



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Problematika komunikace dětských sester s rodiči
pacientů daných etnických skupin**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Veronika Trojanová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů daných etnických skupin*“ jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....

(Trojanová)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D., za cenné rady, podporu a trpělivost při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také dětským sestřám a rodičům dětských pacientů, kteří se ochotně podíleli na výzkumném šetření.

Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů patřících do daných etnických skupin

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké bariéry se vyskytují během komunikace dětských sester s rodiči pacientů patřících do daných etnických skupin a jak se s těmito problémy vypořádávají. Přesněji se jednalo o etnikum vietnamské, romské a ukrajinské. Teoretická část se zabývala pojmy spadajícími do problematiky multikulturního ošetřovatelství, obecnými zásadami o komunikaci a jejích formách. Dále popsala tři etnické skupiny žijící na území České republiky, společně s charakteristikou jejich specifíků v oblasti kultury, zdraví a komunikace.

Výzkumná část diplomové práce byla rozdělena do tří etap. První etapu tvořily rozhovory s dětskými sestrami v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost a sestrami pracujícími na dětském oddělení a také doplňující rozhovory s rodiči dětských pacientů patřících do jiné etnické skupiny, které zaznamenávaly pohled na komunikaci z jejich strany. Druhá etapa výzkumného šetření se zabývala pozorováním komunikace dětských sester se zástupci etnických skupin v praxi. Jednalo se o tři pozorování ve třech různých ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Během této části výzkumu byly zjištěny nedostatky, které se při komunikaci vyskytují. Na základě těchto poznatků byla postavena třetí etapa výzkumu. Jejím cílem bylo podat dětským sestram doporučení, která mohou zefektivnit jejich komunikaci v praxi. Na závěr byly sestry seznámeny s vytvořenou informační brožurou, která obsahuje poznatky o tom, jak komunikovat s cizinci.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že největším problémem během komunikace se zástupci jiných etnických skupin je dle dětských sester především neznalost cizích jazyků, ale zároveň i nedostatek poznatků ohledně kulturních a komunikačních specifíků, kterými se zástupci vietnamského, romského a ukrajinského etnika vyznačují. Zároveň bylo zjištěno, že sestry jeví o informace ohledně problematiky multikulturního ošetřovatelství velký zájem.

Klíčová slova

Etnikum; multikulturní ošetřovatelství; komunikace; problematika komunikace; bariéry

The issues of communication of pediatric nurses with the parents of the patients coming from the certain ethnic groups.

Abstract

The aim of this thesis was to find out barriers which occur during the communication of pediatric nurses with the parents of patients belonging to the other ethnic groups and how they deal with these problems. More specifically, it was ethnic Vietnamese, Romany and Ukrainian. The theoretical part deals with the concepts belonging to multicultural nursing, general principles of communication and its forms. It also described three ethnic groups living in the territory of the Czech Republic, together with the characteristics of their specifics in the field of culture, health and communication.

The research part of the thesis was divided into three phases. The first phase consisted of interviews with nurses in GP surgery for children and adolescents and nurses working at the pediatric department, as well as additional interviews with parents of child patients belonging to another ethnic group which recorded view at the communication from their side. The second phase of the research was concerned with observing the communication of nurses with representatives of ethnic groups in practice. There were three observations in three different GP surgeries for children and adolescents. During this part of the research, there were identified deficiencies that occur in communication. The third stage of the research was built on the basis of these findings. Its aim was to give child nurses recommendations that can make their communication more effective in practice. In conclusion, the nurses were acquainted with the information brochure, which contains information on how to communicate with foreigners.

The research has shown that the greatest problem in communication with representatives of other ethnic groups is, according to pediatric nurses, the lack of knowledge of foreign languages, as well as the lack of knowledge about the cultural and communication specificities of the representatives of the Vietnamese, Romany and Ukrainian ethnic groups. It was also found that nurses are very interested in information on multicultural nursing.

Key words

Ethnic; multicultural nursing; communication; communication issues; barriers

Obsah

1	Současný stav	9
1.1	Základní pojmy související s problematikou multikulturního ošetřovatelství	9
1.2	Multikulturní ošetřovatelství	13
1.2.1	Přehled národnostních menšin na území České republiky	14
1.3	Interkulturní komunikace v ošetřovatelství	16
1.3.1	Formy komunikace využitelné při komunikaci se zástupci etnických skupin	19
1.3.2	Specifika kultury, zdraví a komunikace u romské minority	23
1.3.3	Specifika kultury, zdraví a komunikace u ukrajinské minority	26
1.3.4	Specifika kultury, zdraví a komunikace u vietnamské minority	28
1.4	Role sestry v poskytování efektivní ošetřovatelské péče v rámci multikulturního ošetřovatelství	30
2	Cíle, výzkumné otázky	33
2.1	Cíle práce	33
2.2	Výzkumné otázky	33
3	Metodika	34
3.1	Charakteristika výzkumného souboru	35
4	Výsledky výzkumu	37
4.1	První etapa výzkumného šetření	38
4.1.1	Identifikace výzkumného souboru A	38
4.1.2	Vyhodnocení výsledků první etapy výzkumného šetření souboru A	40
4.1.3	Identifikace výzkumného souboru B	65
4.1.4	Vyhodnocení výsledků první etapy výzkumného šetření souboru B	65
4.2	Druhá etapa výzkumného šetření	69
4.2.1	Identifikace výzkumného souboru C	69
4.2.2	Vyhodnocení výsledků druhé etapy výzkumného šetření	70
4.3	Třetí etapa výzkumného šetření	74
4.3.1	Identifikace výzkumného souboru D	74
4.3.2	Vyhodnocení výsledků třetí etapy výzkumného šetření	75
5	Diskuze	83
6	Závěr	98
7	Použitá literatura	100
8	Seznam příloh	110
9	Seznam schémat a tabulek	114

Úvod

Téma diplomové práce, které jsem si vybrala, je v dnešní době velmi aktuální. Vlivem globalizace k nám na území České republiky přichází stále více zástupců jiných etnických skupin, kteří mohou vyžadovat zdravotnickou péči. Je proto nezbytné, aby sestry, které s nimi budou přicházet do kontaktu a budou jim poskytovat ošetrovatelskou péči, byly dostatečně obeznámeny s problematikou multikulturního ošetrovatelství, znaly specifika v oblasti kultury, zdraví a náboženství a ovládaly zásady efektivní komunikace s cizinci.

Ústředním cílem diplomové práce je zjistit, jaké znalosti mají dětské sestry ohledně kulturních a komunikačních specifik daných etnických skupin. Jaké komunikační bariéry během své praxe zaznamenaly a jak se s těmito překážkami vypořádaly. Dále zmapovat, jak na komunikaci s dětskými sestrami nahlíží rodiče dětských pacientů patřících do vietnamského, romského a ukrajinského etnika.

V teoretické části diplomové práce budou prvotně definovány pojmy související s multikulturním ošetrovatelstvím, jako je etnikum, menšina či předsudek, jejichž charakteristika má pomoci proniknout lehčeji do zkoumané problematiky. Dále budou v práci popsány tři nejpočetnější etnické skupiny pobývající na území České republiky. Jedná se o etnikum vietnamské, romské a ukrajinské. Součástí teoretické práce bude také popis odlišností v oblasti kultury, zdraví a komunikace, kterými se tato tři etnika vyznačují. Na závěr této části budou popsány role, které by měla sestra pracující jak v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, tak na dětském oddělení zastávat.

Výzkumná část diplomové práce se bude zabývat problematikou komunikace dětských sester s rodiči dětských pacientů patřících do vietnamského, ukrajinského a romského etnika. Tato část výzkumného šetření bude rozdělena do tří etap. První etapa bude realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které budou zjišťovat, jaké zkušenosti a znalosti mají dětské sestry v oblasti multikulturního ošetrovatelství, jaké bariéry zaznamenaly při komunikaci se zástupci etnik v praxi a jak se s těmito problémy vypořádávaly. Součástí první etapy budou také rozhovory s rodiči dětských pacientů, kteří pohovořili o svých zkušenostech spojených s komunikací s dětskými sestrami na dětském oddělení a v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Druhou etapu bude tvořit pozorování komunikace mezi dětskými sestrami a zástupci etnických skupin v praxi. Bude se jednat o tři pozorování ve třech různých ordinacích praktického lékaře

pro děti a dorost. Na závěr budou podána doporučení v oblastech, kde budou zaznamenány nedostatky.

Téma diplomové práce jsem si vybrala na základě předchozích zkušeností získaných během praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, kdy jsem byla svědkem nepříliš efektivní komunikace mezi dětskou sestrou a matkou dítěte patřící do romského etnika.

1 Současný stav

1.1 Základní pojmy související s problematikou multikulturního ošetřovatelství

Základem pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je především schopnost zdravotnických pracovníků uspokojovat potřeby pacientů s ohledem na jejich individualitu. V dnešní době značně ovlivněné globalizací je čím dál větší pravděpodobnost, že se při výkonu svého povolání setkají se zástupci, kteří budou patřit k jiné etnické skupině. Všichni tito lidé mají právo, aby jim byla poskytnuta péče na takové úrovni jako všem ostatním s ohledem na jejich kulturní či náboženské odlišnosti. K tomu je však potřeba, aby ovládali alespoň základní informace ohledně kulturních specifik jednotlivých etnických skupin žijících na území našeho státu (Tóthová, 2012). Tímto velmi aktuálním tématem se budou zabývat následující stránky diplomové práce. Pro lehčí proniknutí do zkoumané problematiky je žádoucí nejprve objasnit význam základních termínů, neboť existuje mnoho různých definic. Prvotně se budeme věnovat pojmu etnikum, jež je ústředním termínem celé diplomové práce, která se zabývá právě problematikou komunikace se zástupci daných etnických skupin. Čeněk et al. (2016) ve své knize poukazuje na vznik slova etnikum, jež vychází z antické řečtiny, v níž slovo ethnos znamenalo kmen či národ – společenství založené na rodinném základu neboli skupinu lidí obývajících společné území, vyznačující se společným historickým původem, jazykem, duchovní i materiální kulturou, rasovým typem, mentalitou a tradicemi. Ve stejném významu se často ne úplně přesně používá termín etnická skupina, neboť ne všichni příslušníci jednoho etnika jsou příslušníky stejného národa. Etnikum lze tedy zjednodušeně charakterizovat jako společenství rozvinuté na úrovni národa, jako jsou například Češi. Kdežto etnická skupina označuje společenství osob, které do úrovně národa prozatím nedospělo, zde se jedná například o Romy v České republice (Kuzníková, 2011).

S termínem etnikum úzce souvisí pojem etnicita neboli vědomí o příslušnosti k danému etniku, jež lze také definovat jako sociální identitu. Součástí je schopnost vnímat své odlišnosti a zkušenosti spojené s odlišností. Nejedná se o nic, co by bylo pro lidi vrozené, neměnné či biologicky dané. Naopak, lidé si ji do značné míry sami vytvořili a časem upevňovali (Bendl, 2015). Jedná se o subjektivní pocit a lze ji tedy vědomě do značné míry měnit. Jedinci pocítují potřebu být členy skupiny na jedné straně a skupina

ho zároveň za svého člena považuje na straně druhé. Nejde tedy o vztah jednosměrný, ale obousměrný – od jedince ke skupině a zároveň od skupiny k jedinci. Někdy se však stává, že jedinec se může cítit součástí dané skupiny, ale skupina jej takto nevnímá – zde vzniká prostor pro vznik možných etnických a kulturních konfliktů, které se bohužel někdy vyskytují i ve zdravotnických zařízeních (Holá, 2013).

Skupinu osob, která je početně menší než zbytek společnosti lze nazývat minoritou neboli menšinou. Menšiny můžeme rozdělit na národnostní, etnické, náboženské či homosexuální. V rámci problematiky diplomové práce nám však bude stačit zaměřit se na první dvě zmíněné. Národnostní menšiny jsou charakterizovány etnickou, jazykovou či kulturní odlišností od ostatní společnosti, vyznačující se subjektivními potřebami tyto odlišnosti uchovávat, rozvíjet a kultivovat. Podstatným znakem příslušníků těchto menšin z pohledu státu je deklarovaná vůle být za národnostní menšinu považován, k čemuž je nutné přihlášení jednotlivce k určité národnosti (Kukla et al., 2016). Termín národnostní menšina je dle zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin vymezován takto: *„Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo“* (Vláda ČR, 2016). Příslušníkem národnostní menšiny se tedy rozumí občan České republiky, hlásící se k jiné než právě české národnosti, který projevuje přání býti považován za příslušníka národnostní menšiny, společně s dalšími, kteří se k této národnosti hlásí (Kukla et al., 2016). Lze také hovořit o pojmu etnická menšina, tento pojem se užívá v obecném kontextu kulturních souvislostí jako koexistence dvou početně nerovnovážných etnických či národních subjektů, které žijí na určitém teritoriu, v dnešní době vymezeném hranicemi státu. Když se na termín zaměříme z pohledu souvislostí kulturních, lze ho definovat jako skupinu lidí, která se odlišuje významnými etnickými znaky od společnosti většinové, nepřijímá národní identitu majority – společnosti většinové, disponuje národním či etnickým vědomím a projevuje se vůlí deklarovat se ve své osobnosti (Bittnerová a Moravcová, 2008).

Pokud budeme hovořit o pohybu zástupců těchto etnických menšin z jedné oblasti do druhé, lze tento jev nazývat migrace. Migraci lze definovat jako komplexní a dynamický jev, který má na Českou republiku ekonomické, a i společenské dopady. Vstup, pobyt a integrace cizinců na území České republiky jsou procesy s možnými pozitivními, ale i negativními důsledky pro českou společnost (MVČR, 2015). Jedním z cílových států migrujících obyvatel se stala Česká republika teprve po roce 1990, kdy se situace uvnitř naší země rapidně změnila a náš stát nebyl již pouze zemí tranzitní. Do té doby, pokud se zaměříme na období po druhé světové válce, byla naše země typickou zemí původu (Tóthová, 2012).

Dnešní integrovaná Evropa se snaží o vstřípení motto *In varietate Concordia* neboli Jednota v různosti, jehož obsahovou náplní má být tolerance, respekt k odlišnostem, a to za podmínky, že navzájem uznáváme stejné základní hodnoty. Usiluje o ideální svět, který se bude vyznačovat harmonickou souhrou kultur (Kutnohorská, 2013). Přesto se zatím jedná o představu utopickou. V sociologických výzkumech, prováděných na konci 20. století, se vykazovalo v České republice oproti ostatním vyspělým zemím velké množství negativních postojů vůči jiným národnostem či etnickým skupinám – téměř 85 % populace se k těmto postojům přiznávalo (Šišková, 2008). Dnes už se díky mnohým snahám o integraci cizinců do naší společnosti nejedná o tak rapidní čísla. Přesto se s těmito postoji můžeme setkat i nadále a bohužel i ve zdravotnických zařízeních. Vrozenou lidskou vlastností je touha prožívat svůj život ve světě, který znají, který je jim blízký. Je pro nás důležité si každou novinku vpadající do našeho světa „*ohmatať*“, poznat ji, osvojit si ji a přijmout ji. Funguje to tak u věcí, ale i u lidí. (Šišková, 2008). Lidé však mají také velmi často sklony uvažovat v bizarních opozicích, jako je dobro – zlo, bezpečí – nebezpečí, řád – chaos, čistý – špinavý, ale bohužel také my – oni (Tesař, 2007). Protiklady lze brát jako nejjednodušší způsob poznání reality, přesto se spousta lidí těmto novým poznatkům straní a odmítají přijetí osob patřících do jiné etnické skupiny a zařazují je právě do pozice „oni“, díky čemuž nedojde k zdomácnění a převládne pocit, že do zajetého běhu jejich světa nepatří, jsou v něm cizí a vyvolávají pocity strachu, ohrožení až nenávisti (Šišková, 2008).

Na základě těchto pocitů došlo ke vzniku mnoha předsudků. Předsudky jsou jednak individuálním a jednak kolektivním fenoménem (Tileagă, 2015). Lze je definovat jako soustavu předpojatých myšlenek, názorů či představ na určitou skupinu, jednotlivce nebo kulturu. Vznikají na základě zkušeností a často i nevědomě, například na základě

barvy pleti nebo stylu oblečení. K přejímání předsudků dochází během socializačního procesu, kdy člověk přijímá nejen hodnoty a normy pozitivní, ale bohužel i ty negativní (Kutnohorská et al., 2011). K těmto myšlenkovým konstrukcím však nedochází pouze na základě vlastní zkušenosti, ale jsou často zprostředkovávány výchovou a veřejným míněním, které děti přejímají od svých rodičů a příbuzných a již od raného dětství, díky nimž si všímají rozdílů mezi etnickými či rasovými skupinami (Šubrt, 2014). Existuje velké množství důvodů, proč si lidé v sobě uchovávají různé stereotypy a očekávání, od kterých bylo zdravé se oprostit (Gross a Kinnison, 2015). Zaprvé si vytvářejí realitu, která je v souladu s jejich očekáváním, jde o jakési sebenaplnující proroctví, které snižuje hodnotu protichůdných důkazů. Zároveň si mnozí lidé aktivně vyhledávají důkazy, které potvrdí pravdivost stereotypů. Zadruhé, pokud nelze vyvrátit protichůdné názory, lidé je odsunou stranou. A zatřetí nepřesné a nejednoznačné informace mohou být jednoduše vysvětleny v souladu s hlavní hypotézou, aby pohodlným lidem usnadnily orientaci ve složitém světě pomocí mentální zkratky (Weinerová, 2014).

Albert Einstein na počátku 20. století vyslovil tuto větu: „*Je to smutná epocha, kdy je snadnější zničit atom než rozbít předsudek*“ (Nevid, 2015). Zde je jasně poukázáno na to, že předsudky jsou pro lidstvo nebezpečné a opravdu velmi těžko ovlivnitelné (Kutnohorská, 2013). Na základě myšlenky, že „*Žádná kultura není sama o sobě barbarská, žádný národ není jednou provždy civilizovaný, všichni se mohou stát jak barbary, tak civilizovanými lidmi. To je charakteristický rys lidského druhu,*“ již zprostředkoval Todorov (2011, str. 60) ve své knize, lze usoudit, že záleží na každém z nás, jak se k této problematice postavíme. Pokud však zaujmeme negativní postoj a nejsme schopni se z těchto myšlenek vedoucím k předsudkům a stereotypům vymanit a umožníme, aby rozhodovaly o neetickém způsobu chování k druhým osobám jiné etnické skupiny, tak můžeme hovořit o diskriminaci až rasismu. Jedna z možností, jak vymezit pojem rasismus zní, že jakékoliv vyjadřování, ve kterém se nacházejí známky vědomého či nevědomého pokusu mluvčího zařadit jakoukoliv etnickou či rasovou skupinu do podřadnějšího postavení, je rasistické (De Vito, 2008). Jedná se o komplexní ideologický systém přesvědčení, jenž legitimuje podřízenost dané skupiny osob s tím, že tato skupina je kulturně a biogeneticky méněcenná. Nemusí se však jednat pouze o záležitost jednotlivců, ale může být i striktně upevněn v institucionálních strukturách společnosti, o čemž svědčí i mnohé poznatky z historie. Nelze však rasismus charakterizovat naprosto přesně, jelikož v dnešní době se mnozí autoři jednoznačnému

vymezení pojmu vzpírají a přicházejí se stále novými osobitými přístupy (Weinerová, 2014).

1.2 Multikulturní ošetřovatelství

Globalizace – přirozený, spontánní a neřízený proces, jenž je dán integrací zemí světa v jediném systému, zapříčinila, že náš svět se mění a hranice států se pomalu stávají pouze pomyslnými čarami na mapě, díky čemuž se stále častěji můžeme setkat s jedinci patřícími do minoritní skupiny. V takovéto multikulturní společnosti jsou na nás kladeny stále vyšší nároky v oblasti poznání životní filosofie etnických menšin, které se v dané zemi vyskytují (Tóthová, 2012). Ústředním cílem multikulturního ošetřovatelství je schopnost poskytovat kulturně specifickou a univerzálně praktickou péči o zdraví, případně eliminovat rizikové situace, onemocnění a smrt. Předpokladem aplikování multikulturního přístupu je poznat sebe samého, vyvarovat se tak s kulturními předsudky a negativními postoji k nim, stejně tak jako zkresleného chápání jiných kultur (Hulková, 2015).

V roce 1989 došlo v naší zemi k mnoha společensko-politickým změnám, které nastartovaly i obměny v národnostní, kulturní a etnické struktuře populace, neboť k nám poslední dobou přicházejí lidé z různých států a kontinentů, kteří se zde dočasně či trvale usídlují (Tóthová, 2010). Na území našeho státu přicházejí především lidé, kteří doufají, že zde naleznou klidné, bezpečné, ekonomicky a politicky stabilní místo pro svůj další život. Nejedná se však pouze o jednotlivce, ale povětšinou přicházejí početná rodinná příbuzenstva, včetně těch nejmenších – dětí (Kukla, 2016). „*Česká republika, jako cílový stát pro tyto migrující obyvatele, by měla být připravena na to, že se zde budou setkávat lidé různého původu, rasy, náboženství, morálky a lidé s odlišnými názory na naplňování smyslu života a ti všichni jsou potencionálními příjemci zdravotní péče*“ (Kutnohorská, 2013, str. 9). Dle získaných informací na stránkách Českého statistického úřadu se k 31. 12. 2016 na území České republiky vyskytuje více než 490 000 cizinců, což je hodnota o téměř 200 000 osob vyšší než v roce 2004 (Český statistický úřad, 2016). K nejintenzivnějším výměnám obyvatel dochází dlouhodobě především mezi Českou republikou, Slovenskem a Ukrajinou, přesto v dnešní době již nelze opomenout další skupinky, jako jsou Vietnamci, Rusové, Moldavané či Mongolové (Tóthová, 2012). Paleta etnik žijících na území České republiky je v současnosti již velice pestrá, a proto se setkáváme a stále častěji budeme setkávat

s jedinci z různorodých minoritních skupin a je žádoucí, aby byl zdravotnický personál kvalifikovaně připraven na intenzivní kontakt s příslušníky jiných kultur (Tóthová, 2009). Proto bychom si měli uvědomit, že každý z nás odněkud pochází, někde žije nebo časem bude žít, má určitou barvu kůže, specifickou kulturu, vyznává nějaké hodnoty, je zvyklý žít v určitém společenství. Sestra, která bude přicházet do pravidelné interakce s lidmi odlišných kultur, by proto měla být vybavena dostačujícími znalostmi z oblasti multikulturního ošetřovatelství, pochopením, empatií, vnímavostí, a především by měla mít vysokou komunikační kulturu, neboť druh zvolené komunikace s nemocným může pomoci, ale také ublížit (Kutnohorská, 2013).

K výše zmíněné problematice se vyjádřila ve svých knihách i Madeleine Leiningerová, zakladatelka koncepce multikulturního ošetřovatelství, která uvádí, že pokud lidé mají přežít a také žít ve zdravém, smysluplném a pokojném světě, tak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich nejrůznější kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat jim kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči (Leininger a Mcfarland, 2006). Na základě studia kulturních odlišností vytvořila teorii, kterou nazvala teorií kulturně diverzifikované a universální péče, kterou později vylepšila a rozpracovala jako model vycházejícího slunce (Dreachslin et al., 2013). Tento model dnes tvoří rámec pro výzkum a vzdělávání. Je složen ze tří základních složek, a to rozměru kulturní a sociální struktury, systému péče a typu péče (Maňhalová a Tóthová, 2016). Myšlenka se u ní zrodila koncem 50. a začátkem 60. let 20. století, kdy pracovala na dětské psychiatrii s postiženými dětmi. Během své praxe pochopila, že kultura má vliv na poskytování ošetřovatelské péče (Plevová et al., 2011). Na tento model navázala i práce Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové, které vytvořily transkulturní model ošetřovatelského posuzování – modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (Maňhalová a Tóthová 2016).

1.2.1 Přehled národnostních menšin na území České republiky

Romská minorita patří mezi největší etnické minority na území České republiky. Zaujímá v České republice zvláštní postavení. Jako jediná se svými specifickými antropologickými a sociálními znaky zjevně odlišuje od teritoriální majority i ostatních národnostních menšin u nás. Podle kvalifikovaných odhadů žije u nás přibližně 250 000 až 300 000 Romů (Kukla a kol., 2016). Ve skutečnosti se však nemusí jednat o konečné číslo, jelikož velké množství odborníků se shoduje, že získání naprosto přesných dat o

počtu jednotlivců romského etnika je téměř nemožné, jelikož v této problematice je zároveň diskutována odlišnost či podobnost této skupiny od majoritní společnosti, stupeň zachování odlišných tradic a zvyků a v neposlední řadě také identifikace jednotlivých osob se skupinou (Kalibová, 2008). Dalším z důvodů, proč tato čísla mohou být výrazně nižší, než je skutečnost, je ten, že při sčítání lidu je uvedení národnosti nepovinný údaj. Lidé se mohou přihlásit až ke dvěma národnostem, ale nemusejí se hlásit k žádné. Díky čemuž dochází k situacím, kdy nelze velikost jednotlivé menšiny s přesnou jistotou určit (Tóthová, 2012).

Romská populace není tvořena jednotlivým společenstvím, ale skládá se z řady skupin, podskupin a rodů, které lze oddělovat na základě různých hledisek. Vymezuje se tři základní způsoby dělení, na dělení romské neboli vnitřní, vnější z pohledu majoritní společnosti a odborné z hlediska etnicko-jazykového (Tóthová, 2012). Pokud se na rozdělení zaměříme z hlediska sociálního statusu, můžeme definovat pět základních skupin romské populace: jedná se o vůdce, cikánskou elitu – intelektuálně vyspělá část Romů, tzv. slušní cikáni – asi 1/3 žijící ve větších městech, romští bezdomovci a romský lupenproletariát, který je jedinou skutečně subkulturní skupinou romského etnika – jedná se o Romy, jež jsou neustále v pohybu, bez práce, infiltrují města a obce, tvoří základnu romské kriminality a jejich počet jako jediné skupiny stále vzrůstá (Kukla, 2016).

Druhou nejpočetnější etnickou skupinou v České republice jsou Ukrajinci. Jejich přístup na území naší země má poměrně dlouhou a bohatou historii. Kořeny dnešních Ukrajinců sahají až k roku 750 př. n. l., kdy se putovní íránští Skyté usadili v oblasti západní stepi dnešní Ukrajiny. Kolem roku 250 př. n. l. byli zcela zastíněni Sarmaty, kteří byli taktéž kočovníky z Íránu, ti se již vyznačovali slovanským vzezřením (Tóthová, 2012). Během následujících staletí došlo na území této země k mnoha různým obměnám, jež se projeví především v oblasti politické a ekonomické. Tyto změny však nebyly mnohdy ku prospěchu věci, a dokonce jejich vlivem začalo docházet ke stále rostoucí migraci ze své rodné země, do zemí okolních (Magocsi, 2010). Existují doklady, které informují o přítomnosti Ukrajinců v Čechách a na Moravě již v 16. a 17. století, kdy přicházeli jednotliví studenti a žoldnéři. Nová vlna ukrajinských migrantů začala přicházet koncem 19. století. Jednalo se o haličskou inteligenci a vysokoškoláky, kteří opouštěli mateřskou zemi z politických důvodů, a také přicházeli za studiem. Zatímco první polovina devadesátých let minulého století byla charakteristická prakticky neomezeným

režimem pobytu občanů z Ukrajiny, od roku 2000 podléhá jejich pobyt na území ČR vízové povinnosti. Podle oficiálních statistik jsou občané Ukrajiny nejpočetnější skupinou migrantů a v dnešní době tvoří přibližně třetinu všech oficiálně registrovaných cizinců (Hirt a Martínková, 2010).

V České republice tvoří vietnamské etnikum třetí nejpočetnější skupinu. Abychom lépe pochopili, jak zde funguje vietnamská komunita, vrátíme se do historie a popíšeme migraci Vietnamců na naše území. Imigrace vietnamské populace přicházející do České republiky má své určité specifikum. Započala jako vzájemné družení v rámci komunistického bloku. První imigrující skupinka vietnamských obyvatel přišla do Československa již v roce 1956. Tito tzv. zahraniční pracující přicházeli především ze severní komunistické části. Adepti na zahraniční stáže byli přísně vybíráni na základě těžkých zkoušek a vyžadovala se od nich naprostá disciplína a špičkové výkony – ten kdo měl v Čechách problémy s kázní nebo se špatně učil, se musel vrátit zpět (Tóthová, 2010). V současné době Vietnamci přicházejí především za účelem sloučení rodin, realizace studií a ekonomických aktivit (Freidingerová, 2014). Podobně jako u romské populace není zcela přesný počet obyvatel s vietnamským původem znám. Hlavním důvodem je to, že migranti bez oprávněného pobytu nejsou v těchto statistikách zahrnuti vůbec, a naopak databáze obsahují informace o osobách, které se v současnosti v České republice fyzicky nevyskytují. Dle statistik se tedy na území naší země pohybuje přibližně 57 000 osob hlásících se k vietnamskému etniku (Český statistický úřad, 2016).

1.3 Interkulturní komunikace v ošetřovatelství

Komunikaci lze definovat jako sdělení informací nebo vzájemnou výměnu informací prostřednictvím různých prostředků a signálů. Vždy se na ní podílejí všichni, kteří jsou přítomni určité situaci či události (Malíková, 2011). Díky komunikaci lidé mezi sebou navozují vzájemné kontakty, předávají si své myšlenky, postoje, hodnoty či citové prožitky. Původ slova pochází z latinského výrazu *communicare*, který lze do českého jazyka přeložit například jako spolupodílet se na něčem společném, propůjčovat, dávat a přijímat, něco někomu dát nebo dopřát (Plevová a Slowik, 2010). Hlavním účelem komunikace je především informovat – předat zprávu, něco oznámit či prohlásit, instruovat – někde někoho zavést, zasvětit nebo ho něco naučit, přesvědčit – ovlivnit, získat někoho na svou stranu, vyjednat – něco řešit, domluvit se na něčem a dospět

k vzájemné dohodě, pobavit – rozveselit druhé či sebe a rozptýlit (Vitoň a Velemínský, 2014). Komunikace patří mezi nepostradatelnou složku odrážející se v každodenních činnostech našeho pracovního i soukromého života. Denně jejím prostřednictvím řešíme problémy, konflikty a větší či menší spory. Způsob, jak spolu lidé dokáží hovořit, rozhoduje o tom, jaké vztahy mezi nimi vzniknou a jaký postoj si k sobě navzájem vytvoří (Basu a Faust, 2013). Ve zdravotnickém zařízení je schopnost komunikace nesmírně důležitá. Nejedná se zde pouze o sdělování a získávání informací, ale na vhodnosti jejího používání závisí zdraví a mnohdy i život (Plevová a Slowik, 2010). Proto by výsledkem kvalitní komunikace mezi jedinci mělo být především vzájemné porozumění a měla by tvořit základ našeho aktivního a alespoň uspokojivého sociálního bytí (Vitoň a Velemínský, 2014).

Komunikace ale neprobíhá vždy mezi osobami patřícími do stejného národa, uznávajícími stejnou kulturu, tradice či jazyk. Již od počátků existence lidské civilizace dochází ke kontaktům nejen mezi osobami patřícími do jednoho etnického společenství, ale zároveň i k interakci mezi příslušníky různorodých etnik a národů mezi sebou. Z historie starověkého Řecka je známo, že již staří Řekové si uvědomovali a pociťovali kulturní a jazykovou odlišnost od jiných etnik. V této době docházelo už k jakési předpojatosti vůči cizincům přicházejícím na jejich území. Lidé, kteří hovořili pro ně nesrozumitelnými či směšně znějícími jazyky, byli označováni za barbary. Nejedná se však o ojedinělý jev, problematika interkulturní komunikace s odlišnými etnickými skupinami se vyskytuje v mnoha historických pramenech (Průcha, 2010). Poprvé se pojem interkulturní komunikace objevil v odborné literatuře v roce 1959. Popsal ho americký antropolog E.T. Hall v knize *The Silent Language*. Do Evropy se termín interkulturní komunikace rozšířil teprve v osmdesátých letech minulého století. K jejímu postupnému rozvoji došlo prvotně díky migraci dělníků ve vyspělých kapitalistických zemích, zejména v Itálii, Velké Británii, Německu, Francii či Finsku. Toto téma se stávalo stále aktuálnější a v důsledku narůstajících problémů zapříčiněných zvýšenou migrací a potřebou vhodně formovat nově vzniklou moderní společnost ve střední Evropě, se začal koncipovat nový obor zabývající se touto oblastí (Šindelářová a Škodová, 2012). Vhodně popsal pojem interkulturní komunikace ve své knize Průcha (2010) jako procesy interakce a sdělování probíhající v různých typech situací, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově nebo kulturně odlišných etnik, národů, či náboženských společenství. Tento druh komunikace je

determinován specifíčnostmi jazyků, kultur, mentalit a hodnotových systémů komunikujících partnerů.

V podvědomí širší veřejnosti se dříve komunikace lékařů a jiných zdravotnických pracovníků s cizinci patřícími do jiného etnika omezovala spíše na případy, kdy tito pracovníci působili v cizině. Realita je dnes však díky globalizaci poněkud odlišná. Populace pacientů a jejich rodinných příslušníků, s nimiž se zdravotničtí pracovníci setkávají při výkonu svého povolání, se stává stále heterogennější (Ptáček a Bartůněk, 2011). V poslední době dochází k nárůstu kulturního vědomí příjemců zdravotní péče a zvyšuje se očekávání, že sestry a lékaři budou profesně a morálně zavázáni a schopni přizpůsobit péči klientům na základě jejich kultury (Kutnohorská, 2013). Mnohdy se však může stát, že si zdravotničtí pracovníci při výkonu své profese ani neuvědomí, že konkrétní osoba může patřit do některé z minoritní společnosti, neboť se nemusí vnějšími znaky jasně odlišovat. Poznají to až tehdy, když dojde při kontaktu k nepochopení rozdílného vzorce chování či ke srážce komunikačních stylů (Tóthová, 2012).

