respondentů (100 %).

Tabulka 6 Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe a znalost specifík muslimů

Délka praxe sester	Některá specifika muslimů				Celkový součet	% správných odpovědí
	Zákaz konzumace hovězího masa, modlení minimálně 2krát týdně, nepodávají nic levou rukou	Zákaz konzumace jakéhokoliv masa, časté modlení, nepodávají nic pravou rukou	Zákaz konzumace vepřového masa, časté modlení, nepodávají nic levou rukou			
Do 1 roku			8	8	100%	
1-3 roky			18	18	100%	
4-6 let		1	14	15	93,30%	
7-15 let	2		21	23	91,30%	
16 a více let	1		37	38	97,40%	
Celkový součet	3	1	98	102		

Tabulka 6 (Zdroj: vlastní)

Kontingenční tabulka poukazuje na většinovou správnost odpovědí, na otázku týkající se specifík muslimů. 100 % správnost odpovědí měly skupiny odpovídajících s praxí „Do 1 roku“ a „1-3 roky“. Zbylé skupiny odpovídaly s jednou nebo dvěma špatnými možnostmi.

Graf 21 Jak Romové prožívají bolest



Graf 21 (Zdroj: vlastní)

Při dotazování se na intenzitu prožívání bolesti u romské minority bylo z celkového počtu 102 (100 %) dotazujících vybrána možnost „Intenzivní prožívání bolesti“ 97krát (95,1 %). 4 respondenti (3,9 %) označilo odpověď „Klasické prožívání bolesti, podobné jako u naší kultury“ a pro „Bolest neprojevují na venek“ byl 1 z odpovídajících (1,0 %).

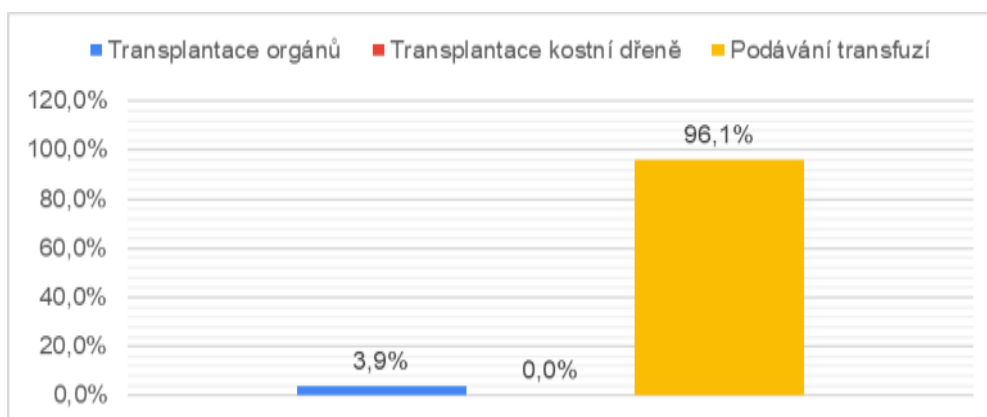
Tabulka 7 Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe a znalost specifík Romů

Délka praxe sester	Intenzita prožívání bolesti u Romů				
	Bolest neprojevují navenek	Inenzivní prožívání bolesti	Klasické prožívání bolesti, podobné jako u naší kultury	Celkový součet	% správných odpovědí
Do 1 roku		8		8	100%
1-3 roky	1	16	1	18	88,90%
4-6 let		14	1	15	93,30%
7-15 let		22	1	23	95,70%
16 a více let		37	1	38	97,40%
Celkový součet	1	97	4	102	

Tabulka 7 (Zdroj: vlastní)

Znalosti o intenzitě prožívání bolesti u Romů v závislosti na délce praxe sester jsou znázorněny v tabulce výše. 100% správnost odpovědí má skupina respondentů s praxí „Do 1 roku“. Avšak hned za ní je skupina sester s praxí „16 a více let“ (97,4 %). V tomto případě tedy není zřejmé, že by délka praxe sester měla vliv na znalosti v oblasti péče o cizince.

Graf 22 S čím nesouhlasí Svědci Jehovovi



Graf 22 (Zdroj: vlastní)

Otázka, s čím nesouhlasí Svědci Jehovovi, je vyobrazena v grafu 22. Z celku 102 respondentů (100 %) 4 uvedli „Transplantace orgánů“. Nikdo z odpovídajících ne zvolil možnost „Transplantace kostní dřeně“. 98 (96,1 %) bylo pro možnost „Podávání transfuzí“.

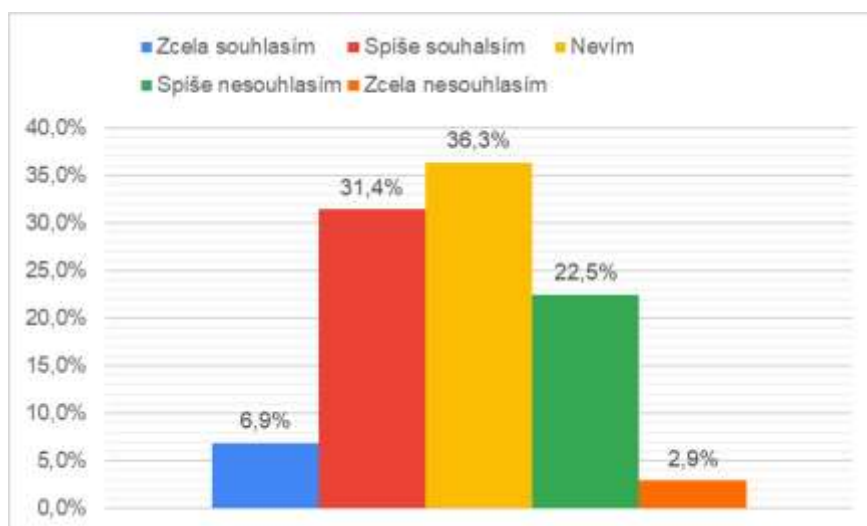
Tabulka 8 Kontingenční tabulka srovnávající délku praxe a znalost specifík Svědků Jehovových

Délka praxe sester	S čím nesouhlasí Svědci Jehovovi				Celkový součet	% správných odpovědí
	Podávání transfuzí	Transplantace orgánů	Transplantace kostní dřeně			
Do 1 roku	7	1		8	87,50%	
1-3 roky	15	3		18	83,30%	
4-6 let	15			15	100,00%	
7-15 let	23			23	100,00%	
16 a více let	38			38	100,00%	
Celkový součet	98	4	0	102		

Tabulka 8 (Zdroj: vlastní)

Kontingenční tabulka vyjadřuje, že povědomí o tom, s čím nesouhlasí Svědci Jehovovi, je velké. Pouze skupiny respondentů s délkou praxe „Do 1 roku“ a „1-3 roky“ neodpověděly ve sto procentech správně.

