



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Komunikační dovednosti sester u pacientů odlišné
kultury**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Marie Jarešová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Havierniková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Komunikační dovednosti sester u pacientů odlišné kultury jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním svého 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu této diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: *11. 8. 2021*

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí této diplomové práce paní Mgr. Lucii Haviernikové, Ph.D., za cenné rady, spolupráci a čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala své rodině, která mne po celou dobu studia podporovala.

Komunikační dovednosti sester u pacientů odlišné kultury

Abstrakt

Diplomová práce je věnována komunikačním dovednostem sester s pacienty odlišné kultury. Cílem práce bylo zjistit, jaké bariéry nastávají během komunikace s pacienty odlišné kultury, a zmapovat znalosti sester o vhodném postupu komunikace s těmito pacienty. Dalším cílem bylo prozkoumat zkušenosti pacientů odlišné kultury v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních a zjistit, jaká mají specifika při komunikaci. V teoretické části byly popsány obecné zásady komunikace. Dále byly popsány tři národnostní menšiny žijící v České republice (vietnamská, romská, ukrajinská) a dvě náboženské menšiny (vyznavači pravoslaví a vyznavači islámu), se kterými se v České republice můžeme setkat. Byla popsána jejich charakteristika a specifika v oblasti zdraví a komunikace.

Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. První skupinu probandů tvořily všeobecné sestry, které mají zkušenost s ošetřováním pacientů odlišné kultury. Druhá skupina probandů byla složena ze zástupců jednotlivých národnostních a náboženských minorit (Vietnamci, Ukrajinci, Romové a pravoslavní a vyznavači islámu). Získané odpovědi z rozhovorů byly roztrženy do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Z výzkumného šetření vyplývá, že největším problémem nastávajícím při komunikaci sester se zástupci jiných národnostních a náboženských minorit je absence jazykového vybavení ošetřujícího personálu, jelikož není a nemůže být vždy splněna podmínka, že hospitalizovaný pacient v české nemocnici bude jazykově a komunikačně vybaven tak, aby byl schopen aktivně používat češtinu. Zároveň bylo zjištěno, že vedle jazykového vzdělávání ošetřovatelského personálu je zapotřebí průběžně seznamovat ošetřovatelský personál s jednotlivými aspekty kulturních a komunikačních specifik jednotlivých menšin. Hlavním a důležitým poznatkem je, že ošetřující personál, i když nevládne cizím jazykem daného pacienta, je ochoten nalézt společnou řeč svým osobním a profesionálním přístupem.

Součástí diplomové práce je výstup v podobě edukačního materiálu určeného pro všeobecné sestry, jež by je měl seznámit se specifiky při komunikaci s pacienty vybraných národnostních a náboženských minorit.

Klíčová slova

komunikační bariéra; jazyková bariéra, transkulturní ošetřovatelství; pacient s jazykovou bariérou; národnostní menšiny v ČR

The communication skills of nurses with patients of foreign culture

Abstract

This Master thesis is focused on the communication skills of nurses with patients of different culture. The goal of this thesis was to figure out the barriers which arise during the communication with patients of different culture and to further determine the knowledge of nurses about proper approach with these patients. The next goal was to gather the patients experience in the area of communication in healthcare facilities and to find out their communication specifications. In the theoretical part, general principles of communication were described. Subsequently, three various national minorities (Vietnamese, Romany, and Ukrainian) and two religious minorities (Orthodox and Muslim), which can be found in the Czech Republic, were introduced. Most importantly, their characteristics and their specifications in the field of healthcare and communication were defined.

The empiric part of the thesis was evaluated by a qualitative research with a semi-structured interview as a data gathering technique. The first subject group included general nurses which had had experience with taking care of patients of different culture. The second subject group consisted of several individuals of particular national and religious minorities (Vietnamese, Ukrainian, Romany, Muslim and Orthodox). Obtained information from the interviews was sorted into individual categories and subcategories.

Eventually, the data showed that the biggest problem which arises during the communication between nurses and individual patients of different national and religious minorities is a language barrier from the side of the healthcare professional. It is mostly due to the fact that a hospitalized patient in a Czech healthcare facility is not always able to actively communicate with the staff in Czech. Additionally, it was observed that apart of the language barrier, there is a need to continuously educate the healthcare personnel about individual aspects of cultural and communicational specifications of mentioned minorities. The main and most important finding of this thesis is that the attending personnel is always willing to look for a way how to communicate with foreign patients on a personal and professional level even despite the language barrier.

The output of this Master thesis is an educational material made for general nurses which helps with the introduction of particular communication specifications of patients of several chosen national and religious minorities.

Key words

communication barrier; language barrier; transcultural nursing; patient with language barrier; national minorities in the Czech Republic

Obsah

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Mezinárodní migrace	11
1.2 Globalizace	12
1.3 Náboženství a spiritualita	14
1.4 Transkulturní ošetřovatelství	15
1.5 Komunikace v transkulturním ošetřovatelství	18
1.6 Národnostní menšiny v ČR	23
1.6.1 Vietnamská menšina	24
1.6.2 Ukrajinská menšina	28
1.6.3 Romská menšina	31
1.7 Náboženské menšiny v ČR	34
1.7.1 Příslušníci pravoslavné církve	35
1.7.2 Vyznavači islámu	37
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
2.1 Cíle práce	41
2.2 Výzkumné otázky	41
3 METODIKA VÝZKUMU	42
3.1 Použité metody výzkumu	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	45
4.1 Vyhodnocení výsledků souboru A – sestry	45
4.1.1 Identifikační údaje souboru A – sestry	45
4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů výzkumného souboru A – sestry	46
4.2 Vyhodnocení výzkumného souboru B – menšiny	55
4.2.1 Identifikační údaje souboru BA – vietnamská menšina	55
4.2.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru BA – vietnamská menšina	56
4.2.3 Identifikační údaje souboru BB – ukrajinská menšina	58
4.2.4 Vyhodnocení rozhovorů souboru BB – ukrajinská menšina	59
4.2.5 Identifikační údaje souboru BC – romská menšina	60
4.2.6 Vyhodnocení rozhovorů souboru BC – romská menšina	61

4.2.7	<i>Identifikační údaje souboru BD – pravoslavní</i>	63
4.2.8	<i>Vyhodnocení rozhovorů souboru BD – pravoslavní</i>	63
4.2.9	<i>Identifikační údaje souboru BE – islámisté</i>	65
4.2.10	<i>Vyhodnocení rozhovorů souboru BE – islámisté</i>	66
5	DISKUZE	68
6	ZÁVĚR	76
7	SEZNAM LITERATURY	78
	SEZNAM TABULEK	86
	SEZNAM PŘÍLOH	87
8	SEZNAM ZKRATEK	104

ÚVOD

V dnešním globalizovaném světě se v českých nemocnicích kvůli migračním proudům a otevřeným možnostem cestování stále častěji setkáváme s ošetřováním a hospitalizací osob, jež jsou příslušníky odlišných kultur mající svá specifická pravidla nejen v ošetřovatelských postupech, ale i v komunikaci, která je tématem této diplomové práce.

V České republice se nejčastěji setkáváme s příslušníky vietnamské, romské a ukrajinské minority. Další početnou skupinu tvoří příslušníci různých náboženských vyznání. V této diplomové práci se budeme věnovat (vedle výše zmiňovaných národnostních menšin) také příslušníkům náboženských menšin hlásících se k pravoslavné církvi a vyznavačům islámu. Tito pacienti mohou mít často nejrůznější potřeby vyplývající z jejich náboženství. Navíc se může jednat i o cizojazyčně hovořící osoby neovládající ani základní fráze z českého jazyka, a proto je transkulturní ošetřovatelství a komunikace s pacienty jiných kulturních minorit velmi důležitým aspektem při vzdělávání sester.

Mezi příslušníky jiných kultur či náboženského vyznání se objevují odlišnosti v komunikaci – ať už verbální či neverbální. Cílem zdravotnického personálu je být na komunikaci s takovým pacientem připraven a dobře mu porozumět. Jen tak můžeme předejít nechtěným oboustranným komunikačním nedorozuměním. V rámci ošetřovatelské péče mohou vlivem chybné komunikace vzniknout ztížené podmínky pro ošetřování pacientů. Někdy tak dochází k situacím vzájemného nepochopení a vyhýbání se kontaktu. Sestra je ve většině případů prvním člověkem, se kterým pacient komunikuje, navazuje s ním důvěru a vzájemný vztah. Je potřeba, aby sestra získala informace, které potřebuje o pacientovi vědět, a následně je mohla předat dalším členům zdravotnického personálu. Kulturně kompetentní personál se tak stává nepostradatelnou součástí ošetřovatelské profese a je důležité umět poskytovat kulturně vhodnou a citlivou péči, a to všem pacientům bez rozdílu rasy a vyznání. Toto téma jsem si zvolila, abych získala a prohloubila znalosti o jednotlivých kulturních a náboženských minoritách a o specifikách jednotlivých minorit v oblasti komunikace. Tato diplomová práce by měla problematiku komunikace sester s pacienty odlišných kultur přiblížit. Dále by měla objasnit specifika komunikace a upozornit na chyby, jichž se mohou sestry při komunikaci s pacienty odlišných kultur dopouštět.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Mezinárodní migrace

Pojem migrace vychází z latinského slova *migratio* – přemístění, pohyb. Jak uvádí King (2008), lidská migrace může být datována již od samého zrození lidstva a lze ji považovat za základ evoluce. Migrace obyvatelstva je součástí dějin lidské společnosti již od nepaměti. Je chápána jako pohyb obyvatelstva z jednoho místa (či krajiny) na druhé se záměrem dočasně či trvale se usadit v nové oblasti. Jde o přirozený projev lidské bytosti. Důvody migrace zůstávají po celá staletí vesměs stejné, jsou především ekonomického, náboženského, etnického a politického rázu. Hlavním účelem migrace bylo a je vyhledávání vhodnějších životních podmínek, především pak obživy (Malířová et al., 2016).