Nedílnou součástí komunikace s nemocným je zároveň i komunikace s rodinou, především pokud se jedná o dětského pacienta. Rodina je základní společenskou jednotkou formující člověka a jeho sociální charakter, a tím ovlivňuje rozhodujícím způsobem vývoj celé společnosti. Základní funkce rodiny jsou biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a socializačně-výchovná. Uvědomíme-li si všechny potřeby dítěte, vidíme, že funkce rodiny je nezastupitelná a její důležitost roste v okamžiku nemoci a léčby dítěte (Klíma, 2016). Komunikace s rodiči nemocných dětí je sama o sobě mnohdy velmi náročná, přičemž nároky se značně zvyšují, pokud se zároveň jedná o předávání informací rodičům, jež patří k jiné etnické skupině než daná dětská sestra (Vitoň a Velemínský, 2014). Ohledně komunikace zdravotnických pracovníků s rodinou nemocného dítěte byla vytyčena jistá pravidla, která shrnula Vybíhalová (2012) takto: Prvně je nutné vybrat vhodné místo pro sdělování informací, dopředu si ujasnit, co přesně chceme sdělit, rozhodnout se, jakým způsobem dané informace budeme předávat, mluvit srozumitelně, zřetelně, vyhýbat se odborným termínům, komunikovat pomalu s vhodným tónem, přiměřeně začlenit oční kontakt, zaměřit se na reakce rodiny a dítěte a reakce si zaznamenávat, vnímat neverbální komunikaci, poskytnout rodině čas na vyjádření, nezneklidňovat a nedráždit svým projevem a na konci sdělení si ověřit, zda rodina získané informace pochopila. Zvláště

by se měl brát důraz na dodržování jistých pravidel, pokud se jedná o komunikaci s rodiči – cizinci, jelikož zde se vystavujeme ještě vyššímu riziku, že nemuselo dojít ke vhodnému porozumění. Je tedy na místě, aby zdravotničtí pracovníci při výkonu své profese osvojili nejen výše zmíněná obecná doporučení, ale aby zároveň přijali a uvědomili si specifická pravidla ohledně komunikace se zástupci jiných etnických skupin (Bouzek, 2008).

1.3.1 Formy komunikace využitelné při komunikaci se zástupci etnických skupin

Komunikaci lze podle způsobu předávání informací rozdělit do dvou hlavních složek, na komunikaci verbální a neverbální. Pokud je sdělovacím prostředkem řeč či písmo, označuje se jako verbální, pokud se snažíme dorozumět pomocí gest či mimických znaků, jedná se o komunikaci neverbální (Wernerová, 2010). „*Verbální a neverbální projevy mohou být v některých situacích v rozporu. Lidé často něco říkají, ale chování tomu neodpovídá. Může tak vznikat to, co se označuje jako dvojná vazba, tedy rozpor mezi slovy a chováním. Vyvolává to v naslouchajícím určité rozpaky, jak má chápat to, co mu bylo řečeno nebo co se snaží mluvní skrýt. Neverbální sdělení je možno v takové situaci považovat za věrohodnější než chování verbální*“ (Mikuláščík, 2010, s. 98).

Verbální komunikaci lze charakterizovat jako sdělování a výměnu informací při ústním projevu. Ovlivňují ji mnohé okolnosti, jako je například věk, výchova, vzdělání, situace či předchozí zkušenosti (Malíková, 2011). Má nepopíratelný význam, patří mezi nezbytné součásti sociálního života a je nutnou podmínkou myšlení, přičemž kdo je jakýmkoliv způsobem delší dobu separován od možnosti komunikovat s druhými, projeví se to u něj deprivací (Mikuláščík, 2010). Pokud se zaměříme na sdělování informací pomocí slov, budeme hovořit o řeči. Řeč lze charakterizovat jako vyjadřování konkrétních myšlenek artikulovanou formou v určitém jazyce. Slova se často stávají prvním kamenem úrazu při sdělování informací dalším osobám. Mysl každého z nás vnímá svět jako množství obrazů složených z celé řady částí, které si pojmenovává určitými slovy, které mají konkrétní podobu, ale v mysli člověka mohou kromě obecného významu evokovat i jeho individuální představu. Což může zapříčinit mnohá nedorozumění, jelikož různí lidé přiřkládají slovům různý význam (Janáčková, 2009). Lze říci, že komunikace mezi lidmi probíhá nejméně ve dvou významově rozdílných liniích. Linie tematická neboli obsahová vyjadřuje to, o čem se skutečně mluví. Naopak linie interpretační značí smysl a výklad, jaký komunikující lidé tématu přiřkládají

(Výrost a Slaměnik, 2008). Významový rozptyl při interpretování daných sdělení je dán tím, že znaky mohou mít denotační nebo konotační charakter. Při komunikaci je tedy vhodné umět denotaci a konotaci rozpoznat (Heger, 2012). Pokud mluvíme o denotaci, jedná se o to, že každý z nás definuje známá slova tak, že automaticky pochopí jejich základní význam – to, co objektivně znamenají. Naopak při konotaci v nás jednotlivá slova mohou vzbuzovat souběžně s objektivními významy řadu subjektivních souvislostí, připomenutí a individuálně přidružených významů (Vybíral, 2009). Schopnost rozpoznat rozdíl mezi konotací a denotací je důležitý především při rozhovoru. Rozhovor se odehrává mezi dvěma či více lidmi, kteří chtějí získat či předat určité informace, fakta, porozumět druhému, jeho postojům a pocitům nebo nějakému tématu. Může být v různých podobách, jako je například neřízené společenské klábosení nebo řízený rozhovor (Mikuláščík, 2010). Při rozhovoru je vhodné zavést do praxe pár doporučení, která plynulost a efektivnost komunikace ulehčí. Podané sdělení by mělo být jasné, s použitím běžných obrátů. Důležitá je také stručnost – informace pak působí profesionálním dojmem, zbytečné okliky mohou naopak vzbuzovat nedůvěru. Dále je vhodné ponechat prostor pro dotazy a zpětnou vazbu, zda došlo ke vzájemnému pochopení. Při komunikaci je také zásadní mluvit jasně, zřetelně se zaměřením na podstatu věci. Dalším neopomenutelným faktorem je vhodné načasování – zvláště u závažných témat je podmínkou zajistit klidné nerušené prostředí a dostatek času. Nejdůležitější z kritérií je však schopnost vést hovor na základě individuality nemocného, sledovat jeho odpovědi, ale zároveň i neverbální projevy a komunikaci vhodně přizpůsobit (Plevová a Slowik, 2010).

Verbální komunikace je zároveň doprovázena rysy, kterými se zabývá vědní obor paralingvistika. Tyto rysy mohou mít také velký význam a mohou značně ovlivnit smysl komunikace jak ze strany příjemce, tak ze strany odesílatele. Jedná se o faktory dotvářející komunikační projev a charakterizují i osobnost mluvčího. Tvoří určitý přechod od informací mimoslovních ke slovním – zde nejde o to, co říkáme, ale jak to říkáme (Zacharová, 2016). Mezi základní prvky paralingvistické komunikace se řadí hlasitost, tempo promluvy, tón, výška a modelace hlasu. Díky těmto elementům pronášená slova získávají význam a promluva se stává účinnější (Borg, 2013). Proto je důležité, aby sestry přikládaly i těmto prvkům během komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky dostatečně velkou pozornost. Na základě rychlosti řeči lze například usoudit, jaké má komunikátor a komunikant znalosti o daném tématu, může

se za ní skrývat nejistota nebo při nepříjemném či nevhodném tématu úsilí mít rozhovor „rychle za sebou“ (Kendall, 2013). Podle výšky a tónu hlasu lze odhadnout, jaké emoce při rozhovoru účastníci prožívají. Výška a tón hlasu identifikují komunikátora, ale zároveň ovlivňují i pocitovou stránku příjemce. Výše postavený tón hlasu může vzbuzovat dojem strachu, studu či stresu. Hlubší tóny naopak navozují pocit klidu a důvěryhodnosti (Paulík, 2010).

Neverbální komunikace se běžně označuje jako pravdivá řeč našeho těla. Projevy jsou daleko pravdivější oproti projevům verbální komunikace díky tomu, že nejsou tak snadno vůlí ovlivnitelné (Malíková, 2011). Neverbální komunikace je oproti komunikaci verbální vývojově starší, jednoznačnější, spontánnější a méně kontrolovatelná (Plamínek a Franc, 2012). K neverbální komunikaci lze zařadit veškeré projevy, které vysíláme do okolí, aniž bychom mluvili, ale i ty, kterými mluvu doprovázíme. K těmto výrazovým prostředkům neverbální komunikace patří výrazy obličeje, postoje, dotyky, gesta, pohledy, držení těla, ale i úprava zevnějšku. Mimovolně takto dochází ke sdělování emocí, pocitů, nálad, afektů. Lze takto naznačit zájem, vytvořit dojem, kdo vlastně jsme a zároveň ovlivnit postoj mezi komunikujícími partnery (Janáčková a Weiss, 2008).

I neverbální komunikace dokáže mít multikulturní charakter, neboť na základě dosavadně vzniklých antropologických teorií má být mimika člověka vrozená a díky tomu zároveň společná celému lidstvu. Toto už však nemůžeme říci o gestech, vnímání vzdálenosti mezi komunikujícími či o teritoriálních nárocích na prostor. Tyto projevy jsou podmíněné společností a civilizací (Urban et al. 2011). Existuje tedy jen nevelké množství interkulturních gest, pohybů a postojů, které jsou pro všechny obyvatele planety stejné. Zbytek se lidstvo naučilo mimovolně od svého okolí na základě kulturně sociálního podtextu. Neverbální komunikaci lze tedy pouze částečně považovat za společný světový jazyk, u něhož je nutné si uvědomit, že má svá nářečí, která mohou být někdy odlišná (Janáčková a Weiss, 2008).

Komunikace a vyjadřování pomocí gest se nazývá gestika. Gesta jsou kulturně podmíněné pohyby, pohybové symboly a znaky, jež plní expresivní a sdělovací funkci. Jedná se o doprovodný prvek komunikace podporující, umocňující a doplňující emocionální stránku sdělení (Müller et al., 2013). Zde je důležité vzít v úvahu, že každé gesto je kulturně specifické. Jejich povaha a význam se liší na základě kulturního

prostředí. V každém národu, etniku, ale i v malých regionech se vyskytují mnohé zvláštnosti (Jiřincová, 2010). Během gestikulace dochází k rozpoznávání a zároveň k analyzování signálů, které spoluvytvářejí naše myšlenky a určují reakce na okolní svět (Wernerová, 2010). Všechna používaná gesta lze obecně rozdělit do čtyř hlavních skupin. Jsou to ilustrátory – gesta, pomocí nichž dokreslujeme, vysvětlujeme a určujeme směr verbálního výkladu. Například náklon směrem k nebo od posluchače, ale i kreslení a pohybování prsty a rukou ve vzduchu. Dále regulátory chování – slouží k upozornění na něco nebo někoho. Organizují komunikaci, mohou signalizovat změny ohledně začátku, změny či konce komunikace. Třetí skupinou jsou adaptéry – samo manipulující gesta, například lomení rukama, škrábání se, poupravování se, pomocí nichž lze vyjádřit a projevit své potřeby a duševní pochody, ale pochopit i aktuální prožívání druhých. Poslední skupina zahrnuje znaky – symboly, například zamávání rukou či sevřená pěst s palcem nahoru nebo dolů. Právě tyto znaková gesta se často v různých kulturách odlišují (Mikuláščík, 2010).

Dalším druhem patřícím do neverbální komunikace je proxemika neboli prostorové chování projevující se interpersonální blízkostí, doteky i orientací těla. (Jandt, 2015). Proxemiku lze chápat jako vědu o podvědomém členění osobního prostoru s následným dodržováním hranic. Tento pojem jako první zavedl americký antropolog Edward T. Hall. Vycházel z latinského slova *proximitas* – blízkost, což vedlo k novému pochopení našeho vztahu k jiným lidem. Došlo ke vzniku rovin, které určují míru prostorové – fyzické vzdálenosti člověka ke člověku. V tomto případě lze hovořit o vzdálenosti mezi sestrou, pacientem a jeho rodinnými příslušníky (Zacharová, 2016). Borg (2012) tvrdí, že s ohledem na prostorové potřeby lidí během každodenních situací můžeme odlišit takzvané neviditelné zóny. Každá z těchto zón představuje prostor, do jakého dovolíme proniknout druhému člověku v závislosti na tom, jaký k němu máme vztah. Každý člověk si sám vymezuje tento prostor, ve kterém se cítí v bezpečí, do nějž mají přístup pouze určité osoby. Žádná z těchto vzdáleností však nemá absolutní charakter, mění se v závislosti na tom, s kým komunikujeme (Jiřincová, 2010). Pokud dojde k proniknutí osoby ze vzdálenější zóny do zóny bližší, dochází často k nepříjemným prožitkům, aniž bychom si to museli uvědomovat. Aktivizují se obranné mechanismy a vzniká snaha uniknout z této situace (Matoušková, 2013). Pokud se jedná o komunikaci zdravotních sester s cizinci, je nutné dodržovat pravidla distanční komunikace o to více, jelikož v každé kultuře se nároky na tyto vzdálenosti mohou ještě více projevat. Zde je nutné

získat si především prvotně důvěru člověka, poznat ho a až pak se pokusit proniknout k němu blíže. Nerespektují-li totiž osobní prostor, nerespektují člověka ani jeho pocity (Morgensternová et al., 2011). Dle Zacharové (2011) lze rozlišit čtyři hlavní zóny přiblížení, intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Intimní zóna, která je nejbližší a je v rozmezí přibližně od 15 do 45 cm a je pro člověka ta nejdůležitější, jelikož splývá s jeho tělesným a hmatovým dotekem. Na toto území mají povětšinou vstup jen nejbližší osoby, jako jsou manželé, rodiče, děti, blízcí přátelé. Zároveň však ve zdravotnickém zařízení se do této zóny dostávají také zdravotní sestry – při hygienické péči, odívání či odborných ošetřovatelských výkonech. Měly by proto před tím, než vstoupí do intimní zóny, s pacientem dostatečně komunikovat, informovat ho to tom, co se bude dít, vysvětlit důvod a časové trvání vstupu. Zároveň je nutné přistupovat s co nejvyšší možnou mírou taktu. Pokud dojde k tomu, že sestra dopředu neupozorní, že někomu do jeho intimní zóny vstoupí a naruší ji, nemůže očekávat pozitivní reakce (Zacharová, 2011).

Forma neverbální komunikace, kdy se vyjadřujeme bezprostředním dotekem, se nazývá haptika, zahrnuje taktilní sdělení v sociální interakci (Zacharová, 2016). Může se jednat o doteky přímé, kdy dojde ke kontaktu kůže na kůži, jako je například pohlazení po tváři. Nepřímé doteky vznikají tehdy, kdy sestra například poplácá po zádech někoho, kdo je oblečen. Základním projevem haptiky v podmínkách naší kultury je podání ruky. Zde jako podobně u jiných projevu komunikace se zástupci jiných etnických skupin je nutné mít na paměti, že se i zde se mohou vyskytovat specifické odlišnosti (Slavík, 2012).

1.3.2 Specifika kultury, zdraví a komunikace u romské minority

Romská národnostní menšina zaujímá v České republice zvláštní postavení. Se svými specifickými antropologickými a sociálními charakteristikami se zjevně odlišuje jak od teritoriální majority, tak i od ostatních národnostních menšin u nás (Velemínský, 2009). Ačkoliv jsou Romové svébytnou a současně heterogenní skupinou žijící v České republice, velká řada našich zdravotnických pracovníků se nechává ovlivnit především vnějším vzhledem romských pacientů a dále je nerozlišuje. Uvnitř romského etnika se však vyskytují značné rozdíly. Lze je odlišovat na základě příslušnosti k danému subetniku, rozdílnosti mezi romskými rody a lokalitami, ve kterých žijí, ve stupni vzdělání, sociálním postavením či mírou znalostí českého jazyka (Ptáček a Bartůněk,

2011). Romové se vyznačují naprosto odlišným způsobem života než většinové obyvatelstvo České republiky. Díky jejich kočovnému životu se u nich projevil oslabený vztah k půdě, budovám nebo k dlouhodobému časovému plánování. Prioritou se u nich stává žít ze dne na den (Tóthová, 2012). Jedno romské přísloví říká „*Jím, piju, žiju, umřu – nač hospodařit.*“ Zde je jasně vyjádřen jejich vztah k budoucnosti a ke vzdělání (Hulková, 2015). O budoucnost se nezajímají, neplánují si dlouhodobější cíle a soustředí se pouze na to, co v přítomnosti může uspokojit jejich potřeby Udržení života, rozmnožování a jeho pokračování je pro ně tedy tou nejdůležitější hodnotou. Vše, co život, jakkoliv ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně (Tóthová, 2012).

Na světě snad neexistuje žádné jiné etnikum s tak silnými rodovými vazbami. O romské rodině však nelze uvažovat zcela obecně, záleží na stupni životní úrovně a modelu způsobu života, jaký si rodina vybrala. Zde je důležité vědět, zda se její příslušníci na základě své etnicko-národnostní příslušnosti hlásí ke svému „*romipen*“ – romství, nebo naopak zda chtějí ve všem „*žít jako ostatní*“, tedy zda přijímají model neromského způsobu života (Kukla, 2016). Když se zaměříme na rodinu žijící romským způsobem života, objevíme specifika odlišující se od způsobu života majority. Tradiční romská rodina je demografického typu, což znamená, že jméno a příjmení se přejímá po jednom mužském předkovi. Je nejčastěji tří a vícegenerační a silně sociálně závislá na příbuzenstvu. Žena v takovéto rodině zastupuje roli živitelky a pečovatelky, zajišťuje chod domácnosti a poslouchá svého muže. Muž zaujímá roli patriarchy. Je hlavou rodiny, nositel prestiže a udržovatel dobrých přátelských vztahů. Klasickým projevem podřízenosti ženy muži je to, že chodí několik kroků za ním (Kelnarová a Matějková, 2014). Pokud mají v romské rodině děti, jsou pro ně největším bohatstvím, životní prioritou. Stávají se pečeti manželství. Pokud však dojde z nějakého důvodu nemožnosti mít vlastní dítě, je to považováno za obrovské neštěstí, které může mít často vliv na stabilitu celého svazku (Jakoubek a Budilová, 2007). Romové si ve svém životě velmi zakládají na dodržování pro ně typických zvyků a tradic. Jejich kultura dokládá, jaká vnitřní síla a energie v nich koluje. Již po staletí dodržují svá nepsaná pravidla: jejich rozhodování je vždy společné, největším trestem je vyloučení z rodu, mnohočetnost je podmínkou štěstí, čas je minulost i přítomnost a budoucnost není důležitá, čas se neměří podle ročních období, vhodné prostředí zvyšuje naději na přežití, dlouhodobé setrvání na jednu místě přináší nebezpečí, způsob obživy je podřízen této neustálé změně, souhlas se projevuje vždy verbálně, nesouhlas se prokáže uhnutím pohledu,

dorozumívání a pocity se vyjadřují gestem, držením těla, intonací hlasu nebo hudbou (Hulková,2015).

Co se týká zdraví, to je pro Romy nejen fyzická odolnost, ale zároveň pro ně znamená i sociální zajištění a toleranci většinové společnosti. Vnímají ho jako celistvou jednotu společenskou, individuální, fyzickou, kulturní, duševní a multikulturní (Tóthová, 2012). Z lékařského pohledu lze říci, že úroveň zdravotního stavu romské populace na území našeho státu je v průměru horší než u populace majoritní neboli většinové. Střední délka jejich života se krátí zhruba o 10 let, úmrtnost v kojeneckém věku je přibližně dvojnásobná, imunizace očkováním výrazně nižší, výskyt infekčních onemocnění, úrazů a nehod naopak vyšší (Ptáček a Bartůnek 2011). Muži umírají tedy přibližně okolo 55 let, ženy kolem 60 let. Příčiny jsou velmi komplexní. Lze sem zařadit chronická onemocnění, trvale špatný životní styl často již od doby narození, hygienické faktory, možný je zde i etnický faktor (Kukla,2016). Pokud nastane u Roma nemoc, může se u nich projevit slabá vůle, vytrvalost a trpělivost. Rodina je pro ně v tomto období nesmírně důležitá a bez ní se stávají nesamostatní, mají strach a tento komplex méněcennosti se může projevit zvýšenou agresivitou a neochotou spolupracovat se zdravotníky (Tóthová, 2012). Jako pacienti ve zdravotnickém zařízení se stávají specifickou skupinou a je třeba počítat při ošetřování s jejich odlišnostmi. Romové nedodržují hygienické zásady, nedůvěřují zdravotnickému personálu a tuto nedůvěru dávají patřičně najevo, informace vyžadují od nejvýše postaveného představitele kliniky, jsou velmi emotivní a mají strach z bolesti a smrti, na návštěvy většinou chodí celé početné rodiny, nerespektují dietní opatření, dodržují léčebné opatření pouze do té doby, než ustoupí příznaky nemoci, těhotná romská žena se nesmí koukat na postižené a mrtvé lidi, novorozencům na zápěstí vážou červené mašličky jako ochranu před zlými duchy (Hulková, 2015).

Přesto, že většina příslušníků romského etnika se velmi dobře dorozumí jazykem většinové společnosti země, ve které žijí, jejich tradičním jazykem zůstává romština, kterou preferují ve verbální komunikaci. Romština se se všemi svými dialekty řadí mezi indoevropské jazyky do skupiny jazyků indických. Příbuznost indoevropských jazyků značí podobnost některých výrazů, například bratr – anglicky brother, staroindicky – bhrátr a romsky phral. Romština však není zcela jednotným jazykem. Díky kočovnému životu a častému přemísťování existuje několik hlavních dialektů romského jazyka, ale i přesto se Romové z různých částí světa jsou schopni domluvit (Plevová et al., 2011).

Rozdíly se nacházejí i v neverbální komunikaci a jejích projevech. Jelikož se v romských rodinách klade velký důraz na výchovu v úzkém tělesném kontaktu s ostatními členy rodiny, nesoustředí se tedy tolik na verbální komunikaci s dětmi, ale komunikují a vyjadřují se spíše pomocí dotyků. Tuto skutečnost je nutno vzít v úvahu při péči v nemocničním zařízení, jelikož se zde projevují odlišnosti ve vnímání osobního prostoru, především intimní zóny, která je zde menší než u populace majoritní (Tóthová, 2012). Neverbální složka je u Romů obecně výraznější. To, co může být v ostatní společnosti vnímáno jako přehnaný projev emocí, může u Romů být považováno za projev neutrální (Dayer – Berenson, 2011). Díky mnohým odlišnostem mohou v nemocničním zařízení vzniknout při komunikaci mezi Romy a sestrami komplikace. Romové jsou velmi nedůvěřiví vůči zdravotnickému personálu. Před tím, než dojde k předávání informací, je nezbytné získat si důvěru členů rodiny, zjistit, komu se mají poskytovat a kdo z členů rodiny bude se zdravotnickým personálem jednat. Při komunikaci s Romy je dále nutné, aby se sestra zaměřila především na neverbální projevy jak své, tak na projevy zástupců etnika, jelikož Romové dokáží zpracovat až 95 % mimoslovní neverbální komunikace (Tóthová, 2012).

1.3.3 Specifika kultury, zdraví a komunikace u ukrajinské minority

Kultura Ukrajinců vychází z křesťanských tradic, hlavně jde o pravoslaví a řecké katolictví (Kutnohorská, 2013). Jejich zvyky a tradice tedy souvisejí především s církevními svátky východního obřadu a s výročními dny některých výrazných osobností z minulosti. Velmi rádi slaví všechny tyto svátky, z nichž jsou pro ně nejvýznamnější Velikonoce, takzvaná Pascha nebo Vánoce (Plevová et al., 2011). Mezi další z tradic patří velká obliba v hudbě a tanci. Ukrajince můžeme vidět zpívat velmi často, bez ohledu na to, zda jsou právě smutní nebo veselí (Tóthová, 2012). Hodnotový systém se od majoritního obyvatelstva České republiky vzhledem k již dlouholetému soužití zásadně moc neodlišuje. Obecně vyšší je pouze míra hrdosti, kterou mají ke svému národu, což někdy může vést až k určité nekritičnosti a idealizaci vlastního národního celku (Plevová et al., 2011). Co se týká rodiny, ta je pro Ukrajince velmi důležitá, a pokud ji mají, velice si jí váží (Tóthová, 2012). V minulosti byl hlavou ukrajinské rodiny vždy muž, v dnešní době, vzhledem k velké nezaměstnanosti, přináší do rodiny peníze také i žena (Kelnarová a Matějková, 2014).

Co se týká zdravotnické péče, Kelnarová a Matějková (2014) ve své knize uvádí, že na Ukrajině je v dnešní době v katastrofálním stavu. Pacienti, kteří mají být hospitalizováni, před svým nástupem do nemocnice dostávají seznam věcí, které si musí nakoupit a donést s sebou. Jedná se o pyžama, prostěradla, roušky, ale dokonce vyžadují i donesení vlastních injekčních stříkaček nebo obvazů. Díky tomu ukrajinští pacienti, kteří přicházejí do nemocničního zařízení v České republice, jsou většinou velice ukázněni a nemají téměř žádné specifické požadavky. Ochotně se přizpůsobují a chápou režimové řády oddělení. Problémem, který může nastat, je to, že část zástupců ukrajinského etnika nemá na území České republiky sjednané platné zdravotní pojištění. Díky tomu se k nim mnohdy lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci mohou chovat poněkud nedůvěřivě (Rákoczyová et al., 2010). Další překážkou se při poskytování ošetrovatelské péče stává neschopnost kvalitní a produktivní komunikace mezi sestrou a pacientem v souvislosti s nedokonalou znalostí českého jazyka (Kutnohorská, 2013). Rozdíly v komunikaci mezi Ukrajinci a českou společností jsou minimální, ale přesto se zde pár odlišností a specifik najde. Oficiálním jazykem zástupců daného etnika je ukrajinština. Patří k jazykům indoevropským pocházejícím z východoslovanské skupiny jazyků. Není však jediným používaným jazykem, při úředním styku se můžeme setkat i s ruštinou nebo tatarštinou (Tóthová, 2012). Na Ukrajině není dbán velký důraz na studium cizích jazyků, díky čemuž Ukrajinci v České republice nemají pouze slabé znalosti češtiny, ale i ostatních západních jazyků (Plevová et al., 2011). Přesto, že český jazyk není od ukrajinštiny až tak rozdílný, dochází i při komunikaci mezi Ukrajincem a zdravotnickým pracovníkem mnohdy ke vzniku problémů – neschopnost vyjádřit se, správně pochopit význam sdělení nebo k zaměňování podobných slov. Zde je důležité si uvědomit, že někteří ukrajinští pacienti, kteří neporozumí, projeví známky pochopení, jen pro to, aby nezpůsobili zbytečné problémy. Proto je ze stran sester nezbytné poskytnout zpětnou vazbu (Yahoda, 2007). Ústředním prvkem neverbální komunikace, který uplatňují Ukrajinci při rozhovoru s druhými osobami, je především pohled z očí do očí. Tímto přímým očním kontaktem vyjadřují důvěru a respekt k druhé osobě. Důležitý je pro ně i pozdrav pomocí podání ruky, který praktikují při setkání i loučení. Při komunikaci také velmi živě gestikulují, specifikem je, že nikdy neukazují na nějaký objekt nebo osobu prstem. Své emoce vyjadřují otevřeně pomocí řeči těla a mimiky, ale pouze v kruhu rodiny. Ve společnosti se při projevu svých emocí, jako je pláč, smích nebo hádka snaží být obezřetní a přizpůsobují se situaci. Jinak vzhledem k majoritě

České republiky nevykazují zástupci ukrajinského etnika větší odlišnosti (Plevová et al., 2011).

1.3.4 Specifika kultury, zdraví a komunikace u vietnamské minority

Historie Vietnamců, kteří jsou přítomni na území České republiky, je již více než padesát let dlouhá. Přesto však informace o kultuře a životě této skupiny nejsou široké veřejnosti dostatečně známy (Sataryová, 2014). Nebere se ohled na jejich individualitu a česká majorita, spíše než na jednotlivce s určitými problémy, takto pohlíží na celou komunitu. V tomto případě nepomáhají ani moc média, která často Vietnamce prezentují jako osoby provádějící nelegální činnosti. Mnohá šetření i teoretická studia hovoří o tom, že česká společnost je kulturně velmi homogenní a poměrně xenofobní a není nakloněna přijímat mezi sebe odlišné kultury. Díky tomu došlo ke vzniku mnoha předsudků a neosobnímu chování vůči přistěhovalcům, kteří se nějak odlišují a hovoří jiným než českým jazykem (Sataryová, 2014).

Nyní představíme pár základních informací o zástupcích Vietnamského etnika. Rodina je pro Vietnamce pojímána široce a představuje pro ně nejdůležitější jednotku společnosti. Klade se na ni značný důraz, neboť má vliv na zdraví, životní hodnoty, ale i produktivitu svých členů. Náleží do ní rodiče, děti, svobodní jedinci a mnohdy manželovi rodiče. Tradiční vietnamská rodina je patriarchální a její hlavou se stává nejstarší mužský příslušník, ten rozhoduje o veškerém dění v rodině, je zdrojem rad a ovlivňuje všechny její členy. Naopak žena nemá mnoho privilegií a práv jako muž. Její hlavní činností se stává starost o domácnost (Tóthová, 2010). Rodiny se také vyznačují dodržováním mnoha tradic a uznáváním společných hodnot. Jednou z nejdůležitějších hodnot je pro ně vzdělání a jsou ochotni do něj investovat veškeré jejich finanční prostředky (Hulková, 2015). Děti jsou již od velmi mladého věku vychovávány k tomu, aby byly ve škole a v životě co nejlépejší. Většina dětí tuto motivaci prožívá velmi aktivně a snaží se o co nejlepší výsledky. Vyšší vzdělání je považováno jako podmínka k získání dobrého zaměstnání a cesta k lepšímu životu, než mají jejich rodiče (Průcha, 2010).

Když Vietnamce postihne nemoc, vnímají to jako poruchu rovnováhy mezi jin a jang. Většina z nemocných se nejprve uchyluje k domácímu léčení a k lékaři přicházejí až tehdy, když je situace vážná. Závažnost stavu je adekvátní nejprve zkonzultovat s hlavou rodiny, kterou je většinou otec nebo nejstarší syn. Konzultace je nutná z toho

důvodu, že rodina si nepřeje, aby byl nemocný ve stresu z nemoci či terapie. Důležité je také uvědomit si, že zástupci vietnamské minority mají větší práh bolesti a straní se používání tisících medikamentů ze strachu z návyku a vedlejších účinků (Tóthová, 2010). Dále by měla sestra poskytující zdravotní péči vědět, že se obávají o cokoli požádat, a tak je vhodné neustále se vyptávat na obtíže a aktivně nabízet pomoc, o povolení k pitvě rozhoduje celá rodina a například porod je u Vietnamců velmi tichý a vždy je u něj vítán otec dítěte (Hulková, 2015).

Komunikace s Vietnamci má také mnoho odlišností. Uvnitř rodin se komunikuje především pomocí vietnamštiny, neboť starší členové mnohdy neovládají český jazyk. Naopak vietnamské děti neumí dobře vietnamsky a rodiče jim musí některá slova vysvětlovat. Sourozenci, pokud mají znalost českého jazyka, mezi sebou hovoří česky (Průcha, 2010). Vietnamština je jazyk zapisovaný latinkou a její slovní zásoba je složena především z jednoslabičných slov, která se neskloňují, nečasují ani nijak nepozměňují. Co se týká zdvořilostních výrazů, i zde jsou odlišnosti od jazyka českého. Vietnamci například při konverzaci nepoužívají tykání ani vykání, ale využívají zvláštních zdvořilostních obrátů, kdy jejich použití závisí na okolnostech vztahujících se k věkové a společenské příslušnosti (Hirt a Martínková, 2010). Dalším rozdílem je, že ve vietnamské komunikaci téměř neexistuje zápor. Když Vietnavec dostane otázku, na kterou by měl odpovědět pouze ano, či ne, reaguje pomocí vět jako „*Myslíte, že je to vážně tak?*“ nebo „*Musím si to promyslet.*“ Takovéto myšlení vychází z buddhistické filozofie, kde lze nesouhlas s druhou osobou vnímat jako nezdvořilost (Tóthová, 2010).

Neverbální komunikace je pro ně významově srovnatelná s komunikací verbální. Při setkání se Vietnamci zdraví tradičním vietnamským pozdravem, kdy podají pravou ruku a zřetelně stisknou ruku osoby druhé, následně stisk doprovodí lehkým stisknutím levé ruky, což zapříčiní, že v jedné chvíli je ruka druhé osoby držena v obou dlaních. Tímto dochází k symbolickému vyjádření vzájemné úcty. To, že si někoho váží, také vyjadřují tím, že podávaný předmět drží oběma rukama (Tóthová, 2010). Specifičnost se nachází i ve vyjádření pomocí úsměvu. Úsměv patří k jednomu z nejvíce zavádějících neverbálních projevů u zástupců vietnamské menšiny, jelikož v jejich podání nemusí znamenat pouze úctu, pocit radosti či výraz sympatie (Kelnarová et al., 2015). Mnohdy úsměv Vietnamci využívají i v situacích, které jsou jim nepříjemné nebo pro ně nepochopitelné. Vyjadřují pomocí něho také nervozitu, rozpaky, podráždění nebo omluvu (Hirt a Martínková, 2010). Velký význam připisují také kontrole svých emocí a

citového vnímání. Vietnamci nikdy nedávají najevo své problémy a náročné situace řeší bez afektů. Není pro ně přijatelné projevovat se výrazněji ve společnosti. Podobně je na tom i hlazení po vlasech a ostatní tělesné dotyky, ty mají povolené pouze rodiče ke svým dětem, v ostatních případech je to vnímáno jako projev neúcty (Hulková, 2015).