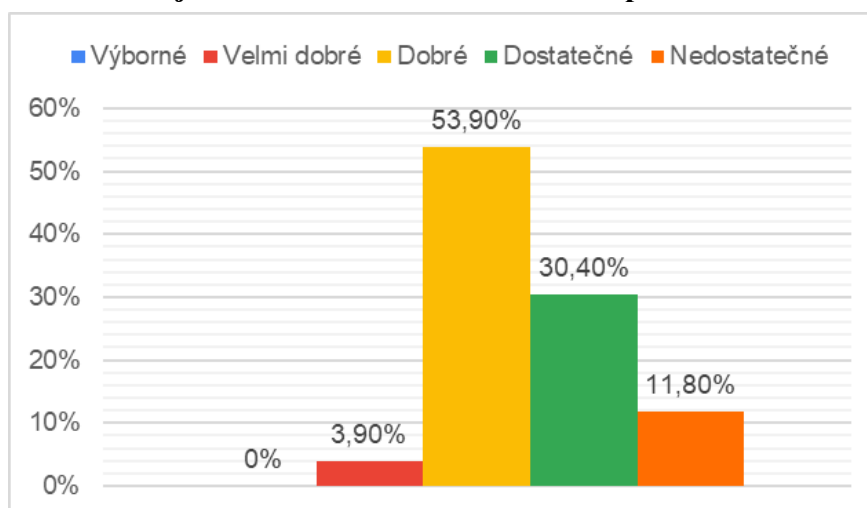
Graf 23 Je kvalifikační vzdělávání sester v této oblasti dostačující?



Graf 23 (Zdroj: vlastní)

Graf 23 vyobrazuje míru souhlasu respondentů v souvislosti s kvalifikačním vzděláváním sester v této oblasti. Z celkového počtu 102 odpovídajících (100 %) bylo 7 (6,9 %) pro možnost „Zcela souhlasím“, 32 osob (31,4 %) zvolilo možnost „Spíše souhlasím“. „Nevím“ bylo zvoleno 37krát (36,3 %). 23 respondentů (22,5 %) spíše nesouhlasí a 3 (2,9 %) zcela nesouhlasí.

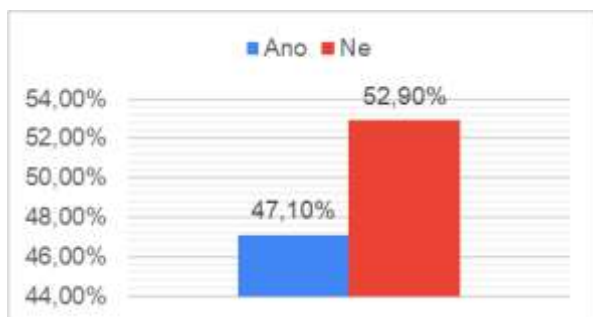
Graf 24 Subjektivní hodnocení vědomostí respondentů



Graf 24 (Zdroj: vlastní)

Graf 24 vyznačuje subjektivní hodnocení respondentů o jejich vědomostech v oblasti péče o cizince. Ze 102 respondentů (100 %) ani jeden nezvolil možnost „Výborné“. 4 označili variantu „Velmi dobré“, jako „Dobré“ vnímá své vědomosti 55 odpovídajících (53,9 %). 31 (30,4 %) hodnotí své vědomosti jako „Dostatečné“, 12 (11,8 %) jako „Nedostatečné“.

Graf 25 Vzdělávání se v oblasti péče o cizince



Graf 25 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 102 respondentů má 48 (47,1 %) zájem o vzdělávání se v oblasti péče o cizince a 54 (52,9 %) zvolilo možnost „Ne“. Odpovídající měli pod otázkou ponechán prostor, kde měli zdůvodnit svůj výběr. Vyjadřovali se následovně:

V případě zvolení odpovědi „Ano“ bylo 24krát uvedeno jako důvod „Zkvalitnění péče“, 2krát „Dosažení kulturně způsobilé péče“, 2krát „Stejná kvalita péče pro všechny bez rozdílů“, 10krát „Zlepšení komunikace, zmenšení jazykové bariéry a větší jistota při komunikaci“, 6krát „Lepší porozumění pacientů, 5krát „Čím dál častější setkávání se s cizinci“, 4krát „Využití nových znalostí v praxi“. Jednotlivě se objevovali následující odpovědi: „Lepší spolupráce s pacienty“, „Předcházení konfliktům“, „Získání si lepší důvěry u pacientů“, „Lépe vedená dokumentace“, „Získ většího množství informací od pacientů, díky novým vědomostem“.

V případě zvolení odpovědi „Ne“ bylo respondenty 15krát míněno „Nevnímám to jako důležité“, 8krát „Cizinci by se měli přizpůsobit nemocničnímu řádu, pokud se já dostanu do cizí země, také na mě neberou ohled“, 17 respondentů uvedlo „Myslím si, že má znalosti jsou v tomto směru dostačující“ a 8krát se opakovalo „Na oddělení, kde pracuji, se cizinci objevují zřídka – tím pádem moje práce nevyžaduje tyto znalosti“.

5.2 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření

V této kapitole budou popsány výsledky pozorování, které probíhalo na chirurgickém oddělení. Cílem bylo zjistit, jaké má sestra dovednosti při ošetřování cizince a jaké jsou výzvy při ošetřování cizince z pohledu sestry. Z pozorovacího archu bylo zjištěno, že nejvíce frekventovanou otázkou při přímém poskytování péče je komunikace.

Pozorování začalo již při předávání služby, tudíž se ho zúčastnily 2 směny. První oblast pozorování byla zaměřena na předávání specifických informací o P/K mezi zdravotnickým personálem. Předávání probíhalo standardně a jako poslední pacient byl zmiňován muž ukrajinské národnosti, který má na dnešní den naplánovaný operační výkon. Sestrou z noční služby byly předávány běžné informace týkající se druhu zákroku, pacientově lačnosti či podepsaných souhlasů. V závěru doplňuje, že se s pacientem domlouvala rusky a ve všem si porozuměli. Sestra denní směny, která bude mít pacienta na starosti, následně předává informace ošetrovatelskému personálu. Mimo sdělení o lačnosti pacienta před výkonem je upozorňuje na to, že je pacient jiné národnosti, hovoří rusky a že dosavadní komunikace a péče o něj byla bez potíží.

Při prvním vstupu na pokoj pacienta byl pozorován způsob pozdravu a oslovení pacienta. Pacient byl vzhůru a současně se sestrou vyslovil pozdrav „*Dobré ráno*“ a usmál se. Bylo tedy patrné, že nemá zvláštní přání, co se pozdravu týče. Při oslovení příjmením však pacient sestru zastavil a naznačil, že by upřednostňoval oslovení křestním jménem, čemuž se sestra nebránila. Tuto informaci následně předala i zbytku personálu. Další výměna informací mezi personálem poté probíhala při předávání pacienta na sál.