Brettell (2000) uvádí, že od konce 19. století můžeme pozorovat neustále se zrychlující celosvětový migrační pohyb. V České republice se od roku 1989 zvýšil počet imigrantů třináctkrát. Dle Mezinárodní organizace pro migraci zaujala Česká republika světové prvenství v rychlosti přílivu imigrantů (Tošnarová, 2013). Největší počet migrantů pochází z Ukrajiny a Ruska, Vietnamu, Slovenska a v neposlední řadě z arabských zemí. Tyto skupiny migrantů se od nás odlišují nejen národností a jazykem, ale především také kulturními zvyky a vírou (Tóthová, 2017).

Příčiny a důsledky migrace

Migraci z hlediska její příčiny lze dělit na migraci ekonomickou, politickou a environmentální. Ekonomická migrace je motivovaná snahou zvýšit své materiální podmínky. Politická migrace je motivována obavou z politického či náboženského pronásledování a důvodem environmentální migrace je odchod z regionů postižených přírodními katastrofami (např. záplavy) nebo jde o změny životního prostředí v souvislosti s globálními klimatickými změnami (Brzóska, 2020).

Jak uvádí Tomeš (2010), migrace má zásadní dopad na nejrůznější oblasti společenského, politického, hospodářského i sociálního života v hostitelské zemi. Důsledky mezinárodní migrace se projevují jak v zemích hostitelských, tak i v zemích, z nichž migranti pocházejí. Tyto důsledky mohou mít pro vysílající i pro hostitelskou zemi pozitivní i negativní důsledky (Kunešová, et al., 2006).

Tomeš (2010) uvádí, že důsledky migrace jsou demografické, kdy se mění struktura obyvatel, tím se podporuje proces urbanizace. Příliv levné pracovní síly vytváří důsledky ekonomické. Drbohlav, et al. (2010) zmiňuje i kriminalitu jako jeden z negativních dopadů migrace.

Ve svých důsledcích a velmi často i příčinách je legální i nelegální migrace zcela porovnatelná. Nelze tedy říci, že jedna by byla horší nebo méně žádoucí než druhá. Vždy totiž záleží na konkrétních migrantech a jejich osobních motivacích k migraci. Jako příklad lze uvést dlouhodobou nelegální migraci občanů Mexika do Spojených států amerických, jež je pro společnost a ekonomiku Spojených států prospěšná a ve svém důsledku i nepostradatelná (Brettell, 2000).

Důležitým dokumentem vztahujícím se k migraci (ať už legální či nelegální) je Zákon 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, jež je doplněný o novelizaci v rámci vstupu do Evropské unie. Zde jsou shrnuty nejen základní pojmy a definice, ale také podmínky pro pobyt cizinců na území naší republiky (Brettell, 2000).

1.2 Globalizace

Grinin (2005) definuje globalizaci jako proces celosvětové hospodářské, politické, kulturní a náboženské integrace a sjednocení. Hlavním důsledkem je mezinárodní dělba práce, migrace pracovních sil, výrobních prostředků, ekonomických a technologických procesů v návaznosti na konvergenci a fúze kultur různých zemí. Jedná se o objektivní proces, který zasahuje do všech částí společnosti. V důsledku globalizace se svět stává více propojeným a více závislým na všech svých subjektech. Zvyšuje se počet společných problémů, stejně jako se rozšiřují počty a typy integrujících subjektů.

Jeníček a Foltýn (2010) rozdělují globální problémy do třech velkých skupin, a to: globální problémy intersociální, globální problémy přírodně-sociální, globální problémy antroposociální.

V návaznosti na výše uvedený globální antroposociální problém týkající se globalizace světa přináší tato skutečnost různé druhy nerovného přístupu ke vzdělání, zdravotní péči, bydlení, kultuře, lidským právům apod. (Jeníček, Foltýn, 2010).

Globalizace v důsledku přináší i rychlý růst světové populace, rekordně vysokou migraci z venkovských oblastí do městských a zároveň i migraci mezi jednotlivými zeměmi. Největší nárůst populace a zároveň migrace je právě v rozvojových zemích, ve kterých v důsledku absence kanalizací, nezávadné pitné vody a základních hygienických potřeb hrozí různé epidemie (Jeníček, Foltýn, 2010).

Kulturní globalizace je charakterizována konvergencí podnikatelské a spotřebitelské kultury mezi různými zeměmi světa a růstem mezinárodní komunikace, což s sebou může přinést jak mnoho užitku, tak i problémů. Na jedné straně to vede k popularizaci určitých typů národní kultury po celém světě. Na druhou stranu mohou populární mezinárodní kulturní jevy přemístit národní nebo přeměnit je na mezinárodní. Mnoho z nich to považuje za ztrátu národních kulturních hodnot a bojuje za oživení národní kultury (Gavrow, Asher, 2007).

Dochází tak často k eskalaci národnostních nálad ve společnosti, které – ve snaze bránit svou národní identitu – vedou k odmítání jakýchkoli cizorodých elementů, jež by mohly, byť i domněle, tuto národní svébytnost ohrozit (Mezřický, 2006). Jako příklad lze uvést dlouhodobé poklidné soužití turecké národnostní menšiny ve Spolkové republice Německo nebo asimilovaných obyvatel Francie, kteří jsou původem ze Subsaharské Afriky. Obě tyto menšiny ale čelí v posledních dekádách stále rostoucím problémům kvůli svému odlišnému původu, ač jsou již dávno, často po generace, řádně začleněny do většinové společnosti. Tlaky na tyto menšiny je následně staví do opozice k majoritě, v konečném důsledku vedou k radikalizaci postojů některých členů (Sweeney, 2005).

V zemích, které jsou globalizací ovlivněny, dochází k vytváření jakési „globální kultury“. Na úkor tohoto velmi často dochází k zániku tradičních zvyklostí a hodnot. Příkladem může být například rozšiřování fastfoodových amerických řetězců, jako je McDonald's atd. Dalším příkladem může být výskyt různých náboženských budov v jednom městě. Běžné je, že stojí v jednom městě jak pravoslavný, tak i římskokatolický kostel, v některých evropských městech dokonce můžeme nalézt i mešity. Tyto různé kultury se navzájem tolerují. Ale může nastat i opačný jev, kdy někteří členové vyvíjí snahu vytlačit druhou kulturu, a to třeba i násilím (Lechner, 2004).

1.3 Náboženství a spiritualita

Ve světě existuje nepřeborné množství různých druhů náboženství, která se od sebe diametrálně liší. Neexistuje jednotná definice pro náboženství. Nejpoužívanější je definice, která uvádí, že náboženství je jednotný systém víry a praktik, jež jsou vztaženy k posvátnému předmětu (Lužný et al., 2010).

Špirudová (2006) uvádí, že víra a náboženství ovlivňují nejen způsob života, ale i životní hodnoty, názory a postoje. Mohou ovlivňovat vztahy k sobě i k druhým, ale také vztah k životu, k chorobě i ke smrti. Dle Ivanové et al. (2005) je náboženství vírou, která je vztažena k určité náboženské tradici a často souvisí s církví nebo nějakou denominací. Küng (2006) uvádí, že v každém náboženství se používají různé symboly a rituály. Předmětem uctívání mohou být předměty či bytosti, které lidé považují za posvátné. Mezi rituály patří např. zpěvy, modlitby, bohoslužby a jiné. Jedinec je může provádět sám nebo se tyto rituály mohou konat jako kolektivní ceremoniály.

Ivanová et al. (2005) popisuje pojem spiritualita jako duchovní způsob života, který je vlastní určité osobnosti nebo životní situaci – ať už v nějakém náboženství nebo nezávisle na něm. Spiritualitu můžeme chápat jako životní cestu.

Pro pochopení odlišných náboženských přesvědčení a věrouk je důležité si uvědomit, že bez ohledu na víru jsou podstata jedince a jeho obavy, potřeby nebo motivace v zásadě stejné. Jednotlivá náboženství historicky vznikala z obdobných pohnutek. Tedy reagovat na spirituální i ryze světské potřeby obyvatel daného regionu a kodifikovat lidské hodnoty. Z toho vyplývá, že různá náboženství jsou jen odlišnými cestami ke stejnému cíli. Různorodost je pak dána rozdílnými historickými, demografickými, ale i geografickými okolnostmi vzniku dané víry. V evropském kulturním kontextu jsou často všechna východní náboženství chápána jako něco exotického, výstředního a exaltovaného. Nejpalčivějším tématem je střet křesťanství, judaismu a islámu. Neexistují přitom žádné objektivně si bližší náboženské víry, než jsou právě tyto, protože vycházejí z velmi podobného sociálního a kulturního základu. Bylo by tedy chybou se dívat na příslušníka jiné víry jako na někoho z jiného světa (Sweeney, 2005).

Víra v životě člověka

Slovo „víra“ bývá nejvíce skloňováno ve spojení s vyznáním a náboženstvím, avšak ne vždy musí znamenat příslušnost k nějaké církvi. Víra v životě člověka hraje velmi důležitou roli. Od nepaměti je víra pomyslným hnacím motorem lidského žití. Motivuje člověka a dává smysl jeho životu. Svou víru má každý člověk, ať už je to náboženská modla, ideály, rodina, příroda (Říčan, 2010).

Definice slova „víra“ není úplně jednoznačná. Záleží na úhlu pohledu. Z pohledu věřících lze víru obecně definovat jako *„svobodné přijetí výroků určité osoby a důvěře k ní. Tím je již řečeno, že při víře jde vždy o vztah mezi osobami, který stojí či padá s hodnověrností toho, komu je uvěřeno“* (Rahner a Vorgrimler, 1996, s. 387).

Vladimír Smékal (2007) se zmiňuje, že z psychologického pohledu je víra definovaná jako pevné přijetí nějakého názoru či přesvědčení. Víra je v tomto pojetí založena na důvěře, pravosti, správnosti, užitečnosti a hodnotě tohoto přesvědčení. Zmiňuje se také o existenci tří stránek víry, jimiž jsou: víra v někoho a v něco, věřit někomu a něčemu a víra jako stav duše.

Důležitou roli sehrává víra v různých životních obdobích člověka. V mládí dodává člověku sílu a kuráž k seberealizaci. Motivuje ho k dosažení jeho snů. V období životních krizí pomáhá víra člověku překonat překážky, těžké časy. Pomáhá mu vyrovnat se s životními „kotrmelci“ a pokračovat dál. Jiný význam pak nabývá v období nemoci, kdy víra dodává člověku sílu v boji za uzdravení a za život (Špirudová, 2006).