1.4 Role sestry v poskytování efektivní ošetrovatelské péče v rámci multikulturního ošetrovatelství

Tato kapitola se bude prvotně zaměřovat na obecné charakterizování role sestry ve zdravotnickém zařízení spolu s rozdělením do čtyř základních oblastí. Následně se bude věnovat již specifickým rolím a činnostem, které by měla plnit dětská sestra poskytující péči jak v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, tak na dětských odděleních. Na závěr bude shrnuta důležitost role sestry při péči o zástupce patřící do jiné etnické skupiny.

Sestry reprezentují největší profesní skupinu působící v ošetrovatelství, stojí po boku lékařům, pacientům, ale i jejich blízkým těsněji než jakýkoliv jiný zdravotnický pracovník. Právě z tohoto postavení sester vyplývá složitost a mimořádnost jejich role (Ptáček a Bartůněk, 2011). Poznání vlastní role je u sestry nesmírně důležité a promítá se do celé její osobnosti (Zacharová, 2011). Některé obecné znaky role sester lze specifikovat ve čtyřech oblastech. Zprv je to funkční specifita – vyjadřující, že je nutné, aby sestra měla faktické i formální odborné kompetence pro výkon svého povolání, včetně požadavku na ochotu a schopnosti komunikovat se spolupracovníky. Dále se jedná o emocionální neutralitu – tato oblast je zaměřena na způsob jednání s nemocnými a jejich rodinou bez emocionální účasti. Nejedná se o bezcitnost, ale o projev porozumění a sympatií bez plného rozvinutí. Zatřetí lze zařadit univerzalismus – v této oblasti je dbán důraz na to, že příjemcem ošetrovatelské péče může být jakýkoliv jedinec patřící do dané společnosti. Zde sestra uplatňuje roli poskytovatelky rovnocenné ošetrovatelské péče. Poslední oblastí je kolektivní orientace, která značí to, že sestra by ve svém jednání neměla vycházet ze svých potřeb, ale ze zájmů druhých, tedy pacientů a jejich rodiny. Přesto, že se jednotlivé znaky rolí modifikují, ve svém celku dobře vystihují roli sestry ve zdravotnickém systému (Zacharová, 2016). Podat však přesnou charakteristiku role sestry je velmi složité, neboť se jedná o povolání, kde každá sestra na základě svého pracovního postavení vykonává různorodé činnosti (Vévoda et al, 2013).

Specializovaným povoláním ve zdravotnictví je dětská sestra. Dětská sestra má v oboru pediatrie své nezastupitelné místo. V rámci svých kompetencí se podílí na komplexní ošetrovatelské péči o děti od jejich narození až do dokončení 19. roku života ve všech zdravotnických zařízeních, přičemž se aktivně zapojuje nejen do ošetrovatelské péče, ale do všech aspektů zahrnující dítě i jeho rodinu (Sedlářová, 2008). Jejich ústředním cílem je především podporovat růst a zdravý vývoj dítěte. Činnost jednotlivých sester v ambulantním provozu a na dětských odděleních se liší, závisí to na regionální struktuře pracovních míst, specializačním vzdělání a také zkušenostech. Podobně jako děti, přicházející z různorodých rodinných zázemí, tak každá sestra s sebou přináší soubor individuálních proměnných, které mají vliv na vztah sestra – pacient – rodina. Bez ohledu na to, v které sféře sestry působí, by mělo být jejich hlavním posláním zajištění blaha jak dítěte, tak jeho rodiny (Sikorová, 2011). Hlavním posláním dětské sestry v primární péči je ochrana a podpora životních podmínek pro zdravý růst a vývoj dítěte. Jelikož je sestra mnohdy prvním člověkem, kterému se rodiče dítěte nebo samo dítě svěří se svými obavami a starostmi týkajícími se zdraví, je ve výborné pozici začít se cíleně věnovat propagování intervencí podporujících zdraví dítěte v kontextu rodiny, případně celé komunity, kde dítě vyrůstá (Sikorová, 2012). Dalším důležitým aspektem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je schopnost dětské sestry vytvořit vztah založený na důvěře a smysluplnosti s dítětem i jeho rodinou. Sestra by měla umět vytvořit vhodnou a motivující atmosféru k poskytování ošetrovatelské péče a zároveň k poskytování informací. Aby dětská sestra mohla edukovat, musí mít dostatek znalostí v oblasti medicíny a ošetrovatelství (Svěráková, 2012). Dětská sestra by měla zvládnout zmapovat všechny potřeby a pocity jak dětí, tak jejich rodičů, ale přitom odlišovat své vlastní a udržovat si hranice své profesionality. Dále neopomenutelným úkolem sestry je vytvoření optimálních podmínek pro otevřenou a vstřícnou komunikaci mezi dítětem, rodinou a jí. Tato komunikace by měla zajistit snížení obav rodičů se sestře svěřit, dotázat se na nejasnosti a vyjádřit své pocity týkající se potřeb a podpory zdraví dítěte (Sikorová, 2011). Dle Pokorné (2010) by se měla komunikace odrážet od sedmi složek. Jedná se o důvěryhodnost – kdy by sestra měla předávat informace takovým způsobem, aby jí rodiče i děti naprosto důvěřovali, kontext – prostředí a komunikace by měly být vhodně přizpůsobené, obsah – předávané informace musí být podstatné a smysluplné, jasnost – sdělení by mělo být předáváno s vynecháním odborných a složitých pojmů, kontinuitu a konzistenci – edukace vyžaduje trvalé opakování a musí být konzistentní, kanály – sestra by měla umět tvořit a vhodně využívat komunikačních kanálů, a

nakonec schopnost veřejnosti – sestry by měly vědět, na jaké úrovni je schopnost rodičů i jejich dětí přijímat poskytnuté sdělení a komunikaci co nejefektivněji přizpůsobit.

Při svém povolání přichází i dětská sestra často do kontaktu se zástupci jiných etnických skupin. Tato heterogenita pacientů s sebou přináší problémy, které dřívější zdravotničtí pracovníci nemuseli v takovém rozsahu řešit. Zástupci patřící k jiným menšinám mají své specifické názory na zdraví a nemoc, příčiny nemocí, na způsob léčby a podobně. Tyto názory vycházejí z kulturních tradic jejich společenství. Mnohdy se tedy pacienti patřící do jiného etnika dožadují při poskytování péče různých odlišností, přičemž vznikají konflikty a nedorozumění. Dochází zde k rozporu mezi tím, co je zvykem v západní medicíně, a mezi tím, co požadují a co nakonec akceptují, či neakceptují příslušníci jiných kultur (Ptáček a Bartůňek, 2014). Druh a míra těchto specifíků závisí na příslušnosti dané osoby ke skupině, na míře jeho začlenění do české kultury a společnosti a na formě jeho vyznání (Tóthová, 2012). Specifickým požadavkem se při poskytování péče zástupcům jiných etnických skupin stává velmi často způsob použité komunikace. Vhodně zvolenou formou může sestra ovlivňovat komunikaci směrem, jakým potřebuje. Může zvyšovat efektivitu vlastní komunikace, ovlivňovat dojem, jakým působí na druhé, lépe překonávat komunikační překážky, snáze pochopit a vcítit se do emocionálního prožívání a potřeb pacientů a v neposlední řadě lépe porozumět těm, kteří nemohou nebo nejsou schopni kvůli nemoci nebo komunikační bariéře komunikovat pomocí slov a jsou odkázáni právě na „řeč těla“ (Zacharová, 2016). Proto je adekvátní, aby sestra dorozumívající se s druhými, zde především se zástupci daných etnických skupin, vykazovala dobrou komunikační způsobilost, což zjednodušeně znamená, vědět, jak efektivní komunikace funguje a umět ji vhodně využívat. Komunikační způsobilost je totiž vždy specifická pro určitou kulturu, přičemž zásady efektivní komunikace jsou u různých kultur různé a je nutné vědět, že co se osvědčí u jedné, nemusí fungovat stejně u druhé (De Vito, 2008).

2 Cíle, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké komunikační bariéry se vyskytují při komunikaci dětských sester s rodiči pacientů zkoumaných etnických skupin.
2. Zjistit informovanost dětských sester o zásadách verbální a neverbální komunikace daných etnických skupin.
3. Zjistit znalosti dětských sester o kultuře daného etnika.
4. Zjistit, jaké zkušenosti mají rodiče dětských pacientů patřících do daného etnika s komunikací s dětskými sestrami.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké bariéry se vyskytují při komunikaci dětských sester s rodiči pacientů daných etnik?
2. Jaká specifika zaznamenaly dětské sestry při komunikaci s rodiči pacientů daných etnik?
3. Jaké možnosti využily sestry pro zlepšení komunikace v rámci multikulturního ošetrovatelství?
4. Jaké znalosti mají dětské sestry ohledně verbální a neverbální komunikace daných etnik?

3 Metodika

Pro zpracování empirické části diplomové práce na téma „*Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů daných etnických skupin*“ byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Šetření probíhalo v období od února do května 2017. Výzkumná část byla rozdělena na tři etapy. První etapa byla realizována pomocí výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Byla rozdělena na dvě části. První část tvořily rozhovory s dětskými sestrami pracujícími v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost a sestrami na dětském oddělení. Dětské oddělení i ordinace praktických lékařů pro děti a dorost se nacházely na území Jihočeského kraje. Polostrukturovaný rozhovor (Příloha 1) obsahoval přibližně 13-16 otázek, jejichž počet se měnil na základě poskytnutých odpovědí. První tři otázky zachycovaly základní charakteristické údaje o sestrách, jako je dosažené vzdělání, délka praxe a pracoviště. Další soubor otázek se zaměřoval na posouzení orientovanosti sester v problematice multikulturního ošetřovatelství, jako je povědomí o kulturních specifikách daných etnik, komunikačních odlišnostech a bariérách. Zbývající otázky posuzovaly postavení sester k zástupcům daných etnických skupin, společně se zážitky z praxe. Většina rozhovorů vznikala v neutrálním prostředí, jako například byla kavárna či domácnosti sester. Dále rozhovory probíhaly přímo na dětském oddělení nebo v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Každý rozhovor trval přibližně 20-45 minut.

Druhá část první etapy se zaměřovala na posouzení zkušeností rodičů patřících do dané etnické skupiny s poskytováním péče dětskými sestrami v nemocničním zařízení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Podobně jako u první části byly informace shromažďovány pomocí metody kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru (Příloha 2). Rozhovor obsahoval 6 otázek. Tato část výzkumu byla pouze doplňující, díky ní byl zjištěn pohled na chování a komunikaci sester se zástupci daných etnik i z druhé strany – ze strany rodičů. Setkání se zástupci daných etnik probíhalo v čekárnách ordinací lékaře pro děti a dorost a v neutrálním prostředí – obchod. Každý rozhovor trval přibližně 10-15 minut.

Všichni účastníci byli prvotně seznámeni s cílem a důvodem provedení výzkumného šetření. Poté jim bylo sděleno, že poskytnuté informace budou dále zpracovány anonymně a s provedením rozhovoru a následným uvedením odpovědí souhlasili. Rozhovory byly dále přepsány v programu Microsoft Office Word 2010. Zpracování

získaných odpovědí proběhlo pomocí metody barvení textu s následným rozdělením do kategorií a subkategorií.

Na základě informací, které byly získány během rozhovorů, bylo rozhodnuto, že by bylo vhodné ověřit způsoby komunikace a metody využívané pro překonávání komunikačních bariér v praxi. Druhá etapa výzkumného šetření byla realizována pomocí metody pozorování. Pozorování proběhlo ve třech různých ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost na území Jihočeského kraje. První pozorování bylo zjevné a zúčastněné a na základě získaných poznatků bylo rozděleno na dvě setkání. Další pozorování proběhlo taktéž zjevné a zúčastněné a tvořilo ho jedno setkání. Třetí pozorování proběhlo zúčastněné a zároveň skrytě. Cílem této fáze výzkumného šetření bylo zjistit, jak v praxi probíhá komunikace mezi dětskými sestrami a zástupci daných etnických skupin. Zároveň bylo sledováno, jak sestry v praxi využívají pomoci alternativních komunikačních metod, jako jsou komunikační karty (Příloha 3) či piktogramy. Pozorování bylo průběžně zaznamenáváno do vytvořeného archu (Příloha 4) a následně sepsáno do souvislého textu. Délka každého pozorování byla přibližně 30–40 minut.

V průběhu pozorování bylo zjištěno, že sestry neznají všechny možnosti, kterými si mohou pomoci pro zlepšení komunikace s cizinci a zástupci jiných etnických skupin. Na základě těchto skutečností se stanovilo, že šetření bude dále probíhat formou akčního výzkumu. Třetí etapa se zaměřila na podání doporučení v oblastech, kde byly zaznamenány nedostatky. Jednalo se především o seznámení s komunikačními kartami, piktogramy a kurzy. Dále byla představena i vytvořená brožura (Příloha 5), která obsahovala informace pro ulehčení komunikace s cizinci. V případě druhého pozorování byla sdělena i rada ohledně toho, že by podávané informace měly být přizpůsobené věku a rozumovým schopnostem pacientů a jejich rodičů. Následně došlo ke zpětnému ověřování, zda tyto rady a pomůcky v budoucnu využijí.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

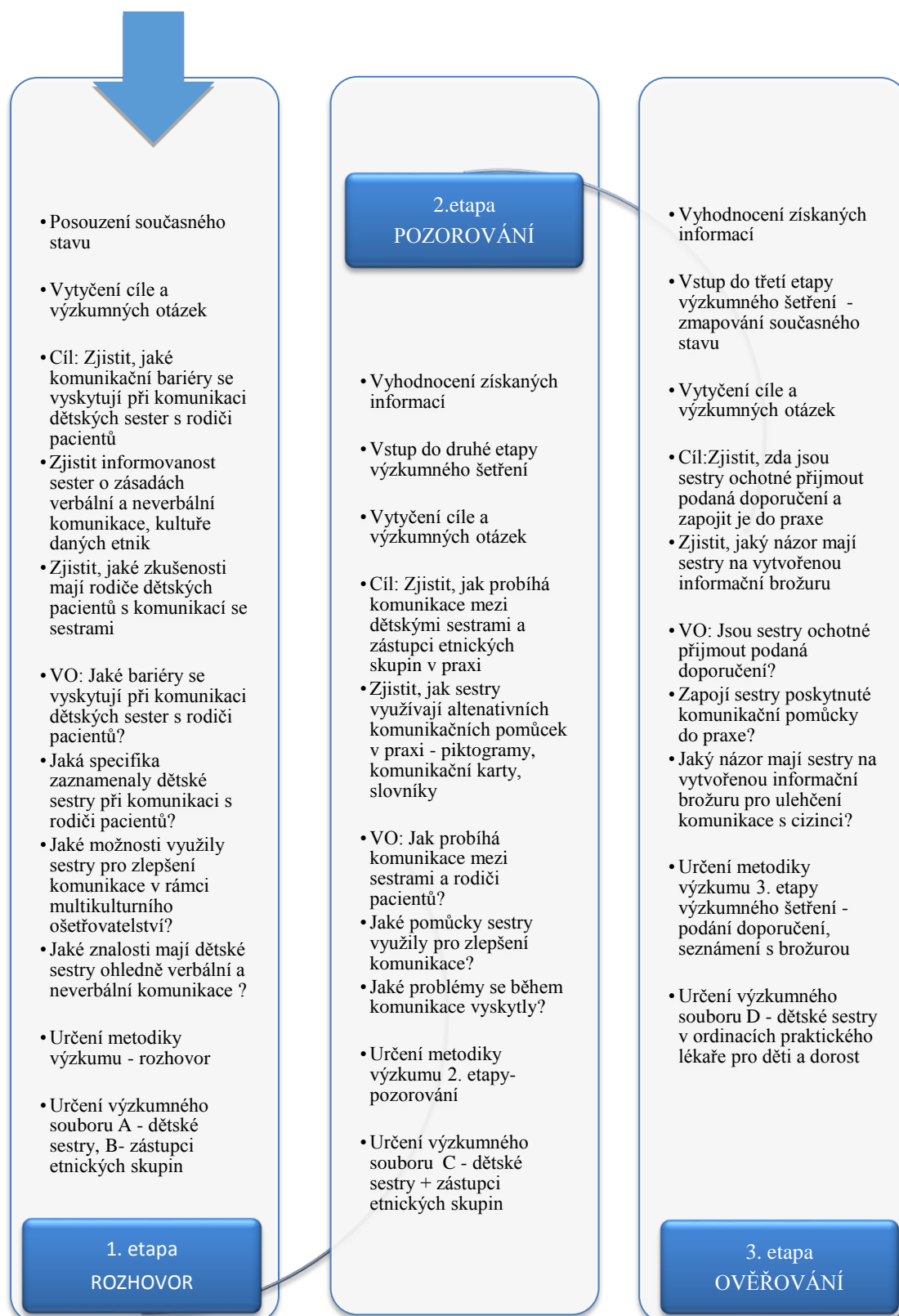
Výzkumný soubor byl tvořen záměrným výběrem. Kritériem pro výběr probandů pro první etapu šetření bylo vyhledání sester, které nyní pracují na dětském oddělení či v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Podmínkou bylo zároveň působení na území Jihočeského kraje. Výzkum probíhal do nasycení vzorku, na základě čehož bylo do šetření zahrnuto 10 sester. 7 z nich působí profesně na dětském oddělení, další 3

pracují v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Sestry pracující v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost se staly zároveň účastnicemi druhé a třetí etapy výzkumného šetření, které zahrnovalo pozorování komunikace se zástupci jiných etnik v praxi a podání doporučení k praxi s následným ověřováním.

Zástupci daných etnických skupin, kteří se účastnili taktéž první fáze výzkumného šetření, byli určeni záměrným výběrem. Kritériem výběru byly odlišné národnostní znaky. Jednalo se o zástupce jiných etnických skupin, přesněji o osoby patřící do vietnamského, ukrajinského a romského etnika. Podmínkou bylo zároveň to, aby daná osoba byla rodičem a měla zkušenosti s poskytováním zdravotnické péče dítěti na dětském oddělení nebo v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Výzkumný soubor tvořilo 5 probandů. Dvěma rozhovorům předcházely předem domluvené schůzky – v nemocnici a v obchodním domě. Další rozhovory byly zprostředkovány v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, kdy nám na základě telefonického hovoru od sestry byly předem poskytnuty informace o tom, kdy se rodiče patřící do daného etnika mají zúčastnit preventivní prohlídky se svým dítětem.

4 Výsledky výzkumu

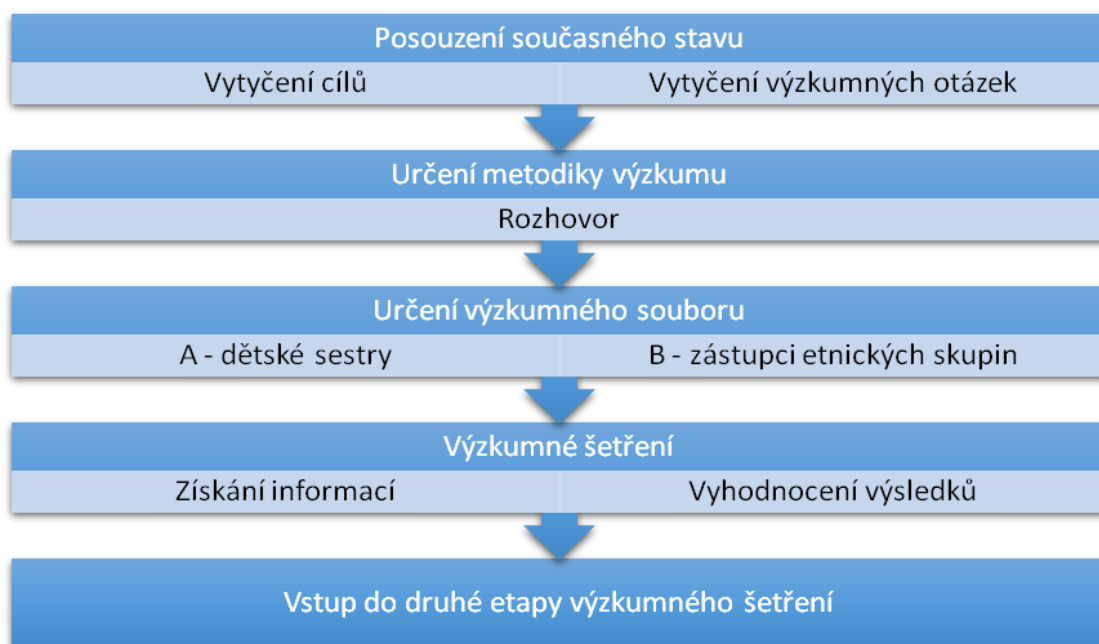
Schéma 1 Schéma výzkumného šetření



(zdroj vlastní)

4.1 První etapa výzkumného šetření

Schéma 2 Schéma první etapy výzkumného šetření



4.1.1 Identifikace výzkumného souboru A

Tabulka 1 Charakteristika probandů výzkumného souboru A

<i>Sestra</i>	<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Pracoviště</i>
S 1	30 let	VŠ	Dětské oddělení
S 2	42 let	SZŠ	PLDD
S 3	26 let	VŠ	Dětské oddělení
S 4	32 let	VŠ	Dětské oddělení
S 5	28 let	VŠ	Dětské oddělení
S 6	30 let	VŠ	Dětské oddělení
S 7	27 let	VŠ	Dětské oddělení
S 8	38 let	SZŠ	PLDD
S 9	37 let	SZŠ	PLDD
S 10	38 let	SZŠ	Dětské oddělení

(zdroj vlastní)

Pro názornost bylo vytvořeno schéma 1. etapy výzkumného šetření. Výzkumný soubor A byl tvořen dětskými sestrami pracujícími na dětském oddělení a v ordinacích dětských lékařů pro děti a dorost. Výzkumu se zúčastnilo 7 sester pracujících na dětském oddělení a 3 sestry pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Věk respondentek se pohyboval mezi 26–42 lety. 6 z oslovených sester dokončilo vysokoškolské vzdělání, zbývající 4 dětské sestry dokončily střední zdravotnickou školu.

4.1.2 Vyhodnocení výsledků první etapy výzkumného šetření souboru A

Kategorie 1 Multikulturní ošetřovatelství

Schéma 3 Multikulturní ošetřovatelství



(zdroj vlastní)

První kategorie se zaměřuje na multikulturní ošetřovatelství. Obsahuje dvě subkategorie, které se zabývají definicí pojmu multikulturního ošetřovatelství z pohledu sester s ohledem na jejich předchozí vzdělání a důležitosti zahrnout předmět multikulturního ošetřovatelství do výuky.

Pojem multikulturní ošetřovatelství

Subkategorie znázorňuje, co si sestry pracující na dětském oddělení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost představují pod pojmem multikulturní ošetřovatelství. Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 sester, které mají vystudovanou vysokou školu a 4 sestry, které dokončily střední zdravotnickou školu. Odpovědi byly různorodé a hodnota jejich obsahu odpovídala předchozím zkušenostem s touto problematikou. Jako kvalitní odpověď lze předložit vyjádření S5, která uvedla: „Multikulturní ošetřovatelství lze shrnout jako ošetřovatelskou péči o klienty různé národnosti nebo menšiny vyznačující se různou kulturou, kdy sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci pohlíží na klienty jako holistické bytosti a berou v úvahu veškeré jejich odlišnosti a péči přizpůsobují jejich životnímu stylu a hodnotám.“ S5 dále uvedla,

že předmět multikulturní ošetřovatelství byl součástí studia na vysoké škole a s jeho obsahem byla spokojena: „*Ano, na vysoké škole jsme se multikulturním ošetřovatelstvím zabývali a podle mého názoru opravdu dostatečně. Předmět jsme měli v rozvrhu po dva semestry a na praxi, ve které s jinými etniky přicházíme do kontaktu, jsme tedy byli vhodně připraveni.*“ Pojem multikulturní ošetřovatelství si vysvětluje velmi dobře i S4: „*Řekla bych, že se jedná o specifickou ošetřovatelskou péči poskytovanou příslušníkům různých kultur s ohledem na jejich bio-psycho-sociální potřeby, které mohou být na základě jejich etnika odlišné od těch našich,*“ také uvádí, že součástí studia na vysoké škole byl předmět zabývající se kulturami jiných etnik. Poukazuje zároveň i na to, že podané informace byly obsáhlé a dostatečné a v praxi většinu z nich dokázala uplatnit. Obdobně reagovala i S1 a S7. S6 měla na vysoké škole stejně jako S1, S4, S5 a S7 výuku zaměřenou na multikulturní ošetřovatelství, ve své odpovědi uvedla, že s předmětem byla spokojena, ale poukazuje na nutnost průběžného opakování: „*Ano, měli jsme na škole předmět řešící multikulturní ošetřovatelství, ale abych řekla pravdu, nic moc si už nepamatuji. Podané informace byly dostatečné a zajímavé, ale bez opakování a průběžného prohlubování znalostí se zapomene cokoliv.*“ Předmět o kulturách jiných etnických skupin byl součástí výuky i S3, ta však nebyla s jeho obsahem příliš spokojena. „*Ano, na škole jsme se multikulturou zaobírali asi dva semestry, ale mnoho informací jsem si z něj neodnesla. Nebyl zrovna dobře zorganizovaný, neřešily se věci uplatnitelné v praxi a nebyl prezentován žádnou zajímavou formou. Bylo by dobré úroveň vylepšit.*“ Odpověď S3 na otázku, co si představuje pod pojmem multikulturní ošetřovatelství, byla s ohledem na nedostatek informovanosti v důsledku nepřiměřené výuky velmi stručná: „*Řekla bych, že to jde vysvětlit jako ošetřovatelství s různými kulturami, ukazuje na rozdíly, které jsou v různých kulturách.*“ Společným znakem zbývajících probandů S2, S8, S9, S10 je, že svého nejvyššího vzdělání dosáhli na střední zdravotnické škole, kterou ukončili maturitní zkouškou. Dalším vzájemným znakem je, že žádná z dotazovaných sester se na střední škole problematikou multikulturního ošetřovatelství ve výuce nezabývala. S8 ve své odpovědi uvádí: „*Nic takového jsme neměli, v té době, kdy jsem ještě studovala, bylo zaměření pořádně jen na to ošetřovatelství, jako byly interní a chirurgické věci a předměty, co se nám hodily k praxi. Cizincům a těm jiným etnikům se nikdo nevěnoval, přeci jen to tenkrát nebylo tak časté. Takže to po nás nikdo nevyžadoval a nikomu nepřišlo zas tak divné nebo nevhodné, že neumím jiný jazyk a neznám nějaké zásady, co vyžaduje například Rom nebo Arab.*“ Nedostatečným znalostem v této problematice

odpovídá i vyjádření S8 na otázku, co si představuje pod pojmem multikulturní ošetrovatelství: „*No jediné, co mě napadá, že se ošetří kdejaký cizinec, že se musí v rámci multikultury ošetřit i cizinci no. Víc mě k tomu nenapadá, že mě už víc informací nedostanete.*“ Výrok S2 je podobný: „*Žádný takový předmět jsme neměli, jediné co, tak obecnou psychologii, ale co se týká kultur a náboženství jiných etnik a tak, to se v té době, kdy byl konec totality, vůbec neřešilo.*“ Definice pojmu dle S2 také nebyla příliš rozvinuta: „*Je to péče o pacienty jiné rasy, jiného náboženství, kultury.*“ Naopak odpovědi S10 byly velmi příjemným překvapením, a to i přesto, že se na jejich střední škole nevyučoval předmět zabývající se kulturami jiných etnických skupin. S10 se dle výpovědi sama aktivně ve volném čase této problematice věnuje, čemuž je přiměřené i vyjádření ohledně pojmu multikulturní ošetrovatelství: „*Jedná se o ošetrovatelskou péči o pacienty patřící do různých etnik, ras, národností, která respektuje a zohledňuje jejich bio-psycho-sociální a spirituální rozlišnosti a potřeby. Zaměřuje se na jejich individualitu a přijímá jejich specifika.*“ Poslední z dotazovaných S9 uvádí, že si nepamatuje, zda se na jejich škole tento předmět vyučoval a pod pojmem multikulturní ošetrovatelství si toho příliš nepředstavuje: „*Je to starost o cizince, co patří do jiné kultury.*“

Zahrnutí předmětu multikulturního ošetrovatelství do výuky

Tato subkapitola se zaměřuje na to, jaký mají dětské sestry názor na zařazení předmětů zabývajících se multikulturním ošetrovatelstvím do výuky na středních zdravotnických školách a vysokých školách. Názory se převážně shodují na tom, že multikulturní ošetrovatelství by mělo být součástí vyučovacích předmětů. S8, která se na střední škole problematikou multikulturního ošetrovatelství nezabývala, ve své odpovědi konstatuje, že kdyby se předmět na školách vyučoval již dříve, pomohlo by jí to při výkonu svého povolání: „*Určitě by se hodilo, aby se předmět zabývající se multikulturou vyučoval jak už na střední, tak na vysoké. Stále se s tím setkáváme, v dnešní době jsou cizinci už všude, pomalu na každém kroku. Tak ty studentky znalostí z těchto předmětů určitě využijí a budou na tom lépe než my, co jsme o tom nikdy neslyšely. Budou lépe připraveny na to, co je čeká a jak si v takové situaci poradit.*“ K potřebnosti výuky předmětů informujících o kulturách jiných etnik se vyjádřila pozitivně i S2, která taktéž neměla multikulturní ošetrovatelství jako součást studijního plánu: „*Je velká škoda, že my jsme se nic takového neučily. Informace z tohoto soudku by se dnes hodily. Takže bych řekla, že je určitě vhodné, aby se těmito předměty vyučovalo již na středních*

zdravotnických školách a následně i vysokých školách. Znalostí není nikdy dost.“ S7, která se o multikulturním ošetřovatelství učila na vysoké škole, poukazuje na jeho potřebnost. Měl by i nadále zůstat součástí výuky: „Předmět o multikultuře by se měl samozřejmě i nadále vyučovat přinejlepším už na střední zdravotnické škole a později i na vysoké. Čím více si studentky odnesou ze svého studia, tím lépe. Každá získaná informace se hodí jak do života, tak do budoucí praxe. Mluvím z vlastní zkušenosti.“ Ne zcela přesvědčený názor o důležitosti výuky multikulturního ošetřovatelství sdělila S6: „Jako asi ano, sestra by měla mít po škole nějaké základní znalosti. Nemyslím si ale, že je to nutné probírat nějak do detailů. Jsou důležitější věci, na které bych se při výuce zaměřila, ale jako jo, ohledně zdravotní péče by měly asi něco znát.“ Probandi S1, S3, S5, S8, S9 a S10 udávají vzájemně podobné názory podtrhující důležitost ponechání a rozvíjení předmětů zabývajících se multikulturním ošetřovatelstvím ve studijních plánech jak na středních, tak vysokých školách.

Kategorie 2 Postoj sester k problematice multikulturního ošetřovatelství

Schéma 4 Postoj sester



(zdroj vlastní)

Druhá kategorie se zaměřuje na postoj sester k problematice multikulturního ošetřovatelství. Zabývá se povědomím dětských sester o kulturních a komunikačních

specifikách daných etnických skupin a významu znalosti těchto specifík pro ošetrovatelskou praxi.