Sestra, která měla přes den pacienta na starosti, neovládala ruský jazyk, ale měla k dispozici kolegyni, která ji byla oporou a v případě potřeby přeložila vše potřebné. V některých chvílích však kolegyně nebyla k dispozici, a tak si sestra brala na pomoc tablet, který mají na oddělení pro možnost použití překladače. Všechny informace týkající se předoperačního a pooperačního režimu měl pacient z předešlého dne, kdy mu byl k dispozici tlumočnick. Komunikace skrze tlumočnicka byla pozorována později během dne u příjmu nového pacienta, tentokrát španělské národnosti. Tlumočnick byl představen sestrou a následně podal informace týkající se chodu oddělení, pokračovala sestra, která mluvila k pacientovi v rámci sběru anamnézy, předávání základních informací o zákroku, předoperačním a pooperačním režimu a v případě potřeby tlumočnick přeložil vše

potřebné. Po ukončení se tlumočnick přeptával pacienta, zda všemu porozuměl a nepotřebuje doplnit či zopakovat některé z informací.

Pozornost při pozorování měla být také věnována použití či nepoužití komunikačních karet. V den pozorování použity nebyly, ale po dotázání na ně mi bylo sděleno, že v případě nepřítomnosti tlumočnicka jsou hojně využívány při příjmu pacientů.

Zapojení neverbální komunikace šlo v menší míře pozorovat během péče o pacienta španělské národnosti. Zpozorováno bylo využití mimiky, v některých chvílích by se dala popsat komunikace pomocí gest. Rozpor mezi verbální a neverbální komunikací nebyl zpozorován. V konkrétním případě jsem si jako pozorovatel byla schopná představit, že by bylo zapojení neverbální komunikace rozsáhlejší, jelikož pacient uměl pouze španělsky a pouze velmi hrubými základy byl schopen komunikovat v angličtině.

Při porovnání obou pacientů, kteří byli součástí pozorování, bylo znát, že ukrajinský pacient byl při komunikaci ruským jazykem (známým jemu i personálu) klidnější než pacient ze Španělska (ten se domluvil španělsky pouze s tlumočnickem, který nebyl přítomen po celý den), vyjadřoval radost, vypadal klidněji a zřejmě zdravotníkům více důvěřoval.

V oblasti stravování neměl pacient ukrajinské národnosti žádné speciální požadavky. Španěl nesouzněl s dobou podávání stravy, zejména s časem večeře, a tak mu bylo nabídnuto uschování stravy a její vydání v pozdějším čase. Omezení v souvislosti předoperačního a pooperačního režimu jim bylo vysvětleno. Nechybělo ověření, zda pacienti porozuměli – ověření probíhalo formou zpětného dotazování, co mohou a nemohou před a po operaci.

Menší problém se objevil při telefonické komunikaci s manželkou pacienta z Ukrajiny. Z její strany byly vyžadovány informace o průběhu operace. Ty bohužel sestry nemohly podat, jelikož byl pacient na pooperačním pokoji. Vzhledem k značné komunikační bariéře se nedařilo vysvětlit, že musí volat na jiné číslo a tam jí budou blíže informovat. Tento problém vyřešili po přeložení pacienta zpět na oddělení. Svou ženu informoval pacient osobně, až to jeho pooperační stav dovolil. U pacienta španělské národnosti byla naopak komunikace s rodinou značným přínosem, jelikož jeho dcera ovládala anglický jazyk a v případě nutnosti sloužila jako tlumočnick.

Do pozorování byla řazena potřeba kontaktu pacienta cizince s rodinou či blízkými osobami. Při obklopení jinou kulturou by ji mohl mít větší, přičemž by naplnění této potřeby mělo vést k dobrému psychickému stavu pacienta. Na oddělení, kde pozorování probíhalo, je umožněna hospitalizace blízké osoby, slouží-li jako tlumočnick. To však vzhledem k současné epidemiologické situaci nelze.

Během dne bylo také zpozorováno například citlivější vnímání bolesti u pacienta ze Španělska, kdy pro něj byla i aplikace s.c. injekce velmi bolestivá. U pacienta ukrajinské národnosti byla pozorována velká vděčnost za poskytovanou péči.

V souvislosti se současnou situací byl na závěr pozorovacího archu přidán bod o využití alternativních metod při zákazu návštěv. Pacientům bylo poskytnuto neomezené připojení k Wi-Fi síti a v případě potřeby poskytnut tablet, přes který mohli uskutečňovat například video hovory nebo jinak zprostředkovávat komunikaci s blízkými osobami.

6 DISKUZE

Pro naplnění cílů stanovených pro tuto bakalářskou práci bylo využito kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní část měla za pomoci nestandardizovaného dotazníku ukázat vliv délky praxe sester na vědomosti v oblasti péče o cizince. Pozorování v rámci kvalitativního výzkumu mělo za cíl zmapovat výzvy při ošetřování cizince během hospitalizace z pohledu sester a odpovědět na otázky spojené s dovednostmi sester v péči o cizince.

V následující části textu se budeme věnovat komparaci zjištěných výsledků s dostupnými zdroji. Na začátku nestandardizovaného dotazníku bylo zjišťováno, jak často se sestry s cizinci setkávají. Dohromady 44 respondentů (43,1 %) uvedlo, že se setkávají s cizinci „2-3krát za 6 měsíců“, 34 respondentů (33,3 %) označilo možnost „často (1-3krát za měsíc)“. Je tedy patrné, že se cizinci v nemocničním prostředí vyskytují, a to ne jenom výjimečně. Na využívání zdravotní péče cizinci jasně poukazují i data ČSÚ. V roce 2018 využilo zdravotní péči celkem 119 212 cizinců, přičemž výdaje za tuto péči činily v tisících Kč 1021 139 (Český statistický úřad, 2018)

Navazovala otázka mapující příslušnost cizinců, kteří se v péči sester vyskytují nejčastěji. Podle statistiky ČSÚ se k datu 30.9. 2020 v České republice vyskytovalo celkem 616 659 cizinců, přičemž největší zastoupení měli cizinci z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. V porovnání s předešlými roky byl patrný nárůst tohoto počtu (Český statistický úřad, 2020). S tímto faktem korespondují i naše výsledky, kde respondenti na dotaz „Se kterými cizinci (minoritami) se nejčastěji setkáváte?“ nejpočetněji označovali Ukrajince (87,3 %), Romy (62,7 %) a Vietnamce (41,2 %). To potvrzují ve svých výzkumech i Kobzová (2018) a Málková (2019). Dále byli zmiňováni Rusové, Němci a v menším množství Španělé a Angličané. Výskyt těchto národností je dle mého názoru, i osobních zkušeností, silně propojen s nárůstem zdravotní turistiky. Stejně tak Pokorná (2015) udává rozvoj zdravotní turistiky, a to v souvislosti s globalizací a rozvojem zdravotnictví.