1.4 Transkulturní ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství lze definovat jako *„teorii a praxi ve zdravotnictví soustředěnou na porovnání hodnot, přesvědčení, zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí“* (Ivanová et al, 2005, s. 17).

Dle Zeleníkové (s. 6, 2014) je *„transkulturní ošetřovatelství komparativní, teoretický a praktický obor holisticky zaměřený na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s ohledem na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytovat kulturně shodnou, citlivou a kompetentní péči a podporu ve zdraví a nemoci“*.

Předpona „trans“ v tomto slově představuje překročení hranice. V případě transkulturního ošetrovatelství se jedná o hranice spojené s překonáním jazykové a kulturní bariéry (Kutnohorská, 2013). Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat pacientovi ošetrovatelskou péči vhodnou k jeho kultuře a vyznání (Průcha, 2010).

Za zakladatelku a hlavní osobnost transkulturního ošetrovatelství je považována Madeleine Leiningerová, která v roce 1960 tento pojem definovala a následujících třicet let teorii transkulturního ošetrovatelství dále rozvíjela a obohacovala (Plevová, 2019).

Její vlastní zkušenosti ze sesterské praxe iniciovaly zájem o vliv kultury na ošetrovatelství. Upozornila na odlišné chování jednotlivých národností a etnik, jelikož si všimla kulturního vlivu na poskytování a přijímání ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2013). Spojením pojmů „kultura“ a „péče“ Leiningerová položila základ novému pojmu „kulturní péče“. Narůstající multikulturní společnost v mnoha zemích vedla k zahrnutí transkulturního ošetrovatelství do studijních programů všeobecných sester s cílem zajistit a poskytnout kulturně kompetentní ošetrovatelskou péči (Plevová, 2019).

Leiningerová rozdělila vývoj transkulturního ošetrovatelství do tří období, a to na období od roku 1955 do roku 1975, což je považováno za období vzniku oboru, období v letech 1975–1983, kdy dochází k rozvoji výzkumu a vzdělávání, a poslední období od roku 1983 až do současné doby, kdy dochází k celosvětovému rozšíření tohoto oboru (Murphy, 2006).

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“ Tuto myšlenku vyslovila Madeleine Leiningerová a dnes se podle ní řídí celý koncept transkulturního ošetrovatelství (Kopecká, 2015, s. 230).

Hlavní náplní transkulturního ošetrovatelství je ošetrování pacientů z různých kulturních, náboženských a sociálních prostředí. Při poskytování takovéto péče je potřeba respektovat specifické národnostní či náboženské odlišnosti pacientů. Je třeba dbát na jejich potřeby, hodnoty, kulturu a víru (Ivanová et. al, 2005).

Transkulturní ošetrovatelství si klade za cíl poskytovat ošetrovatelskou péči v celé její šíři a respektovat specifika všech pacientů, aby byl pacient ochoten spolupracovat a byla přitom zachována jeho důstojnost (Tošnarová, 2013). Autorka Zeleníková (2014) udává, že hlavním cílem transkulturního ošetrovatelství je, aby lidem z odlišných kultur byla poskytována kulturně totožná péče.

Pečující zdravotník by si měl uvědomit, že někteří z pacientů mohou mít svoji vlastní formu náboženství (Ivanová et al, 2005). Autorka Špirudová (2006) upozorňuje na nabytí většího významu duchovního přesvědčení v době onemocnění a umírání než v jiných etapách lidského života. Duchovní přesvědčení lidem pomáhá akceptovat jejich chorobu či blížící se smrt.

Někdy však tato přesvědčení mohou být v rozporu s profesionální medicínskou praxí a tato víra může vést k odmítnutí určitých léčebných zákroků či postupů, jako je například odmítání transfuze krve, interrupce aj. Úlohou sester je vycházet duchovním potřebám pacientů a jejich rodinám vstříc, a proto je důležité, aby se sestry samy orientovaly v tom, co je znakem duchovního zdraví a co je již projevem duchovní tísně (Ivanová et al., 2005).

Kulturně specifické modely

Transkulturní ošetrovatelství používá při péči o nemocné cizince model Madeleine Leiningerové. Tento model kulturně shodné ošetrovatelské péče známý pod názvem „Model vycházejícího slunce“ lze však uplatnit i v jiných oblastech pomáhání (Kopecká, 2015). Model, jehož název je odvozen od kruhové podoby, prezentuje světonázorové a sociální faktory, které prostřednictvím jazyka i jiných symbolů a prostředí ovlivňují samotnou péči a zdraví (Plevová et al., 2011).

Pavlíková (2006) upozorňuje na to, že klienti z různých kultur vnímají zdraví, nemoc, péči, léčbu, závislost i nezávislost různě a teorie Leiningerové má pomoci sestřám pochopit klientovu kulturu a zlepšit péči o klienty z rozdílného kulturního prostředí.

Další průkopnicí v tomto směru byla Irena Papadopoulosová, která se svými kolegyněmi v roce 1998 poprvé publikovala model kulturních kompetencí. Tento model měl za cíl podpořit začlenění problematiky kultury do studijního plánu oboru ošetrovatelství a pomoci studentům rozvinout kulturní kompetence (Plevová et al., 2019).

Další model transkulturní ošetrovatelské péče byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu, aby pomohl usnadnit hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného kulturního etnika. Model autorek Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové usnadňuje a urychluje celostní, kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení stavu potřeb klienta, tím také zefektivňuje praktickou péči (např. výběrem vhodných intervencí). Tento model stanovuje, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v intencích šesti kulturních fenoménů, do kterých spadá komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace (Špirudová, 2006).

1.5 Komunikace v transkulturním ošetrovatelství

Pro všeobecné sestry je komunikace neoddělitelnou součástí každodenní práce a tvoří základ všech činností, které provádějí. Je důležité umět účinně komunikovat nejen k získávání informací od pacienta, ale i k motivaci, edukaci a v neposlední řadě k navození důvěry ve vztahu sestra – pacient a k rozvoji interpersonálních vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu. Komunikace je ve své podstatě reciproční proces odevzdání a přijímání zpráv mezi dvěma či více lidmi. Při tomto procesu dochází k přenosu myšlenek, pocitů, údajů a dalších informací, včetně verbálního sdělení a neverbálního chování (Plevová, 2019).

Dnes odhadujeme počet jazyků na světě na 6 000. Takto početná různorodost jazyků vždy způsobovala dorozumívací problémy. Přestože lidé technicky zvládnou ovládat jiný jazyk, nemusí porozumět kultuře národa či etnika, které je s ním spjaté, mohou tak vznikat interkulturní komunikační bariéry (Kolektiv, 2003).

Jak uvádí Průcha (2001), rozdíly v komunikaci nejsou pouze v samotné lingvistice, tedy v tom, že národy a etnika používají odlišné jazyky, ale uvádí i rituály a konvence spjaté s užíváním těchto jazyků v sociálním styku. Dále uvádí rozdíl v konotacích, tj. v doprovodných významech komunikovaných prostřednictvím jednotlivých jazyků.

Žádná komunikace s cizincem není pro zdravotnický personál lehká, ale zdravotník musí dbát na pacientovu jedinečnost a důstojnost. Pokud zdravotní stav pacientovi dovolí být aktivním účastníkem rozhovoru, musí zdravotník dbát na to, aby komunikace poskytla pacientovi informace takovým způsobem, aby jim dostatečně porozuměl (Montserrat Pulido-F, 2017).

Počet pacientů jiných národnostních menšin bezesporu roste, tím také stoupá potřeba a význam transkulturního ošetřovatelství. Prvním a velmi důležitým krokem při setkání s pacientem patřícím do těchto minoritních skupin je komunikace. Komunikace je klíčem v péči o pacienta. Z předchozích kapitol vyplývá, že tito pacienti se odlišují nejenom svým rodným jazykem, ale také vnímáním, myšlením a postoji. Pokud mezi pacientem a ošetřujícím personálem dojde k problému ihned na začátku jejich prvního setkání, může u pacienta (ale i u ošetřujícího personálu) vyvolat pocity frustrace, strachu, úzkosti, hněvu, smutku a mnoho dalších negativních emocí. Tyto emoce mohou vést ke špatné spolupráci pacienta se zdravotním personálem, k nepochopení průběhu léčby a v konečném důsledku i k neúspěšnosti léčby. Abychom těmto problémům mohli předcházet, je potřeba, aby byli zdravotničtí pracovníci na komunikaci s pacienty z různých kulturních a etnických skupin připraveni, a to nejenom jazykově, ale i všeobecným přehledem týkajícím se jiných národností a příslušníků jiné víry, jejich zvyků a požadavků (Špatenková a Králová, 2009).

Všichni mají právo na respekt. Proto nabývá důležitosti, aby ošetřující sestra brala na vědomí a respektovala přání a potřeby pacienta patřícího do jiné etnické skupiny či vyznávajícího jinou kulturu, než je ta naše, a předcházela tak nepříjemným a někdy i zraňujícím situacím. Smyslem transkulturního ošetřovatelství je snaha vychovat novou generaci sester, které mají přehled, respekt a toleranci pacientům, jež patří do jiných – ať už etnických nebo náboženských skupin (Mastiliaková, 2003).

Velice důležitou roli hraje správné pochopení pacienta, jeho potřeb, problémů a pocitů. Důležitosti tento fakt nabývá také v souvislosti s tvorbou záznamů a následné zprávy o pacientovi, což je velmi důležité pro další ošetření a léčení pacienta. Transkulturní komunikace v ošetřovatelství je organizovaný schematizovaný systém chování, který umožňuje a řídí vzájemnou interakci sestry a pacienta (Ivanová et al., 2005).

Verbální komunikace

Venglářová a Mahrová (2006) popisují verbální komunikaci jako dorozumívání se pomocí slov. Úspěšnost verbální komunikace musí splňovat určitá kritéria. Komunikace musí být jednoduchá, stručná, zřetelná, vhodně načasovaná a adaptabilní neboli přizpůsobivá.

Verbální komunikace může být mluvená i psaná, živá i reprodukováná, přímá nebo zprostředkováná (Vymětal, 2008).