Význam povědomí o kulturních specifikách

V této subkategorii se dětské sestry vyjadřovaly k tomu, zda je nutné a vhodné, aby sestry měly znalosti ohledně kulturních specifík daných etnických skupin a proč tomu tak je. Z výsledků této subkategorie je patrné, že mít povědomí o kulturních odlišnostech považují probandi za důležitý aspekt pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče. Rozdíl se vyskytují v míře znalostí, kterou sestry považují jako dostačující. Velmi kladně se k významu mít znalosti o kulturních specifikách daných etnických skupin staví S1, která se vyjádřila takto: *„Nikdy není na škodu mít rozšířené, všeobecné znalosti v co nejvíce oblastech. A zrovna multikultura je určitě pro dnešní svět nepostradatelná. Cizince potkáváme denně, nemyslím tedy jen v nemocnici. A pokud o nich nic nevíme, můžeme se pak podívat nad jejich oblékáním, mluvou, zvyky a tak. A když něco víme, nejsme pak tolik překvapeni. A v nemocnici zas díky dostatku povědomí o těchto rozdílech můžeme aspoň zkusit přizpůsobit péči trochu jejich domácím podmínkám.“* Podobně popsala svůj postoj S5, která navíc dodává: *„Bez dostatečných znalostí v této oblasti nelze poskytovat péči na dostatečné profesionální úrovni.“* S2 donutilo položení této otázky k zamyšlení: *„Doted', dokud jste sem nepřišla a nezačala mi klást takové otázky, jsem nad tím nijak neuvažovala, ale myslím, že by to určitě nebylo od věci v dnešním světě ohledně takových kultur něco vědět... Neustále se něco vyvíjí, neustále se něco mění a když se o to člověk sám aktivně nezajímá, těžko se přizpůsobí vzniklým změnám.“* Pozitivní význam v informovanosti sester o kulturních specifikách vidí i S8, ohledně sebe sama má však odlišný názor: *„V dnešní době je to asi něco nezbytného, dnešní generace by se měla připravovat na kontakt a komunikaci s cizinci. Je jich tu čím dál víc a není tomu konec. Takže určitě je vhodné, aby sestry tyto informace měly. Ale abych já se třeba ještě něco učila, na to si přijdu stará. S vědomostmi, co mám, nebo spíš nemám, jsem to zvládla do teď a zvládnu to i dál.“* O problematiku multikulturního ošetrovatelství a s ním spojenými kulturními specifiky se aktivně zajímá S10, která podobně jako v předchozích odpovědích zmiňuje pozitivní přínos těchto znalostí: *„Já sama se o tuto problematiku aktivně zajímám a myslím, že mě to v mém profesním životě posunulo dál. Zmírnil se můj strach z neznámého a jsem schopna si poradit i v situacích, ze kterých mají některé kolegyně obavy. Sestra má při své práci poskytovat holistickou, tedy celistvou péči, do níž samozřejmě patří i*

poskytování kulturně specifické péče.“ S touto odpovědí se ztotožňuje i S7, která uvádí, že bez těchto znalostí nelze poskytovat holistickou péči. Lehce odlišné názory vyjádřily S3 a S4. Obdobně jako ostatní probandi uvádějí důležitost mít znalosti ohledně kulturních specifík daných etnických skupin, ale zároveň se vyjadřují k tomu, že množství těchto informací by mělo být přiměřené. S3 se vyjádřila takto: *„Myslím si, že základy by měla mít každá sestra, bez toho nemůže poskytovat takovou péči, jakou by měla. Vše ale v mezích, nic se nemá přehánět.*“ Podobně reagovala S4: *„Určitě je důležité, aby sestra měly základní povědomí o jednotlivých kulturních specifikách. Zároveň mi ale přijde přehnané, aby se po nich vyžadovalo dodržovat dopodrobna všechno, co se o těch specifikách učí třeba ve škole.*“

Znalost kulturních specifík daných etnik

Následující subkategorie seznamuje s tím, jaké znalosti mají dětské sestry ohledně kulturních specifík daných etnických skupin. Konkrétně se jedná o etnikum romské, vietnamské a ukrajinské. Jelikož na tuto otázku lze odpovědět mnoha způsoby, odpovědi jsou různorodé. Jedno z nejstručnějších vyjádření uvedla S2, která jak již bylo zmíněno, nebyla v této problematice nikdy vzdělávána. *„Jelikož jsem se s touto problematikou nebo jak to nazvat nesečkala, tak vím jen takové ty základy, co jsem viděla v televizi nebo tak to, o čem se mluví. Takže konkrétně mě asi nic nenapadá. Jediné, co tak vím, že jsou tam odlišnosti v podobě, oblékání, slaví asi jinak a jiné svátky. A Romové ty si zakládají hodně na rodině, chtějí být furt pospolu, nejlépe i při hospitalizaci, proto většinou bydlí všichni pohromadě na malém území.*“ S8, která taktéž neměla na střední zdravotnické škole předmět podávající znalosti o kulturách jiných etnických skupin, si nebyla ve vyslovených frázích zcela jistá: *„Tak o tom nic moc nevím, a abych pravdu řekla, nikdy jsem se o tohle moc nezajímala. Jako vím asi takový ty obecný věci, co každý, že Romové jsou takoví přecitlivělí, vše je moc bolí, jsou velmi hákliví na své děti a myslí si, že při veškeré péči jim úmyslně ubližujeme víc než ostatním dětem, taky nám to pak dávají docela sežrat. Rádi jsou, když se jim napíše ošetřování a oni, pokud pracují, nebudou muset do práce a nemají vůbec žádnou trpělivost. U Ukrajinců tak tam nevím vůbec nic a Vietnamci, ti určitě těch rozdílů budou mít spoustu. Přeci jen je to jiná kultura.*“ S1, přestože se na vysoké škole multikulturálním ošetřovatelstvím zabývala a uvedla, že podané informace byly dostačující, konstatuje: *„I když jsme se o tom bavili v té škole, ohledně Romů mě nenapadá ale vůbec nic. U Vietnamců vím, že by se jim nemělo dívat přímo a dlouze*

z očí do očí a nemělo by se jich zbytečně moc dotýkat. Nevhodné je sahat miminku na hlavičku. To je třeba při preventivní prohlídce prostě nevyhnutelné, ale tak snažit se vše s mírou.“ Nepříliš informačně obsáhlé odpovědi se dostalo od S9: *„Nevím, jestli to, co vím, můžeme nazývat nějakými specifiky, ale tak Romové jsou velmi společenští, žije jich hodně pohromadě, což je znát i při návštěvách v ordinaci, kdy nepřijde jen rodič, ale vždy i někdo další. Taky neradi berou léky. Vietnamci se pořád smějí a Ukrajinci, ti jsou jako my, jen mluví jinou řečí.*“ Reakce S3 a S6 se zaměřují také na základní informace ohledně kulturních specifik daných etnických skupin. Vyjádření S3 je navíc doplněno o informaci ohledně vnímání bolesti u Vietnamců: *„Vietnamci by měli podle toho, co nám říkali ve škole, být silní, stateční s nevýraznými projevy emocí při bolesti, ale to se podle mého názoru nepotvrdilo. Byli velmi plačtiví a bojácní.*“ O bolesti se vyjadřuje i S6, odpověď je však zaměřena na vnímání bolesti u romského etnika: *„Vím, že Romové mají velmi nízký práh bolesti, takže je léčba bolesti u nich intenzivnější.*“ Podobnou informaci ohledně bolesti u Romů poskytla S7: *„Bolest přijímají mnohem hůř než jiní pacienti, mají asi nižší práh bolesti.*“ S7 se dále vyjádřila i k dalším specifickým vztahujícím se k romskému etniku. Poukázala například na jejich potřebu být o všem důkladně informováni: *„Mají rádi, když je jim poskytnuto co nejvíce informací s dostatečným vysvětlením a odůvodněním, proč to či ono tak je nebo bude. Když se jim zdá, že byli sestrou odbyti, vyžadují si například často lékaře nebo primáře, aby informace doplnil.*“ Svě tvrzení S7 rozvinula ještě o vyjádření: *„Romové chtějí neustále navštěvovat své příbuzné v nemocnici, ale nejde jen o nejbližší, ale i o sestřenice, pratety. Ti všichni vyžadují dokonalou péči o svého příbuzného a nadměrnou pozornost. Nechtějí dodržovat léčebný režim a dělají si tak nějak, co chtějí.*“ Se zmínkou o nedodržování léčebného režimu v nemocnici souhlasí S6: *„Nedodržují léčebný režim a už vůbec ne dietu, rodina stále nosí množství potravin a nechtějí, aby jejich děti jedly nemocniční stravu.*“ Probandi S4 a S5 se odkázali v odpovědi na tuto otázku na předešlé vzdělání, na základě čehož jejich vyjádření bylo jasné a stručné, avšak neposkytlo detailnější informace. S4 tvrdí: *„Vzhledem k tomu, že jsem byla v této problematice dostatečně vzdělávána na vysoké škole, myslím, že znalosti mám opravdu postačující. Vím, jaké rozdíly a odlišnosti se nacházejí v náboženství, kultuře i ošetrovatelské péči, nejen u těchto tří etnik, ale i u mnoha dalších.*“ Ještě konkrétněji odpověděla S5: *„Znám velké množství odlišností a zvyklostí spojených s určitými národnostmi a menšinami. Většinu těchto informací jsem si odnesla v paměti z předchozího studia. Jednotlivě je ale jmenovat nebudu.*“ Nejpodrobnější odpověď

uvedla překvapivě S10, která se sama o problematiku multikulturního ošetřovatelství zajímá aktivně ve svém volném čase: „*Já například vím, že pro Vietnamce je rodina největší hodnotou. Rodinné vztahy jsou velmi pevné. Velmi si také zakládají na vzdělání a pro to, aby jejich děti měly dostatečné vzdělání, jsou ochotni vynaložit veškeré prostředky, co mají. Důležitý je pro ně také projev úcty vůči rodině, starším. To od svých dětí vyžadují i vůči personálu v nemocnici. Také si zakládají na slušném a vstřícném chování.*“ S10 se vyjádřila i ke specifickým romského a ukrajinského etnika: „*Pro Romy je rodina nejvyšší hodnotou. Narozené děti jsou pro ně to nejcennější a když třeba žena nemůže mít děti, může být i odmítána. Hlavou rodiny je muž, žena je spíše v domácnosti. A co se týká Ukrajinců, tam se rozdíl moc nenacházejí. Nebo jsem si nikdy nějakých větších nevšimla. Je tam rozdíl v jazyce, možná oblékání, stravě.*“ Ohledně stravovacích návyků reagovala i S7 a S8. S7 uvedla: „*Vietnamci nemají, nebo spíše nedobře tráví mléčné výrobky, na základě toho by se jim měla přizpůsobovat dieta.*“ Na stravu Ukrajinců se odkázala i S8: „*Myslím, že Ukrajinci dbají na zdravý životní styl.*“

Znalost komunikačních specifík daných etnických skupin

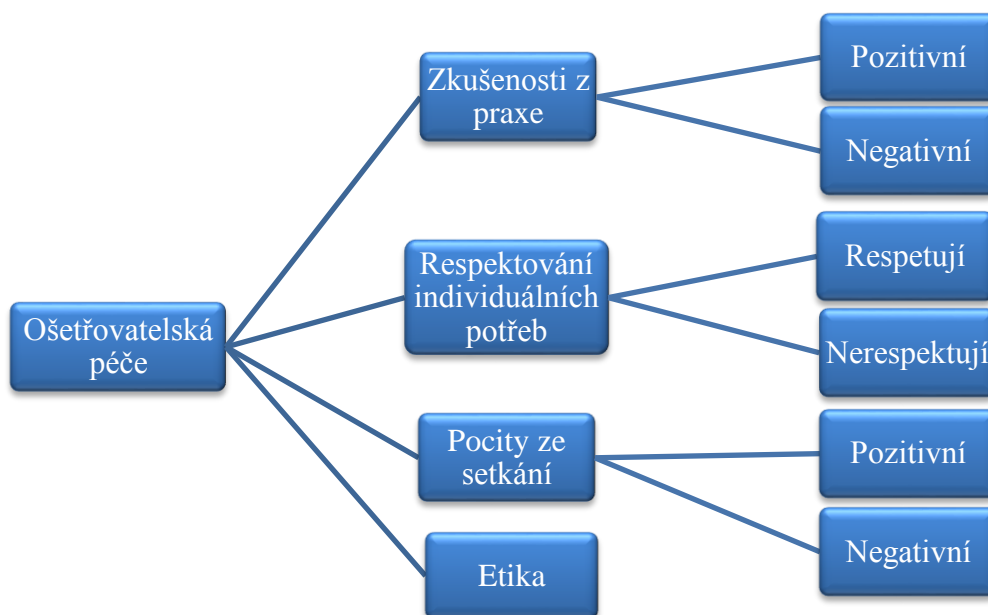
Následující subkategorie mapuje poznatky dětských sester v oblasti verbální a neverbální komunikace daných etnických skupin. Přesněji se jedná o etnikum romské, vietnamské a ukrajinské. Poměrně rozsáhlé odpovědi probandi poskytli ohledně komunikace vietnamského a romského etnika. Reakce na specifika komunikace u ukrajinského etnika byly spíše omezené. Nejstručnější vyjádření poskytla S1, která uvedla: „*O komunikaci těchto skupin nevím tak nějak odborně asi nic, ale všímám si jen takových věcí jako všichni, jako že Vietnamci jsou spíše nemluvní, odpoví jen na danou otázku a dál nic nerozebírají. Ukrajinci mluví rusky a u Romů je typická vznětlivost, používání hrubých výrazů, vykřikování a máchání rukama.*“ Ohledně komunikačních specifík u romského etnika podobně odpověděla i většina ostatních probandů (S2, S3, S4, S6, S7, S8). Například S6 tvrdí: „*Co se týká komunikace, tak Romové jsou opravdu velmi hluční, hodně gestikulují, řvou, rozhazují rukama. Jejich neverbální komunikace je nepřehlédnutelná.*“ S7 sdělila: „*Romové jsou hluční, vulgární, výbušní, používají velká gesta a sprosté symboly.*“ S2 reagovala ve své odpovědi na vznětlivost u Romů: „*Někteří bývají výbušnější, když se jim řekne něco, co jim nevyhovuje nebo jim není plně vyhověno, tak se hned ohrazují, jsou velmi hlasití a dokáží pěkně nadávat, ale to podle mě k jejich charakteru prostě patří.*“ K projevům nespokojenosti romského etnika

se vyjádřila s ohledem na individualitu jedince S4 následovně: „*Nejde to říct úplně jednoznačně, přeci jen každý člověk je jiný, ale povětšinou jsou Romové velmi hluční a při nedorozumění nebo pokud se jim nevychází dostatečně vstříc i vulgární.*“ A S10 takto: „*Romové komunikují rádi kombinací hlučné mluvy společně s rozsáhlou gestikulací. Když se jim něco nelíbí, nebojí se své pocity dát najevo, nic v sobě nedusí a se všemi jednají narovinu i v tom případě, že se nejedná o nic příjemného. Především když pocítují nespravedlnost vůči sobě nebo svým dětem a rodině. Pak nejdou daleko ani pro použití vulgarismů.*“ K proxemice – druhu neverbální komunikace, která se zabývá osobním prostorem, poskytla S8 toto sdělení: „*Romové jsou takoví, že nerespektují zrovna nějaký osobní prostor. Nedělá jim problém narušovat ten můj, i když jim to asi nevhodné nepříjde, mně to není zrovna příjemné, ale ohradit se bojím. Jsou naprosto všude slyšet, všude vidět.*“ S3 doplňuje: „*Neberou si s ničím servítky.*“ Ke specifickým komunikace vietnamského etnika se velmi hezky vyjádřila S10: „*Vietnamci vždy uvádí prvně příjmení a až potom jméno. Také nerozlišují tykání a vykání. Nemají rádi dlouhý pohled z očí do očí a neuctivé je pohlazení po vlasech a hlavě. Mají také svůj specifický pozdrav ruky, kdy druhou rukou podanou ruku přiklopí. Důležité je také všimnout si toho, že úsměv nemusí značit jen spokojenost, ale třeba i nervozitu či nepochopení.*“ Na úsměv, jako prvek neverbální komunikace, se ve svých odpovědích zaměřily i S2, S3, S4, S8 a S9. Rozdílily se nacházely ve správnosti pochopení tohoto elementu neverbální komunikace. S8 na úsměv pohlíží takto: „*Vietnamci nepoužívají moc nějakou gestikulaci ani nepřiměřenou mimiku. Přijde mi, že se furt usmívají. Teď mě napadá, že jsem někde slyšela, že úsměv nemusí značit jen nadšení a radost, ale že jím vlastně prokazují i nervozitu nebo tak něco. Nevím však, jestli je to pravda.*“ S9 reaguje takto: „*Vietnamci se pořád usmívají, nevím ale přesně, proč tomu tak je, asi to nebude tím, že jsou pořád šťastní.*“ Nejistotu ve správném vyložení tohoto prvku popisuje i S3: „*Neverbální komunikaci jako nějaká gesta či posunky jsem u nich téměř nikdy nezaznamenala, pouze asi úsměv, který měli na tváři nejčastěji. I tehdy, když se jednalo o něco nepříjemného. Potom jsem nevěděla, co si mám vlastně myslet.*“ Tvrzení S2 se taktéž zaměřuje na úsměv: „*Vietnamci jsou tišší, klidní, příjemní, neustále se smějí, i když je z nich občas cítit nervozita. Nikdy jsem se nesečkala s žádnými, kteří by byli nesympatičtí. Klid a úsměv si zachovali i tehdy, když jsme si nemohli zcela porozumět. V klidu seděli, smáli se, snažili se pochopit mé mimické umění a bez sebemenších problémů vyčkali, než došlo k výsledku.*“ Podobně na Vietnamce nahlíží S4, která se vyjádřila následovně: „*Vietnamci, se kterými jsem se*

setkala, byli klidní, příjemní, moc nehovořili. Většinu času měli na tváři úsměv, který byl ale někdy i náznakem studu a nedorozumění. U nich se především vyskytuje neverbální komunikace, posunky, kývání hlavou nebo výše zmíněný úsměv.“ Lehce odlišný názor na vietnamské etnikum má S7, která ohledně komunikace uvedla: „Vietnamci jsou podle mě úzkostní, nedůvěřiví, velmi tišší, kolikrát bych snad řekla až němí. Nedávají znát své emoce, jak negativní, tak pozitivní. Zaujímají po celou dobu spíše takový poker face.“ Specifické vyjádření poskytla také S8: „Vietnamci jsou tišší, mluví jemným hláskem a někdy velmi rychle. Přijde mi, že jim vůbec nevadí, když udělají nějakou chybu, když to není gramaticky správně. Jsou spokojeni, že se snaží mluvit česky, i když někdy to čeština úplně není. V tom jsou podle mě rozdílní od nás Čechů, my se bojíme nějakého ztrapnění nebo odsouzení, že neumíme mluvit cizím jazykem.“ Co se týká specifik komunikace u ukrajinského etnika, dostalo se nám jen velmi stručných odpovědí. Většina z probandů uvedla, že ohledně těchto odlišností nemá žádné specifické poznatky a připodobňuje je k občanům české národnosti. „Napadá mě jen odlišnost v jazyce, jinak jsem si ničeho nevšimla. Mají přiměřené pohyby, gesta, postoj. Nepřijdou mi nijak odlišní od nás,“ tvrdí S10. Podobně reagovala S3 s odpovědí: „U Ukrajinců jsem si kromě rozdílnosti v jazyce nebo nářečí nevšimla žádných rozdílů.“ Stejně vyjádření poskytla S7: „U Ukrajinců vidím rozdíl pouze v mateřském jazyce.“

Kategorie 3 Ošetrovatelská péče poskytovaná zástupcům etnických skupin

Schéma 5 Ošetrovatelská péče



(zdroj vlastní)

Třetí kategorie je tvořena čtyřmi subkategoriemi a popisuje zkušenosti dětských sester s poskytováním ošetrovatelské péče zástupcům daných etnických skupin. Zabývá se respektováním individuálních potřeb při této ošetrovatelské péči. Dále popisuje pocity, které tuto péči doprovázejí.

Zkušenosti z praxe

Zkušenosti z praxe s poskytováním ošetrovatelské péče zástupcům etnických skupin na dětském oddělení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, které byly popsány, jsou jak pozitivní, tak negativní. Všichni z dotazovaných probandů uvádí, že se při výkonu své profese setkali se zástupci romského, vietnamského a ukrajinského etnika. Mnoho z nich dále uvádí, že poskytovali péči i Američanům, Rusům, Syřanům, Chorvatům a dalším. Většinu kladných zkušeností s poskytováním ošetrovatelské péče zástupcům jiných etnických skupin má S10, která ve své odpovědi klade důraz na přizpůsobení se danému pacientovi a jeho rodině: „Nemůžu říci, že žádný problém nikdy nenastal, ale přijde mi, že lidé velmi ocení, když ví, že se o ně zajímám, že se snažím najít, co máme společného, a naopak i co je mezi námi rozdílného a tyto rozdíly akceptovat. Snažím se zmírnit nepříjemné pocity z nového prostředí. Nechci se chlubit,

ale když maminky vidí, že péči přizpůsobuji, hned je atmosféra úplně někde jinde a v takovém prostředí se i hned lépe uzdravuje.“ S převážně kladnými zkušenostmi se setkala S2: „Mé zkušenosti jsou vesměs kladné. S Romy jsme měli problémy jen trochu ohledně čekání v čekárně. I když je čekárna plná nemocných dětiček, dožadují se přednostního ošetření, protože podle nich oni mají největší problém mezi ostatními a mělo by jim být tedy ihned vyhověno. Po vysvětlení, že to vzhledem k ostatním udělat nejde, začali být nervózní, občas vulgární. Ale vše se nakonec obešlo bez větších scén. Obě s paní doktorkou jsme takové, řekla bych diplomatky, a každou občas i nepříjemnou situaci zvládneme ukočírovat.“ Odpověď, kterou uvedla S1, poukazuje spíše taky na pozitivní zkušenosti: „Až na výjimky jsou většinou dobré. Romové moc nebrali na vědomí, co my sestry říkáme, neustále chtěli volat doktora, aby informace potvrdil. Stačilo zopakovat přesně ty informace, co jsem jim třeba podala já, ale z jeho úst to je asi důvěryhodnější, protože pak se s tím ihned spokojili. Naopak Vietnamci, se kterými jsem se setkala, ti vždy byli hrozně milí a vstřícní, snažili se veškerou péči o své děti obstarat sami. Nechtěli nám přitěžovat.“ Ohledně romského etnika se vyjádřila i S3, která podobně jako S1 poznamenala, že Romové berou spíše na vědomí informace podané lékařem než sestrou: „Co se týká Romů, největší problém byl v usměrnění rodinných příslušníků. Chodilo jich opravdu mnoho. Postávali na chodbách, nechtěli pochopit, že je nejde pustit všechny k dítěti na pokoj. Při napomenutí se začali hrubě a hlasitě osočovat. Co jsme jim řekli, nebrali v potaz a nerespektovali nás. Informace přebrali až od lékaře. Přijde mi, že sestry jsou pro ně někdo s nedostatečnou úrovní.“ S3 sdělila i zkušenost s Ukrajinci: „U Ukrajinců byl problém kromě té komunikace v podávání léků. Rodiče si vyžadovali léky, které nejsou v Česku k dodání, ale nakonec po domluvě došlo vždy ke kompromisu. A taky se našli takoví, co neměli platné pojištění, s tím byl taky párkrát problém.“ Pozitivní i negativní zážitky uvedla S6: „Co se děje během péče, je hodně individuální. Někaké zkušenosti jsou lepší, nějaké horší. Obecně s Vietnamci jsem neměla nikdy nějaké větší problémy. Byli vděční za poskytnutí jakékoliv informace, jakékoliv péče. Chodili dvakrát třikrát zeptat se, co vše může dítě sníst nebo jestli může na záchod, než aby něco udělali špatně. U Romů byl problém v tom, že nechtěli dodržovat léčebný režim nebo pravidla oddělení. Například přišla rodina s dítětem, které bolelo břicho. Jejich první otázka byla, kdy bude moci jíst. Když jsem odpověděla, že až podle lékaře, řvali na mě, že je to diskriminace, a že chci, aby jejich dítě zemřelo hladu. Také byl problém kolikrát uhnat rodiče romských dětí – potřebovala jsem například podepsat souhlasy a rodiče mi oznámili, že požili alkohol a

nemohou přijet.“ Negativní zážitky s poskytováním ošetrovatelské péče zaznamenala S7: *„Zkušenosti nejsou moc dobré. Při péči o Romy jsem zažila více nepříjemných zkušeností, například ohledně vulgarit, které velmi rádi používají při komunikaci. Ale co mě opravdu překvapilo, bylo, když jedna paní porodila dítě, druhý den řekla, že musí jít domů, aby tam manžel nebyl sám. Pro dítě se vrátila po 5 dnech, a ještě byla protivná a útočila na nás, že brečí. Také jsem se setkala s Vietnamcem, co kradl ostatním lidem na oddělení věci.“* S5 žádné zážitky vzniklé při poskytování ošetrovatelské péče zástupcům jiných etnických skupin nezaskočily: *„Nelze říci, že bych měla nějak zvláštní zkušenosti. Jelikož jsem dostatečně seznámena se zvyklostmi v daných kulturách, nedošlo k žádné situaci, ze které bych byla nějak překvapena nebo zaskočena. Problémy se vyskytly ve spojitosti s jazykovou bariérou, ale spíše ze strany klientů, ale díky tomu, že už v minulosti jsem se věnovala komunikaci jako takové, snažila jsem se dorozumět i neverbálně a vždy došlo k porozumění a spokojenosti na obou stranách.“*

Respektování individuálních potřeb

Subkategorie se zaměřuje na to, jak se dětské sestry pracující v ordinacích dětského praktického lékaře pro děti a dorost a na dětských odděleních staví k respektování individuálních potřeb u zástupců jiných etnických skupin. Většina zaznamenaných odpovědí značí, že sestry se snaží péči a komunikaci přizpůsobit tak, aby se pacient a jeho rodina cítili v nemocničním zařízení co nejlépe. Velmi hezkou odpověď s ohledem na kulturní specifika uvedla S5: *„Pokud se starám a komunikuji s dětským klientem nebo jeho rodiči, kteří patří k jinému etniku, vždy respektuji jejich kulturní odlišnosti a péči se snažím přizpůsobit tak, aby se cítili dobře a cítili, že poskytovaná péče je na profesionální úrovni. Z morálního a lidského hlediska je to snad samozřejmost.“* Ošetrovatelskou péči a komunikaci by přizpůsobila také S6: *„Kdybych se měla starat o zástupce nějakého etnika, který by vyžadoval striktní dodržování jejich zvyků a zásad, tak bych se mu asi snažila, pokud možno, vyhovět. Odseparovala bych je ale když tak od ostatních, ať z toho ostatní rodiče a děti třeba nemají trauma.“* S ohledem na jedinečnost člověka se vyjádřila i S10: *„Respektuji individualitu každého, jak jen je to v daném prostředí s danými pomůckami možné. Ptám se, co očekávají, co vyžadují za péči, stravu a podobně. Snažím se co nejvíce přizpůsobit. Neříkám, že to dělají všichni, ale myslím si, že většina z nás, co spolu pracujeme, chceme svou práci odvádět co nejlépe, a především v zájmu těch dětí a jejich rodičů.“* Odpovědi S2 a S4 se taktéž opřely o prostředí a situace, ve kterých komunikace a ošetrovatelská péče probíhá. S4:

„Snažím se tyto odlišnosti respektovat, jak jen to v dané situaci jde. Pokud to nejde zcela, snažím se alespoň podmínky přizpůsobit tak, aby se pacient a jeho rodina cítili co nejpříjemněji a pohodlně. Vycházíme tedy vstříc v čem můžeme a v čem nám to chod oddělení umožní. Například volba diety, to není problém.“ Vzápětí však S4 dodává: *„Přijde mi ale přehnané, aby se vyžadovalo vše dodržovat úplně dopodrobna. Pak by sestry nedělaly nic jiného. Myslím, že i bez otočení lůžka muslima hlavou k Mekce mají svých starostí až na hlavu. Vše s mírou.“* S2 udává: *„Pokud někdo vyžadoval něco, co bylo v našich podmínkách přijatelné a proveditelné, tak jsem se snažila vyhovět. A nadále v tom určitě budu pokračovat. Každý, kdo nám svěří svou důvěru a vybere si naši ordinaci, si zaslouží, aby byl po odchodu co nejšťastnější a při dalším problému věděl, kam se nemusí bát obrátit.“* Dále S2 odhaluje své postavení: *„Co se týká cizinců, zastávám sice pravidlo, chceš žít s námi, chovej se podle našich pravidel, ale to je jen takový obecný názor, který nemůžu při své profesi uplatnit. Péče musí být na kvalitní, rovné a profesionální úrovni.“* S určitými hranicemi by respektovala individuální potřeby zástupců jiných etnických skupin S1: *„V rámci mezí bych je respektovala. Nic se zas nesmí přehánět. Jako je nutné a profesionální přizpůsobit prostředí tak, aby se tam nemocní a jejich rodiče cítili pohodlně a bezpečně, ale přeci jen není tolik možností, a hlavně času dělat každému zvlášť takové výjimky, přesně podle jejich přání.“* Meze v poskytování péče na základě individuálních odlišností vidí i S3: *„V rámci mezí bych se snažila zařídit dietu podle přání pacienta nebo častější návštěvy rodiny. V jiné péči jsem ale výjimky moc nedělala. Pokud bych měla třeba muslima, který by vyžadoval nošení burky, péči pouze od mužského personálu a podobně, tomu bych nevyhověla. Můj názor je, že pokud tito lidé chtějí žít u nás, měli by se co nejvíce přizpůsobit stylu našeho života. Kdybych byla v nemocnici v cizině, nikdo by se mě taky neptal na to, co na základě své kultury vyžadují, takže by to ani nerespektoval.“* Podobně na tuto problematiku nahlíží S7, která by taktéž nedodržovala veškeré individuální potřeby: *„Zatím jsem se snažila je respektovat, i když mi to bylo někdy až značně nepříjemné. Nepřijde mi, že je nutné všem ve všem vyhovět, jen na základě toho, že se narodili někde, kde se to dělalo a mluvilo jinak. Ale i přesto si myslím, že poskytují péči na kvalitní úrovni.“* Jako ke všem ostatním přistupuje k zástupcům jiných etnických skupin S8, která nemá znalosti ohledně jejich kulturních a komunikačních specifik: *„Snažím se poskytnout každému kvalitní péči. Je to naše práce a povinnost. A jelikož nevím, co přesně každá národnost vyžaduje, neboť jsem se o to nezajímala a paní doktorka mi nikdy neřekla, že bych měla něco na péči a komunikaci pozměnit, tak se*

chovám stejně jako k ostatním. Jako kdyby mi někdo řekl, že vyžaduje, ať něco dělám, nebo nedělám, tak bych to určitě nedělala.“ Na závěr S8 dodává: „Sestra by měla být člověk, který se snaží vyhovět.“

Pocity ze setkání

Následující subkategorie zveřejňuje pocity dětských sester, které si odnášejí ze setkání se zástupci vietnamského, ukrajinského a romského etnika. Neutrální pocity si ze setkání odnáší S5, která sama přišla do České republiky z ciziny: *„Jelikož sama pocházím ze zahraničí, respektive z Albánie, tak setkání s jinými národnostmi mi nečiní žádné větší problémy. Pocity ve mně převládají stejné jako u všech ostatních klientů, kterým poskytuji péči. Na všechny tedy pohlížím stejně beze změny.“* Hezky reagovala i S4: *„Těžko říct, jak to vnímají oni, ale pro mě jsou to pacienti jako každý jiný. Jako samozřejmě u cizinců a lidí, na kterých je vidět nějaká odlišnost, má trochu člověk v prvních chvílích obavy. Především jestli se dorozumí a pochopí se v tom, co po sobě vyžadují. Ale po seznámení, když už člověk ví, do čeho jde, ví, v jakých oblastech je problém, tak se na ně připraví a pak jde zvládnout vše. V našem zaměstnání je třeba být flexibilní a schopní přizpůsobovat se pružně nově vzniklým situacím.“* Stručně reagovala S9: *„Tak pokaždé, když vidím cizince, tak jsem nervózní z toho, jak to celé dopadne, ale jinak je беру jako kohokoliv jiného.“* Nervozitu při setkání se zástupci jiných etnik pociťuje i S10: *„Určitě jde vždy o nervozitu a rozpaky z neznámého. Já osobně měla vždy strach hlavně z jazykové bariéry. Pocit strachu byl z nedorozumění a případného ztrapnění. Vlastně jsem se také bála toho, že třeba o Vietnamcích jsem nic moc nevěděla a měla jsem obavy, že když nebudu postupovat podle toho, co je pro ně přirozené, péče nebude pro ně dostatečná.“* Díky vlastní pílí se tyto pocity nervozity a strachu u S10 zmenšily: *„Jsem velmi cílevědomý člověk, řekla bych až perfekcionista. Takže jsem se začala sama o tuto problematiku více zajímat. Nebylo mi příjemné, že nevím, jak k těmto lidem přistupovat. Nakoupila jsem si tedy knihy a začala se věnovat více studiu cizích jazyků, což mi pomohlo.“* Nejisté pocity sdělila S1: *„Co se týká Romů, prvním pocitem byla nedůvěra. Dále také odstup a dalo by se říci i strach. Nějak si u nich nikdy nejsem jistá, co se může stát. Dojde k nějakému problému, hádce, pak stížnosti a těžko se hájit. Ale je to individuální. U některých mě praxe zoceluje. Pokud jde o menší problémy, jsem schopna se jim postavit a posunout se díky tomu ve své profesi dál. Co se týká Vietnamců a Ukrajinců, tam jsem se obávala trochu jen jazykové bariéry, ale jinak vždy byli milí a příjemní. U nich převládají pozitivní pocity.“* S6 se svěřila s prvotním

strachem z odlišností, kterými se různá etnika vyznačují: „*Při setkání jsem měla obavy. Byla jsem nervózní z naší rozdílnosti, že dojde k problémům s komunikací, které nebudu umět vyřešit. Počáteční obavy se například u setkání s Vietnamci ztratily poté, co jsem poznala, že jsou přátelští a usměvaví. Podobně je to s Romy, s nimi se setkávám často, na ně už jsem si docela zvykla.*“ Další názor uvedla S2: „*Vždy jde o trošky nervozity z neznámého. Ale to je i u pacientů, kteří jsou již od narození občany České republiky. To je opravdu jen ten první pocit. Po seznámení, zjištění, jak se budeme dorozumívat, převládají pocity stejné jako u všech ostatních pacientů. Naším posláním je podat pomoc každému, kdo o ni žádá, bez rozdílu, ať se nám to líbí, nebo ne.*“ Obavy, ale zároveň i hrdost pociťuje při setkání se zástupci jiných etnik S3: „*Měla jsem obavy z toho, že se nedorozumím, ale zároveň jsem měla hrdost, že jsem ze sester na oddělení pomalu jediná, co se dorozumí alespoň trochu anglicky. To mi v mnoha případech opravdu pomohlo.*“ Negativní pocity sdělila ve své odpovědi S7: „*Upřímně, moje pocity jsou smíšené, nebo spíše převažují ty negativní. Plné předsudků. Tyto pocity a nedůvěru například vůči romským spoluobčanům jsem si odnesla již z dětství z rodiny a sama jsem si časem udělala, bohužel, negativní obrázek. Myslím, že to bude můj celoživotní problém.*“ Nejradiálněji názor uvedla S8: „*Nesud'te mě, ale abych řekla pravdu, když otevřu dveře a vidím, že jsou tam „barevní“, ihned mě pohltí nervozita. Víím, že to není nic dobrého a v dnešní době se vyžaduje tolerance a respekt a takový, ale já si nemůžu pomoci. Na druhou stranu víím, že jsem sestra, že jsem si toto povolání vybrala sama a nesmím své osobní negativní pocity dávat najevo. Takže bych to shrnula tak, když někdo přijde, nejsem nejšťastnější, ale dělám, co je potřeba. Většinou je to tak poprvé, když pak toho člověka poznám, zjistím, že vlastně docela v pohodě a při dalším setkání už nemám takový nepříjemný pocit.*“ Na závěr S8 dodává: „*Je to individuální.*“