Ovlivnění kvality péče bylo zkoumáno v oblasti těchto faktorů: jazyková bariéra, dostupnost tlumočnicka, neznalost specifík jednotlivých kultur, stravovací návyky, odlišný režim dne, dodržování nemocničního režimu a časová náročnost péče o cizince. Krátká (2018) poukazuje v největší míře také na oblasti výživy, vyprazdňování a hygieny, spánku a odpočinku, bolesti a náboženství.

Sestry hodnotily jazykovou bariéru ze strany pacienta, ale i ze strany sestry. Z výzkumného celku 102 sester jich 65 (63,7 %) zcela souhlasí s tím, že je jazyková bariéra ze strany pacienta faktorem ovlivňující péči. S ovlivněním péče skrz jazykovou bariéru sestry zcela souhlasí 52 dotazovaných (51,1 %).

Wesleyová (2015) zkoumala využití tlumočnických služeb v praxi, přičemž jí pouze 26 % respondentů odpovědělo, že by při komunikaci s cizincem využili služeb tlumočnických. V našem výzkumu dostupnost tlumočnických služeb hodnotí 70 sester (68,6 %) jako zcela důležitý faktor. Fakt využívání tlumočnických služeb byl viditelný i při prováděném pozorování, kdy byl tlumočnický přítomen nejčastěji v době příjmu pacientů nebo docházel v případě potřeby. Můžeme zde tedy pozorovat větší využití tlumočnických služeb oproti dřívějším rokům.

Z našeho dotazníku je zřejmé, že respondenti vnímají znalosti specifik kultur jako důležitý jak ze strany sester, tak ze strany cizinců. I z mého pohledu je velice důležité, aby měl pacient povědomí o kultuře osob, do nichž má během hospitalizace vložit svoji důvěru.

Vliv na kvalitu péče mají zajisté i odlišné stravovací návyky. Ty se běžně nemusejí vztahovat pouze k odlišným kulturám, jak upozorňuje Špirudová (2006). V rámci našeho výzkumu byla zmiňována důležitost specifik v oblasti stravování. V průběhu pozorování byla řešena situace s rozporem v době podávání stravy. Vyhovění specifikům ve stravování je dle mého názoru velmi důležité a zároveň, ve většině případů, snadno splnitelné, a to ve chvíli, kdy s pacienty vhodně komunikujeme.

Odlišný režim dne byl vnímán jako faktor působící na kvalitu péče, ale zároveň se vyskytovaly odpovědi, které s tímto zcela nesouhlasí. Ty se vyskytovaly v menší míře. Vyjádření míry souhlasu k otázce týkající se problematiky dodržování nemocničního režimu bylo z většiny případů „zcela“ nebo „spíše“ souhlasné, vyskytovaly se ale i odpovědi vyjadřující spíše nesouhlas. U Romů je Olišarovou et al. (2017) poukazováno na problémy při dodržování časového harmonogramu, což může vést k narušení nemocničního režimu. U Kutnohorské (2013) se naopak zmiňuje dodržování harmonogramu v nemocničním prostředí, a to u pacientů z Ukrajiny.

V otázce znalosti specifik jiných kultur bylo pouze třemi respondenty zodpovězeno, že je znají velmi dobře. Celkem 52,9 % odpovídajících některá specifika znají, ale pouze okrajově. Respondenti se nejčastěji vyjadřovali k Svědkům Jehovovým, kde uváděli

odmítání transfuzí. Tato skutečnost je velmi diskutovaná. Podání transfuzí je život zachraňující úkon. K této oblasti se Uherek (2015) vyjadřuje tak, že právo na život je nadřazené právu na osobní svobodu. Při ošetřování romské minority jsou zmiňovány faktory intenzivního prožívání bolesti, četných návštěv rodinných příslušníků a s tím spojená i hlasitost vyjadřování. Tóthová (2015) ve své monografii hovoří o obezitě a nadváze u romské minority, jejíž tvrzení jsou podložena výzkumným projektem. Nacházíme zde propojení v častém nedodržování léčebného režimu ze stran Romů, což i naši respondenti uvádějí jako specifický znak pro jejich kulturu. Maňhalová (2017) popisuje ve své práci Islám a jejich hlubokou víru. Ta se odráží i v jejich specifických potřebách, mezi které je řazeno časté modlení či zákaz konzumace vepřového masa. Ten vyzdvihuje i Kobzová (2018).

Pokud chceme poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, je vždy nutné zvolit správnou komunikaci. V případě ošetřování cizinců je to dle mého názoru velmi důležitým aspektem poskytované péče. Ke kvalitní péči můžeme velmi přispět použitím vhodné komunikace. Není však možné, aby měl každý jedinec schopnost dorozumět se všemi jazyky, a tak vznikají jisté komunikační bariéry. Sestry v našem výzkumu uvádějí jako nejčastější možnost řešení komunikační bariéry pomoc kolegů, kteří jsou schopni se s cizincem domluvit. Následuje volba využití překladače a tlumočnicka. Překvapující bylo méně časté využívání komunikačních karet. Ty jsou volně dostupné na stránkách MZČR a tak by jejich využití nemělo být příliš problematické. McCarthy (2013) popisuje využití identifikačních karet a knih s nejčastějšími frázemi či komunikaci skrze tlumočnický. Při pozorování v rámci kvalitativního výzkumu jsme dospěli k tomu, že sestry využívají pomoc kolegů v případě, že neovládají jazyk, kterým by se s pacientem mohli sami domluvit. Využití tlumočnicka bylo taktéž na místě a sestry si v něm vedly velmi obstojně a u pacientů nebyl zpozorován zásadní problém v oblasti komunikace.

Dovednosti sester v oblasti ošetřování cizince se v rámci pozorování ukázaly významně v oblasti komunikace. Důraz na komunikaci byl kladen hned při přijetí pacienta, přičemž bylo sestrou vhodně využito služeb tlumočnicka. Košková (2003) zdůrazňuje nutnost komunikace mezi sestrou a tlumočnickem ještě před začátkem celého procesu, volbu kratších a snazších vět a směřování hovoru od sestry k pacientovi, ne k překládajícímu. V rámci pozorování byly tyto podmínky komunikace prostřednictvím tlumočnicka sestrou dodrženy. V případě nepřítomnosti tlumočnicka si sestry věděly rady a využily pro správnou komunikaci překladač nebo vyhledaly pomoc kolegyň, které se s pacientem

dorozuměly pomocí cizího jazyka, který ovládají. Po prvním kontaktu pacient nepůsobil nedůvěřivě, tudíž jsme mohli pozorovat další dovednost sester, a to získání si důvěry pacienta cizince. V tento moment byla sestra, z mého pohledu, na nejlepší cestě k poskytnutí co nejkvalitnější péče. Správnou komunikaci a získání si důvěry pacienta vnímám jako těžkou, ale velmi přínosnou dovednost. Důležitost vhodné komunikace a získání si důvěry pacientů uvádí i Zacharová (2016).