Slova je potřeba volit velmi pečlivě, neboť nesprávně zvolená slova mohou být příčinou nedorozumění, komunikačních šumů a různých problémů. Zdravotnický pracovník mnohdy používá odbornou terminologii, která je pro něj přirozená a běžná, ale pacienta tyto odborné termíny často přivádějí do situací, kdy nechápou, co se od nich očekává, i když se tváří, že sdělení rozumí, mnohdy to vůbec nechápou (Špatenková a Králová, 2009).

Při verbální komunikaci je mnoho interkulturních rozdílů. Kolektiv autorů (2003) upozorňuje na odlišné způsoby při vzájemném oslovování a doporučuje, aby se již při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení zdravotník zeptal, jak chce být pacient oslovován a zaznamenal tento údaj do dokumentace. Další rozdíl může být v množství zdvořilostních frází, tvorbě jména, slovní zásobě nebo množství pravdy odevzdané ve verbální výpovědi, kdy pro Evropana je při rozhovoru běžné říkat pravdu na rozdíl od Afghánce, který nemá potřebu se omluvit, pokud vyjde najevo, že nemluvil pravdu, necítí se při tom trapně ani provinile (Kolektiv autorů, 2003).

Jelikož mluvené slovo je vždy doplněno neverbální složkou, je potřeba během komunikace dbát na veškeré vedlejší sounáležitosti každé komunikace (Tantut, 2018). Chybná či nezvládnutá verbální komunikace může být zdrojem sororigenie, tedy poškození pacienta sestrou nebo jiným zdravotnickým pracovníkem. Jelikož slovo má obrovskou moc, dokáže utěšit, urazit nebo i ranit (Špatenková a Králová, 2009).

Neverbální komunikace

V komunikaci nejde pouze o slova. Cenné informace poskytuje také neverbální komunikace a paralingvistika neboli tón a síla hlasu, rychlost řeči apod. Neverbální komunikace je tedy komunikace beze slov (Špatenková a Králová, 2009).

Venglářová a Mahrová (2006) definují neverbální komunikaci jako řeč těla. Pomocí neverbální komunikace vyjadřujeme emoce a své interpersonální postoje. Lze tedy považovat řeč těla za upřímnější než verbální projev.

Během rozhovoru verbálně sdělujeme pouhých 7 % informací, dalších 38 % předáváme prostřednictvím paraverbální komunikace, do které řadíme intonaci, sílu a výšku hlasu, 55 % informací sdělujeme tělem neboli nonverbální komunikací, kam mimo jiné řadíme posturologii, haptiku, kineziku, gestiku, mimiku, grafologii a další (Černá, 2011).

Bohatým komunikačním prostředkem je lidská tvář. Komunikace výrazem tváře je mimika, kterou dokážeme vyjádřit sedm základních emocí: štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněné očekávání, strach a bázeň – pocit jistoty, radost – smutek, klid – rozčilení, spokojenost – nespokojenost, zájem – nezájem. Mezi nejdůležitější mimický projev pro vztah sestry a pacienta je úsměv (Ivanová et al., 2005).

Další součástí neverbální komunikace je haptika, která zahrnuje komunikaci prostřednictvím dotyku. V naší společnosti je základním dotykem podání ruky. Tím, že podáme ruku, navozujeme kontakt a do jisté míry získáváme dle stisku ruky i určité informace o klientovi (Procházka et al., 2014).

Proxemika je dle Ivanové et al. (2005) sdělování přiblížením a oddálením. Zejména při kontaktu s cizincem je potřeba brát v úvahu individuální a kulturní rozdíly, měli bychom umět používat celou škálu vzdáleností bez toho, abychom navodili pocit odcizení či znepokojení. Rozeznáváme čtyři základní proxemické zóny, které Ivanová et al. (2005) popisuje jako intimní, ve které již vnímáme čichové a dotykové vjemy. Další proxemickou zónou je zóna osobní, tu udržujeme při setkání s neznámým člověkem. Tato zóna je kulturně podmíněná. Např. Vietnamci a Japonci žijící v přelidněném prostředí mají osobní zónu menší než např. Angličané a Australané, kteří si raději udržují větší odstup. Pokud stojíme tak, že náš zorný úhel pohledu nám umožňuje vidět celou postavu člověka, s nímž komunikujeme, jedná se o sociální zónu, kterou využíváme zejména při služebním či obchodním styku. Osoby vystupující veřejně, jež chtějí posluchače zaujmout pomocí gest a pohybem v prostoru, využívají zónu veřejnou. Je tedy potřeba znát prostorové požadavky určené jinou kulturou, abychom mohli při jejich dodržování navodit pozitivní pocity (Ivanová et al., 2005).

Plevová et al. (2019) popisuje gestikulaci jako řeč rukou. Udává, že při gestikulaci se nejvíce projevují interindividuální rozdíly, které mohou souviset s temperamentem účastníků rozhovoru. Dále autorka upozorňuje, že gesta řeč pouze doprovázejí a jen zřídka ji nahrazují.

Vizika neboli zrakový (oční) kontakt patří k dalším nonverbálním komunikačním signálům, kterým přikládáme veliký význam (Schneiderová a Schneider, 2008).

Možnosti komunikace

V případě pacientů jiných národností je častým problémem jazyková bariéra vytvořená jak neznalostí českého jazyka ze strany pacienta, tak neznalostí cizího jazyka ze strany zdravotnického personálu. V tomto případě je pak důležité najít jinou formu komunikace zajišťující předání informací mezi pacientem a personálem nemocnice. V českých zdravotnických zařízeních se nejčastěji stává tlumočnickem doprovod pacienta, a to ať už se jedná o příbuznou osobu nebo známého, který se dohoví. Tento způsob tlumočení je však v zahraniční literatuře často odsuzován pro vysoké procento chyb při tlumočení, přesto je tento způsob tlumočení používán nejčastěji, jelikož se jedná o dostupnou, levnou a mnohdy nejrychlejší možnost překladu (Elbertová, 2010). Autorky Špatenková a Králová (2009) však upozorňují na některá úskalí tlumočení rodinnými příslušníky, kdy člen rodiny nemusí přeložit vše, překlad navíc může zkreslit tak, aby prosadil svůj vlastní zájem nad přáním pacienta. Elbertová (2010) uvádí jako další velmi častou formu tlumočení využití jazykových znalostí personálu daného zdravotnického zařízení nebo tlumočení po telefonu. Tato forma může hrát velmi významnou roli v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Leiningerová a McFarland (2002) považují za velmi důležitou také jazykovou vybavenost zdravotních sester. Chybně pochopená verbální nebo nonverbální komunikace může způsobit špatné nastavení dalších postupů týkajících se péče o klienta a jeho rodinu.

Oliberius et al. (2019) uvádějí další alternativní metodu komunikace, která může nahradit mluvenou řeč použitím komunikačních pomůcek. Nejčastěji to jsou piktogramy, komunikační karty nebo mobilní telefony či tablety s funkcí překladače.

Piktogram je grafický znak, který obrazově znázorňuje pojem nebo sdělení. Může být doplněn i krátkým a jednoduchým textem. Patří mezi ně např. postup pro správné mytí rukou v nemocnici. Piktogramy nejsou založeny na žádném jazyce, a proto se z nich stávají velice efektivní pomůcky pro překonávání jazykové bariéry (Slowík, 2016).

Jednoduchost pro pochopení a nevázanost na určitý jazyk dávají možnost využití i pro komunikaci s pacienty, kteří hovoří jazykem, do něhož nejsou přeloženy komunikační karty (Tomová a Křivková, 2016).

Komunikační karty pomáhají zdravotníkům v situacích, kdy je pacient negramotný nebo nehovoří jazykem, ve kterém jsou zdravotníci schopni pacientovi informace poskytnout, nebo když nelze zajistit tlumočnicka. Jedná se o sadu karet, jež může být zatavena do pevné fólie a každé pracoviště si ji přizpůsobuje dle svého zaměření a specifčnosti. Tato metoda je sice zdlouhavá, ale přináší potřebné informace (Špirudová et al., 2006).

1.6 Národnostní menšiny v ČR

Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který je jiné než české národnosti a přeje si být považován za příslušníka národnostní menšiny. Ze zákonné definice českého právního řádu dle zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů ze dne 10. 7. 2001 vyplývá, že příslušníkem národnostní menšiny může být pouze občan České republiky s odlišnou národností. Zde tedy dochází k rozporu mezi zákonnou kodifikací a realitou, protože velkou částí příslušníků národnostních menšin v České republice jsou samozřejmě také lidé, kteří nejsou občany České republiky, ale dle jejich etnického nebo kulturního původu jsou zajisté příslušníky národnostní menšiny. Samotný zákon sice tento fakt zmiňuje, ale již neřeší postavení těchto lidí a jejich práv jako národnostní menšiny (Tomášková, 2001).

Nejvýznamnější národnostní menšinou v České republice jsou Slováci a následně Romové, kteří získali charakteristiku národnostní menšiny v roce 1991 (Kašparová, 2014).

Mezi další národnostní menšiny z pohledu výše zmíněného zákona a jeho důvodové zprávy patří například menšina bulharská, chorvatská, maďarská, německá, polská, rakouská, rusínská, ruská, řecká, rumunská, běloruská nebo vietnamská (Tomášková, 2001).

Dle posledního sčítání lidu v roce 2011 žilo v České republice 147 152 příslušníků slovenské menšiny, 39 096 polské, 18 658 německé, ale například pouze 5 135 příslušníků romské menšiny (Český statistický úřad, © 2020).

Dle kvalifikovaných odhadů v České republice ale žije téměř 250 000 Romů, tedy násobně více příslušníků, než se k dané minoritě přihlásilo při posledním sčítání lidu v roce 2011. Odhaduje se, že v romské komunitě je z důvodu obav před stigmatizací jen malá ochota se veřejně hlásit k příslušnosti ke své minoritě (Úřad vlády České republiky, 2018).

1.6.1 Vietnamská menšina

Historie vietnamské menšiny v České republice (resp. v Československu) sahá do 50. let 20. století, kdy tehdejší vlády Československa a Vietnamské demokratické republiky zahájily jednání o možné spolupráci. Výsledkem bylo, že v roce 1956 přijelo do České republiky prvních 100 vietnamských dětí, aby zde začaly žít a chodit do školy. Děti nicméně žily v uzavřené komunitě, takže jejich asimilace byla velmi pomalá, nakonec jich jen zlomek zůstal v Československu a drtivá většina se vrátila domů (Bednařík et al., 2020).