Etika

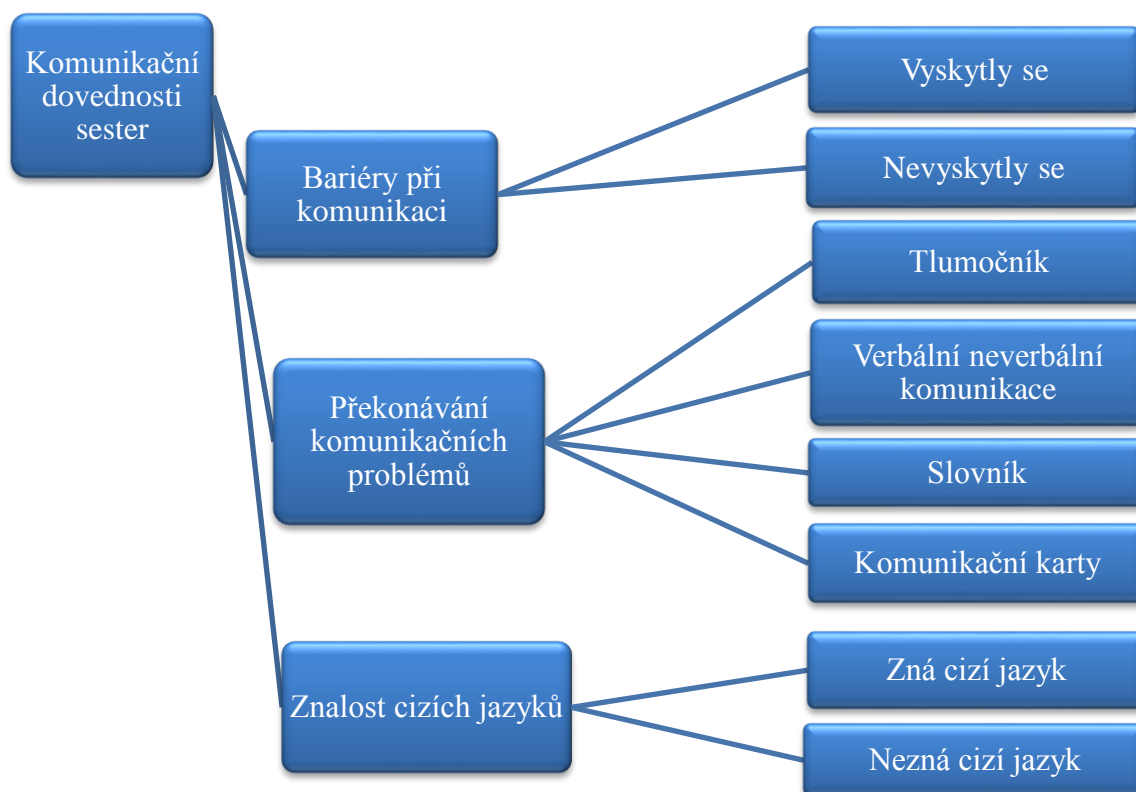
Následující subkapitola zachycuje postoj dětských sester k zástupcům jiných etnických skupin s poukázáním na předsudky. Reakce probandů jsou opět velmi různorodé. S předsudky se ze své strany nikdy nesetkala S2: „*Ke všem se snažím přistupovat stejně, nikdy by mě ani nenapadlo přistupovat k někomu na základě barvy pleti nebo nějakých odlišností. Všechny беру jako naše, jestli je to Vietnamec, Ukrajinec nebo Rom nebo kdokoliv jiný. Dětičky jsou všechny stejné, rodiče si nevybírají a my jsme tam hlavně kvůli nim. Myslím, že v ordinaci vyjdeme s každým, s nikým se nehádáme, nikoho nevyhazujeme s tím, že bychom ho neošetřili.*“ Podobně na tuto problematiku nahlíží

S10: „Musím to zaklepat, ale na našem oddělení jsem se s ničím takovým nesetkala. Nezajímá mě barva pleti, kulturní či náboženské přesvědčení. Pokud je člověk slušný a uctivý, je snad normální poskytnout mu kvalitní, ohleduplnou péči.“ S4 se ve své odpovědi odkázala na výchovu: „Řekla bych, že v naší rodině se takové věci jako předsudky nevyskytují, že jsme na to dostatečně kultivovaní a od mala jsem vychovávána k respektu k ostatním. Neříkám, že jsem ve svém okolí, jako jsou kamarádi i někteří kolegové, neslyšela vtípky a narážky o nepracujících Romech a šikmookých, ale tohle neberu nijak vážně. Jelikož přímo při poskytování ošetrovatelské péče, před pacientem a jeho rodinou, jsem se s tímto našťěstí nesetkala.“ Na výchovu se obrátila ve svém sdělení i S8, ta však přinesla opačný postoj: „Byla jsem vychovávána v rodině, kde se k těmto lidem nepřistupovalo dobře. Nikdy jsme s nikým takovým nebyli v kontaktu a když už jsme někoho takového viděli, můj otec si nebral servítky, a to zůstalo ve mně zakořeněné. Podle mě má výchova na další chování a vnímání dětí velký vliv. Takže ano, mám nějaké názory, které nejsou zrovna „echt“, ale jsem prostě taková. Své myšlenky si nechávám pro sebe, poskytnu péči, jak nejlépe umím a dál si to dusím v sobě. Jsem profesionál a osobní postoje do práce nepatří.“ S obecným názorem přišla S5: „Ano, s předsudky jsem se setkala, já se ale snažím při péči nedávat najevo jakékoliv negativní pocity vůči jiným etnikům. Ke všem přistupuji stejně. Co se týká romských pacientů a jejich rodin, předsudky tu jsou a budou tu vždy. Co se týká jiných národností, tak také, i když možná ne až tak markantně. Je to tím, že Česká republika je xenofobní stát a občané se velmi často upínají na média, aniž by o dané kultuře něco věděli.“ V závěru S5 dodává: „Zajímavé je, že většina sester změnila názor, když se pacient s rodinou chovali slušně a při odchodu z nemocnice přinesli třeba něco dobrého na zub.“ S poněkud odlišnými názory přicházejí S1, S3, S6, S7. V jejich sděleních jsou vidět náznaky předsudků vůči zástupcům jiných etnických skupin. S1 ve své odpovědi uvádí: „Stalo se, že rodiče jednoho z pacientů nechtěli, aby s nimi na pokoji byli rodiče a dítě patřící do romského etnika. Bylo jim to nepříjemné, a nakonec muselo dojít k tomu, že jsme je museli přestěhovat na jiný pokoj. Jinak z mé strany k ničemu takovému nedochází. Jako mám odstup, taky strach a třeba ten kontakt a komunikaci se snažím minimalizovat, ale určitě bych kvůli tomu nezanedbala ošetrovatelskou péči.“ S předsudky se setkala i S3: „Ze stran některých sester na našem oddělení jsem se s nimi určitě setkala. Romští pacienti a jejich početné rodiny jsou většinou rovnou řazení mezi ty, kteří se zbytečně nechávají opečovávat, když už tu ta možnost je. Mají péči, jídlo, hygienu, léky, všechno zadarmo a přímo pod nos, a přesto dokáží být hrubí a

nechtějí se přizpůsobit podmínkám a řádu. Na základě toho často dokáží lézt sestram na nervy. Co se týká Vietnamců a Ukrajinců, s těmi problém nemám. Jsou čistotní, samostatní a snaživí. A když bych mohla mluvit ještě o muslimech, ti by se ode mě diskriminace určitě dočkali. V dnešní době to má snad každý. Teď z nich mají všichni strach a obavy.“ Svoji odpověď S3 doplnila ještě o poznatek ohledně ostatních rodičů pacientů: *„Ze strany pacientů a jejich rodičů taky k diskriminaci dochází. Jde hlavně o ty, co sdílejí pokoj s Romy. Ti chtějí často zamýkat skříňky, ale byli i tací, co žádali výměnu pokoje.“* Ohledně svých pocitů se vyjádřila S7: *„Ano, s předsudky jsem se setkala. Spíše to bylo ze strany zdravotnických pracovníků, je to především z důvodu špatných zkušeností. Víím, že to není nejlepší a nic, s čím bych se měla chlubit, ale je to pravda, že mám opravdu mnoho předsudků, především tedy co se týká Romů. Ale nebojte, při péči si své obavy a negativní pocity nechávám pro sebe a snažím se je nedávat najevo. Je to neprofesionální a neetické.“* S nejpřímnějším názorem se svěřila S6, která se nebála dát najevo své negativní postoje: *„Já se přiznám, dalo by se říci, že jsem tak trošku rasistka. Přiznávám, že se občas možná zachovám jinak k bílým než Romům. Například, když je večer, jdu našim dětem přečíst pohádky, zahrát si s nimi a rodiči třeba Člověče nezlob se. U těch tmavších, tam s nimi udělám jen práci, co mám a dál tam zbytečně nechodím. Chovám se k nim trošku jinak. Ale musím říct, že jsem se s tím setkala i ze strany lékaře, když po příchodu romských pacientů oznámil, ne teda veřejně před nimi, že ty černé tady nechce, ale jinak samozřejmě dostali péči, jakou měli.“*

Kategorie 4 Komunikační dovednosti sester

Schéma 6 Komunikační dovednosti sester



(zdroj vlastní)

Čtvrtá kategorie se zaměřuje na komunikační dovednosti sester. Popisuje komunikační překážky, které dětské sestry zaznamenaly při poskytování péče. Dále se zabývá možnostmi, které sestry využily pro zkvalitnění komunikace a překonání komunikačních bariér. Je zde i zhodnocena důležitost znalosti cizích jazyků.

Bariéry při komunikaci

Podkategorie znázorňuje překážky, které dětské sestry zaznamenaly při komunikaci s rodiči dětských pacientů patřících do daných etnických skupin. Přesněji se jednalo o etnikum vietnamské, romské a ukrajinské. Největší překážkou se pro většinu dotazovaných stala jazyková bariéra. Jak například sdělila S2: „*Jelikož opravdu neumím mluvit cizím jazykem, tak pokud přijde pacient s rodinou, kteří neumějí alespoň trochu mluvit česky, je to velký problém. V těchto situacích musím všechnu komunikaci směřovat na paní doktorku.*“ Následně však dodává: „*Bariéry samozřejmě jsou, ale nikdy nebyly tak velké, aby došlo k takové situaci, že by dítě s rodiči odcházelo*

neošetřené a rodiče nespokojení. Nikdo od nás neodešel jinam, tak si myslím, že ani oni to nevidí jako nepřekonatelný problém.“ Jazykovou bariéru uvádí i S7: „Bariéry se vyskytují. Především se jedná o problém jazykový. Ve zdravotnictví základy mnohdy nestačí, když je třeba potřeba vysvětlit výkon nebo třeba nutnost dodržování diety.“ K podobnému názoru směřuje i výrok S1: „Hlavně, co se týká Vietnamců, tak u nich se stala největší překážkou ta komunikační bariéra. Neříkám, že u všech. Jsou i takoví, co se snaží hovořit česky a s nimi, i když třeba někdy s menšími obtížemi, jsem se nakonec pochopila. Pak jsou ale takoví, co neumí nic, nezajistí si překladatele a pak nastává značný problém. Nebo alespoň pro mne. Je mi to trapné a nepříjemné, když musím hledat nějaký prostředek, který mi pomůže pochopit, co daného pacienta trápí nebo sesbírat anamnézu. To občas bylo zlo.“ S1 doplnila sdělení o jazykové bariéře svým vlastním postavením k této problematice: „Myslím si, že je to jejich problém, že neumějí česky, ne můj. Takže by se měli naučit mluvit česky oni, a ne já se nějak extrémně přizpůsobovat. Jsou v české zemi a když tady chtějí žít, mají se přizpůsobit oni. V zahraničí také nikdo nečeká na naši češtinu.“ K této otázce se vyjádřila i S5, která se díky své dobré znalosti cizích jazyků nikdy nedostala do takové situace, kdy by ji zaskočila nějaká jazyková bariéra. S jazykovými znalostmi si vystačila i S4: „Kromě pár výjimek jsem zatím vždy pochodila s angličtinou.“ Na jazykovou bariéru se ve své odpovědi odkázala i S9. Připojila i další poznatek, jenž považuje jako překážku umožňující plynulý průběh komunikace s cizinci: „Problémem je každopádně neznalost cizích jazyků. Není to však jediná překážka. Komunikace je ovlivněna třeba i tím, že nevím, co pacienti a jejich rodiče, kteří jsou cizinci, očekávají. Nevím, na jakou péči jsou zvyklí, co je pro ně normální a přirozené.“ Na individualitu člověka poukázala S10: „Bariéry se vyskytují a asi se vždy vyskytovat budou. Ač se snažíme, nikdy nebudeme na takové jazykové úrovni, abychom rozuměli všemu a každému. Také nelze pochopit individualitu každého člověka. Záleží na sestře, jak je ochotná se ozbrojit trpělivostí a respektem a jak bude tyto překážky překonávat.“ S6 zaznamenala problém v komunikaci s Romy, Vietnamci a Syřany: „Komunikace s Romy probíhala v pořádku, jen když jim bylo zle nebo byli nervní z nemoci svého dítěte. To byli příjemní a snažili se na všem dohodnout. Když jim otrnulo, stala se komunikace zas horší. U Vietnamců mám pokaždé problém rozpoznat, co vlastně chtějí, nejde to poznat ani na základě jejich mimiky, jelikož se usmívají, ať rozumí, nebo ne. A když jsem pečovala o Syřany, zde bylo největší překážkou to, že nechtěli komunikovat s námi jako ženami. Nechtěli ani tlumočníci, protože to byla opět žena. To bylo velkou překážkou, protože není vždy

k dispozici lékař či tlumočnick.“ Potíže s komunikací zaznamenala i S3: „*Problém v komunikaci s Romy bych viděla v tom, že nechtějí moc poslouchat to, co jim říkám. Jako sestra pro ně nemám asi dostatečnou úroveň na předávání informací. Vyžadují si rozhovor pouze s lékařem, čemuž však nejde pokaždé vyhovět, lékař není na oddělení neustále a u mnoha výkonů není přítomen. Když jsem tedy byla na pokoji pouze já nebo jiná sestra, byli díky tomu odtažití, hrubí a vulgární.*“ Komunikačních problémů si S3 všimla i při poskytování péče zástupcům vietnamského etnika: „*Vietnamci nechtěli moc komunikovat, bylo těžké z nich dostat, co má vlastně dítě za problém. Když jsem jim představovala oddělení, pokoj a podávala základní informace o chodu a organizaci, tak jsem spíše jen ukazovala a komunikovala v jednoduchých větách a stejně měla pocit, že informace nejsou dostatečně chápány.*“ Bariéry vzniklé v důsledku svého postavením k cizincům uvedla S8: „*Tak překážky se při komunikaci s cizinci samozřejmě vyskytují. Už jen to, že neznám dostatečně jazyk, je velká potíž. Asi ta největší, ale pak je problém také v tom, že se v přítomnosti cizinců necítím zcela dobře. Nemůžu se tedy ani úplně uvolnit a chovat se naprosto přirozeně. Nervozita dělá své. A to, že nevím absolutně nic o jejich zvycích, gestech, rozdílech v mimice nebo nevhodných dotecích, je samo o sobě problémem. Já se chovám podle svého, mluvím podle svého. Oni také. Pak je mezi námi zed' a někdy se těžko přelézá.*“

Překonávání komunikačních problémů

V následující subkategorii je znázorněno, jak se dotazovaní probandi s komunikačními bariérami vypořádávají v praxi. Získané odpovědi byly poměrně různorodé. Rozsáhlou odpověď poskytla S6, která se zaměřila na možnosti, kterými se při péči o zástupce jiných etnik snaží dorozumět: „*V práci se při péči o cizince snažíme komunikovat tak nějak vším možným. Pomocí rukou, nohou. Použitím tužky a papíru, pomocí obrázků. Výjimečně si voláme na pomoc i tlumočnicka. Také máme slovníky, ale abych řekla pravdu, ty nikdo moc nevyužívá. Když už potřebuji vědět nějaké slovo, používám Google překladač, i když tam je trochu problém s tím, že tam není psaná výslovnost. Dále je při komunikaci s cizinci nutností tisící ujišťování, že jsme se opravdu pochopili, co po sobě navzájem chceme. Když jsem si nebyla jistá, že došlo k jasnému porozumění, chodila jsem kontrolovat rodiče, zda dodržují režim nebo dietu dítěte.*“ Z trochu jiné strany se vyjádřila k překonávání komunikačních bariér S7, která uvedla: „*Je nutné co nejvíce zapojit empatický přístup. Ukázat, že chápeme, že je to pro ně také těžké a nepříjemné, když se objeví komunikační problém. A především jde i o to být v klidu a*

trpěliví. Pokud to nejde jinak, přichází na řadu mimika, gestika, obrázky. Pomoc tlumočnicka jsme zatím nevyužili, ale neříkám, že k tomu nikdy nedojde.“ S10 se s komunikačními bariérami snaží vypořádat takto: „*Studuji cizí jazyky a kultury jednotlivých národností. V praxi využívám velmi ráda také piktogramů, myslím, že je to metoda vhodně vytvořená a snadno pochopitelná. Jinak gestika, mimika, haptika. Také máme k dispozici slovníky. Máme i návod ke komunikaci, jako je sepsaný slovníček základních výrazů. Mě baví prostě stále něco tvořit a zdokonalovat se. Využili jsme i tlumočnicka a v případě nutnosti máme k dispozici kontakt na tlumočnicka, který je ochoten zajít nebo poskytnout pomoc přes telefon.*“ Obsáhlou odpověď sdělila i S5: „*Pokud dojde na nějaký komunikační problém, snažím se ho překonat především vizuálně a pomocí názorných ukázek, kdy jsem například při příjmu pacienta vše jemu i jeho rodině ukázala a snažila se o to, aby pochopili, jak oddělení funguje, jak se, co používá. Kde najdou jídelnu, koupelnu, sesternu a tak podobně. Dále před každým odborným výkonem nebo vyšetřením jsem důkladně vysvětlovala a ukazovala, co se přesně bude dít, aby nedocházelo ke zbytečnému strachu a obavám. A používáme i ty komunikační karty, co se dají stáhnout na internetu. Co se týká tlumočnicka, toho jsem nevyužila nikdy. Mé jazykové dovednosti jsou na velmi dobré úrovni a domnívám se, že takové situace dokážu zvládnout i sama.*“ Komunikační bariéry se snaží S8 překonat takto: „*Pokud to alespoň trochu jde, snažím se mluvit česky. Když zjistím, že to prostě nepůjde, tak požádám o pomoc paní doktorku, která je přeci jen v oblasti cizích jazyků zběhlejší, nebo se vrhnu na použití nějakých alternativnějších metod. Různě gestikuluji, ukazuji. Například, pokud jde třeba o odběr moči nebo něco takového, vezmu zkumavku, ukážu na záchod a podobně. Také už jsem párkrát využila těch obrázků. Myslím, že je to docela fajn. Je to taková možná metoda závislá na více času a trpělivosti, ale zatím se vždy její použití vyplatilo.*“ Dle vyjádření S2 by bylo nejlepším řešením znát veškeré cizí jazyky: „*Pro překonání komunikačních problémů s cizinci by bylo nejvhodnější znát všechny nebo alespoň většinu cizích jazyků. To je ale nereálné. Tak si pomáháme nejčastěji mimikou a názornými ukázkami. Například jsme si přes internet hledaly obrázek s popisem močových cest, jelikož s tím si ani paní doktorka nedovedla poradit.*“ Nejvyužívanější pomůckou je i dle S4 komunikace neverbální: „*Když jsme se setkali s někým, kdo neuměl česky a ani moc anglicky, dorozumívali jsme se spíše tak pomocí rukou a nohou. Zkrátka pomocí neverbální komunikace, ale i díky ní jsme se dopracovali ke vzájemnému porozumění. Také někdy využíváme piktogramů nebo si sami kreslíme potřebné obrázky. Máme k dispozici i komunikační karty, ty jsou fajn, ale*

je pravda, že se zas tak moc nevyužívají. Myslím, že je to tím, že na to není tolik času.“

S neverbálními prvky komunikace si při překonávání komunikačních překážek pomáhá i S3: *„Komunikuji rukama, nohama. Čímkoliv, co pomůže, aby došlo nakonec ke vzájemnému pochopení. Také je nutné víckrát se optat a ujistit se, že se navzájem chápeme. Někdy byla i potřeba názorné ukázky. Jinak pomohla angličtina, mimika. Hodně pomocné jsou i ty obrázky, ale ne všechny sestry je využívají.“* V návaznosti na otázku, jak se sestry s překonáváním komunikačních překážek vypořádávají, byla vyjádřena i odpověď S3 ohledně toho, co by mohlo sestrám v budoucnosti s překonáváním těchto komunikačních bariér pomoci. Zareagovala takto: *„Nebylo by špatné, kdyby byla k dispozici nějaká pomůcka nebo kurz. Kde by byly popsány jednotlivé zvyky, potřeby a tak. Například co Vietnamci, Indové, Ukrajinci vyžadují a potřebují s ohledem na jejich náboženství, kulturu. Podle mě se pacienti bojí své požadavky vznést, ale kdyby je sestra znala a navrhla jim je, tak by je třeba rádi využili.“* Přínos vidí v kurzu či brožurě i S2: *„Určitě by bylo dobré, kdyby něco takového bylo k dispozici. Jak jsem se zmínila na začátku našeho rozhovoru, nemám tušení, co je odlišné například u těch Romů a Vietnamců. A nikdy není na škodu se něčemu přiučit. Třeba bych se pak podle toho přizpůsobila a komunikace a péče by byla jednodušší.“* Podobný názor projevila i S8, která stejně jako S2 nemá mnoho znalostí ohledně specifík různých etnických skupin: *„Určitě něco takového jako kurz nebo brožura není od věci. Pokud je více takových jako jsem já, a to určitě ta dřívější generace bude, co nejsme v tomto problému zcela informovány, tak by to bylo ideální.“* Pozitivní postoj vyjádřila i S10: *„Ano, jistě by to bylo přínosem. Já bych si osvěžila své znalosti a ti, kdo je nemají, by se měli něco přiučit.“* Souhlasnou odpověď uvedla i S1: *„Nějaké informace jsem si sice odnesla ze školy, takže něco vím, ale nikdy asi není od věci připomenout si nějaké základy. Takže pokud by něco takového bylo k dispozici, určitě bych se tomu nebránila. Třeba bych se dozvěděla i něco co prozatím nevím. Nikdo není vševědoucí.“* Nejistotu ve využití těchto možností sdělila S3: *„Setkání s těmito cizinci nejsou tak častá, tak nevím, zda by se to vyplatilo.“* Projevila ji i S8: *„Nevím jistě, jestli by o to byl dostatečný zájem. Přeci jen každý má už tak svých starostí až nad hlavu. A hlavně už to nejspíš nebude ani povinné tyto kurzy navštěvovat a sbírat kredity, tak se tam asi nikdo jen tak dobrovolně nepožene. Ale snad někdo ano, určitě jsou mezi sestrami takové, co se chtějí neustále zlepšovat a zkvalitňovat.“*

Znalost cizích jazyků

V následující subkapitole je zachyceno, jak je pro dětské sestry důležité umět cizí jazyk, který je mnohdy potřebný pro navození plynulé komunikace s cizinci a jakými jazyky se dorozumí. Zhruba polovina z dotazovaných sdělila, že se dokáže dorozumět alespoň jedním jiným jazykem, nejčastěji se jednalo o anglický a německý jazyk. Zároveň byly často uváděny důvody, proč je potřeba hovořit jiným jazykem v dnešním světě důležitá. Jednou z těch, co považují znalost cizích jazyků jako potřebné umění, je S4: „*Umím velmi dobře anglicky, několikrát již bylo třeba komunikovat s pacienty a jejich rodinou tímto jazykem. Myslím, že v dnešní době je znalost alespoň jedné cizí řeči základ. Na oddělení se nachází sestry, které komunikují pouze česky a z vlastní zkušenosti vím, že jim činilo mnohem větší obtíž než mně se dorozumět. Musely si hledat někoho, kdo jim s řečí vypomůže.*“ Podobně na tuto problematiku nahlíží S1: „*Umím anglicky a v mnoha situacích mi to, jak se tak říká, zachránilo zadek. Podle mě je nepostradatelné umět minimálně jeden světový jazyk. Vždy je příjemné, když víme, že se dokážeme dorozumět. Kdybych neuměla říct dnes ani slovo a někdo na mě promluvil anglicky, asi bych se cítila pěkně trapně, že neumím ani odpovědět. Důležité je ve studiu cizích jazyků zdokonalování. Přeci jen to není jízda na kole, kterou se naučíte a nikdy nezapomenete.*“ Obdobně i S3: „*Anglicky umím celkem dobře, základy mám z němčiny. Angličtinu jsem již při své praxi využila, bez ní by to mnohdy nešlo. Na oddělení máme sestry, které neznají ani základy, jako jsou slovíčka ohledně jídla, první pomoci nebo hygieny. S tím by se podle mě mělo něco udělat.*“ Nejvíce světovými jazyky hovoří S5, která uvedla: „*Umím mluvit anglicky, německy, francouzsky a albánsky. Moje výrazné jazykové zkušenosti se mi v praxi velmi hodí. Nejednou jsem jich využila a péči to v mnoha ohledech usnadnilo.*“ Základy anglického či německého jazyka ovládá dle výpovědi i S9 a S10. K nepříliš dobrým znalostem cizích jazyků se přiznává S6: „*Umím trochu anglicky, ale jen takové ty základy ze školy. Pár slovíček, ale dávat dohromady věty se mi moc nedaří. Němčinu jsem prozatím ani neměla šanci v práci použít. Komunikace s cizinci by tedy mohla být určitě lepší, bylo by vhodné, abych se sama čas od času nějakému jazyku věnovala, ale na to mi nezbývá bohužel moc času.*“ Ohledně nedostatku času na studium cizích jazyků reagovala i S8: „*Aby sestra uměla cizí jazyk, je určitě přínosem. Nejen pro její pracovní, ale i soukromý život. Lidé očekávají, že když se vyjede do ciziny, znalost angličtiny je základem. Doma mám angličtinu pro samouky a chci se zlepšit. Ale práce je náročná, pak péče o rodinu, manžela. A když angličtinu*

přeci jen otevřu, zas ji většinou zaklapnu. Takže chuť by byla, ale čas a odhodlání chybí.“ S7 ve své odpovědi uvedla, že přesto, že si myslí, že znalost cizích jazyků je důležitá, příliš je neovládá: „Mé znalosti jsou opravdu omezené. Víím, že v mém věku by to měla být asi samozřejmost a dalo by se říci i nezbytnost v takové profesi, jakou provozujeme. Ale i když jsem se snažila, toto mi prostě neleze do hlavy. Byla jsem ráda, že jsem zvládla předmět angličtiny na škole. Jako ano, zdokonalování je v dnešní době nezbytné, ale v mém případě to bohužel asi nemá cenu.“ Jako jediná uvedla S2, že neovládá žádný světový jazyk: „Neumím nic. Jak jsem se učila na přelomu totality, tak jsme měly na výběr němčinu nebo ruštinu. Vybrala jsem si ruštinu, v té době mi to přišlo využitelnější. Takže by se dalo říci, že umím trošku rusky, ale jak se ta mluva aktivně nevyužívá, tak jsem už téměř vše zapomněla. Samozřejmě by to ale bylo dobré nejen pro praxi, ale i pro život. U nás je záchranou, že paní doktorka mluví dokonale, a tak obstará vše potřebné. Ale musím přiznat, že je mi někdy nepříjemné, když se musím neustále obracet o pomoc.“

4.1.3 Identifikace výzkumného souboru B

Tabulka 2 Charakteristika probandů výzkumného souboru B

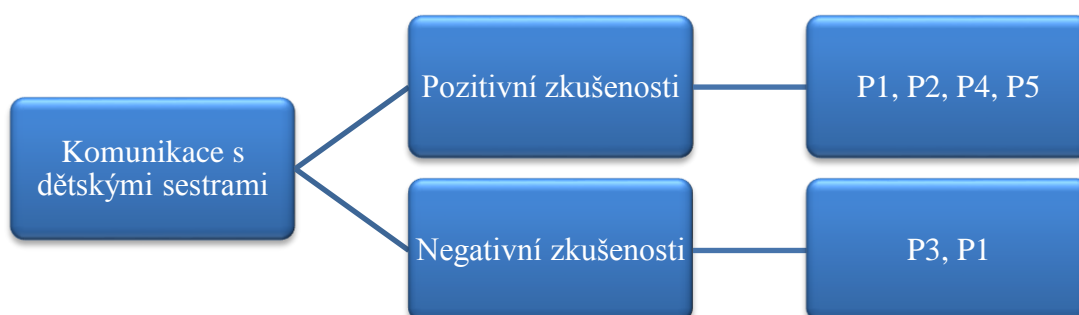
<i>Proband</i>	<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Etnikum</i>
P1	27 let	ZŠ	Romské
P2	42 let	VŠ	Ukrajinské
P3	35 let	ZŠ	Romské
P4	33 let	SZŠ	Vietnamské
P5	38 let	SZŠ	Ukrajinské

(zdroj vlastní)

Výzkumný soubor B byl tvořen zástupci třech daných etnických skupin. Přesněji se jednalo o etnikum romské, vietnamské a ukrajinské. Soubor se skládal z dvou zástupců romského etnika, dvou členů ukrajinského etnika a jedné zástupkyně etnika vietnamského. Věk probandů byl v rozmezí od 27 do 42 let.