K dalším bodům patří kulturní kompetence, kdy Kutnohorská (2013) uvádí, že je vyžadován respekt jiných kultur, znalost jejich specifik, vzdělávání se či schopnost nést zodpovědnost za svá rozhodnutí. Respondenti jako důležité body pro kulturní kompetenci vnímali respekt kultur, znalosti specifik jednotlivých kultur. Navázání vztahu s pacientem bere jako důležité 54 respondentů. Dalších 55 odpovídajících vnímá jako důležité nutnost pochopení vlastní kultury, s čímž se shoduje i Kutnohorská (2013). Pokorná (2015) dodává také oblast motivace zdravotníků ve vzdělávání se. Z našeho výzkumu však pouze 28,4 % vnímá motivaci jednotlivců rozvíjet se v této oblasti jako podstatnou, což by se podle mého mělo změnit.

Pokud chceme poskytovat kulturně specifickou zdravotní péči, musí být sestry připravené uznat takovou potřebu a rozvíjet dovednosti, které usnadní její realizaci. Je tedy důležité rozvíjet vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Překvapivým zjištěním byla skutečnost nízkého počtu souhlasných odpovědí na otázku týkající se dostatečnosti kvalifikačního vzdělávání sester. Ve značném množství se dokonce objevily odpovědi vyjadřující nesouhlas.

Vzdělávání sester má svoje kvalifikační standardy vydávané Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Součástí standardů je i předmět zaměřený na transkulturní ošetrovatelství, který musí studenti absolvovat (Věstník MZČR, 2018, s. 170). Příčinu neznalostí bychom tedy mohli nacházet v souvislosti s mírou vzdělání.

I přes to, že subjektivním hodnocením se respondenti nevnímají jako dobře znalí v oblasti péče o cizince, se k otázce, zda by chtěli rozvíjet své vědomosti, nevyjadřují kladně. Výsledky se shodují i s Kobzovou (2018) která udává, že větší polovina respondentů nestála o rozvíjení se v oblasti péče o cizinci. V našem případě se jednalo o 52,9 % odpovídajících. Své rozhodnutí o nezájmu získávat nové znalosti odůvodňovali respondenti především tak, že své vědomosti vnímají za dostačující pro práci, kterou aktuálně vykonávají. Na druhé straně je 47,1 % respondentů, kteří se v oblasti péče chtějí

rozvíjet například pro zlepšení komunikace, zmenšení jazykových bariér, zvětšení jistoty v péči o cizince a lepší porozumění. Vidí také možnost získání si větší důvěry u pacientů cizinců a možnost zisku většího množství informací. Všim tak mohou přispět k dosažení kulturně diferencované péče. Osobně velmi souhlasím s výrokem Kutnohorské (2013, s. 9) – „*Studium multikulturního/transkulturního ošetrovatelství je otevřený nikdy nekončící proces, neboť kultura se vyvíjí v prostoru i čase.*“

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetřování cizinců během hospitalizace. V teoretické části je zmíněna historie a současnost transkulturního ošetřovatelství. Popsáno je také vzdělávání sester v oblasti transkulturního ošetřovatelství a kulturní kompetence. Zmíněny jsou potřeby pacientů cizinců a na to navazující specifika ošetřovatelské péče o pacienty cizince a možnosti usnadnění komunikace s pacienty cizinci.

Cílem práce bylo zmapovat problematiku při ošetřování cizince. Stanovena byla hypotéza „Vědomosti sester v péči o cizince se liší v závislosti na délce praxe.“ a dvě výzkumné otázky: Jaké jsou výzvy při ošetřování cizince během hospitalizace z pohledu sestry? Jaké má sestra dovednosti při ošetřování cizince?

Praktická část byla rozdělena na dvě části. První část výzkumného šetření probíhala formou nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Ten se skládal z 26 otázek a odpovědělo na něj celkem 102 respondentů. Ti byli vybíráni záměrně, podle předem stanovených kritérií. Druhá část výzkumného šetření (kvalitativní část) byla zprostředkována pomocí pozorování.

Hlavním cílem bylo zmapovat problematiku při ošetřování cizince, ke kterému se mimo výzkumných otázek vztahuje hypotéza „Vědomosti sester v péči o cizince se liší v závislosti na délce praxe.“ Tuto hypotézu nelze na základě výsledků výzkumu potvrdit. Z výsledků není zcela patrné, která ze skupin určující délku praxe se vyznačovala největším počtem vědomostí.

Pozorování probíhající v rámci kvalitativní části výzkumného šetření bylo prováděno na chirurgickém oddělení jedné z nemocnic v kraji Vysočina. Zúčastnili se celkem 4 sestry, 2 ošetřovatelky a 2 pacienti. Prvním pacientem byl muž pocházející z Ukrajiny. V rámci péče o něj byly pozorovány schopnosti sester v oblasti přímé komunikace s cizincem či předávání informací mezi personálem. V péči o druhého cizince, Španěla, bylo vhodně využito služeb tlumočnicka (nejen při příjmu) a také vyhověno v jeho požadavcích týkajících se stravy. Ukázalo se, že při přímém poskytování ošetřovatelské péče je nejvýznamnější oblastí komunikace, ve které sestra využívala své schopnosti, pomoc kolegů, překladač i služby tlumočnicka. V případě využívání služeb tlumočnicka, byla sestra schopna postupovat dle daných zásad.

Bakalářská práce může být podkladem pro další vzdělávací materiály a přispět tak do procesu zkvalitňování péče o cizince.

8 SEZNAM LITERATURY

1. About ETNA [online]. European Transcultural Nursing Association. © 2015-2017 ETNA. [cit. 2021-2-7]. Dostupné z <https://europeantransculturalnurses.eu/about-etna/>
2. About The IAPCC-HCP, 2020. [online] Transcultural C.A.R.E. Associates © 2020 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <http://transculturalcare.net/iapcc-hcp/>
3. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978.80-247-5538-0.
4. BEDNÁŘOVÁ, J., 2011. Je přirozené, že se obáváme neznámého. *Sestra*. 21(6), 14. ISSN 1210-0404.
5. BARTÁK, M. et al., 2016. Přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii a ČR. *Časopis lékařů českých*. 155(5), 247-253. ISSN: 008-7335.
6. *Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství k 30. 9. 2020* [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-12-9]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/cizinci/predbezne-udaje-zverejnovane-rs-cp>
7. ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978- 80-247-5414-7.
8. ČERNÁ, M., 2011. Interkulturní aspekty keomunikace s pacientem. *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. s. 94-101. ISBN 978-80-8703-537-5. Dostupné také z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf
9. *Čerpání zdravotní péče cizinci, Celkové náklady na zdravotní péči cizinců podle země původu, věkových skupin a způsobu úhrady zdravotní péče v roce 2018* [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-12-9]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/cizinci/data-zdravotni-pece#cr>
10. DOBEŠOVÁ, P., 2010. Multikulturní ošetrovatelství – studijní materiál [online]. SestraIN © 2015 [cit. 2020-12-19]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=393>
11. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 373 s. ISBN: 978-80-262-1192-1.
12. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2010. ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Překlad: KUDLOVÁ, P., MANDYSOVÁ, P. Praha: Grada, 468 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