Bednařík et al. (2020) považuje rok 1967 za zlom, kdy na základě mezivládní smlouvy přijelo do Československa přes 2 000 vietnamských dělníků, aby tu v rámci socialistické družby získávali odbornou praxi. Systém se tak osvědčil, že v roce 1973 Vietnam požádal o přijetí dalších 12 000 vietnamských občanů. Jednalo se ovšem o logisticky a organizačně složitou akci, kdy byl kladen hlavní důraz na jazykovou přípravu v intenzivních 6měsíčních kurzech. Zároveň byly na jednotlivé dělníky kladeny vysoké nároky ohledně jejich disciplíny, protože se nesměli ani samostatně pohybovat mimo podnik jejich pracovního zařazení. Kromě dělníků a učňů byli v Československu umístováni také vietnamští vysokoškoláci. Ti tu zase žili pod hrozbou okamžitého poslání zpět do Vietnamu ve chvíli, kdy se jim zhorší studijní výsledky (Bednařík et al., 2020).

Po roce 1989 už neměla nová demokratická vláda Československa zájem pokračovat v družbě s Vietnamem. Navíc ani s prudkými národně-hospodářskými změnami nebylo možné pro ně zajistit dostatek pracovních míst v průmyslu, jak bylo zvykem v předešlých desetiletích (Tóthová et al., 2010).

Sami Vietnamci ale měli zájem v Československu zůstat nebo se zde usadit, a tak hledali různé cesty, jak toho dosáhnout. Navíc se do Československa a později České republiky začali stahovat i členové vietnamských komunit z Německa, Maďarska nebo Polska a po rozdělení Československa docházelo k přesunu Vietnamců ze Slovenska do České republiky, protože ta lépe ekonomicky prosperovala. V rámci vietnamské komunity se utvořily tři skupiny. První skupinu tvoří Vietnamci, kteří byli v Československu již před rokem 1989. Druhou Vietnamci, kteří přijeli v 90. letech, a poslední je tvořena Vietnamci, jež přišli po roce 2000 (Plevová, et al., 2019).

U každé z těchto komunit se liší stupeň jejich asimilace do společnosti a také důvody, proč do České republiky přišly. Nejvýraznější je to u poslední skupiny, která pochází většinou z těch nejchudších míst bývalého severního Vietnamu a která sem přišla v očekávání vyššího výdělku, z něhož následně i živí své rodiny, jež ve Vietnamu zůstaly (Bednařík et al., 2020).

Vietnamci jsou velmi hrdý národ. Na první místo staví rodinu. Ta je pro ně vším. Další typickou vlastností tohoto národa je uctivost, a to k sobě navzájem i k autoritám, jako jsou učitelé, rodiče a sourozenci. Dalším markantním rozdílem mezi námi a vietnamským národem je, že tito lidé si prostě nestěžují. Stěžování si na život, na situaci apod. berou jako zátěž pro druhé, a proto to nedělají. Vietnamci také nevyhledávají konflikty a slovně se nenapadají. Velký důraz kladou na vzdělání. Velmi často můžeme na jejich tvářích spatřit úsměv, což není známka hlouposti, jak se někteří z nás mnohdy domnívají, ale je to vyjádření prosté radosti a štěstí (Šišková, 2001).

Velkou odlišností vietnamské komunity od ostatních je její velká uzavřenost. Komunita si vše obstarává sama. Má vlastní tlumočnický, zdravotní péči, právní služby nebo banky. I noví vietnamští imigranti přicházejí do republiky téměř výhradně přes zprostředkovatelské firmy vlastněné dalšími Vietnamci. Vietnamci jsou většinou buddhistického vyznání a víra hraje velmi důležitou roli v jejich životě. Budují si i své vlastní buddhistické chrámy, které mají ve Varnsdorfu, v Praze a v Brně. Základem života pro Vietnamce je udržování pevných rodinných vazeb a absolutního respektu dětí k rodičům a prarodičům. Zde nastává častý konflikt tzv. banánových dětí („uvnitř bílí, zvenku žlutí“).

To jsou mladí Vietnamci, kteří se v České republice narodili nebo sem přijeli jako velmi malí, umí tedy skvěle česky, mají české vzdělání, české hodnoty a jsou plně integrováni do české společnosti. Nevyhnutelně tak mají problém akceptovat klasický vietnamský pohled na rodinu život a snaží se žít mimo komunitu (Bednařík et al., 2020).

Vietnamci a komunikace

Vietnamci si málokdy na něco stěžují. Již od útlého věku jsou vedeni k dodržování určitých společenských pravidel. V těchto pravidlech je stěžování považováno za projev nevhodného společenského chování a obtěžování. Proto je velmi pravděpodobné, že pokud bude mít vietnamský pacient při hospitalizaci problémy typu zvracení, bolesti nebo průjmu, nebude o tomto stavu lékaře z důvodu slušného chování informovat. Je tedy důležité věnovat těmto pacientům při hospitalizaci zvýšenou pozornost, především pak vnímat jejich neverbální projev a pohyb po oddělení (Ivanová et al., 2015).

Zapírání bolesti může být zapříčiněno nejenom slušným vychováním, ale také přirozenou nedůvěrou Vietnamců v náš lékařský systém a metody. Jsou to vyznavači tradičního vietnamského lékařství a raději použijí lék využívaný jejich medicínou. Z tohoto důvodu je důležité s pacientem navázat důvěrný vztah, aby se nebál svěřit a konzultovat případné použití jiných než předepsaných léků. Může se tak předejít možným komplikacím a zbytečným nedorozuměním (Mocková, 2007).

Dotyky v pojetí vietnamské menšiny mají velký význam. Vietnamci jsou národ, který je zvyklý dotykem vyjadřovat své pocity, především pak úctu a přátelství. Ale i zde platí určitá pravidla. V rámci společenských pravidel je nepřípustné, aby se muž dotýkal cizí ženy a naopak. Také jakékoliv projevy spojené s milostným životem a prokazováním náklonnosti na veřejnosti jsou považovány za neslušné. Hlava je ve vietnamské kultuře nedotknutelné místo a je považována za něco výjimečného. Dotek či pohlazení se považuje za projev přílišné sebedůvěry. Pohlazení po vlasech je výsadou pouze rodičů, které hladí svoje děti (Kutnohorská, 2013).

Plevová et al. (2019) popisuje specifika podání ruky, kdy je potřeba podat pravou ruku a levou ještě lehce přitisknout. Podání předmětu jednou rukou považují Vietnamci za nezdvorné, proto podání předmětu má proběhnout oběma rukama.

Úsměv má mnoho významů. Vietnamec se usmívá, když něčemu nerozumí nebo když chce zmírnit nějakou nepříjemnou situaci. Tento fakt je třeba si uvědomit při lékařských vyšetřeních nebo edukacích sestrou, jelikož úsměv v tomto případě může znamenat omluvu za nepochopení dané situace, a proto je vždy nutná zpětná vazba (Kutnohorská, 2013).

Další odlišností v neverbální komunikaci může být přímý pohled do očí, který považují za nezdvořilý a vyjadřuje domýšlivost a povýšenost druhého. Znakem rozčilení nad obsahem daného dialogu jsou ruce zkřížené na prsou (Kutnohorská, 2013).

Vietnamský jazyk je pro nás velmi složitý a mnohdy nepochopitelný. Proto se ani nesnažíme, abychom znali alespoň základní fráze. Naštěstí pro nás je většina Vietnamců velmi učenlivá a je schopná, i když mnohdy krkolomně, se naším jazykem domluvit (Tóthová, 2010).

Vietnamci a stravování

Pohostinnost patří k tradičním rysům vietnamské kultury. Vietnamci jedí společně a během jídla řeší rodinné i obchodní záležitosti. Nejmladší člen vybídne starší, aby si nabídl, avšak na rozdíl od naší kultury není zvykem si přát dobrou chuť. Mlaskání či zašpinění ubrusu neznamena nic neslušného, nýbrž naopak jde o projev spokojenosti a pochvaly hostiteli. U žádného posezení nikdy nesmí chybět zelený čaj (Plevová et al., 2019).

Nejvýznamnější potravinou vietnamské kuchyně je bezesporu rýže, která je připravována nejrozličnějšími způsoby (Ivanová et al., 2005). Charakteristickým znakem této kuchyně je také velké množství různého koření a sójová nebo rybí omáčka. Vietnamská strava nemá žádná omezení. Běžně se konzumují veškeré druhy masa, a to od vepřového přes drůbeží, ryby až pro nás cizokrajné živočichy. Kuchyně a obecně strava Vietnamců je bohatá na zeleninu a ovoce. Jedině mléčné produkty jsou konzumovány v menší míře. Kromě rýže jsou oblíbenými potravinami: batáty, maniok, bambusové výhonky (Havlík, 2015).

Vietnamci a hospitalizace

Plevová et al. (2019) popisuje zjevné biologické odlišnosti Vietnamců v charakteristické tělesné konstituci. Mají nižší postavu, než jaký je evropský průměr, žlutohnědé zbarvení kůže, tmavé oči a tmavohnědé až černé vlasy, které jsou lesklé a rovné. Většinou chybí u mužů i žen tělní ochlupení a mají typické šikmé položení očních štěrbin.

Tóthová et al. (2010) uvádí určitá specifika, která by měli dodržovat zdravotníci při hospitalizaci pacienta z vietnamské komunity. Vietnamec přichází k lékaři, až když je situace vážná, neboť nejprve zkouší domácí léčení. Nemoc považují za poruchu rovnováhy mezi jin a jang. Považuje se za vhodné nejprve konzultovat vážnost zdravotního stavu s hlavou rodiny. Ve vietnamské rodině se za takovou osobu považuje otec nebo nejstarší syn.

Hygienu provádějí bez pomoci druhé osoby, a pokud je to nezbytně nutné, preferují pomoc od člena rodiny stejného pohlaví. Při bolestech se vyhýbají z obavy závislosti lékům tlumící bolest, proto dobrovolně o takové léky nepožádají. Je proto nutné, aby sestra nabízela léky proti bolesti včas a dle ordinace lékaře (Plevová et al., 2019).