4.1.4 Vyhodnocení výsledků první etapy výzkumného šetření souboru B

Schéma 7 Komunikace zástupců daných etnických skupin s dětskými sestrami



(zdroj vlastní)

V následujících řádcích jsou shrnuty zkušenosti rodičů dětských pacientů patřících do vietnamského, ukrajinského a romského etnika s komunikací a ošetrovatelskou péčí na dětském oddělení a v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. V této části výzkumného šetření bylo osloveno pět rodičů. Dva patřící do romského etnika, dva do

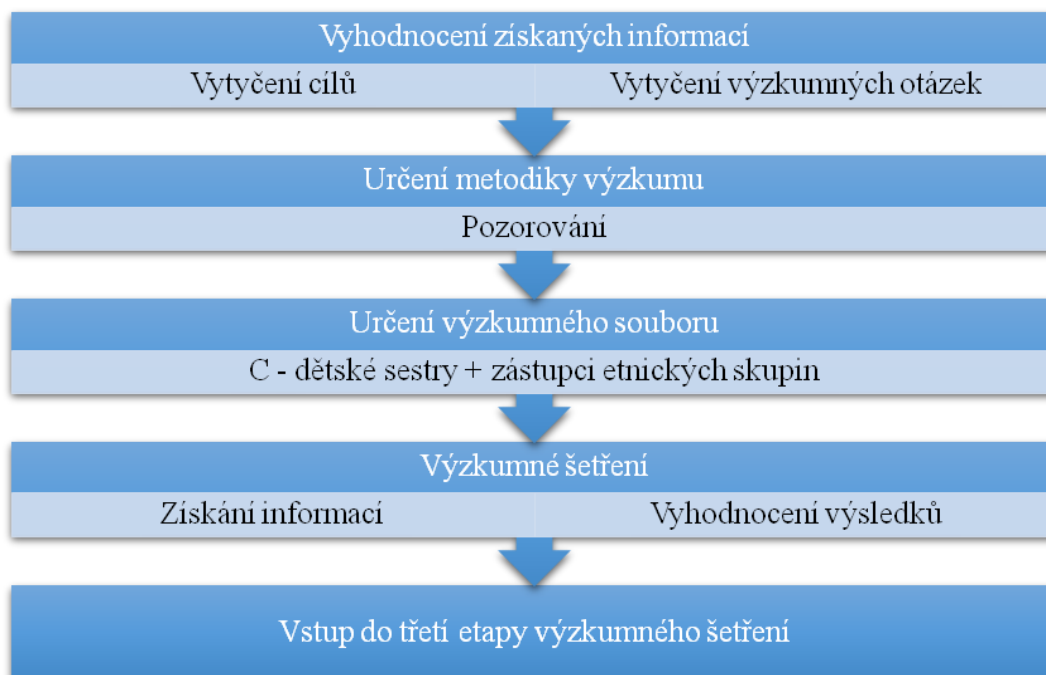
ukrajinského etnika a jedna matka řadící se do etnika vietnamského. Až na jednu reakci P3 byly popsány převážně pozitivní zážitky. P3 uvedla, že nebyla moc spokojená s péčí v nemocničním zařízení, konkrétně na dětském oddělení, kde dle jejího názoru byla ošetrovatelská péče poskytována na základě osobních postojů sester k zástupcům romského etnika: „*Stalo se mi, že dcera, která je taky tmavší, trpěla dva dny bolestí za uchem. Udělala se jí tam taková boule. Přišly jsme do nemocnice a doktorka řekla, že jí to rozříznou bez anestezie, i sestra to tak chtěla. Myslím si, že to bylo proto, aby to dcera cítila. Tak jsem se musela ozvat, ať jí aspoň něco píchnou a až potom jí teda něco píchly. Asi si uvědomily, že já se nedám odbýt. Jako ještě, že jsem taková, jsou Romové, co jsou zticha a nechají si vše líbit.*“ Dále se P3 vyjádřila k tomu, co si myslí o dětských sestřích a co by pomohlo ke zlepšení péče: „*Myslím, že by se hlavně měla dát šance těm mladým sestřím, ty starší jsou většinou povýšené a rasistky a podle toho se chovají. Stalo se mi, že mi jedna sestra zabouchla dveře přímo před nosem s tím, že se se mnou bavit nebude. To by se jako asi dít nemělo. A ty mladý se podle mě umějí chovat lépe a uctivěji. Jako někdy jsou ty staré sestry opravdu zlé a arogantní.*“ Na otázku ohledně respektování individuálních potřeb dodává: „*Mně přišlo, že nás nikdy nijak moc nerespektovaly a nerespektují. Vždycky se máme hůře než ostatní. A ani s námi moc nekomunikují. Nebo aspoň mě vždy tak jako odbyly.*“ Naopak velmi kladně zhodnotila péči v nemocničním zařízení P2: „*Ohledně péče, kterou nám poskytovaly dětské sestřičky, nemůžu říci nic zlého. Z horšího do lepšího se přeci jen zvyká vždycky lépe. Na Ukrajině to není se zdravotní péčí zrovna nejlepší. Jsme tu s rodinou moc spokojeni. Dceři operovali slepák a také dávali sádku po školním lyžování a péče byla na vysoké úrovni. Sestřičky si pořád dělaly starosti, jestli jsme spokojeni.*“ P2 se vyjádřila i ke komunikaci ve zdravotnickém zařízení: „*Co se týká komunikace, byl lehce problém, když jsme přišli, ale sestřičky a lékaři byli moc vstřícní a vždy pomohli to zvládnout. Jako pomohli i slovníky a tak, ale vždy jsme se dobrali toho, co jsme chtěli. Jako komunikace a péče je vážně dokonalá nad rámec zvyků v bývalém SSSR.*“ Ke komunikaci s dětskými sestrami poskytl odpověď i P5: „*No musím říct, že po příchodu do Česka jsme měli trošku problém s tou komunikací. Ale zas byla doba, kdy ještě lidé uměli tak trošku rusky, tak jsme si dopomáhali hlavně tou ruštinou. A když to nešlo, tak pomohli třeba slovníky nebo jsme si i ukazovali názorně, co kdo chce. Jako nemůžu říci nic proti. Péče a vše okolo ní je podle mého v České republice na velmi dobré úrovni. Jako je to asi člověk od člověka, každý je nějaký, ale já se vždycky naštěstí setkal jen s příjemnými, vstřícnými a trpělivými sestřičkami. Jednou jedinkrát měly obavy o to, zda*

máme vůbec pojištění, že se jim stává, že Ukrajinci ho nemívají, ale když zjistily, že mi ano, bylo vše v naprostém pořádku.“ S komunikací má pozitivní zkušenosti i P4: „Nejsem v Česku dlouho, neumím teda moc česky. S tím mi pomáhá rodina, za kterou jsem se sem přistěhovala a oni už česky umí. Umím základy a co neumím, tak mi pomůže bratr nebo strýc. Bála jsem se jít do nemocnice a k doktorovi, ale musím poděkovat. Všichni jsou hodní. Pomáhali, jak mohli. Někdo víc, někdo míň. Komunikace byla výborná. Pomohli. Hlavně díky tomu, že jsem mohla mít bratra s sebou.“ Na otázku, co bylo pro zkvalitnění komunikace, P4 dodává: „Tak ten bratr, co překládal, obrázky, slovník, pohyby rukama.“ Ohledně respektování individuálních potřeb v rámci kultury P2 tvrdí: „Už jsme se celkově ztotožnili s českými zvyklostmi, tak nic extra nežádáme.“ S pozitivními i negativními zkušenostmi se svěřila P1: „No, co jsme bydleli v Praze, bylo to občas fakt hrozné. Když jsme šli do nemocnice, na polikliniku, když bylo malému zle, nechtěli nás moc ošetřit, na všechno měli hrozně moc času a vůbec se nám nevěnovali. Přitom mu fakt bylo zle a oni at' si prostě počkáme a bylo slyšet, jak si uvnitř jen drbou. Jako jo nakonec ho vzali, vyšetřili, ale tvářili se u toho fakt neskutečně nepříjemně a mluvili se mnou tak povyšně. Jako že je otravujeme z toho nicnedělání. Pak co jsme se přestěhovali, tak od té doby je to lepší, byli jsme v Hradci i v Budějovicích a musím říct, že je to neskutečný rozdíl. Tady u paní doktorky, a i v nemocnici se k nám chovali velmi příjemně. Všechno sestry v klidu vysvětlily, když jsem nechápala třeba nějaká ta slova. Byly tu sestřičky vážně trpělivé. To bych jako řekla, že v hlavním městě bude ta péče a domluva lepší a ono je to přesně naopak.“ Ohledně respektování individuálních potřeb P1 uvedla odpověď: „Tak snažili se nám vyhovět, když jsme něco potřebovali. I návštěvy mi povolovali i mimo ty návštěvní hodiny. Nemám, co říci proti.“ K individuálním potřebám se vyjádřil i P5: „Nevím, že bychom měli zrovna nějaké zvláštní požadavky. Jedině tak ohledně té komunikace ze začátku a s tou se snažili vždy pomoci. A možná ohledně jídla. Na Ukrajině je všude zdravé jídlo, ve školách, školkách, nemocnicích a tady mě překvapilo, že je to přesně naopak. Tady je zdravé jídlo dražší než to nezdravé. Takže i v nemocnici, když byla dcera, se nám moc nelíbilo podávané jídlo a nosili jsme si radši vlastní. Ale normálně nám to bylo dovoleno a nebyl s tím problém.“ Vyjádření poskytla i P4: „Nemám žádné požadavky. Já přišla do Česka, já se budu chovat jako všichni tady. Nemůžu si vymýšlet co a jak, to si nedovolím. To se nedělá. Všichni se ke mně chovají hezky.“ S předsudky se P1 našťestí již nesetkává: „V té Praze ano, tam jsem se s předsudky setkala. Tam nám prostě dávali najevo že Romy asi nemají moc rádi, ale od té doby k tomu našťestí nikde

nedošlo. Myslím, že jsme slušná rodina a není tedy důvod, aby se k nám někdo choval jinak než k ostatním.“ Ani P5 se při poskytování péče neseťkal s projevy diskriminace: „Musím to zaklepat, ale s ničím takovým jsem se v Česku neseťkal. Jako podle mě barva pleti, kultura nebo národnost nedávají důvod k tomu, aby se k takovým lidem někdo choval jinak než k druhým.“ Na závěr byla položena otázka, zda by bylo ještě něco, co by chtěli probandi dodat. P2 odpověděla: „Jsem velmi ráda, že se zkrátí studijní doba pro sestřičky. Myslím, že to, co se učí na středních školách, je dost dobré pro péči i pro komunikaci s cizinci. A taky jim přeji větší platy za to, že musí pracovat s podrážděnými lidmi.“

4.2 Druhá etapa výzkumného šetření

Schéma 8 Schéma druhé etapy výzkumného šetření



(zdroj vlastní)

4.2.1 Identifikace výzkumného souboru C

Tabulka 3 Charakteristika probandů výzkumného souboru C

Pozorování	Charakteristika pozorování	Charakteristika rodiče	Místo pozorování
Pozorování 1	Zúčastněné, zjevné, polostrukturované pozorování	Matka patřící do vietnamského etnika N.V. T– 33 let, syn 3 měsíce	Preventivní prohlídka u praktického lékaře pro děti a dorost
Pozorování 2	Zúčastněné, zjevné, nestrukturované pozorování	Matka patřící do romského etnika M.S. – 29 let, dcera 12 let	Preventivní prohlídka u praktického lékaře pro děti a dorost
Pozorování 3	Zúčastněné, skryté, nestrukturované pozorování	Matka patřící do ukrajinského etnika I.R. – 36 let, syn 3 roky	Prohlídka u praktického lékaře pro děti a dorost – z důvodu nemoci

(zdroj vlastní)

Pro názornost bylo vytvořeno schéma 2. etapy výzkumného šetření. Výzkumný soubor C byl tvořen třemi dětskými sestrami pracujícími v ordinacích dětského lékaře pro děti a dorost a zástupci daných etnických skupin – přesněji zástupci vietnamského, romského a ukrajinského etnika. Jednalo se o rodiče dětských pacientů, kteří navštívili ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost a stali se součástí pozorování, které zaznamenávalo, jak probíhala komunikace mezi nimi a dětskými sestrami.

4.2.2 Vyhodnocení výsledků druhé etapy výzkumného šetření

Výsledky 1. pozorování

První pozorování, kterého jsme se zúčastnili, se odehrálo v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Jednalo se o zúčastněné, zjevné pozorování, jehož cílem bylo zjistit, jak probíhá v praxi komunikace dětských sester se zástupci vietnamského etnika. Vše bylo průběžně zaznamenáváno do archu a později sepsáno.

Mladá matka – vietnamského etnika vchází do ordinace. Vypadá nejistě, nervózně. Dítě si drží v náručí. Nezdraví, pouze pokyne jemně hlavou. Pár kroků za ní kráčí mladý muž. Zdraví a představuje se lámanou češtinou jako její bratr a zároveň tlumočnick komunikace při poskytování péče. Sestra pobízí muže, který tlumočí matce, ať své dítě vysvlékne donaha. Následuje vážení, měření. Při měření hlavičky je nutné porušit jedno z kulturních specifíků, které Vietnamci dodržují, a to je zákaz sahání dítěti na hlavu. Sestra se neoptá ani neupozorní matku, že bude muset k tomuto kroku přistoupit. Nikdo se neohrazuje. Ptáme se následně sestry, zda ví, že vietnamská kultura se k sahání na hlavičku staví negativně. Netuší, nemá povědomí o ničem, v čem jsou Vietnamci specifictí.

Dále je matka prostřednictvím bratra vyzvána k obléknutí dítěte do plenky a k přestupu do ordinace za dětskou lékařkou, kde ukládá dítě na přebalovací pult. Lékařka i sestra komunikují převážně s doprovodem matky. Nehovoří přímo k matce, ale směrem k doprovodu. Matka dítěte sleduje svého bratra, tváří se nejistě a bratr jí postupně informace předává. Po úvodní prohlídce přichází na řadu očkování. Zde dochází k větším komunikačním problémům, jelikož ani matka, ani její tlumočnick nerozumí pojmům, které jsou s tímto problémem spojené. Ptáme se, zda mají v ordinaci k dispozici komunikační karty a komunikační obrázky – piktogramy. Sestra odpovídá, že ano, ale že je moc nepoužívají. Spíše vůbec. Vždy si vystačí pomocí mimiky, gestikulace a názorných ukázek. Karty a obrázky jí nepříjdou jak zcela nejlepší řešení.

Sestra se tedy obrací na slovník na počítači. Zadává slova, která jsou jí nejasná a po chvíli dochází k dostatečnému porozumění. Tlumočnick překládá matce, ta se doptává na pár nejasností, poté přikyvuje a souhlasí s očkováním. Dle slov sestry už na očkování byli domluveni dříve. Dávala matce domů letáky a obrázky, které si pomocí bratra doma přečetla, a nyní se jen doptávali na pár konkrétních detailů. Matka oceňuje, že se mohla s problematikou očkování seznámit doma v kruhu rodiny, kde s ostatními členy prodiskutovala všechna pozitiva i negativa a mohla se rozhodnout, zda s ním bude souhlasit, či ne.

Dále přichází vlastní aplikace látky. Matka si poté bere brečící dítě do náručí a odchází na pokyn bratra, který dostal instrukce od sestry obléct dítě do vedlejší místnosti. Poté přichází zpět do ordinace a dochází k domluvě ohledně další prohlídky. Sestra bere do ruky kalendář a nyní již komunikuje přímo s matkou, ukazuje jí názorně datum, kdy by mohla přijít. Shodují se na určitém dni. Sestra píše datum s časem 10:00 na zvací kartu. Říká tlumočnickovi, aby se optal matky, zda všemu porozuměla, zda ví, kdy má přijít a zda nemá další otázky. Matka odpovídá, že vše chápe a bude se těšit na příště, loučí se pokynutím hlavy a odchází.

Výsledky 2. pozorování

Druhé pozorování, kterého jsme se účastnili, se odehrávalo opět v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Pozorování bylo zjevné a zúčastněné. Tentokrát se jednalo o návštěvu romské matky se svou třináctiletou dcerou. Dcera byla objednána na pravidelnou preventivní prohlídku. Součástí prohlídky byla i konzultace o vhodnosti očkování proti rakovině děložního čípku.

Ještě před příchodem matky do ordinace nás sestra upozorňuje, že matka je velmi upovídaná a vše se jí musí říkat alespoň třikrát, než vše pochopí. Následně do ordinace vchází mladá matka se svou třináctiletou dcerou. V ordinaci na ně zůstává čekat přítel s babičkou. Matka zdraví a sebevědomě usedá. Po chvíli rozhovoru s lékařkou jí však sebevědomý výraz mizí. Lékařka využívá odborné výrazy a cizí slova, načež následně matce konstatuje, že je jí jasné, že ona tato slova nezná. Takto pokračuje komunikace po celou dobu prohlídky. Nelze si nevšimnout, že s touto matkou doktorka hovoří odlišným způsobem než s předchozími pacienty a jejich rodiči.

Sestra zatím měří dětské pacientce tlak, odebírá krev, měří váhu a výšku a kontroluje, jak dívka vidí. Dále je provedeno samotné vyšetření lékařkou. Do této chvíle vše probíhalo bez větších obtíží. Následně dochází k rozhovoru ohledně toho, že dívka v nedávné době dostala svou první menstruaci, načež sestra i doktorka reagují tak, že by bylo v blízké době vhodné aplikovat očkování proti rakovině děložního čípku. Sestra přináší matce velké množství letáčků a vysvětluje, jak se v nich orientovat. Přístup sestry oceňujeme, projevila velkou trpělivost a ochotu odpovědět na veškeré otázky a nejasnosti. Nyní však na řadu přichází připravená prezentace promítaná na počítači na téma rakovina děložního čípku a očkování. Věnuje se základním teoretickým informacím o rakovině a vhodnosti očkování. Matka s dcerou pozorně prezentaci sledují. Je vidět, že je to opravdu zajímavá. Lékařka doplňuje informace, když si myslí, že je matka nejspíš nepochopí, ta pouze přitakává. Načež v prezentaci přichází na řadu obrázky znázorňující postižení ženských genitálií způsobené pohlavně přenosnými nemocemi. Na matce i dceři je vidět, že jsou tímto pohledem zaskočeny, ale bez komentáře sledují dál. Když se však na obrazovce objeví postižený mužský genitál, dcera zezelená, a tak ji rychle se sestrou pokládáme na vyšetřovací lůžko. Dívka sděluje, že se jí točí hlava a následně začíná plakat. Prezentaci lékařka urychleně zavírá. Matce, která je z celé situace zřetelně rozhozená, pouze sděluje, že: „*někdo toto prostě nezvládá.*“ Následně pouze matku vyzývá, aby si důkladně prohlédla letáčky, co dostala a ozvala se, až se rozhodne, jaké očkování si vybrala. Matka s plačící dcerou odchází z ordinace.

Výsledky 3. pozorování

Třetí pozorování, jehož jsme se účastnili, se konalo taktéž v ordinaci praktického lékaře po děti a dorost. Rozdíl byl však v tom, že se jednalo o pozorování zúčastněné, ale zároveň skryté. Do ordinace zavítala matka ukrajinské národnosti se svým synem, díky čemuž jsme měli jedinečnou příležitost zjistit, jak se sestra zachová v situacích, kdy musí komunikovat s cizincem, aniž by věděla, že je při tom pozorována.

Do ordinace přichází matka a zdraví lámanou češtinou s přízvukem. Sestra ji vítá podáním ruky a pokynutím ji pobízí, aby pokračovala dál do ordinace. Lékařka ji zdraví obdobným způsobem. Sestra se matky ptá, jak dobře ovládá český jazyk nebo jestli je jiný jazyk, kterým by spolu mohly komunikovat. Dozvídá se, že česky umí jen trošku, jelikož se v České republice nacházejí pouze chvíli. Sestra odpovídá, že se pokusí

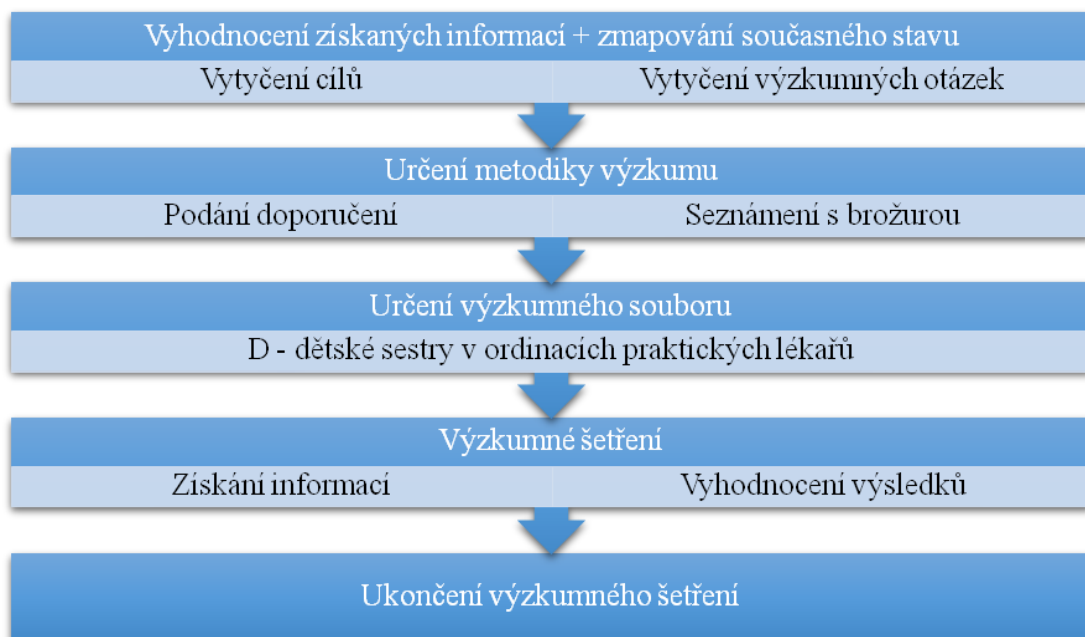
mluvit pomocí jednoduchých českých slov a v případě nejasností si určitě nějak poradí. Získává od matky základní anamnézu o dítěti, přičemž si pomáhá doprovodnými frázemi z jazyka ruského a anglického.

Dozvídáme se, že syn má od večera bolesti břicha. Sestra si k sobě tedy chlapce přivolává a pohotově vytahuje obrázek, který znázorňuje bolest a gestikou pobízí chlapce, aby sám na sobě ukázal, kde ho to bolí. Chlapec se chytá za břicho v levém dolním kvadrantu. Sestra přechází po místnosti a přináší škálu obsahující obrázky obličejů od brečícího po usměvavého. Žádá chlapce, aby označil obrázek, který jeho pocity vystihuje. Ten označuje obrázek smutného obličeje, nikoli plačícího. Následuje vlastní vyšetření a doptání na okolnosti bolesti, vyprazdňování a stravování. V tuto chvíli si sestra bere do ruky i slovník, kde vyhledává a následně prezentuje matce nejasné pojmy.

Lékařka stanovuje diagnózu, píše chlapci recept a vystavuje žádanku, která ho odesílá na ultrazvukové vyšetření do jiné části nemocnice. Předává recept a obrázek chlapci. Loučí se a matku se synem vyprovází z ambulance.

4.3 Třetí etapa výzkumného šetření

Schéma 9 Schéma třetí etapy výzkumného šetření



(zdroj vlastní)

4.3.1 Identifikace výzkumného souboru D

Tabulka 4 Charakteristika probandů výzkumného souboru D

<i>Proband</i>	<i>Pozorování</i>	<i>Doporučení</i>
S1	1. pozorování	Piktogramy, komunikační karty, kurz a brožura
S2	2. pozorování	Komunikační karty, prezentace, kurz a brožura
S3	3. pozorování	Komunikační karty, kurz a brožura

(zdroj vlastní)

Pro názornost bylo vytvořeno schéma 3. etapy výzkumného šetření. Výzkumný soubor D byl tvořen třemi dětskými sestrami pracujícími v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Jednalo se o stejné dětské sestry, které byly součástí výzkumného souboru

C a zároveň tedy byly účastnicemi pozorování, které sledovalo komunikaci se zástupci daných etnických skupin v praxi.

Schéma 10 Doporučení pro praxi



(zdroj vlastní)

4.3.2 Vyhodnocení výsledků třetí etapy výzkumného šetření

V poslední etapě výzkumného šetření jsme se na základě získaných informací, zprostředkovaných díky rozhovorům a pozorování, zaměřili na podání doporučení v problematických oblastech vzniklých během komunikace se zástupci jiných etnických skupin. Vstupem do třetí etapy výzkumného šetření bylo zmapování současného stavu, kdy bylo zjišťováno, jaké pomůcky lze sehnat pro ulehčení komunikace se zástupci jiných etnických skupin.

První alternativní komunikační metodou, se kterou jsme sestry seznamovali, byla komunikace pomocí komunikačních karet. Komunikační karty jsme si sehnali na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví, kde jsou volně ke stažení. Jsou tam k dispozici v mnoha cizích jazycích a jsou zaměřeny na různá odvětví ve zdravotnictví. Sestrám jsme při prezentaci této pomůcky poskytli pouze karty zabývající se komunikací sester s dětmi a rodiči na dětském oddělení a v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, zároveň jsme je však informovali i o ostatních možnostech, kde je mohou sehnat.

Dále jsme sestry seznamovali s možností, jak si vytvořit vlastní piktogramy na základě aktuální potřeby. Nejprve jsme si na internetových stránkách zakoupili kartičky, které jsou přímo uzpůsobené k tomu, aby se z nich vytvořily piktogramy neboli komunikační obrázky. Tyto karty jsme sestřám představili jako další z možných alternativ ulehčující komunikaci se zástupci jiných etnických skupin, kdy je možno na kartu namalovat obrázek, který se nám v určitou chvíli zrovna hodí a buďto ho ponechat, nebo z karty smazat a namalovat obrázek jiný. Následně je možné obrázky pověsit na vhodné místo, jelikož jejich zadní strana je tvořená magnetickou plochou. Současně jsme sestry informovali o možnosti, pokud by si na vlastní malbu netroufaly, že lze zakoupit již hotové magnetické kartičky, na niž jsou obrázky zaměřené na různá odvětví, jako je hygiena, zdraví, potraviny a podobně.

Nakonec byly sestry informovány o možnostech zúčastnit se kurzů, které jsou zaměřeny na obecnou komunikaci, ale i na komunikaci s cizinci a zástupci jiných etnických skupin. Kurzy jsme se začali zabývat na základě informací získaných během rozhovorů se sestrami na dětském oddělení a v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, kdy sestry poukazovaly na to, že by nebylo špatné, kdyby byla k dispozici i tato možnost celoživotního vzdělávání. Zjistili jsme si, opět pomocí internetových stránek, jaké kurzy jsou k dispozici. Zároveň bylo kontaktováno pomocí e-mailu i několik společností, pořádajících kurzy pro zdravotnické pracovníky, zda nemají k dispozici kurzy poskytující informace o komunikaci se zástupci etnických skupin a pokud ne, zda se touto problematikou nechtějí zabývat někdy v budoucnu. Z pěti kontaktovaných společností se nám dostala odpověď pouze od jedné z nich. Jednalo se o společnost poskytující služby a produkty v oblasti celoživotního vzdělávání určené všeobecným sestřám, ale i ostatním nelékařským zdravotnickým pracovníkům. V odpovědi nám byl poskytnut odkaz na internetovou učebnu, kde je k dispozici množství kurzů z různých oblastí zdravotnictví. Jedním z nich byl i kurz Multikulturní ošetřovatelství, který byl dříve veden i v prezenční formě, nyní pouze v podobě interaktivní. Po požádání bylo od majitelů společnosti SestraIN povoleno poskytnout kontakt probandům a zároveň ho také zveřejnit do diplomové práce. Sestřám byla tedy předána webová adresa <https://ucebna.net/>, která odkazuje na internetovou učebnu umožňující se sestřám dále aktivně celoživotně vzdělávat.

Výsledky – doporučení S1

Prvotní doporučení bylo poskytnuto S1 vzápětí po průběhu prvního pozorování. Ihned po vyšetření a odchodu rodičů s dítětem jsme se na sestru obrátili s tím, aby nám ukázala, jaké komunikační obrázky mají v ordinaci k dispozici. Předvedla nám komunikační obrázky, se kterými jsem se setkala i v ostatních ordinacích, s nimiž ostatní probandi dle získaných informací mají velmi dobré zkušenosti. Na dotaz, proč s touto alternativní komunikační pomůckou nepracuje, nám bylo zodpovězeno, že ji nikdy nenapadlo tuto metodu využít a nikdy ani nepřemýšlela jak na to. Navrhli jsem sestře, že bychom jí s použitím této pomůcky v praxi pomohli. Že bychom si použití piktogramů a komunikačních karet připravili na další prohlídku, kterou si právě domluvila s mladou matkou. Pokládali jsme zároveň důvody, proč by měla tyto alternativní pomůcky v praxi využívat. Sestra se zdála být zprvu nejistá, nakonec s tímto návrhem souhlasila.

Uběhl měsíc a se sestrou v ordinaci praktického lékaře jsme se sešli znovu. Schůzka proběhla dříve, abychom jí s obrázky seznámili a vybrali ty, o kterých se domníváme, že při nadcházejícím rozhovoru s mladou matkou budou přínosem. Předkládáme sestře i sadu vlastnoručně vyrobených piktogramů. Sestra hodnotí zpracování obrázků velmi pozitivně, přiznává, že se o ně nikdy moc nezajímala a tím pádem ani nestudovala jejich strukturu a obsah. K dispozici dáváme sestře i materiál vytvořený Ministerstvem zdravotnictví. Jedná se o komunikační karty, jež jdou volně stáhnout právě na stránkách ministerstva. Karty obsahují základní fráze a pojmy zaměřené na jednotlivé obory a jsou vyhotoveny v 10 různých jazycích.

Za pár minut po podání doporučení přichází do ordinace i matka se svým malým synem. V zádech jim opět kráčí muž, matky bratr. Matka již nevypadá tak nejistě. První setkání ji nejspíše ujistilo v tom, že zde se jí budou snažit vyjít vstříc. Oporou a jistotou je samozřejmě i bratr ve funkci tlumočnicka. Hned v úvodu vysvětlíme tlumočnickovi, že bychom chtěli otestovat metodu komunikace pomocí komunikačních karet a obrázků. Souhlasí a informace předává matce v jejich rodném jazyce, vietnamštině. V očích matky je vidět obava, ale souhlasí. V komunikačních kartách jsme si našli list vyznačující fráze a jejich překlady směřující k vyšetření dítěte v ambulanci, které je doprovázeno rodiči nebo jejich zástupci. Ihned první věta se hodí a sestra prezentuje matce větu v jazyce českém: *„Ted, prosím, Vaše dítě vysvělte, můžete je držet i*

v náručí, položte je na podložku a zatím mu nechte plenu.“ A zároveň vietnamském: „*Bây giòxin hãy cởi quần áo cho con của bạn, bạn có thể bế con trong vòng tay, đặt lên trên bệ, tạm thời bạn cứ đểnguyên cả tã.*“ Dále matce oznamuje, že dítě zváží a změří a vyšetří genitál. Matka přikyvuje a vypadá spokojeně. Nyní přistupujeme k použití piktogramu, pomocí nichž sestra ukazuje matce, že může již dítěti obléci plenku a přesunout se do ordinace, kde probíhá rozhovor mezi doktorkou a matkou, do něhož se již zapojuje i tlumočnick. Konverzace směřuje k vysvětlení smyslu dalšího očkování. Sestra využívá další piktogram spojený s očkováním a názorně matce ukazuje, kam bude injekce dítěti dána, jak má k němu přistoupit a držet ho.

Očkování probíhá bez problémů. Nyní jen zbývá poptat se, zda matka nezaznamenala u dítěte ještě nějaké obtíže. Již sama aktivně bere do ruky komunikační karty a prstem vyznačí větu, která se na tuto problematiku ptá. Matka kroutí hlavou a zároveň označuje odpověď ne. Sestra pro jistotu nabádá tlumočnicka, aby se sám zeptal matky, zda nepocit'uje ještě nějaký problém či nemá nějaké otázky. Odpověď je i nyní záporná. Pomocí názorné ukázky kalendáře a času na hodinách dochází k domluvě na dalším setkáním společně se zápisem do zvací karty. Matka před odchodem konstatuje, že je velmi potěšena takovýmto přístupem, díky němuž si připadá více zainteresována do celého dění. Děkuje a spokojeně odchází.

Následně se společně se sestrou usadíme a hovoříme o průběhu setkání. Tato zpětná vazba nám poskytla mnoho informací o tom, co si sestra myslí o pomůckách ulehčujících komunikaci se zástupci jiných etnických skupin. Sestra informuje o tom, že byla s průběhem dnešní návštěvy v ordinaci spokojenější a cítila se lépe než během první návštěvy, kdy si nebyla jistá, jak s matkou komunikovat. Velmi pozitivně se přiklonila ke komunikačním kartám Ministerstva zdravotnictví. Vyzdvihla jejich přehlednost, vizuální stránku, ale i stránku obsahovou. Jako přínos vidí, že je lze získat zdarma na stránkách Ministerstva zdravotnictví, může je tedy využít kdokoliv. Kladné vyjádření poskytla i ke komunikačním obrázkům. Lituje, že se této pomůcce nevěnovala již dříve.

Přesto, že S1 ke konci konstatovala, že se jedná o časově náročnější metody, rozhodla se je nadále v praxi využívat. Uznává, že jí tyto pomůcky poskytnou možnost komunikovat přímo s rodiči a dětmi patřícími do jiné etnické skupiny a nebude

odkázána pouze na komunikaci prostřednictvím tlumočnicka, která jí neumožní dostat se k pacientům dostatečně blízko.

Výsledky – doporučení S2

U S2 proběhlo podání doporučení vzápětí poté, co matka s dcerou opustila ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a pozorování komunikace v praxi bylo tedy ukončeno. Zde jsme shledali největší problém v otázce vhodnosti způsobu poskytování informací mladým dívkám ohledně rakoviny děložního čípku.

Ptáme se sestry, zda takové prezentace použít všem dívkám, které navštěvují jejich ordinaci. Odpovídá, že ano. Prý všechny dívky, které začnou menstruat, absolvují toto prezentování. Bez ohledu na to, jaké poznatky o lidské sexualitě mají a kolik je jim v začátcích menstruačního cyklu let. Během rozhovoru byla pozitivně ohodnocena edukace pomocí audiovizuální pomůcky, zároveň bylo upozorněno na to, že by měl být brán větší ohled na individualitu každé dívky, na jejímž základě by se mělo množství a styl předávaných informací přizpůsobit věku a rozumovým schopnostem. Také poukazujeme na to, že by bylo vhodné poradit se zprvu s rodiči, zda s takovým předáváním informací vůbec souhlasí.

Sestra však konstatuje, podobně jako sdělila již lékařka, že je jen pár děvčat, které se k této metodě staví negativně, proto si nemyslí, že by bylo nutné od takového předávání informací ustupovat. Nikdo si prý nestěžoval, nevidí tedy zjevný důvod. Sdělujeme nakonec tedy pouze to, že by se nad způsobem zpracování a předávání mohly ještě zamyslet.

K této problematice se již nevracíme a poskytneme sestře ještě doporučení ohledně alternativních pomůcek, které by mohla využít v praxi. Předkládáme jí komunikační karty Ministerstva zdravotnictví, informace o piktogramech a o kurzu multikulturního ošetřovatelství společně s odkazem na webovou stránku, kde ho lze najít. Konstatuje, že těchto pomůcek v praxi možná někdy využije, nemyslí si však, že by na svém přístupu musela mnoho měnit. Ke kurzu se S2 nestaví příliš nadšeně, dle jejího názoru není na jeho absolvování dostatek času, jelikož se po práci hodlá věnovat rodině a koníčkům, a ne dalšímu vzdělávání.

Výsledky – doporučení S3

Jelikož 3. pozorování proběhlo zúčastněně, ale zároveň skrytě, po odchodu matky s dítětem z ordinace sestře oznamujeme, že se právě zúčastnila pozorování, z něhož získané informace bychom chtěli využít v praktické části diplomové práce. S anonymním uvedením poznatků souhlasí. Během rozhovoru pozitivně hodnotíme komunikaci sestry, kdy aktivně využívala možnosti jak verbální, tak i neverbální komunikace společně s využitím alternativních pomůcek, jako byl slovník, škály nebo piktogram. Oceňujeme také přístup sestry k dětským pacientům a jejich rodičům. Dokázala i během složitější situace vytvořit velmi příjemnou a uvolněnou atmosféru.

Doporučení, které sestře poskytneme, se týká komunikačních karet od Ministerstva zdravotnictví a kurzů zaměřených na multikulturní ošetrovatelství. Ohledně piktogramů jí nemusíme podávat zvláštní rady, jelikož s touto alternativní komunikační pomůckou umí velmi dobře pracovat. Nejprve se S3 ptáme, zda zná komunikační karty, které lze zdarma stáhnout na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Jelikož o této pomůcce prozatím neslyšela, karty před ni předkládáme a zároveň ji informujeme o tom, kde je lze najít a jaká je jejich obsahová stránka. Ona je vzápětí hodnotí jako velmi přínosnou pomůcku pro praxi a konstatuje, že se těší, jak je při dalším setkání se zástupci jiné etnické skupiny využije. Dále S3 seznamujeme s možností vytvořit si vlastní piktogramy a názorně jí tuto metodu prezentujeme. Líbí se jí možnost přizpůsobit si obrázek na základě aktuální potřeby, ale zároveň přiznává, že není v malbě zrovna zdatná. Sdělujeme jí, že je i možnost zakoupit již vyhotovené obrázky zabývající se určitými tématy, jako je například zdravý životní styl.

Další informace, které jí předáváme, se týkají kurzu, který se zaměřuje na multikulturní ošetrovatelství. K této možnosti se staví také velmi pozitivně. Je ráda, že je něco takového k dispozici, dle jejího názoru by se sestry a nejen ty, ale každý člověk, měl celý život vzdělávat a zdokonalovat a udržovat si tak úroveň své profesionality. Na závěr dodává, že se o tuto možnost začne aktivně zajímat a pokud bude mít dostatek času, nezavrhuje, že by se nějakého kurzu zaměřeného na komunikaci se zástupci jiných etnických skupin a multikulturní ošetrovatelství zúčastnila.