13. HOFFMANOVÁ, V., 2015. *Interkulturní kompetence ve zdravotnictví*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, fakulta humanitních studií.
14. HUJEROVÁ, T., 2016. *Medicínský turismus a možnosti jeho rozvoje v České republice*. Praha. Diplomová práce. Vysoká škola hotelová v Praze 8, spol. s.r.o.
15. JIRWE, M. et al., 2010. Student Nurses' Experiences of Communication in Cross-Cultural Care Encounters. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.
16. KOBZOVÁ, A. 2018. *Transkulturní odlišnosti v péči o dětského pacienta*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
17. *Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky/>
18. KOŠKOVÁ, J., 2003. Komunikativní a jazykové bariéry In: Kolektiv, *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
19. KOUSALOVÁ, R., 2011. *Role sestry při poskytování péče pacientům - cizincům*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
20. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 156 s. ISBN 978-80-7454-764-5
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
22. LEININGER, M., MCFARLAND, M. R., 2002, *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Researches & Practice*. 3rd ed., New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 621 s. ISBN 0-07-135397-6.
23. LEVOVÁ, J., 2010, *Metodika pro práci s cizinci žijícími v České republice, kteří jsou ohrožení*. Brno: Spondea při ČČK Brno. 168 s. ISBN 978-80-254-8499-9.
24. LINHARTOVÁ, V., 2007, *Praktická komunikace v medicíně, Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
25. LUKŠOVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J., VRUBLOVÁ, Y., 2012, Kulturní šok českých zdravotníků v islámských zemích. *Kontakt* 14(3), 250-260. DOI: 10.32725/kont.2012.028.

26. MÁLKOVÁ, L., 2019. *Sestra a péče o pacienty jiné kultury*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
27. MAŇHALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2016. The Potential Use of Conceptual Models of Cultural Competence in the Nursing Profession. *Kontakt*. 18 (2): 69-74; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.03.002>
28. MAŇHALOVÁ, J., 2017. *Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
29. MCCARTHY, J. et al., 2013. Conversation through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*. Vol 22, No 16, 335-339. Doi: 10.1296
30. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
31. *Naše fakulta je zapojena do mezinárodního projektu, který vytvoří nové učební osnovy pro výuku transkulturního ošetřovatelství* [online]. © 2013 – 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 21-2-10]. Dostupné z: <https://www.zsf.jcu.cz/cs/nase-fakulta-je-zapojena-do-mezinarodniho-projektu-ktery-vytvori-nove-ucebni-osnovy-pro-vyuku-transkulturniho-osetrovatelstvi>
32. OLÍŠAROVÁ, V. et al., 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 67s. ISBN 978-80-7394-674-6.
33. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetřovatelství II 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80- 271-0889-3.
34. POKORNÁ, A., 2015. Podpora interkulturní sociální interakce v ošetrovatelském vzdělávání a klinické praxi. *Onkologie*. 9(1), 47-50. ISSN 1802-4475.
35. *Problematika péče o cizince a specifická ošetrovatelská péče o příslušníky minoritních skupin – 820-18/2021* [online]. © NCO NZO [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/problematika-pecce-o-cizince-a-specificka-osetrovatelska-pecce-o-prislusniky-minoritnich-skupin-820-182021>
36. PROSEN, M., 2015. *Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum* [online]. Science Direct [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815006916>

37. PRŮCHA, J., 2010a. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
38. PRŮCHA, J., 2010b. *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-709-1.
39. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
40. PURNELL, L.D., 2013. *Transcultural Health Care: a Culturally Competent Approach*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis. 505 p. ISBN 978-0-8036-3705-4.
41. PŮTOVÁ, B., 2017. *zpětný kulturní šok* [online]. Encyklopedie migrace [cit. 2020-12-9]. Dostupné z: <https://www.encyclopediaofmigration.org/zpetny-kulturni-sok>
42. SIKOROVÁ, L., 2011, *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
43. SOUKUPOVÁ, J., 2007. *Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
44. ŠIMONOVÁ, D., 2012. Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. **16**(2-4), 114-120. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/jak-jednat-pri-osetrovani-a-lecbe-cizincu-uskali-zjisteni-a-doporuceni-39748>
45. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
46. ŠUSTEK, P., 2016. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 852 s. ISBN: 978-80-7552-321-1.
47. The Process Of Cultural Competemility, 2020. [online] Transcultural C.A.R.E. Associates © 2020 [cit. 2021-4-21]. Dostupné z: <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
48. TÓTHOVÁ, V., 2015. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: LNL, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN: 978-80-7422-467-6.
49. TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN: 978-80-7387-785-9.
50. TÓTHOVÁ, V. a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 196 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

51. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553-2.
52. UHEREK, P., 2015 Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z aktuální legislativy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 5(3), 65-78. ISSN 1804-8137.
53. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
54. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*, 11/2018. [online], [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16563/36141/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2011-2018.pdf>
55. WESLEYOVÁ, K., 2015. *Problematika vzdělávání nelékařského personálu v rámci komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik v nemocničním zařízení*. Zlín. Bakalářská práce. FHS UTB.
56. ZACHAROVÁ, E., 2016, *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
57. ZELOVÁ, A., 2011, In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (eds.), *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 273-387. ISBN 978-80-247-1428-8.

9 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Příloha 1

Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2

Ukázka komunikačních karet

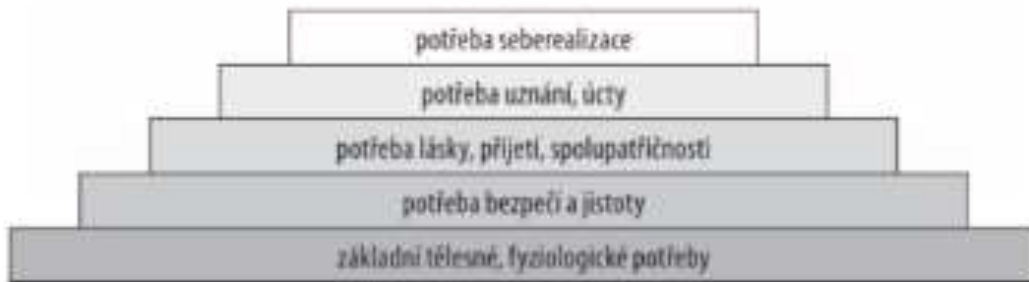
Příloha 3

Dotazník

Příloha 4

Záznamový arch a informovaný souhlas k pozorování

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb

Zdroj: Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu – Šamánková, 2011. Str. 26