1.6.2 Ukrajinská menšina

Historie ukrajinské menšiny na českém území se datuje až do středověku. Větší vlny migrace proběhly v polovině 19. století a následně po vzniku samostatného Československa, jeho součástí byla i Podkarpatská Rus, jež byla pro mnoho východních Ukrajinců ostrůvkem svobody a naděje v době bolševické revoluce, a proto jich mnoho tisíc uprchlo na území ČSR. Období 2. světové války a následné komunistické diktatury nepřálo veřejnému slučování Ukrajinců. Změna přišla po roce 1989, kdy se Československo a následně Česká republika stala pro příslušníky ukrajinského národa jedním z cílů jejich migrace za lepším živobytím (Bednařík et al., 2020).

Dle posledního sčítání lidu v roce 2011 žije v České republice 53 253 osob ukrajinské národnosti. Odhaduje se však, že skutečný počet je ještě mnohem vyšší. Z toho 10 000 osob pochází původem z historických migračních vln, jedná se tedy o plně integrované české občany ukrajinské národnosti. Nová migrační vlna po roce 1989 do českých zemí přivedla asi 15 000–20 000 osob a dále se počet ukrajinských pracovníků v České republice odhaduje na 50 000 osob (Bednařík et al., 2020).

Ukrajina není součástí Evropské unie, a proto je v souvislosti s ukrajinskou menšinou hodně aktuální téma tzv. nelegální migrace. Ukrajinci potřebují ke vstupu na území unie vízum, a pokud tu chtějí pracovat, tak musí mít pracovní povolení, které není jednoduché získat a váže se k tomu i několik velkých korupčních kauz. Velká část ukrajinských pracovníků tedy v České republice pobývá nelegálně, bez platných dokladů a samozřejmě i bez zdravotního pojištění. Ukrajinská menšina není homogenní. Její součástí jsou lidé z různých sociálních skupin, různého vzdělání, ale i různého jazyka (ukrajinština a ruština). Spojovacími prvky jsou jejich snahy o nalezení lepších životních podmínek a samozřejmě pravoslavná církev, která je vlastní téměř všem jejím členům, ač nemusí být přímo praktikujícími věřícími (Bednařík et al., 2020).

Ukrajinci a komunikace

Typickým jazykem je ukrajinština, která patří do skupiny indoevropských jazyků. Ukrajinci jsou velmi nacionalistický národ, jsou na svůj jazyk hrdí, a proto považují za velmi důležité, aby byl jejich jazyk uznáván a používán. Tento jazyk je velmi podobný ruskému, ale není úplně shodný. Jsou velice hrdí a nedůvěřiví vůči státním i nestátním institucím. (Bednařík et al., 2020).

U pacientů z Ukrajiny lze velice špatně rozeznat, jaký je jejich fyzický, ale i psychický stav. Důvodem je minimální projev emocí a využívání mimiky. Pokud pacient pociťuje bolest, snaží se jí ve většině případů potlačit a nedávat moc najevo. Raději bude trpět uvnitř, než by přiznal, že ho něco opravdu hodně bolí, a nechal si podat utišující léky. Bolest je totiž vnímána jako projev slabošství (Ivanová et al., 2005).

Problémem bývá dochvilnost těchto pacientů. Čas pro ně nehraje žádnou roli, mají větší toleranci k pozdním příchoďům, než je tomu u nás zvykem. Tato tolerance se pohybuje od 15 do 60 minut (Kelnarová, 2014).

Tak jako u všech pacientů je i v tomto případě důležité pacientovi náležitě vysvětlit vše, co se týká jeho diagnózy a dalšího léčebného postupu. V některých případech však může nastat situace, kdy tento pacient nebude zcela respektovat zdravotnický personál ženského pohlaví, protože v Ukrajinské společnosti žena plní zcela jinou funkci a hlavní slovo má vždy muž jako představitel rodiny a živitel (Ivanová et al., 2005).

Rodina je pro Ukrajinské pacienty vším. Kvůli rodině a jejímu zajištění podstupují dlouhé a daleké cesty za lepší prací, aby zajistili jejím členům lepší podmínky pro život. Role ženy v rodině je především role matky a pečovatelky. Do nemocnice se ve většině případů rodinní příslušníci nedostaví, a to z důvodu velké vzdálenosti. Pacient tak může v některých případech pociťovat deprese a vykořenění z důvodu samoty (Ivanová et al., 2005).

Ukrajinci a stravování

Tradičními ukrajinskými jídly jsou zeleninovo-moučné a kroupové pokrmy. Typickým ukrajinským jídlem je boršč. K tepelné úpravě potravin využívají Ukrajinci nejčastěji vaření a dušení. Z masných výrobků upřednostňují vepřové maso. Oblíbené jsou také mléčné výrobky (Tóthová et al., 2012).

Většina Ukrajinců vyznává pravoslavné náboženství, které je spojeno i s obdobím půstu. Na Ukrajině jsou dodržovány 4 hlavní půsty. Sedm týdnů před Velikonočními svátky dodržují tzv. Velký půst. Další půst dodržují v období léta, od svátku sv. Trojice do svátku sv. Petra. Ten trvá 3 až 6 týdnů. Třetí půst, tzv. Spasovský půst, trvá 2 týdny a podzimní půst (tzv. Filipovský) dodržují Ukrajinci 6 týdnů v podzimním a 6 týdnů v zimním období. Kromě těchto hlavních půstů dodržují Ukrajinci i půsty během týdne, ve středu a v pátek. V rámci vyznání je zakázáno konzumovat cokoli, co by mohlo být vyrobeno ze zvířecí krve. V období půstu smí konzumovat jen zeleninu, striktně je zakázána veškerá strava živočišného původu. Od půstu mohou být však osvobozeni těžce pracující, nemocní, děti a senioři (Tóthová, 2011).

Ukrajinci – nemoci a hospitalizace

Autorka Kutnohorská (2013) popisuje Ukrajince v českých zdravotnických zařízeních jako velice ukázněné pacienty, kteří nemají žádné speciální požadavky a příliš nedávají najevo své emoce. Ukrajínští pacienti se snadno přizpůsobují režimovým požadavkům daného oddělení.

Ukrajínští pacienti jsou rádi za péči, která je jim poskytována, jsou mnohdy mile překvapeni a vděční za vše, co jim náš systém nabízí. Naše zdravotnická péče je diametrálně odlišná od té na Ukrajině, kde pacient nastupující do nemocnice k hospitalizaci obdrží seznam, co všechno si má s sebou donést a nakoupit, a to včetně léků a pomůcek (Ivanová et al., 2005).

Největší problém v ošetřování ukrajinského pacienta nachází autorka Plevová et al. (2019) v komunikaci v souvislosti s neznalostí cizího jazyka. Vlivem komunikační bariéry může dojít ke špatné informovanosti o právech a léčebném plánu hospitalizovaných Ukrajinců. Státním jazykem na Ukrajině je ukrajinština, ale rovněž se v úředním styku používá ruština. Ukrajinci pobývající v České republice nemají příliš velké znalosti češtiny ani jiných cizích jazyků.

1.6.3 Romská menšina

Romové jsou nevýznamnější a největší národnostní menšinou v České republice. Ačkoli se při sčítání lidu k romské národnosti přihlásilo jen asi 13 000 lidí, odhaduje se, že Romů žije v České republice přes 250 000, tedy asi 2,3 % všech obyvatel. Za Roma se bere takový člověk, který se za něj považuje sám nebo je za Roma považován významnou částí svého okolí na základě skutečných či domnělých kulturních, antropologických nebo sociálních znaků přisuzovaných romské komunitě (Bednařík et al., 2020).

Pojem Romové je souhrnné označení pro různé etnické skupiny, které mají společný původ, jazyk nebo kulturní zvyklosti. V českých zemích jsou Romové od konce 14. století. Nicméně současná romská populace není tou původní. „Čeští Romové“ totiž byli jednou z obětí nacistického holocaustu. Dnešní Romové na českém území jsou tedy původem „slovenští Romové“ (75–80 % komunity), dále pak olašští Romové (10 %) a zbývající část jsou „maďarští Romové“ a němečtí Sinti (Bednařík et al., 2020).

Dále Bednařík et al. (2020) uvádí, že Romové jsou tzv. neusedlým obyvatelstvem, které je od nepaměti pronásledováno vrchností a následně státem. Jejich kočovný způsob života byl logicky v rozporu s představami většinové společnosti, tudíž „romskou otázku“ řešilo jak Rakousko-Uhersko, tak první Československá republika, následně socialistické Československo a ve velké míře i současná Česká republika. Úřad vlády ČR (2017) přisuzuje situaci romské menšiny k nejnaléhavějším otázkám vývoje české společnosti po roce 1989.

Dle Bednařika et al. (2020) probíhaly snahy o radikální asimilaci, která zahrnovala evidenci Romů, zákaz kočování a povinné usídlení. Vše bylo represivně vynucováno, a to i tresty odnětím svobody. Romové tak byli násilně vytrhováni ze svého přirozeného prostředí a byli uměle usazováni do cílových destinací, kde si jen obtížně vytvářeli vztahy s místním obyvatelstvem. Tento trend nejvíce zesílil po roce 1958 přijetím zákona o „trvalém usídlení kočujících osob“.

V posledních letech se posilují snahy o faktickou integraci Romů. Má se za to, že nejefektivnější cestou ke kompenzaci sociálního znevýhodnění je kultivace specifické romské identity a kultury, obzvláště romského jazyka (Bednařík et al., 2020).

V roce 1991 bylo v Brně založeno muzeum, které globálně dokumentuje kulturu Romů a Sintů (Plevová et al., 2019). Dle autorky Tóthové (2012) nemají Romové vlastní tradiční svátky a obvykle slaví s ostatními obyvateli křesťanské svátky. Autoři Lipson a Dibble (2006) poukazují na velký význam svatých obrázků a dalších náboženských objektů, které velmi uctívají.

V romské komunitě je velká sociální závislost na příbuzenstvu. V rodině si navzájem všichni pomáhají a vzájemně se podporují. Celá rodina se podílí na péči o děti i seniory. V romské rodině je hlavou rodiny muž, který je nositelem prestiže, za rodinu rozhoduje a nese za ni zodpovědnost. Žena vychovává děti, stará se o chod rodiny a hospodaření s financemi. Vyhnání z rodiny je pro Roma největším trestem, neboť tak ztrácí veškeré sociální i lidské jistoty (Tóthová, 2011).