Výsledky – názory na vytvořenou informační brožuru

Na základě poznatků získaných zmapováním současného stavu, pomocí rozhovorů a pozorování jsme se rozhodli vytvořit informační brožuru pro sestry, která bude seznamovat s obecnými zásadami efektivní komunikace, komunikačními a kulturními specifiky a se základními frázemi v daném jazyce. V brožuře jsme zmínili tři etnika, ukrajinské, vietnamské a romské, kterými se zabývá i celá diplomová práce. Navíc byly připojeny informace o příslušnících islámu – muslimech, jelikož si myslíme, že v dnešní době se s těmito zástupci mohou sestry při výkonu své profese setkávat stále častěji. Každá stránka o daném etniku byla doplněna o list, kde si sestry interaktivní formou mohou připomenou tři ze základních specifik. Obsahuje také informace o webových stránkách, na nichž je možno získat například komunikační karty, piktogramy nebo absolvovat elektronický online kurz zabývající se multikulturním ošetřovatelstvím. Brožura byla vložena do pouzdra s kroužkovou vazbou, která případně umožní v budoucnu rozšiřovat spektrum informací o dalších etnikách. S brožurou byly následně sestry seznámeny a byla zaznamenána jejich zpětná vazba na tuto komunikační pomůcku.

Nejmenší nadšení projevila podobně jako u ostatních alternativních komunikačních pomůcek S2, jelikož si nemyslí, že by se měla v čemkoliv příliš přiučovat a zdokonalovat. Přesto však ocenila vizuální a obsahovou stránku vytvořené brožury. S2 sdělila: *„Musím říct, že to vypadá vážně pěkně, tak jako docela profesionálně zpracované, já bych na počítači nikdy nic takového nezvládla vytvořit. Je fajn, že je to v té kroužkové vazbě, že se to může doplňovat a vyndávat a tak. Možná by byly fajn větší písmenka, přeci jen my starší už tolik nevidíme, ale tak dá se to zvládnout. Jako myslím, že je to užitečné, já moc takových informací o Romech nebo Vietnamcích nemám a když je to v takové stručné formě, tak si to možná celé až bude čas přečtu.“* Velmi pozitivně se vyjádřila S3: *„Tak tohle se mi opravdu líbí. Moc často se mi do ruky nedostávají takové materiály. Jako opravdu je to na pohled hezké, čtivé a zábavné. Podané informace se určitě pro praxi hodí, mnoho lidí neví, jaké odlišnosti se mohou u jiných etnik vyskytovat a když uvidí takovou brožurku, která je barevná, obsahuje obrázky a není v ní příliš textu, tak se s ní určitě rádi seznámí. Já osobně si ji ráda ponechám a přečtu.“* S1 se vyjádřila taktéž pochvalně: *„Je to hezké, barevné. Je tam docela dost textu, který je poměrně malý. To by možná mohlo někoho na první pohled odradit, ale to mně zrovna nevadí. Myslím, že je to zajímavé a každý si z toho může odnést nějaký nový*

poznatek. Spousta věcí, která je zde napsaná, je pro mě neznámá, a tak je to určitě přínosné a využiju snad něco při své práci. Podle mě takových pomůcek není nikdy dost a neztratí se.“

5 Diskuze

Tato část diplomové práce bude porovnávat výsledky, které byly zjištěny během výzkumného šetření. Na základě zvolených cílů a výzkumných otázek na začátku tvorby diplomové práce byl vyhotoven podklad pro rozhovory se seznamem předem připravených otázek. Odpovědi byly zaznamenávány a později přepisovány přímým přepisem. Po vyhodnocení výsledků získaných během rozhovorů bylo určeno, že výzkumné šetření bude tvořeno třemi etapami. První etapa byla tvořena právě získanými odpověďmi z rozhovorů, na jejichž základě se rozhodlo pokračovat ve výzkumu metodou pozorování komunikace sester se zástupci daných etnických skupin v praxi, což se stalo druhou etapou výzkumného šetření. Třetí etapa se zaměřovala na podání doporučení pro zlepšení komunikace v praxi společně se seznámením s informační brožurou.

Cílem první etapy výzkumného šetření bylo zjistit, jaké poznatky mají dětské sestry ohledně kulturních a komunikačních specifíků etnických skupin. Dále zmapovat, jaké bariéry se vyskytují během komunikace mezi dětskými sestrami a rodiči dětských pacientů patřících do daných etnických skupin a jak se sestry snaží tyto problémy překonávat. Posledním cílem bylo popsat, jaký názor na komunikaci se sestrami ve zdravotnickém zařízení mají sami rodiče, kteří patří do vietnamského, ukrajinského nebo romského etnika. První kategorie výzkumného šetření se nejprve svými otázkami zaměřovala na to, jak sestry definují pojem multikulturní ošetrovatelství. Z výsledků lze usoudit, že největší vliv na znalost problematiky multikulturního ošetrovatelství nemá pouze to, zda byla daná sestra vyučována na střední či vysoké škole předmětu zabývajícím se ošetrováním pacientů patřících do jiného etnika, ale i to, jakou formou byl předmět prezentován. Na pojem ošetrovatelství lze pohlížet mnoha způsoby a každý si pod ním může představit něco jiného. Sikorová (2011) uvádí, že ošetrovatelství jednotlivce chápe jako komplexní, holistické bytosti. Vychází z holistické teorie a zastává názor, že potřeby jednotlivce musí být v rovnováze, v harmonii. Je-li však tato rovnováha narušena, porucha jedné části ovlivní fungování jednotlivce jako celku. Identifikace jednotlivých potřeb jedince, plánování a hodnocení péče však vyžaduje komplexní pohled, a to v kontextu jeho rodiny, komunity, kultury a širšího prostředí. Jak je již uvedeno v této definici, ošetrovatelská péče by měla být uzpůsobena i na základě kultury, ze které pacient a jeho rodina pochází. V dnešní době,

kdy dochází vlivem globalizace k rozsáhlým migracím obyvatelstva, se sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci při výkonu svého povolání mohou stále častěji setkat s tím, že budou muset poskytnout ošetrovatelskou péči člověku, který patří do jiné etnické skupiny, vyznává jiné náboženství, kulturu a mluví jiným jazykem. Díky tomu se začíná svět stále více zabývat ošetrovatelstvím, které přizpůsobuje péči na základě kulturních odlišností, jedná se o multikulturní ošetrovatelství. Prvním člověkem, který definoval pojem transkulturní ošetrovatelství, byla profesorka M. Leininger (2002, s. 46), která uvádí: „*Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče víry, praktiky individuí či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem.*“ Tento pojem dle mého názoru dokázala na základě výše uvedených definic nejlépe popsat S5, která uvedla: „*Transkulturní ošetrovatelství lze shrnout jako ošetrovatelskou péči o klienty různé národnosti nebo menšiny vyznačující se různou kulturou, kdy sestry a zdravotničtí pracovníci pohlíží na klienty jako holistické bytosti a berou v úvahu veškeré jejich odlišnosti a péči přizpůsobují jejich životnímu stylu a hodnotám.*“ S5 zároveň uvedla, že předmět zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím byl součástí výuky a byl na velmi dobré úrovni, čemuž odpovídá i poskytnutá odpověď. Velmi dobré odpovědi poskytli i ti probandi (S1, S4, S5, S7), kteří měli taktéž součástí studijního plánu na střední nebo vysoké škole předmět zabývající se ošetrovatelskou péčí o pacienty patřící do jiné etnické skupiny, který nebyl však prezentován vhodnou formou. Nevhodně podané informace ohledně multikulturního ošetrovatelství byly dle S3, která sdělila, že předmět byl sice součástí výuky, ale nebyl dobře zorganizovaný a podaný vhodnou formou, díky čemuž si neodnesla do budoucí praxe mnoho informací, které by jí mohly pomoci poskytovat kulturně ohleduplnou a kompetentní péči. Zbývající probandi (S2, S8, S9, S10) neměli předmět zabývající se touto problematikou jako součást výuky, díky čemuž většina z nich pochopitelně nemá ohledně ošetrovatelské péče o zástupce jiných etnických skupin dostatečné znalosti. Výjimkou je S10, která nás svou odpovědí příjemně překvapila, přesto, že se na její škole nevyučoval předmět multikulturního ošetrovatelství, poskytla velmi hezké vyjádření, jelikož se ve svém čase této problematice aktivně věnuje. Je vhodné uvést, že probandi (S2, S8, S9, S10) se nacházejí všichni ve věkovém rozmezí od 35 do 42 let a jedná se o absolventy střední

zdravotnické školy, kdežto probandi (S1, S3, S4, S5, S6, S7) jsou mladší 31 let a jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Lze říci, že odpovědi se kladně shodovaly s výsledky výzkumného šetření Rolantové (2012), která ve své disertační práci uvádí, že věk probandů má vliv na množství znalostí ohledně ošetrovatelské péče poskytované pacientům patřícím do jiných kultur, kdy popisuje, že nejčastěji se s těmito informacemi setkali probandi do 30 let. Soulad se vyskytuje i v otázce, zda existuje vztah mezi tím, jaké mají probandi vzdělání a jaké získali zkušenosti ohledně problematiky multikulturního ošetrovatelství v průběhu svého vzdělání. Výsledky se shodují v tom, že probandi, kteří vystudovali pouze střední zdravotnickou školu, mají v porovnání s probandy, kteří mají vystudovanou vyšší nebo vysokou školu menší zkušenosti s touto problematikou. První kategorie dále zkoumala to, zda je podle probandů důležité, aby předmět podávající informace o multikulturním ošetrovatelství byl součástí studijního plánu na středních a vysokých školách. Všichni z dotazovaných probandů se shodli na tom, že je vhodné mít takovýto předmět podávající znalosti ohledně ošetrovatelské péče zástupcům jiných etnických skupin do studijního plánu nejlépe už na střední, tak na vysoké škole. Probandi, kteří se touto problematikou při studiu nezabývali, uvedli, že takovéto informace jim nyní chybí. Jak například uvádí S2: *„Je velká škoda, že my jsme se nic takového neučili. Informace z tohoto soudku by se dnes hodily. Takže bych řekla, že je určitě vhodné, aby se těmto předmětům vyučovalo jak na středních zdravotnických školách a následně i vysokých školách. Znalostí není nikdy dost.“* Od roku 2008 je dle Rámcového vzdělávacího programu povinnou zařadit do výuky předmět multikulturní výchovy (NUOV, 2008). Na základě této skutečnosti by mohlo dojít k tomu, že v budoucnu budou již všichni studenti středních zdravotnických škol vykazovat dostatečné znalosti v této problematice a budou vhodně připraveni na praxi v nemocničním zařízení, kde se mohou se zástupci jiných etnických skupin setkat. Prozatím tomu však bohužel na základě zjištěných poznatků není. Toumová (2013) ve své bakalářské práci uvádí, že během studia se s multikulturním ošetrovatelstvím nesešla více než polovina z dotazovaných studentů středních škol, přesto že by podobný počet studentů měl o tyto poznatky zájem. Že nejsou studenti středních zdravotnických škol spokojeni s výukou multikulturního ošetrovatelství, je zřejmé i z výzkumné práce Marmorovičové a spol. (2011), které uvádějí že více než 80 procent z dotazovaných studentů střední zdravotnické školy nebylo spokojeno s tím, kolik pozornosti bylo při výuce věnováno multikulturnímu ošetrovatelství. Otázkou zůstává, jak tomu bude s předměty vyučovanými na střední škole nadále, jelikož po schválení

novely o vzdělávání sester bude nutno pozměnit studijní plány a osnovy. Tímto návrhem zákona dochází k tomu, že praktická sestra, která získá vzdělání na střední zdravotnické škole, by mohla být způsobilá k výkonu povolání všeobecná sestra zkráceným studiem na vyšší odborné škole. Jedná se o takzvaný systém 4+1, kdy bude možné započítat část dříve absolvované výuky a dále po úspěšném složení přijímacího řízení budou studenti a studentky přijati ke studiu do vyššího než prvního ročníku oboru diplomovaná všeobecná sestra (Vláda ČR, 2017). Osobně s tímto návrhem nesouhlasím, jelikož si myslím, že sestry v takto mladém věku nebudou zcela teoreticky, prakticky, ale hlavně psychicky připraveny na výkon tohoto povolání.

Druhá kategorie první etapy výzkumného šetření se zaměřovala na znalosti dětských sester ohledně kulturních a komunikačních specifik a jak je dle jejich názoru důležité tyto poznatky mít pro poskytování kvalitní a profesionální ošetrovatelské péče. Kutnohorská (2013) ve své knize poukazuje na to, že je pro výkon povolání sestry důležité, aby o kulturních odlišnostech jednotlivých etnických skupin měla dostatečné povědomí. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče je dle jejího názoru založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů, což vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti. Sestry by měly umět zhodnotit aktuální stav a reakce pacienta na neuspokojené potřeby, včetně těch potřeb, které souvisejí s odlišnou kulturou a podle toho průběžně zajišťovat individuální péči. S jejím názorem se poměrně shodují i odpovědi poskytnuté probandy během výzkumného šetření. Dle jejich odpovědí je patrné, že považují jako nutnost, aby sestra, která chce poskytovat kvalitní, potřeby uspokojující péči, měla dostatek znalostí ohledně kulturních a komunikačních specifik jednotlivých etnických skupin. Stručnou, ale dostačující odpověď podala S5, která sdělila: *„Bez znalostí v této oblasti nelze poskytovat péči na dostatečné a profesionální úrovni.“* S tímto tvrzením se shoduje i můj názor, jelikož se domnívám, že pokud sestra není dostatečně vzdělaná v oblasti multikulturního ošetrovatelství, není schopna poskytovat péči s respektem a ohledem na individualitu jedince. Podobné stanovisko zaujímá ve svém článku i Murphy (2011), která poukazuje na to, že kultura ovlivňuje nejenom způsoby léčby, ale i to, jak pacient nemoc a vlastně celou poskytovanou péči vnímá. Proto je dle jejího názoru nezbytné, aby sestry celoživotně rozvíjely své kulturní kompetence, jelikož znalost specifik daných kulturních skupin jim umožní poskytovat ošetrovatelskou péči bez obav a zároveň pochopit postoje pacientů. Přesto, že všichni z dotazovaných probandů uvedli, že je

důležité, aby měly sestry dostatečné povědomí o tom, jaké kulturní specifika jsou charakteristická pro jednotlivá etnika, překvapivě neprokázali příliš dobrou teoretickou připravenost v péči o pacienta patřícího do jiné etnické skupiny. S tvrzením, že sestry nedisponují dostatečnými znalostmi ohledně specifík ošetrovatelské péče a komunikace u zástupců jiných etnických skupin, se shodují výsledky výzkumného šetření Kousalové (2011). Většina poskytnutých odpovědí se týkala pouze obecných specifík a nezahrnovala odlišností, které jednotlivé etnické skupiny vyžadují během ošetrovatelské péče a komunikace. Co se týká romského etnika, nejčastěji se opakovalo tvrzení, že pro Romy je nejdůležitější rodina, která nemocné velmi často navštěvuje. Je možné, že sestra, která takového množství návštěvníků neočekává, může být touto situací zaskočena. Proto je vhodné, aby byla dostatečně informovaná o tom, jak důležitou hodnotou rodina pro zástupce romského etnika je a byla schopna tento stav adekvátně zvládnout (Maurer a Smith, 2014). Dále bylo od probandů poukazováno na to, že Romové nejsou příliš trpěliví, vyžadují zvýšenou pozornost, touží po informacích, které jim však z úst sester nepřipadají dostatečné a nejhůře snášejí bolest. V neposlední řadě bylo zdůrazňováno, že Romové nedodržují nemocniční režim a nedodržují předepsané diety. Toto tvrzení se shoduje s poznatky Húskové (2013), která ve své výzkumné práci tvrdí, že dotazované sestry konstatovaly, že někteří romští pacienti nerespektují ordinace určené lékařem. Lze říci, že shoda se nachází i v tom, že někteří pacienti patřící do romského etnika nemají důvěru vůči zdravotnickému personálu. Ohledně kulturních specifík u zástupců vietnamského etnika se jako jediná zmínila o citlivosti na doteky S10 a S1, ta uvedla: „*Nemělo by se jim dívat přímo a dlouze z očí do očí a nemělo by se jich zbytečně moc dotýkat. Nevhodné je sahat miminku na hlavičku.*“ Tento poznatek je zarážející, neboť pokud nikdo z ostatních probandů neví, že doteky a hlazení po vlasech vnímají zástupci vietnamského etnika jako projev neúcty, nemohou svou péči na základě těchto skutečností přizpůsobit a pacienti a jejich rodiče se pak nemusejí cítit nejlépe. Dále bylo zmiňováno, že je pro Vietnamce velmi důležitá rodina a vzdělání dětí, pro které jsou ochotni obětovat cokoli. Ohledně stravovacích návyků se vyjádřila jediná S7, která poukázala na to, že Vietnamci nemají rádi a špatně snáší mléčné výrobky. Mít informace o stravovacích návycích jednotlivých etnik je dle našeho názoru také důležité, jelikož díky nim můžeme v nemocničním zařízení stravu upravit dle kulturních zvyklostí, a tím zlepšit psychický stav pacienta. Nejde však jen o psychický, ale mnohdy i fyzický stav. Jak ve své knize uvádí Kellnarová (2014), Vietnamci věří, že jim mléčné výrobky způsobují střevní potíže a mnohdy trpí velké

procento z nich nesnášenlivostí laktózy. Že ne vždy jsou zástupci vietnamského etnika spokojeni se stravou v nemocničním zařízení, lze usoudit i z výzkumného šetření Pernicové (2013), kde je uvedeno, že pouze šest respondentů ze sta bylo zcela spokojeno se stravou podávanou v nemocničním zařízení v České republice. Ohledně kulturních specifíků ukrajinského etnika bylo probandy zmíněno nejméně poznatků. Většina odpovědí se shodovala v tom, že kromě jiného jazyka a případně oblékání se rozdílů nevyskytují. Druhá kategorie svými otázkami také zjišťovala, jaké poznatky mají dětské sestry ohledně specifíků, které se vyskytují při verbální a neverbální komunikaci. Nejvíce odpovědi se zaměřovalo na romské etnikum, a především na hlučnost a výraznost projevu, ohledně těchto odlišností se vyjádřila převážná většina probandů. Přesto, že je známo, že Romové komunikují mnohem více emotivně a intuitivně, kdy slova pro ně nejsou příliš důležitá, ale důležitější je řeč těla, gesta a grimasy, dochází vlivem této jejich komunikační odlišnosti, ač přirozené, často k nedorozumění, odsouzení a distanci (Weinerová, 2014). S tím, že hlučnější mluva a výraznější gestikulace je pro Romy přirozená, je seznámena S2, která sdělila, že zástupci romského etnika jsou výbušnější a hlasití, ale že ví, že se jedná o jev, který k jejich charakteru prostě patří. Vyjádření S10, že Romové jsou velmi hluční, silně gestikulují a když se jim něco znelíbí, nebojí se dát své emoce najevo, nic v sobě nedusí a se všemi jednájí narovinu, lze porovnat s výrokem Chvátalové (2014), která uvádí: *„Poměrně náročná je komunikace s pacienty romského etnika. Velmi silně totiž projevují své emoce, zvláště pokud se jedná o onemocnění spojené s bolestí.“* S8 ve svém vyjádření sdělila, že Romové nedodržují osobní prostor, přičemž narušují ten její, což jí není zcela příjemné. Je nutno podotknout, že se opět jedná o vlastnost pro Romy zcela přirozenou, neboť mají rádi přítomnost druhých lidí a velmi rádi komunikují pomocí doteků. Každá sestra by měla vědět, že osobní prostor, který je člověku příjemný, může být různě velký (Dobiáš, 2013). Odpovědi zaměřené na komunikační specifika u zástupců vietnamského etnika nejčastěji upozorňovaly na to, že Vietnamci jsou tišší, nemluvní a neustále se usmívají. O úsměvu se zmínila více než polovina probandů (S2, S3, S4, S8, S9, S10). Překvapivé však bylo, že přesto, že si během interakce s Vietnamci sestry všímají tohoto prvku neverbální komunikace, nevědí, co si pod ním mají představit. Jak například uvádí ve své odpovědi S9: *„Vietnamci se pořád usmívají, nevím ale přesně, proč tomu tak je, asi to nebude tím, že jsou pořád šťastní.“* Nebo jak zmínila S3: *„Neverbální komunikaci jako nějaká gesta či posunky jsem u nich téměř nezaznamenala, pouze úsměv, který měli na tváři nejčastěji. I tehdy, když se*

jednalo o něco nepříjemného. Potom jsem nevěděla, co si mám vlastně myslet.“ Zde je vhodné opřít se o výše zmíněné poznatky, že sestry nemají dostatečné znalosti ohledně problematiky multikulturního ošetrovatelství. Jinak by věděly, že úsměv na tváři zástupce vietnamského etnika nemusí znamenat pouze radost, ale může značit i rozpaky, zmatenost, omluvu či neporozumění podávaným informacím (Průcha, 2010). V takovýchto situacích, kdy vlivem nedostatku poznatků o dané kultuře dojde například k neporozumění, může být v nejhorších situacích ohroženo i zdraví pacienta. Proto poznání druhých kultur a jejich kulturních dimenzí a standardů je zcela určitě první podmínkou vzájemného pochopení a dobré spolupráce (Schroll-Machl, Nový, 2017). Ke specifikům komunikace ukrajinského etnika se nikdo z probandů příliš nevyjádřil. Nejspíš je tomu tak, že kromě rozdílnosti v mateřském jazyce neshledávají výrazné odlišnosti.

Třetí kategorie zjišťovala, jaký postoj mají dětské sestry k zástupcům daných etnických skupin a jaké pozitivní a negativní zkušenosti mají s poskytováním ošetrovatelské péče. Ze získaných poznatků lze usoudit, že u více než poloviny probandů převažují pozitivní zkušenosti. Co se týká zástupců vietnamského etnika, bylo poukazováno na to, že se snažili sestrám práci co nejvíce ulehčit. Takto se vyjádřila S6 a S1, která dodala: *„Vietnamci, se kterými jsem se setkala, byli vždy hrozně milí a vstřícní, snažili se veškerou péči o své děti obstarat sami. Nechtěli nám přitěžovat.*“ Tento poznatek může souviset s tím, že zástupci vietnamského etnika si velmi zakládají na soukromí a dodržování intimity. Je pro ně tedy příznačné, že pokud je to možné, péči raději přijmou od příslušníka své rodiny. S tímto poznatkem se shoduje i výsledek šetření Pernicové (2013), která na základě získaných informací uvádí, že pro příslušníky vietnamského etnika je velmi důležité mít kontakt s rodinou a lépe přijímají péči od blízké osoby. Se zkušenostmi s ošetrovatelskou péčí o zástupce ukrajinského etnika se opět probandi moc nesvěřovali. Zajímavý poznatek byl uveden S3, která se zmínila, že při péči byla zaskočena tím, že se setkala s pacientem s neplatným pojištěním. Zde je možné opřít se o výzkumné šetření Hudáčkové a Brabcové (2011), kde je uvedeno, že mezi specifické problémy právě ukrajinského etnika patří problémy v oblasti čerpání zdravotní péče z důvodu ztíženého přístupu do systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud cizinec nesplní podmínky pro vstup do veřejného zdravotního pojištění, je nucen volit jinou formu, která však jedince významně finančně zatíží. Je vhodné, aby sestry byly s touto problematikou dostatečně seznámeny a byly schopny pacienta edukovat, jak takto

vzniklé problémy zvládat a jaké existují možnosti. Zkušenosti se zástupci romského etnika se týkaly především hlučnosti a nedodržování řádu oddělení. Zaskočila mě však odpověď S6, která uvedla, že došlo k situacím, kdy nemohla rodiče romských dětí sehnat z toho důvodu, že požili alkohol a nemohli se tedy na oddělení dostavit. Podobně překvapivá byla i odpověď S7: *„Jedna paní porodila dítě, druhý den řekla, že musí jít domů, aby tam manžel nebyl sám. Pro dítě se vrátila po pěti dnech, a ještě byla protivná, že brečí.“* Jak bylo již výše zmíněno, rodina by měla být pro zástupce romského etnika nejvyšší hodnotou, což se v těchto dvou tvrzeních příliš neprojevuje. Další otázka zjišťovala, jaké pocity měli probandi při prvním setkání se zástupci jiných etnických skupin. Ve většině odpovědí byla zmiňována nervozita a strach z neznámého, společně s obavami způsobenými jazykovou bariérou. Pouze probandi S7 a S8 se vyjádřili k tomu, že při setkání se zástupci jiných etnických skupin je ovládají předsudky. S7 naznačuje, že si negativní pocity vůči zástupcům romského etnika odnesla již z rodiny. Že předsudky a stereotypy si odnášíme už z dětství, popisuje ve své knize Weinerová (2014), která uvádí, že jejich původ je sociální a je k jedinci přenášen jako výraz veřejného názoru především prostřednictvím rodiny, ale i prostřednictvím školy a autorit, navzdory osobním zkušenostem jedince. Lze říci, že zakořeněné pocity vůči romskému etniku má i S8, která sdělila: *„Nesud'te mě, ale abych pravdu řekla, když otevřu dveře a vidím, že jsou tam barevní, ihned mě pohltí nervozita a strach, vím, že v dnešní době se vyžaduje tolerance a respekt, ale já si nemohu pomoci.“* Toto tvrzení naštěstí dále rozvíjí o větu, že i přesto ví, že v rámci svého povolání nesmí tyto pocity dávat najevo, takže je nadále dusí v sobě a poskytuje péči na profesionální úrovni. Stereotypy a předsudky se zabývala ve svém výzkumném šetření i Weinerová (2014), která ve svých výsledcích uvádí, že pouze 15 respondentů ze 184 dotazovaných projevilo pochybnosti o negativních stereotypech přisuzovaných Romům. Zde lze říci, že se nám výsledky rozcházejí, jelikož většina z dotazovaných probandů nepohlíží na zástupce romského etnika zatížena předsudky. S touto problematikou souvisí i etika. Pojem etika je vědeckou disciplínou, která se zabývá hodnocením mravnosti lidského chování. Vztah zdravotnického personálu a pacienta se řídí minimálně dvěma morálními imperativy a to – zdraví pacienta je nejvyšším zákonem a především neškodit. Zároveň je ale nutné, aby s pacientem bylo zacházeno se slušností, úctou a respektem (Ptáček a Bartůněk, 2011). Respektováním individuálních potřeb dětských pacientů a jejich rodičů se zabývala i další otázka výzkumného šetření. Většina probandů se vyjádřila k tomu, že se snaží individualitu pacienta respektovat, jak jen je

to v daném prostředí možné. Velmi hezká je odpověď S5, která zmínila právě morálku: „*Vždy respektuji kulturní odlišnosti a péči se snažím přizpůsobit tak, aby se dobře cítili a cítili, že poskytovaná péče je na profesionální úrovni. Z morálního a lidského hlediska je to snad samozřejmost.*“ Naopak odpověď S3 značí, že při poskytování ošetrovatelské péče nedělá výjimky a není ochotna přizpůsobovat se zcela specifickým požadavkům zástupců jiných etnických skupin: „*V péči jsem výjimky moc nedělala. Můj názor je, že pokud tito lidé chtějí žít u nás, měli by se co nejvíce přizpůsobit stylu našeho života.*“ S tímto výrokem se můj názor rozchází, jelikož si myslím, že pokud má být péče na profesionální úrovni, měla by se co nejvíce uzpůsobit individuálním potřebám pacienta. Můžeme se přiklonit ke Kutnohorské (2013), která ve své knize uvádí, že při poskytování ošetrovatelské péče je důležitá tolerance, a základem tolerance je respektování důstojnosti člověka, společně s úctou k jeho kulturním hodnotám. Svým specifickým postavením k zástupcům romského etnika nás zaskočila S6. Přesto, že se v předchozích odpovědích vyjádřila, že nemá s poskytováním ošetrovatelské péče zástupcům jiných etnických skupin potíže, konstatovala: „*Já se přiznám, dalo by se říci, že jsem tak trošku rasistka. Přiznávám, že se občas možná zachovám jinak k bílým než Romům. Například, když je večer, jdu našim dětem přečíst pohádky, zahrát si s nimi a rodiči třeba Člověče nezlob se. U těch tmavších, tam s nimi udělám jen práci, co mám a dál tam zbytečně nechodím. Chovám se k nim trošku jinak.*“ Lze říci, že takový přístup není zcela v souladu s etickými pravidly zdravotní péče, která zdůrazňují, že zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení (Ptáček a Bartůněk, 2011). Touto problematikou jsem se zabývala z toho důvodu, že už jen to, jaký postoj zaujímají dětské sestry k zástupcům daných etnických skupin, může mít vliv na efektivitu celé komunikace mezi nimi.

Poslední kategorie první etapy zkoumala, jaké bariéry se při péči o zástupce daných etnických skupin vyskytují a jak se je snaží dětské sestry překonávat. Nepřekvapila mě odpověď, že nejčastějším problémem je nedostatečná znalost cizích jazyků. Lze konstatovat, že výsledky se shodují s výzkumným šetřením Kousalové (2011), ze kterého vyplývá, že největší překážkou při poskytování ošetrovatelské péče cizincům je právě neznalost cizích jazyků, a tedy jazyková bariéra. Výsledky lze komparovat i s výzkumem Hnilicové a Dobiášové (2009), které taktéž uvádí, že jedním z největších problémů při poskytování zdravotní péče zástupcům jiných etnických skupin je právě

komunikace, zejména pokud pacient nehovoří česky. Zároveň sdělují, že zdravotničtí pracovníci se vždy nakonec zvládli domluvit, ale často to pro ně představovalo časovou a psychickou zátěž. S tím, že může být neschopnost se domluvit psychickou zátěží, souhlasí výrok S4: *„Je mi to trapné a nepříjemné, když musím hledat nějaký prostředek, který mi pomůže pochopit, co daného pacienta trápí nebo sesbírat anamnézu, to bylo občas zlo.“* Jediná S1 zaujímá názor, že by se každý měl naučit českému jazyku: *„Myslím si, že je jejich problém, že neumějí česky, ne můj. Takže by se měli naučit mluvit česky oni, a ne já se nějak extrémně přizpůsobovat. Jsou v české zemi a když tady chtějí žít, mají se přizpůsobit oni. V zahraničí také nikdo nečeká na naši češtinu.“* Opět lze říci, že se s tímto tvrzením můj názor zcela neztotožňuje a souhlasím spíše s výrokem Ptáčka (2011), který ve své knize uvádí, že by se zdravotničtí pracovníci měli pokusit způsob své komunikace přizpůsobit etnické skupině. Přesto, že většina z probandů neprokazuje výborné znalosti cizích jazyků, nebyl vyjádřen velký zájem o jejich studium. Jedním z důvodů byl zmíněn nedostatek času pro studium (S6, S8) nebo neschopnost se cizí jazyk naučit (S7). Jelikož je, jak již bylo zmíněno, největší překážkou při komunikaci jazyková bariéra a nepřilíš dobrá znalost cizích jazyků, využívají probandí při komunikaci se zástupci jiných etnických skupin převážně pomoc alternativních možností. Jedná se například o prvky neverbální komunikace, mezi které se řadí gestika, mimika, haptika, proxemika, ale i využívání audiovizuálních pomůcek (Remland, 2016). Právě mimiku a gestiku uvedla většina probandů jako možnost, díky které překonávají komunikační bariéry. Zaznamenány byly i odpovědi, že při komunikaci se využívají slovníky a piktogramy. Výjimečně byly zmíněny komunikační karty. Je zajímavé, že probandí při komunikaci nevyužívají pomoc tlumočnicka, přesto, že by zástupci jiných etnických skupin tuto možnost uvítali spíše než použití mimiky a gestikulace, jak je zřejmé z výzkumného šetření Vaňáčkové (2014). Ta ve své práci uvádí, že více než 70 ze 104 zástupců etnik by uvítalo raději komunikaci pomocí laického nebo profesionálního tlumočnicka. Závěrem bylo zjišťováno, zda by probandí uvítali mít možnost získat informace o komunikaci a kulturních specifikách daných etnických skupin. Zde jsem se dočkala převážně kladných odpovědí. Probandi poukazovali na to, že by nebylo špatné, kdyby byla k dispozici nějaká informační brožura či kurz. S nedůvěrou, zda by tyto kurzy byly i nadále navštěvovány, se vyjádřila S8: *„Nevím jistě, zda by o to byl dostatečný zájem. Přeci jen každý má svých starostí až nad hlavu, a hlavně už to nejspíš nebude ani povinné tyto kurzy navštěvovat a sbírat kredity, tak se tam asi jen tak nikdo dobrovolně nepožene.“* Na základě tohoto tvrzení

jsem byla donucena k zamyšlení, zda bylo schválení novely zákona o vzdělávání sester rozumné. V jeho znění je zmíněno právě to, že již nebude pro sestry povinný kreditní systém kontrolující celoživotní vzdělávání (Vláda ČR, 2017). Otázkou visící ve vzduchu tedy zůstává, zda budou sestry tak cílevědomé, že se budou chtít i nadále takovýchto vzdělávacích akcí účastnit.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký názor mají na poskytování ošetrovatelské péče a s tím spojenou komunikaci sami zástupci daných etnických skupin. S potěšením lze říci, že zástupci etnických skupin jsou s péčí ve zdravotnických zařízeních a ordinacích dětských praktických lékařů převážně spokojeni. Znepokojivá je odpověď P3, která uvádí: „*Stalo se mi, že mi jedna sestra zabouchla dveře přímo před nosem s tím, že se se mnou bavit nebude. To by se asi dít nemělo. Někdy jsou ty staré sestry opravdu zlé a arogantní. Nikdy nás moc nerespektovali a nerespektují.*“ Lze říci, že tento výrok je kompatibilní s tvrzením Koptíkové (2012), která ve své práci uvádí, že dotazovaní zástupci romského etnika nebyli příliš spokojeni s komunikací mezi sestrou a jimi samotnými. Během komunikace měli pocit, že je sestry nerespektují a nestarají se o ně stejně jako o ostatní pacienty. V případě takovýchto situací je nejlepší doufat, že se jednalo pouze o nedorozumění či ojedinělé případy. Více potěšující odpověď poskytla P1, která i přesto, že se také setkala s nepatřičným chováním zdravotnického personálu, je nyní s poskytovanou péčí spokojená a uvádí, že v rámci jiného nemocničního zařízení se k ní a jejímu synovi chovají příjemně, chápavě a trpělivě. Ohledně vlídného přístupu sester při komunikaci a poskytování ošetrovatelské péče se vyjádřila P4, která uvedla, že se setkala s personálem, který byl milý, vstřícný a snažil se pomoci, díky čemuž byla i komunikace výborná. K tomuto vyjádření lze přirovnat výsledky výzkumné práce Pernicové (2013). Ta na základě šetření poukazuje na to, že více než 50 % zástupců vietnamského etnika bylo spokojeno s úctou, jaká jim byla zdravotnickým personálem projevována. Upozorňuje i na další vlastnosti sester, jako je vnímavost a empatie. Probandi patřící do ukrajinského etnika ve svých vyjádřeních vyzdvihovali zdravotnickou péči v České republice, jejíž úroveň nelze porovnávat s péčí poskytovanou na Ukrajině. Toto lze pochopit, jelikož dle tvrzení Kellnarové (2014) je zdravotní péče na území Ukrajiny ve velmi špatném stavu. Normální je, že pacienti dostávají před nástupem do nemocnice seznam věcí, které si musí sami zakoupit. Toto doporučení však neobsahuje pouze jen osobní věci, ale i roušky, pyžamo či prostěradlo.