Příloha 2 Ukázka komunikačních karet

OŠETŘOVATELSTVÍ - ANGLICKÝ JAZYK

Sada otázek a odpovědí pro komunikaci s cizincem: Ošetřovatelství
A set of questions and answers for communicating with a foreigner: Nursing.
E set of kuesčns end ánsrs for comjunikejting vis e forinr: nrzing

Informace při přijetí pacienta k hospitalizaci
Information on Admission of a Patient to a Hospital
Infirmejšn on edmišn ov e pejšnt tu e hospitl

	Souhlasíte s tím, aby se na Vaší péči podíleli praktikující studenti?	Ano / Ne
1.	Do you agree that practicing students (in training) will participate in your care? <i>Dú jù egrí det praktisink stjúdents (in trejnink) vil partisipejt in jór kér?</i>	Yes / No <i>Jes / Nou</i>
2.	Uveďte, prosím, kontakt na blízkou osobu, které mohou být podávány informace o Vašem zdravotním stavu. Can you give us the name of a relative (contact person) whom we can keep updated on your medical condition. <i>Ken jù giv as d nejm v e relativ (kontekt prsn) hùm ví ken kíp apejtid on jór medikl kondišn?</i>	
3.	Návštěvy jsou povoleny v libovolném čase, ale s preferencí v odpoledních hodinách. Visits are allowed at any time, but with a preference for the afternoon. <i>Vizits ár eláud et eny tájm, bat vit e prefrenc for dí áftrnùn.</i>	
4.	Pojďte, prosím, se mnou. Uložím Vás na Vaše lůžko. Please come with me. I will take you to your bed. <i>Plíz kam vit mí. aj vil tejk jù tú jór bed.</i>	
5.	Pojďte, prosím, se mnou, ukážu Vám, kde je koupelna a toaleta. Please come with me, I will show you where the bathroom and toilet are located. <i>Plíz kam vit mí. aj vil šou jù ver d bátrùm end tojlet ár lokejtíd.</i>	

Obrázek 2 - Komunikační karta

Zdroj: Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky MZČR. Dostupné z:
<https://www.mzcr.cz/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky/>

Příloha 3 Dotazník

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zmapovat problematiku při ošetrování cizince. Pomocí dotazníku budu zjišťovat zkušenosti, vědomosti a postoje sester v oblasti poskytování péče o pacienta cizince. Svými odpověďmi napomůžete k usnadnění praxe i pro ostatní sestry. Vyplnění dotazníku bude trvat přibližně 30 minut.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Při vyplňování dotazníku prosím postupujte podle daných pokynů a pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď (v případě označení možnosti *jiné* doplňte vlastními slovy).

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci při vyplňování dotazníku.

Vítková Aneta

1. Jste:

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let? (vypište prosím číslici, ke dni posledních narozenin)

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné vzdělání – všeobecná sestra
- b) Střední odborné vzdělání – zdravotnický asistent/praktická sestra
- c) Vyšší odborné vzdělání
- d) Vysokoškolské vzdělání – bakalářský titul
- e) Vysokoškolské vzdělání – magisterský titul
- f) Jiné

4. Jaká je délka Vaší praxe v nemocnici?

- a) Do 1 roku
- b) 1-3 roky
- c) 4-6 let
- d) 7-15 let
- e) 16 a více let

5. Na jakém oddělení aktuálně pracujete?

- a) Chirurgické oddělení
- b) Ortopedické oddělení
- c) Chirurgická/ortopedická JIP

6. Jak často se při své práci setkáváte s cizinci?

- a) Velmi často (vícekrát než 3krát za týden)
- b) Často (1-3krát za měsíc)
- c) Někdy (2-3krát za 6 měsíců)
- d) Zřídka kdy (několikrát do roka)
- e) Nikdy

7. Se kterými cizinci (minoritami) se nejčastěji setkáváte? (lze zvolit více možností)

- a) Ukrajinci
- b) Rusové
- c) Romové
- d) Vietnamci
- e) Němci
- f) Jiné

8. V následující tabulce jsou uvedené faktory, které mohou ovlivnit kvalitu péče o pacienty jiných kultur. Uveďte prosím, na kolik se domníváte, že může konkrétní faktor kvalitu ovlivnit. (Do prázdných polí prosím uveďte pro Vás důležité faktory, které nejsou zmíněny a ohodnoťte stejně jako u předešlých.)

	Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nemůžu se rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
Jazyková bariéra ze strany pacienta					
Jazyková bariéra ze strany sestry					
Dostupnost tlumočnicka					
Neznalost specifík kultury ze strany sestry					
Neznalost specifík kultury ze strany pacienta					
Odlišné stravovací návyky					
Odlišný režim dne					
Problematika dodržování nemocničního režimu					
Časově náročnější péče					

9. Znáte nějaká specifika jiných kultur, případně náboženských skupin?

- a) Ano, velmi dobře
- b) Ano, ale pouze okrajově
- c) Ne, ale chtěl (a) bych to změnit
- d) Ne, nevnímám to jako důležité

Pokud ano, uveďte prosím jaké a u jaké minority:

.....
.....

10. Respektování specifik jiných kultur v péči o cizince považují za:

- a) Zcela důležité
- b) Důležité
- c) Nedovedu posoudit
- d) Nedůležité
- e) Zcela nedůležité

11. Jak byste řešil (a) jazykovou bariéru při kontaktu s cizincem? (vyberte více možností)

- a) Za pomoci kolegů, kteří ovládají daný jazyk
- b) Použitím překladače
- c) Použitím komunikačních karet
- d) Využitím služeb tlumočnicka
- e) Komunikací skrze rodinu či jiné blízké osoby pacienta/klienta
- f) Jiné

12. Jste schopen/schopna, se některým z těchto jazyků dorozumět? (Svou schopnost oznámte jako ve škole.)

- a) Anglický jazyk 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- b) Německý jazyk 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- c) Ruský jazyk 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- d) Jiný jazyk (prosím uveďte jaký)
 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- e) Neovládám žádný jazyk

13. Neverbální komunikaci vnímám jako významnou součást péče o cizince.

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nemůžu se rozhodnout
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Zcela nesouhlasím

14. Transkulturní ošetrovatelství se zaměřuje na porozumění kulturám a k tomu se vztahujícím specifickým potřebám.

Na kolik s tímto výrokem souhlasíte?

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nemůžu se rozhodnout
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Zcela nesouhlasím

15. Multikulturní ošetrovatelství klade důraz na hlubší studium různých kultur a náboženství, s cílem nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví.

Na kolik s tímto výrokem souhlasíte?