Romové a komunikace

Tradičním jazykem Romů je romština, která ovšem může nabývat různých podob v závislosti na zeměpisné oblasti. Je to indoevropský jazyk. Romové jsou velmi temperamentní, což se projevuje i v rámci komunikace. Jsou hluční, používají velká gesta, která mohou vyznít až agresivně. Pokud nastane nějaký konflikt, narůstá jejich hlasitost projevu a gest. K agresivnímu chování však dochází málokdy (Tóthová, 2011).

Při komunikaci s romskými pacienty musí být brán ohled na jiný styl komunikace. Romové mohou působit hlučně, roztěkaně, ale při rozhovoru bývají velice empatičtí a vnímaví, a to především na neverbální prvky komunikace. Romové při rozhovoru používají nejen hlasitost, ale i velké množství gest. Jejich projev je značně emotivní.

Proto by ošetřující personál měl při rozhovoru s romským pacientem vnímat kromě slov i jeho mimoslovní projev, naopak by měl doplnit svou verbální komunikaci o gesta a jiné prvky neverbální komunikace (Ivanová et al., 2005).

Při komunikaci s těmito pacienty by měl personál mluvit jasně, zřetelně a stručně, měl by používat výrazy a slova, kterým pacient rozumí a nejsou nad rámec jeho možností. Nevhodné jsou ironické narážky a poznámky, které Romové nechápou a mohou vést ke zbytečnému nedorozumění. Také neupřímnost a mlžení je považováno za nevhodné (Kelnarová a Matějková, 2008).

S kritikou nemají Romové problém, ale pozornost by měla být věnována tomu, jak a kde je tato kritika těmto pacientům sdělována. Veřejnou kritiku snáší velice zle a je brána spíše jako urážka a ponížení. Velkým problémem je velká nedůvěra Romů vůči personálu zdravotnických zařízení. Proto je považováno za velmi důležité si získat důvěru jak pacienta, tak i členů rodiny, čehož lze dosáhnout jen v případě dostatečné empatie a individuálního přístupu k pacientovi ze strany zdravotnického personálu. Důležitou roli hraje také dostatečná informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu, průběhu léčby a možných komplikacích v případech nedodržení léčebného procesu (Ivanová et al., 2005).

Je všeobecně známo, že příslušníci romské menšiny mají nižší práh bolesti. Bolest dávají najevo mnohdy velmi hlasitým způsobem a vyžadují okamžitě od personálu léky na tlášení bolesti (Václavičková, 2015).

Typickým znakem romské menšiny je také starostlivost o rodinu. Při hospitalizaci lze tedy očekávat větší množství návštěv příbuzných pacienta (Kelnarová, Matějková, 2008).

Romové a stravovací návyky

Většinou nemívají žádné speciální požadavky na stravu. Nemají problém v dodržování dietního režimu. Potřebují jen vše důkladně vysvětlit (Ivanová et al., 2005).

Romská kuchyně vychází z kočovného způsobu života, který byl pro tuto minoritu typický. Romové kvůli svému způsobu života nechovali domácí zvířata a neobdělávali půdu, proto se jejich tradiční kuchyně skládá především ze základních surovin, jimiž je mouka, brambory, kukuřice a zelí. Romská strava je chudá na mléčné výrobky, maso,

ovoce a zeleninu (Stávková, 2014). Tradičním romským pokrmem jsou tzv. holubki, zelené listy naplněné mletým vepřovým nebo kuřecím masem a rýží, které jsou podávány s chlebem nebo bramborami. Mezi oblíbené pokrmy patří také bramborový guláš, fazolová polévka, plněné papriky, pečené brambory (Český rozhlas, 2019).

Rómové – zdraví a hospitalizace

Romská komunita se snaží pečovat o své zdraví, ale často podceňují preventivní péči. Návštěva zubních lékařů, gynekologů a dalších specialistů je zanedbávána (Tóthová, 2011). Dle výzkumu se Romové spíše zaměřují na zdraví svých dětí, kdy je často nechávají očkovat i nad rámec povinného očkovacího kalendáře. Nadpoloviční většina dotazovaných respondentů kouřila, pila kávu a příležitostně pila alkohol, což může mít vliv na výskyt chronických onemocnění v této minoritní populaci. Plevová et al. (2019) poukazuje na výsledky výzkumu Urbana a Kajenové (2011), který ukázal, že kuřáctví v romské populaci je významně vyšší ve srovnání s majoritní českou populací.

Autorka Plevová et al. (2019) upozorňuje na možnou nedůvěru při ošetřování romských pacientů ke zdravotnickému personálu, časté dožadování informací o zdravotním stavu, a to nejlépe od nejvyššího představitele oddělení.

Romové bývají často nedisciplinovaní v dodržování léčebného režimu, pokud jim odezní první příznaky nemoci. Nebrání se otevřenému projevu emocí, např. při bolesti hlasitě nařikají. Z důvodu veliké soudržnosti jsou na oddělení časté a početné návštěvy za hospitalizovaným romským pacientem. Špatně snáší odloučení od rodiny, což může v některých případech vést k neochotě k jakýmkoliv požadavkům spolupráce. Nespolehliví jsou i v dodržování určitých pravidel nebo nařízení. Jsou ochotni je dodržovat při akutním problému, ale jakmile tento problém odezní, nepovažují za důležité se radami a doporučeními řídit (Zacharová, 2009).

1.7 Náboženské menšiny v ČR

Náboženská menšina je skupina lidí společného náboženského vyznání, která má ve srovnání se skupinou většinového nebo oficiálního náboženského vyznání (nebo i světské ideologie) charakter menšiny. Ideologie náboženské menšiny přesahuje hranice duchovního života a zasahuje např. do mezilidských vztahů, životního stylu apod. Příslušnost k náboženské menšině ale nemusí automaticky znamenat cestu k sociální izolaci nebo výstřednímu chování (Nešpor, 2017).

Z dat Českého statistického úřadu vyplývá, že téměř 4 miliony obyvatel České republiky jsou bez náboženské víry. V tomto kontextu je tedy hlavní církví ČR Církev římskokatolická s více než 1 milionem věřících. Na vývoji počtu obyvatel je jasně viditelné, že od roku 2001 setrvale klesá počet osob bez víry a stoupá počet lidí, kteří svou víru mají, ale nechtějí veřejně deklarovat, ke kterému náboženství nebo církvi se hlásí (ČSÚ, 2014).

Drtivá většina věřících obyvatel České republiky je tedy křesťanského vyznání. Kromě již zmíněné Církve římskokatolické jsou v ČR přítomni zástupci Církve Československé husitské, evangelické církve a pravoslavné církve. Z nekřesťanských náboženství má v České republice význam mluvit ještě o judaismu a islámu. Výskyt ostatních světových náboženství je v ČR zcela marginální (Václavík, 2010).

1.7.1 Příslušníci pravoslavné církve

Pravoslavná církev v českých zemích a na Slovensku je oficiální název samostatné a nezávislé pravoslavné církve působící v Česku a na Slovensku. Dle posledního sčítání lidu v roce 2011 měla církev v českých zemích 20 533 věřících. Nicméně faktický počet jejich věřících v České republice je mnohem vyšší a odhaduje se na více než 100 000. Je to dáno velkým počtem věřících z řad dočasně pobývajících cizinců a dělníků z východní Evropy. Duchovními centry v ČR jsou Praha, Olomouc a lázeňská města západních Čech. Drtivá většina praktikujících věřících tedy pochází ze zahraničí, především z Ukrajiny, Ruska, Řecka nebo Rumunska (Václavík, 2010).

Příslušníci pravoslavné církve mají tedy obdobný žebříček náboženských a životních hodnot jako většinová společnost v České republice. Jejich menšinová náboženská příslušnost nevede k vylučování ze společnosti a jejich chování dané vírou není považováno za výstřední (Václavík, 2010).

Pravoslavní a komunikace

Pokud se jedná o pravoslavné vyznavače pocházející z oblastí východní Evropy, jako jsou Rusové, Ukrajinci aj., může nastat problém, a to v podobě neznalosti ruského jazyka. Většinou však pacienti z těchto zemí pobývají na území České republiky delší dobu, a tak zcela nebo částečně ovládají náš rodný jazyk. Pokud tomu tak není, je na místě tlumočnick. Při rozhovoru s nimi je důležité dívat se jim zpříma do očí. To je z jejich strany vnímáno jako upřímnost.

Naopak uhýbání očnímu kontaktu považují za faleš. V jiných společenských oblastech uznávají pravidla podobná těm v naší zemi (například muži zdraví ženy jako první nebo mladší jedinec zdraví staršího jako první aj.). Komunikace s pravoslavnými, kteří mají své kořeny na území České republiky, není žádný problém (Šupíková a Černáková, 2011).

Pravoslavní a stravování

Za až posvátnou potravinu je pravoslavnými považován chleba. Je pro ně symbolem ochrany, štěstí a bohatství. Také sůl má symboliku ochrany. Víra jim striktně zakazuje konzumaci potravin obsahujících krev (Dobiášová, 2004).

Pravoslavná víra bývá považována za jednu z nejpřísnějších v rámci křesťanského vyznání. Pravoslavní dodržují více postních dnů než stoupenci jiného katolického vyznání. Nejpřísnější půst pak dodržují na Velký pátek a Štědrý den. V tomto období mají zakázanou konzumaci masa, ale neměli by si dopřávat ani některé jiné potraviny jako například: sladkosti a alkohol, vejce (Dobiášová, 2004).

Pravoslavní a hospitalizace

Stoupenci této víry vnímají zdraví jako dar od Boha. Věří, že jejich zdravotní stav je v rukou Božích, a proto se modlí za jeho zachování. O své zdraví se zajímají a pečují. Neodmítají žádné léčebné metody a výkony ani transfuzi a transplantaci (Míchálková, 2013).

Pravoslavnou vírou je nemoc chápána jako prostředek ke spáse duše a k posílení víry. Církev zaujímá negativní postoj k interupcím a eutanazii, jelikož je toto bráno jako hrubé porušení přikázání „nezabiješ“ (Archiepiskop, 2002).