Druhá etapa výzkumného šetření byla tvořena třemi pozorováními komunikace dětských sester se zástupci etnických skupin v praxi. První dvě pozorování byla zúčastněná a zjevná, třetí pozorování bylo zúčastněné, ale zároveň skryté. Během každého z nich se vyskytly menší či větší komunikační nedostatky a bariéry v souvislosti s nedostatkem znalostí v oblasti interkulturní komunikace, na které byly sestry vzápětí upozorňovány. V takovýchto situacích, kdy komunikuje zdravotnický pracovník s cizinci, může docházet v závislosti na míře kulturních specifík komunikujících partnerů k nejrůznějším interkulturním překážkám ve vzájemném porozumění, k problémům v přesném pochopení ošetřovatelské diagnózy a léčebných postupů (Průcha, 2010). První pozorování, jehož jsem se zúčastnila, probíhalo mezi dětskou sestrou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a mladou matkou vietnamského etnika, která do ordinace dorazila společně se svým dítětem a bratrem, který plnil funkci tlumočnicka. Přesto, že na první pohled bylo zjevné, že matka se necítí v dané situaci nejlépe a cítí nervozitu, proběhla preventivní prohlídka bez větších komunikačních obtíží. Komunikace mezi sestrou a matkou probíhala efektivně, především díky tomu, že byl přítomen i tlumočnick, který překládal jak řeč ze strany matky, tak i sestry, což komunikační proud značně ulehčilo. I zde však byl zaznamenán nedostatek, kdy sestra komunikovala výhradně s tlumočnickem, se kterým udržovala zároveň i oční kontakt. Správně má komunikace probíhat přímo s jedincem, kterému je obsah sdělení určen, nikoliv s tlumočnickem. Ten v těchto situacích zastává pouze roli prostředníka, takže není vhodné mluvit nepřetržitě pouze s ním (Kuzníková, 2011). Velmi hezky pravidla tlumočení popsal ve své knize Špaček (2010), který uvádí, že během rozhovoru neadresujeme svá slova tlumočnickovi, ale přímo svému protějšku, přičemž se na něj díváme, posloucháme ho, i když hovoří tlumočnick, protože on je naším partnerem, kdežto tlumočnick pouze nástrojem naší komunikace. S tlumočnickem během dané situace nezačínáme vlastní rozhovory a ani on by neměl sám vstoupit do rozhovoru. Další chyba, která byla při komunikaci zaznamenána, vznikla taktéž na základě neznalosti základů efektivní komunikace a odlišností, které jsou pro zástupce vietnamského etnika specifické. Sestra, aniž by si to uvědomila, sahala dítěti při ošetřovatelské péči na oblast hlavy a vlasů, což mohou Vietnamci považovat jako výraz neúcty. K tomuto specifiku se ve své knize vyjádřila i Kutnohorská (2013), která uvádí, že dotek či hlazení po vlasech je výsadou pouze rodičů, pouze ti mají právo hladit své děti. Oblast hlavy vnímají jako něco neposkvřněného, výjimečného, a když se jí dotkne někdo jiný než člen rodiny, považují to jako projev přílišné sebedůvěry. Samozřejmě

nejde pokaždé ošetrovatelskou péčí přizpůsobit tak, aby se zdravotničtí pracovníci nemuseli této části těla dotknout, například pokud je nutno změřit během preventivní prohlídky obvod hlavičky dítěte. V těchto situacích je příhodné a především vstřícné, aby si sestry uvědomovaly odlišnosti daných etnických skupin a na jejich základě rodiče dětských pacientů dopředu informovaly o nezbytnosti určitých kroků během poskytování ošetrovatelské péče.

Další pozorování, kterého jsem se zúčastnila, probíhalo mezi dětskou sestrou taktéž v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a zástupkyní romského etnika, která přišla na prohlídku se svou dospívající dcerou. Zde jsem si, spíše než překážek v komunikaci, všimla nedostatků v podání edukace dítěti ohledně prevence rakoviny děložního čípku. V ordinacích praktických lékařů by měla být činnost zaměřena především na primární prevenci, jako je podpora zdraví dítěte a předcházení chorob. Největší důraz by měl být kladen na podporu normálního vývoje a růstu. Výhodiskem pro to být dobrou dětskou sestrou je právě porozumění zákonitostem růstu a vývoje dítěte (Sikorová, 2012). Psychický vývoj každého jedince je závislý na působení mnoha faktorů, které mohou být obecnější i specifitější a díky nim se každý jedinec od ostatních lidí liší nějakým způsobem (Vágnerová, 2012). Sestra by měla svou péči umět vhodně přizpůsobovat společně s ohledem právě na individualitu jedince, ne vždy se tak ale stane. Způsobem podávaných informací ohledně rakoviny děložního čípku mladé dívky, která právě začala menstruat, jsem byla poněkud zaskočena. Metodu edukace pomocí prezentace v počítači na jednu stranu považuji jako velmi vhodnou a zajímavou pro děti dnešní generace, na stranu druhou si však myslím, že její obsah by měl být přizpůsoben na základě věku, rozumu a vývoje dítěte. Edukace je jednou ze sesterských intervencí, která vyžaduje cílené vzdělávání ke specifickým kompetencím. Proto, aby mohla být edukace dobře realizována, je nezbytné jí poskytnout v rámci sesterské práce potřebný prostor (Špirudová, 2015). V této situaci se však podle mého názoru sestra role edukátorky nezhostila příliš dobře. Zároveň sestra i lékařka zde neprojevily dostatek empatie a porozumění, poté, co došlo k negativní reakci na právě vzniklou situaci. I přesto, že uplatňování empatie v práci sestry by mělo být základem pro zkvalitnění vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem a mělo by vést k porozumění a vzájemnému pochopení (Zacharová a Čížková, 2011).

Třetí pozorování probíhalo taktéž v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, ale na rozdíl od dvou předchozích pozorování probíhalo zúčastněně, ale zároveň skrytě.

Rozhovor se odehrával mezi dětskou sestrou a matkou ukrajinského etnika, která přišla se svým nemocným dítětem. Přesto, že sestra nevěděla, že se účastní výzkumného šetření, její komunikační schopnosti byly na vynikající úrovni. Věděla, jak k zástupcům jiného etnika přistupovat, přizpůsobila adekvátně péči a především komunikaci, kdy využila mnoha alternativních komunikačních metod. Využívání alternativních komunikačních metod může mít mnoho kombinací. Sestra si vždy nejprve musí uvědomit, jaký je zdravotní stav jedince, s kterým komunikuje, v jakém je citovém rozpoložení, jaké má schopnosti a na základě toho použít metodu, která je v danou chvíli nejsnáze pochopitelná a uskutečnitelná (Tomová a Křivková, 2016). Proto, aby všechny tyto situace sestra zvládla, musí umět s pacienty efektivně komunikovat. Efektivní komunikace totiž umožní partnerskou spolupráci pacienta na léčbě, proto je schopnost sester vhodně komunikovat tak důležitá (Vévoda et al., 2013). Na základě získaných poznatků během pozorování mohu tedy říci, že tato dětská sestra je kulturně kompetentní v poskytování ošetrovatelské péče cizincům. Kutnohorská (2013) uvádí, že být kulturně kompetentní, představuje pro zdravotnické pracovníky umění respektovat kulturní rozmanitosti a neustále jim přizpůsobovat své chování.

Poslední třetí etapa vznikla v závislosti na informacích získaných během rozhovorů a pozorování. Na základě zjištěných poznatků bylo sestrám podáno doporučení v oblastech, kde byly zaznamenány nedostatky. Potěšujícím zjištěním bylo, že dvě ze tří sester, které byly účastnicemi pozorování, projevíly zájem o podložené doporučení. Velký zájem byl projeven o komunikační karty distribuované Ministerstvem zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví (2016) představuje karty jako pomůcku, která má ulehčit komunikaci mezi českými zdravotnickými pracovníky a pacienty, kteří k nám do České republiky přicházejí ze zahraničí. Karty jsou volně ke stažení v devíti jazykových verzích, jako je angličtina, arabština, bulharština, němčina, rumunština, ruština, španělština a vietnamština. Právě komunikační karty obsahující fráze ve vietnamštině a češtině jsem využila ve spolupráci s dětskou sestrou po prvním pozorování. V návaznosti na nepříliš vhodnou komunikaci s matkou patřící do vietnamského etnika jsem sestru poučila nejprve o způsobech vhodné komunikace v přítomnosti tlumočnicka a vzápětí ji seznámila s alternativními možnostmi komunikace, jako jsou piktogramy, a právě výše zmíněné komunikační karty. Sestra se aktivně a se zájmem této pomůcky chopila a aplikovala ji efektivním způsobem. Zde jsem zaznamenala přínos, který přineslo výzkumné šetření diplomové práce do praxe.

Sestra i matka vietnamského etnika projevily uspokojení z proběhlé komunikace, kdy jim bylo i díky této pomůcce umožněno dostat se k sobě blíže. Ke komunikačním kartám se velmi pozitivně postavila i sestra účastníci se třetího pozorování, která se s kartami dříve také nesetkala. Ta také projevila zájem tuto pomůcku v budoucnu využít. Na základě poskytnutých poznatků si myslím, že povědomí o této alternativní komunikační pomůcce bohužel není mezi veřejností dostatečně rozšířené, což by bylo vhodné v budoucnosti napravit, jelikož by se komunikace mezi sestrami a cizinci mohla dostat na lepší úroveň. Dalším potěšujícím zjištěním bylo, že sestry účastníci se výzkumu projevily zájem o kurzy zaměřené na multikulturní ošetrovatelství. Zároveň však byla vyřčena i myšlenka, zda budou mít sestry i nadále zájem se kurzů v oblasti celoživotního vzdělávání účastnit. S tímto tvrzením se ztotožňuje můj názor, jelikož i já se obávám, že vlivem zrušení povinnosti být registrován a sbírat určité množství kreditů dobrovolný zájem o to se sebevzdělávat poklesne. Touto problematikou se ve své práci zabývala i Jičínská (2009), která uvádí, že největší motivací pro to se dále vzdělávat je pro sestry zájem o nové poznatky a trendy, na druhém místě pocit seberealizace. Až na pátém místě se jako motiv objevila povinnost, kterou k tomu celoživotně se vzdělávat udává zákon. Na základě těchto poznatků mohu doufat, že takto budou sestry na problematiku celoživotního vzdělávání nahlížet i nadále a bude je hnát kupředu touha naučit se něco nového, jelikož zdravotnictví se neustále zdokonaluje a rozvíjí, objevují se nové přístroje a metody léčby, se kterými je potřeba se důkladně seznámit, právě třeba pomocí vzdělávacích kurzů. Na závěr byla vytvořena informativní brožura obsahující informace o tom, jak by měla probíhat efektivní komunikace s cizinci ve zdravotnickém zařízení, se kterou byly sestry následně seznámeny. K této pomůcce se postavily také velmi pozitivně a poukázaly, jaký v ní shledávají přínos pro praxi. Doufám, že zájem sester a dalších zdravotnických pracovníků o multikulturní ošetrovatelství bude stále stoupat, díky čemuž i ošetrovatelská péče o zástupce jiných etnických skupin bude lepší, ohleduplnější, respektující kulturní a komunikační specifika.

6 Závěr

Diplomová práce byla zaměřená na problematiku komunikace mezi dětskými sestrami a rodiči pacientů, kteří patří do jiné etnické skupiny. Přesněji se jednalo o zástupce romského, vietnamského a ukrajinského etnika. Výzkumné šetření bylo rozděleno do tří etap. První etapa byla tvořena rozhovory s dětskými sestrami a zástupci daných etnických skupin. Během rozhovorů se sestrami bylo cílem zjistit, jaké bariéry se při komunikaci vyskytují a jakým způsobem se je snaží překonávat. Dále se zjišťovalo, jaké znalosti mají dětské sestry ohledně kulturních a komunikačních specifík daných etnických skupin. První etapa také zahrnovala rozhovory s jednotlivými zástupci etnik, které zaznamenávaly, jak jsou rodiče dětských pacientů spokojeni s ošetrovatelskou péčí a komunikací ve zdravotnických zařízeních. Všech 4 cílů bylo během výzkumu dosaženo.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že mnohé sestry nemají příliš znalostí ohledně problematiky multikulturního ošetrovatelství. Z tohoto důvodu nemohou těchto poznatků v praxi využít a péče a komunikace nemusí být vhodně kulturně přizpůsobená. V mnoha sděleních se opakovalo, že bariérou je právě malé povědomí o jednotlivých specifikách, a především nedostatečná znalost cizích jazyků. Problémem vyjádřeným v některých odpovědích byl také negativní postoj sester k zástupcům jiných etnických skupin, především se jednalo o zástupce etnika romského. V jednom sdělení bylo řečeno, že sestra komunikaci a ošetrovatelskou péči omezuje na minimum právě s ohledem na to, zda se jedná o zástupce romského etnika či ne. Tento postoj není zcela v rámci etických pravidel, která praví, že ošetrovatelská péče by měla být poskytována všem bez ohledu na barvu pleti, rasu či náboženství. Obavy z poskytování péče zástupcům jiných etnických skupin vyjádřily i další sestry, ty však dodaly, že i přesto se to na jejich péči a komunikaci neprojevuje, jelikož by takovéto chování bylo značně neprofesionální. Potěšujícím zjištěním bylo, že sestry jeví zájem o rozšiřování svých znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Jednalo se především o sestry, které neměly během svého studia předmět multikulturní výchovy ve studijních plánech, nebo byl předmět vyučován nevhodnou formou, díky čemuž nezanechal v jejich paměti mnoho poznatků.

Z pohledu rodičů byly vyjádřeny spíše pozitivní zkušenosti s komunikací ve zdravotnických zařízeních. Negativní vyjádření poskytla matka patřící do romského etnika, která byla nespokojena s chováním dětské sestry, která se dle jejích slov chovala arogantně, ignorovala její problémy a chovala se k její dceři hůře než k ostatním dětem. V tomto případě lze doufat, že šlo pouze o nedorozumění či ojedinělý případ, jelikož v ostatních případech se jednalo spíše o vyjádření, poukazující na ochotu, vstřícnost a trpělivost sester při komunikaci a poskytování ošetrovatelské péče.

Na základě výše zjištěných poznatků, bylo rozhodnuto pro druhou etapu výzkumného šetření, kterou tvořili tři pozorování komunikace dětských sester se zástupci etnických skupin v praxi. Během těchto tří setkání bylo vyzorováno, že během komunikace se vyskytují různé nedostatky, vzniklé vlivem neznalosti jednotlivých specifík. Problém byl zaznamenán i v oblasti podávání informací dětským pacientům a jejich rodičům, kdy byli prezentované informace nevhodně přizpůsobené rozumovým a vývojovým schopnostem dítěte. Zároveň bylo zjištěno, že dětské sestry nemají dostatek povědomí o způsobu využití piktogramů, či komunikačních karet.

Třetí etapa výzkumného šetření se zaměřila na podání doporučení v oblastech, kde byly zpozorovány nedostatky. Jednalo se o seznámení s komunikačními kartami. V případě prvního pozorování bylo této alternativní komunikační pomůcky využito sestrou přímo v praxi. Pozitivních ohlasů se dostalo jak ze strany sestry, tak ze strany matky patřící do vietnamského etnika. Dále jsme sestry seznamovali s možností využít kurz, zaměřující se na multikulturní ošetrovatelství. K této metodě vzdělávání se sestry vyjádřily také spíše pozitivně, ale zároveň byla vyjádřena obava, zda bude nadále ze strany sester zájem se celoživotně vzdělávat, když již nebude povinný kreditní systém.

V návaznosti na zjištěné poznatky a vyjádřený zájem o informace z oblasti multikulturního ošetrovatelství a komunikace se zástupci jiných etnických skupin byla vytvořena informační brožura. Brožura je tvořena informacemi o kulturních a komunikačních specifických etnika vietnamského, romského, ukrajinského. Zároveň obsahuje informace o vyznavačích Islámu, muslimech, jelikož si myslíme, že v dnešní době, poznamenané globalizací se s nimi mohou zdravotničtí pracovníci při výkonu své profese stále častěji setkávat. Brožura seznamuje také se základními výrazy v jazycích, kterými mluví zástupci jednotlivých etnických skupin, které sestry mohou využít pro zvýšení efektivity komunikace.

7 Použitá literatura

1. BASU, A., FAUST L., 2013. *Umění úspěšné komunikace: jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5032-3.
2. BENDL, S. 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4248-9.
3. BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ M. 2008. *Etnické komunity v kulturním kontextu*. Praha: Ermat. ISBN 978-80-87178-01-0.
4. BORG, J., 2012. *Řeč těla: jak poznat, co kdo doopravdy říká*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4474-2.
5. BOUZEK, J., 2008. *Jak se domluvit s jinými? úvod do mezikulturní komunikace*. Praha: Triton. ISBN 9788073870430.
6. ČENĚK, J., et al., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-5414-7.
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2016. *Cizinci v ČR v letech 2004–2016*. [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 17-06-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr
8. DAYER-BERENSON, L., 2011. *Cultural competencies for nurses impact on health and illness*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 1449610226.
9. DEVITO, A. 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.
10. DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. 2010. Migranti a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. 8(4), s. 122-127. ISSN 1213-6050.

11. DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Praha: Grada. ISBN 9788024745701.
12. DREACHSLIN, L., et al., 2013. *Diversity and cultural competence in health care: a systems approach*. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN: 978-1-118-06560-0
13. FREIDINGEROVÁ, T., 2014. *Vietnamci v Česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-174-9.
14. GROSS, R., KINNISON, N., 2014. *Psychology for nurses and allied health professionals: Applying Theory to Practice*. Routledge. Hodder Arnold, ISBN 9781444116755.
15. HEGER, V., 2012. *Komunikace ve veřejné správě*. Praha: Grada. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3779-9.
16. HIRT, T., MARTÍNKOVÁ, Š., 2010. *Vietnamci, Mongolové a Ukrajinci v ČR: pracovní migrace, životní podmínky, kulturní specifika: informační příručka Policie ČR*. Ministerstvo vnitra ČR. ISBN: 978-80-7312-063-4.
17. HOLÁ, L., 2013. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4109-3.
18. HUDÁČKOVÁ, A., BRABCOVÁ, I., 2011. Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice. *Kontakt*. 13 (2), 138–147. ISSN 1212-4117.
19. HULKOVÁ, V., et al., 2015. Ošetrovatelstvo naprieč kulturami. *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou*. s. 103-109. Bratislava. ISBN 978-80-8132-137-5.
20. HÚSKOVÁ, M., 2013. *Ošetřování romského pacienta*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

21. CHVÁTALOVÁ, H., 2014. Cílem komunikace ve zdravotnictví je spokojený pacient. *Florance*. 12, 30-31. ISSN 2570-4915.
22. JAKOUBEK, M., JAKOUBKOVÁ BUDILOVÁ L., et al., 2008. *Romové a cikáni – neznámí i známí: interdisciplinární pohled*. Voznice: Leda. ISBN 9788073351199.
23. JANÁČKOVÁ, L., 2009. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2479-9.
24. JANDT, F., 2015. *An introduction to intercultural communication: identities in a global community*. Ninth Edition. ISBN 9781506361659.
25. JIČÍNSKÁ, K., 2009. *Pedagogické, psychologické a sociální aspekty celoživotního vzdělávání sester*. Brno. Disertační práce. Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita.
26. JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery* [online]. Praha: Grada. [cit. 2017-08-14]. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-1708-1.
27. KALIBOVÁ K., 2008. Kolik Romů žije v Česku? *Geografické rozhledy*. 17 (4). s. 8-9. ISSN 1210-3004.
28. KELNAROVÁ, J., et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
29. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2014 *Psychologie. a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024752037.
30. KENDALL, T., 2013. *Speech Rate, Pause, and Sociolinguistic Variation: Studies in Corpus Sociophonetics*. ISBN 9780230249776.
31. KLÍMA, J. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5014-9.

32. *Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky*, © 2016 MZČR [online]. [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_1.html
33. KOPTÍKOVÁ J., 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u romských klientů*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Západočeská univerzita.
34. KOUSALOVÁ, R., 2011. *Role sestry při poskytování péče pacientům – cizincům*. České Budějovice. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
35. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
36. KUTNOHORSKÁ, J., et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
37. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4413-1.
38. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
39. *Legislativní rada vlády schválila návrh zákona o nelékařských zdravotnických povoláních*, © 2017. [online]. Vláda ČR. [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/tiskove-zpravy/legislativni-rada-vlady-schvalila-navrh-zakona-o-nelekarskych-zdravotnickych-povolaniach-144865/>
40. LEININGER, M., McFARLAND, M., 2002. *Transcultural Nursing, Concepts, Theories, Research and Practice*. 3 ed. McGraw – Hill Companies. s. 46. ISBN 0-07-135397-6.

41. MAGOCSI, R., 2010. *A history of Ukraine: the land and its peoples*. London: University of Toronto Press. ISBN 978-1-4426-1021-7.
42. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
43. MAŇHALOVÁ J., TÓTHOVÁ V., 2016. The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. *Kontakt*. 18(2), s. 69–74. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.03.002>
44. MARMOROVÍČOVÁ, Š., et al. 2011. *Multikulturní ošetrovatelství*. Středoškolská odborná činnost. [online]. Karviná. SZŠ Karviná. [cit. 2017-08-14]. Dostupné z: http://sszdrakarvina.cz/userfiles/4/file/multikulturni_osetrovatelstvi.pdf
45. MATOUŠKOVÁ, I., 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4580-0.
46. MAURER, F., SMITH, C., 2014. *Community/Public Health Nursing Practice - E-Book: Health for Families and Populations*. Missouri: Elsevier Health Sciences. ISBN 0323293743.
47. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.
48. *Migrace*. 2017. [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky. [cit. 2017-07-05]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/migrace/>
49. MORGENSTERNOVÁ, M., et al., 2011. *Bilingvismus a interkulturní komunikace*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-678-3.
50. MURPHY, K., 2011. The importance of cultural competence. *Nursing Made Incredibly Easy!* 9 (2), 5. DOI 10.1097/01.NME.0000394039.35217.12.

51. MÜLLER, C., et al., 2013. *Body – language - communication: an international handbook on multimodality in human interaction*. Boston: De Gruyter Mouton. ISBN 9783110261318.
52. NEVID, J., 2014. *Essentials of Psychology: Concepts and Applications*. 4.ed. Cengage Learning. ISBN 9781285751221.
53. NOVÝ, I., SCHROLL-MACHL, S., 2017. *Interkulturní komunikace: Češi a Němci*. 2. vyd. Praha: Management Press. ISBN 9788072612987.
54. PAULÍK, K., 2010 *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
55. PERNICOVÁ, M., 2013. *Péče o klienty vietnamského etnika v českých nemocnicích*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
56. PLAMÍNEK, J., FRANC D., 2012. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4484-1.
57. PLEVOVÁ I., et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada.. ISBN 802473558X.
58. PLEVOVÁ, I., SLOWIK R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
59. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
60. PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 8024730693.
61. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

62. RÁKOCZYOVÁ, M., et al., 2009. *Sociální integrace přistěhovalců v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 9788074190230.
63. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání – zdravotnický asistent*, 2008. [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 2017-07-05].
Dostupné z:
<http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf>
64. REMLAND, M., 2016. *Nonverbal Communication in Everyday Life*. California: SAGE Publications. ISBN 9781483370279
65. ROLANTOVÁ, L., 2012. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetřování minorit*. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
66. SATARYOVÁ, K., 2014. Percepce domova u potomků vietnamských imigrantů. *Kulturní studia*. (2), s. 80. ISSN 2336-2766.
67. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
68. SIKOROVÁ, L., 2012 *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 802473592X.
69. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 9788024735931.
70. SLAVÍK, M., 2012. *Vysokoškolská pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4054-6.
71. SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 9788072628452.

72. ŠINDELÁŘOVÁ, J., ŠKODOVÁ S., 2012. *Metodika práce s žáky-cizinci v základní škole*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. ISBN 978-80-7414-559-9.
73. ŠÍŠKOVÁ, T., 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu: [multikulturní výchova v praxi]*. 2. vyd. Praha, Česká republika: Portál. ISBN 978-80-7367-182-2.
74. ŠPAČEK, L., 2010 *Malá kniha etikety u stolu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 8020422501.
75. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024757100.
76. ŠUBRT, J., 2014. *Soudobá sociologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2558-4.
77. TESAŘ, F., 2007. *Etnické konflikty*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-097-9.
78. TILAEGA, C., 2015. *The Nature of Prejudice: Society, Discrimination and Moral Exclusion*. Routledge. ISBN 9781135037345.
79. TODOROV, T., 2011. *Strach z barbarů: kulturní rozmanitost, identita a střet civilizací*. Praha: Paseka. s. 60. ISBN 978-80-7432-111-5.
80. TÓTHOVÁ, V., 2009. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. (2). s. 282–283. ISSN 1212-4117
81. TÓTHOVÁ, V., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.
82. TÓTHOVÁ, V., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.

83. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027100644.
84. TOUMOVÁ, K., 2013. *Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům*. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
85. URBAN, L., et al., 2011. *Masová komunikace a veřejné mínění*. Praha: Grada. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3563-4.
86. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2 vyd. Praha: Karolinum. ISBN 9788024621531.
87. VAŇÁČKOVÁ, I., 2014. *Multikulturní přístup v ošetrovatelství z pohledu cizinců*. Brno. Bakalářská práce. Lékařská fakulta. Masarykova univerzita.
88. VELEMÍNSKÝ, M., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 9788073941826.
89. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
90. VYBÍHALOVÁ, L., 2012. *Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného*. Sestra. 22 (11). 23–24. ISSN 1210-0404.
91. VYBÍRAL, Z., *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.
92. VITONĚ, J., VELEMÍNSKÝ M., 2014. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí – jeho reflexe v umělecké literatuře*. Praha: Triton. ISBN 9788073878443.
93. VÝROST, J., SLAMĚNÍK I., 2008. *Sociální psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.

94. WEINEROVÁ, R., 2014. *Romové a stereotypy: výzkum stereotypizace Romů v Ústeckém kraji*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2632-1.
95. WERNEROVÁ, I., 2010. *Komunikace pro každého: komunikace s 5 P: popularizovaný průvodce pomocí praktických příhod*. Praha: Computer Media. ISBN 978-80-7402-064-3.
96. YAHODA, T., 2007. Ukrajinci. *Dimenze moderního zdravotnictví*. 1(4), s. 125-126. ISSN 1802-4084.
97. ZACHAROVÁ, E., ČÍŽKOVÁ J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 9788024740621.
98. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.
99. Zákon číslo 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, 2001. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 12, s. 158–186. ISSN 1211-1244.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Vzor otázek rozhovoru - 1. etapa, výzkumný soubor A – dětské sestry

Příloha 2 Vzor otázek rozhovoru - 1. etapa, výzkumný soubor B – zástupci etnik

Příloha 3 Komunikační karta ministerstva zdravotnictví

Příloha 4 Vzor pozorovacího archu - 2. etapa výzkumného šetření

Příloha 5 Informační brožura na přiloženém CD-R

Příloha 1 Vzor rozhovoru výzkumného souboru A

Rozhovor – dětské sestry

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Kde pracujete?
3. Co si představujete pod pojmem multikulturní ošetrovatelství?
4. Setkali jste se při výkonu praxe se zástupci jiné etnické skupiny? S jakými?
5. Jaké byly vaše pocity při prvním setkání?
6. Jaké znáte základní informace o kulturních zvyklostech spojených s ošetrovatelskou péčí u romského, ukrajinského a vietnamského etnika?
7. Jaké máte poznatky o verbální a neverbální komunikaci daných etnik?
8. Myslíte si, že je důležité, aby sestra měla povědomí o těchto kulturních odlišnostech? Proč?
9. Jaké jsou Vaše zkušenosti s poskytováním zdravotní péče cizincům v daném zdravotnickém zařízení?
10. Respektovali jste při poskytování péče kulturní specifika daného etnika?
11. Setkali jste se při poskytování péče z Vaší či strany rodičů a pacienta s předsudky, stereotypy, či diskriminací?
12. Jak jste se se zástupci daného etnika dorozumívali?
13. Umíte mluvit cizím jazykem? Myslíte si, že je vhodné, aby sestry uměly mluvit cizím jazykem?
14. Vyskytli se při komunikaci se zástupci daných etnických skupin nějaké komunikační bariéry? Popřípadě jaké?
15. Jak jste se snažili tyto problémy překonat?
16. Máte představu, jak by se tyto problémy vzniklé během interkulturní komunikace daly vyřešit?
17. Využili jste v případě neefektivní komunikace možnosti tlumočnicka či komunikačních karet?

Příloha 2 Vzor rozhovoru výzkumného souboru B

Rozhovor – rodiče dětských pacientů

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Dodržujete na základě Vaší etnicity nějaké specifické kulturní či komunikační zvyklosti?
3. Jsou podle Vás ve zdravotnickém zařízení respektovány Vaše kulturní odlišnosti?
4. Zaznamenali jste při poskytování péče vliv předsudků či diskriminace?
5. Setkali jste se při komunikaci se zdravotnickými pracovníky s nějakými problémy? Jakými?
6. Pokud došlo při komunikaci k nedostatečnému porozumění, snažili se to zdravotničtí pracovníci nějak vyřešit? Jak?

Příloha 3 Komunikační karta

DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ – VIETNAMSKÝ JAZYK

Vyšetření v ambulantním zařízení - dítě provázeno rodiči/jejich zástupci

Khám bệnh tại cơ sở ngoại trú - trẻ em có phụ huynh / người bảo hộ đi kèm

Cham beñ tai cơ sở ngoại trú - trẻ em có phụ huynh / người bảo hộ đi kèm

Teď, prosím, Vaše dítě vysvělechte, můžete je držet i v náručí, položte je na podložku a zatím mu nechte plenu.

61. Bây giờ xin hãy cởi quần áo cho con của bạn, bạn có thể bế con trong vòng tay, đặt lên trên bệ, tạm thời bạn cứ để nguyên cả tả.

Bay giờ xin hãy cởi quần áo cho con của bạn, bạn có thể bế con trong vòng tay, đặt lên trên bệ, tạm thời bạn cứ để nguyên cả tả.

Sestra nyní dítě zváží a změří jeho délku/výšku.

62. Y-tá sẽ cân trẻ và đo chiều dài / chiều cao.

Y ta sẽ cân trẻ và đo chiều dài / chiều cao.

Změříme i krevní tlak.

63. Tôi sẽ đo huyết áp.

Tôi sẽ đo huyết áp.

Teď si vezmu fonendoskop a budu poslouchat srdce a plíce.

64. Bây giờ tôi sẽ lấy ống nghe để nghe tim và phổi.

Bay giờ tôi sẽ lấy ống nghe để nghe tim và phổi.

Musíme se podívat do úst.

65. Tôi phải xem họng.

Tôi phải xem họng.

Při vyšetření břicha dítě musí ležet, ale pokud to nebude možné, zkusíme je vyšetřit ve Vaší náručí.

66. Trẻ con phải nằm khi khám bụng, nếu không thể nằm, chúng tôi sẽ khám trẻ con trên tay bạn.

Trẻ con phải nằm khi khám bụng, nếu không thể nằm, chúng tôi sẽ khám trẻ con trên tay bạn.

Orientačně musíme vyšetřit i genitál dítěte.

67. Chúng tôi phải khám sơ bộ cả bộ phận sinh dục của trẻ.

Chúng tôi phải khám sơ bộ cả bộ phận sinh dục của trẻ.

68. Nyní potřebujeme vyšetřit moč a krev, můžete zkusit dát dítě vymočít a moč zachytit do této nádoby?

Příloha 4 Záznamový pozorovací arch

Záznamový arch pozorování komunikace a řeči těla

Respondent	
Cíl	
Komunikační prostředí	
Komunikační situace	

Vizuální dojem

Gestika:

Mimika:

Oční kontakt:

Postoj a vystupování:

Průběh setkání:

Auditivní dojem

Výslovnost:

Hlasitost:

Tempo řeči:

Přízvuk:

Výsledek komunikace:

9 Seznam schémat a tabulek

Schéma 1 Schéma výzkumného šetření.....	37
Schéma 2 Schéma první etapy výzkumného šetření.....	38
Schéma 3 Multikulturní ošetrovatelství.....	40
Schéma 4 Postoj sester.....	43
Schéma 5 Ošetrovateľská péče.....	50
Schéma 6 Komunikační dovednosti sester	58
Schéma 7 Komunikace zástupců daných etnických skupin s dětskými sestrami	65
Schéma 8 Schéma druhé etapy výzkumného šetření	69
Schéma 9 Schéma třetí etapy výzkumného šetření.....	74
Schéma 10 Doporučení pro praxi	75
Tabulka 1 Charakteristika probandů výzkumného souboru A	38
Tabulka 2 Charakteristika probandů výzkumného souboru B.....	65
Tabulka 3 Charakteristika probandů výzkumného souboru C.....	69
Tabulka 4 Charakteristika probandů výzkumného souboru D	74