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nemůžu se rozhodnout
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Zcela nesouhlasím

16. Autorkou modelu vycházejícího slunce je:

- a) Florence Nightengale
- b) Madeleine Leininger
- c) Josepha Campinha-Bacote

17. Které osoby se podíleli a podílejí na rozvoji transkulturního ošetřovatelství?

(vyberte více možností)

- a) Josepha Campinha-Bacote
- b) Joyce Newman Gigerová
- c) Lenka Špirudová
- d) Madeleine Leininger
- e) Irena Papadopoulos
- f) Jana Kutnohorská
- g) Florence Nightingale
- h) Jiné

18. Co všechno podle Vás zahrnuje kulturní kompetence? (můžete zvolit více možností)

- a) Respekt kultur
- b) Znalost specifik jednotlivých kultur
- c) Přizpůsobení svého chování jiné kultuře
- d) Spontánní jednání
- e) Navázání vztahu s pacientem
- f) Pochopení své vlastní kultury
- g) Motivace jednotlivců rozvíjet se v této oblasti
- h) Předsudky

19. Setkal (a) jste se u svého pacienta s kulturním šokem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, co je to kulturní šok

Pokud ano, jak jste to poznal (a)?

.....

20. Které z kultur podle Vás preferují podávání informací nejdříve rodině a až poté pacientovi? (můžete zvolit více možností)

- a) Islám
- b) Ukrajina
- c) Vietnamci
- d) U všech
- e) Jiné.....

21. U muslimů se můžete setkat s těmito specifiky:

- a) Zákaz konzumace vepřového masa, časté modlení, nepodávají nic levou rukou
- b) Zákaz konzumace hovězího masa, modlení minimálně 2krát týdně, nepodávají nic levou rukou
- c) Zákaz konzumace jakéhokoliv masa, časté modlení, nepodávají nic pravou rukou

22. Jak Romové prožívají bolest?

- a) Intenzivní prožívání bolesti
- b) Klasické prožívání bolesti, podobné jako u naší kultury
- c) Bolest neprojevují na venek

23. Svědkové Jehovovi nesouhlasí s:

- a) Transplantací orgánů
- b) Transplantací kostní dřeně
- c) Podáváním transfuzí

24. Kvalifikační vzdělávání poskytuje sestřám potřebné znalosti pro poskytování péče cizincům.

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Zcela nesouhlasím

25. Své vědomosti v oblasti péče o cizince vnímám jako:

- a) Výborné
- b) Velmi dobré
- c) Dobré
- d) Dostatečné
- e) Nedostatečné

26. Chtěl (a) byste se zdokonalit ve vědomostech v oblasti péče o cizince?

a) Ano

Proč ano?.....

.....

b) Ne

Proč ne?.....

.....

Příloha 4 Záznamový arch a informovaný souhlas k pozorování

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zmapovat problematiku při ošetřování cizince. Kvalitativní šetření bude realizováno formou pozorování a bude sloužit k popsání výzev při ošetřování cizince během hospitalizace, dále například k charakteristice problémů, se kterými se setkáváte během péče o cizince. V jednom z dní, které budu trávit na oddělení, proběhne pozorování, které si budu zaznamenávat a následně zpracovávat pro účely bakalářské práce. Účastí na výzkumu se Vám otevře možnost zjištění některých často se vyskytujících výzev při ošetřování cizinců, bude možné uspořádání semináře pro ostatní personál a tím možné dosažení co největší možné kvality péče.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studentky: _____

Záznamový arch pro pozorování

Datum uskutečnění pozorování:

Předávání specifických informací o P/K mezi sestrami při předávání služby

ANO

NE

- Jaké informace jsou předávány?
-

Předávání specifických informací o P/K mezi zdravotnickým personálem v průběhu celého dne

ANO

NE

- Jaké informace jsou předávány?
-

Pozdrav P/K podle jeho zvyklostí/přání

ANO

NE

- Jak sestra zjišťuje informace o P/K zvyklostech/přáních?

Oslovení P/K podle jeho zvyklostí/přání

ANO

NE

- Jak sestra zjišťuje informace o P/K zvyklostech/přáních?
-

Způsob komunikace sestry s P/K

Sestra se domluví s pacientem pomocí jazyka, kterému oba rozumí ANO NE

Sestra používá překladač ANO NE

Používá ho v těchto situacích:

Sestra používá komunikační karty ANO NE

Používá je v těchto situacích:

Nepoužívá je z těchto důvodů:

Nemocniční zařízení má k dispozici služby tlumočnicka ANO NE

→Sestra využívá služeb tlumočnicka ANO NE

Pokud ano, jakým způsobem probíhá komunikace mezi P/K, sestrou a tlumočnickem:

Využití neverbální komunikace

Komunikace doteky Pohyby celého těla Využití mimiky Komunikace pomocí gest
Komunikace postojem Komunikace za pomoci očního kontaktu

- Situace, kdy a jak byly využity některé z těchto forem:

+ Komunikační vzdálenosti, respekt osobní a intimní zóny:

Shoda verbální a neverbální komunikace	ANO	NE
---	-----	----

Pozitivní či negativní reakce zpozorované u pacienta v průběhu verbální i neverbální komunikace se sestrou:

Ověření, zda P/K porozuměl podaným informacím	ANO	NE
--	-----	----

- Konkrétní situace a způsob využití ověření porozumění:

Respektování specifík v oblasti stravování	ANO	NE
---	-----	----

- Komunikace s jídelnou nemocničního zařízení ANO NE
 -
- Komunikace s nutričním terapeutem ANO NE
 -
- Vysvětlení nemožnosti dodržení specifík ve stravování v rámci předoperačního režimu ANO NE
 -
- Vysvětlení nemožnosti dodržení specifík ve stravování v rámci pooperačního režimu ANO NE

Komunikace sestry s rodinou či blízkými pacienta

- Sestra s rodinou a blízkými komunikuje
- Sestra s rodinou a blízkými komunikuje skrze tlumočnicka
- Sestra s rodinou a blízkými nekomunikuje

Potřeba kontaktu

Umožnění častějších návštěv (zároveň nenarušení režimu oddělení)

ANO NE

Případná hospitalizace s rodinným příslušníkem či blízkou osobou

ANO NE

Další způsoby uspokojení potřeby kontaktu pacienta s rodinou a blízkými:

Využití alternativních metod v současné situaci (při zákazu návštěv):

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

JIP	Jednotka intenzivní péče
ETNA	European Transcultural Nurse Assotiation Evropská asociace transkulturního ošetrovatelství
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
IAPCC- HCP	The Inventory For Assessing The Process Of Cultural Competemillity Among Healthcare Professionals Inventář pro hodnocení procesu kulturní kompetence mezi zdravotnickými pracovníky
OCCC	The Outcomes Of A Competent Curriculum Výsledky kulturně kompetentního kurikula
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy
P/K	Pacient/klient
KČ	Koruna česká
s.c. injekce	Subkutánní injekce