Pravoslavní nepatří mezi náročné pacienty, co se hospitalizace týče. Velice důležitá je pro ně rodina, především pak manželství, které považují za svaté. Za zvláštnost této víry pak může být považováno „*pomázání*“, jež je poskytováno těm, kteří tělesně nebo duševně strádají (Mastiliakova, 2003).

1.7.2 Vyznavači islámu

Islám je po křesťanství druhé největší světové náboženství. Jeho vyznavači jsou nazýváni muslimy, ti se dále dělí do dalších dvou islámských větví na většinové sunnity a menšinové šíity. Islám je náboženstvím severní Afriky, Blízkého a Středního východu a jihovýchodní Asie. Islámské komunity najdeme také v Číně, na Balkáně, v Rusku a v Evropě. Do západní a střední Evropy často muslimové přicházejí jako přistěhovalci a s sebou si nesou svou víru a kulturní zvyky (Kropáček, 2011).

Islám je monoteistické náboženství, které se ve svých základních principech tolik neodlišuje od křesťanství, nicméně je islám často kritizován za podporu násilí vůči „nevěřícím“ a kvůli omezování práv žen. Život muslima je s náboženstvím úzce spjatý, protože islám má tradici různorodých pravidel, která ovlivňují téměř každý aspekt života. Mezi muslimy jsou přirozeně ti, kteří berou své náboženství až fanaticky, ale také ti velice liberální (Černá, Hlaváčová, 2005).

V České republice dle posledního sčítání lidu v roce 2011 žilo 3 358 muslimů. Odhaduje se nicméně, že v roce 2016 bylo v Česku přibližně 22 000 vyznavačů islámu. Většina z nich se do České republiky přistěhovala v období 60. a 80. let, kdy na základě družby Československé socialistické republiky se spřátelenými islámskými zeměmi mohli v ČSSR studovat např. syrští nebo iráčtí a palestínští studenti, kteří tu často zakořenili (Topinka, 2016).

Další významnou částí muslimů v českých zemích jsou čeští konvertité, tedy lidé, kteří k islámu přešli v průběhu svého dospělého života. Často to jsou lidé vymezující se proti mainstreamu, jež v islámské nauce nacházejí svou formu rebelie. Většina muslimů se v ČR nesdružuje, a pokud už ano, tak často ne z náboženských, ale spíše z etnických důvodů. Drtivá většina muslimů v českých zemích je dobře etablována a muslimská menšina nemá zásadní problém s radikalizací, která je často vidět v západní Evropě (Topinka, 2016).

Muslimové a komunikace

Islámská víra je hlavní vírou především arabských zemí. Dá se předpokládat, že ošetřující personál tento jazyk neovládá, a tak pokud pacient neumí náš český jazyk nebo jiný světový jazyk, je ve většině případů nutné využít tlumočnicka (Munzarová, 2005).

Co se týče verbální komunikace s pacientem islámského vyznání, lze při otázkách týkajících se rodinného a intimního života očekávat ze strany pacienta určitou vyhýbavost a zdrženlivost. Zejména pak pokud dotazovaným je lékař jiného pohlaví než pacient. V islámské víře jsou tato témata zapovězená a jsou tabu. Na stejný problém lze narazit i při otázkách sexuálního života nebo problémů spojených s touto oblastí života. Muslimové o těchto věcech běžně nemluví, naopak tyto dotazy mohou být z jejich strany přijaty jako obtěžování a nemravné návrhy. Přirozená ostýchavost zabraňuje muslimům mluvit běžně i o veškerých intimních záležitostech, jako je stolice, močení a zvracení apod. Tato témata vyžadují od ošetřujícího personálu opatrnost a především všímavost, protože muslimský pacient se bude pravděpodobně velmi zdráhat o nich mluvit. Dotazy týkající se rodinného stavu mohou být pacientovi velmi nepříjemné, především pokud se jedná o pacienta starší generace. Také je zbytečné ptát se svobodné ženy, zda má děti, protože mimomanželský styk je v muslimské kultuře zakázán. Muslimové si velice zakládají na rodině. V tomto případě se dá předpokládat, že pacienta navštíví větší množství příbuzných (Linhartová, 2007).

Komplikace při nonverbální komunikaci mohou nastat již při prvním setkání. Pro nás běžný zdvořilostní pozdrav – podání ruky – může být u ortodoxních muslimů nepřipustný. Jejich víra zakazuje jakýkoliv přímý tělesný kontakt s cizím mužem či ženou. Svoji nevůli může muslim vyjádřit založením rukou za záda. V případě muslimské pacientky by se měl lékař mužského pohlaví chovat velice zdrženlivě. Co je pro nás považováno za běžné, ať už se to týká dotazů nebo dotyků při provádění prvotního vyšetření, může být mužskými rodinnými příslušníky bráno jako drzost a mohlo by to vyvolat prudkou reakci a nedůvěru. Za nevhodný je také považován přímý vizuální kontakt pacienta s osobou opačného pohlaví a pozornost by měla být také věnována tomu, jakou rukou lékař či ošetřovatel podává pacientovi léky, stravu a další. V případě, že je tak činěno rukou levou, může se zdravotní personál setkat s odmítáním, protože tato ruka je v muslimském světě brána jako ruka nečistá a slouží k podávání špinavých věcí. Muslimský pacient by se v tomto případě mohl cítit ponížene a uražene. Zřetel musí být brán i na styl a nepsaná pravidla oblečení muslimů. I zde platí určitá pravidla, a to například v tom, které části těla musí být ponechány zahaleny (Hájek, Bahbouh, 2016).

Muslimové a stravování

U muslimů představuje stolování společenskou událost, při které se setkává celá rodina. Při hospitalizaci některého člena rodiny si přejí příbuznému sami vařit a snaží se zabránit tomu, aby člen jejich rodiny jedl sám (Hájek, Bahbouh, 2016).

V oblasti stravování by měli ošetřovatelé brát také na zřetel půst *sawn*, jež je striktně dodržovaný vyznavači islámu. Tento půst připadá na 9. měsíc islámského roku a trvá 28–30 dní. Muslimy je tento měsíc nazýván Ramadán. V tomto měsíci má muslimský pacient předepsaný půst a od východu do západu slunce nesmí konzumovat žádné jídlo. Po celodenním půstu následuje hostina (Kropáček, 2011).

Je velice pravděpodobné, že pacient muslimského původu bude odmítat veškeré pokrmy připravené z vepřového masa, včetně jídla smaženého na vepřovém sádle. Toto jídlo považují muslimové za nečisté a jejich víra jim zakazuje jakoukoliv konzumaci těchto pokrmů (Velkoborská, Smutná, 2009).

Problém může také nastat v případě podávání stravy pacientce ženského pohlaví ošetřovatelem (mužem). V tomto případě může dojít k odmítání příjmu potravy. Potrava by měla být vždy podávána pacientovi pravou rukou, levá ruka je muslimy používána na „nečisté“ věci (Hájek, Bahbouh, 2016).

Muslimové a hospitalizace

V muslimském světě je nemoc a bolest chápána jako Alláhova zkouška a možnost k očištění od hříchu. Čím těžší je nemoc, tím větší odměna na nemocného čeká při jejím zdolání. Podávání analgetik k utišení bolesti mají islámisté povoleno (Hájek, Bahbouh, 2016).

Jak uvádí Kutnohorská (2013), je ošetřování pacienta muslimského vyznání opravdovou výzvou pro většinu sester po celém světě. Každá sestra si musí být vědoma toho, jak islám ovlivňuje každodenní život muslimů. Existují určitá komunikační tabu, a jelikož některé dotazy při ošetřování muslimského pacienta jsou součástí rodinné či osobní anamnézy, musí se dodržovat určitá pravidla.

Při ošetření těchto pacientů je důležité vědět, že určité tělesné partie jsou prostě tabu. U mužů je touto oblastí část mezi pupkem a koleny. Je vhodné, aby muži byli vyšetřováni personálem mužského pohlaví, především pokud se vyšetření týká intimních oblastí (Velkoborská a Smutná, 2009).

Zakázaná oblast je u žen od krku po kolena. Islámská víra zakazuje jakoukoliv péči poskytovanou mužským lékařem. Proto je vhodné, pokud to jde, aby ženy byly ošetřeny lékařkou. Jestliže to z nějakého důvodu není možné, musí lékař požádat ženina manžela o svolení, ale v takovém případě musí být manžel danému lékařskému úkonu přítomen. Většina muslimských žen si přeje, aby při vyšetření mohly být doprovázeny ženou. Nechtějí se příliš odhalovat a chtějí být vyšetřeny ženou (Hájek, Bahbouh, 2016).

Islámisté velice dbají na hygienu. Před každou modlitbou si oplachují obličej, ruce, nohy, ústa, uši a čistí si zuby. Pečlivá hygiena je vyžadována u žen v období menstruace a šestinedělí, protože podle islámu se jedná o velké znečištění (Ralbovska, 2011).

Dalším důležitým aspektem je pro muslimy modlení tzv. *salát* (Kropáček, 2011). Muslimové se modlí pětkrát denně a modlitba může probíhat jak v soukromí, tak i kolektivně. Modlení se řídí přísnými rituály. Děti se začínají učit modlitby v sedmi letech a větší důraz se na modlení klade od deseti let. Modlení je součástí identity každého vyznavače islámu, a proto by každá sestra měla mít k jejich modlitbám respekt. Zvláště pak k jejich omývání před modlitbou, nedotknutelnosti jejich koberečku, na kterém při modlitbách klečí, a neměla by je rušit při jejich pomyslném spojení s Mekkou (Hájek, Bahbouh, 2016).

Vzhledem k ošetření a péči o muslimského pacienta je v muslimské kultuře lékařům dovoleno používat veškeré prostředky vedoucí k záchraně či prodloužení jejich života. Je povoleno podávat transfuze, a to i od nevěřících dárců. Nepovoluje se však eutanázie, jelikož zrození a smrt jsou pouze v Božích rukou. O umírajícího muslimského pacienta se velmi intenzivně starají rodinní příslušníci a předčítají mu z Koránu. Smrt je pro ně pouze přestupným okamžikem do věčného života s Bohem (Kutnohorská, 2013).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Pro diplomovou práci byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Identifikovat bariéry nastávající při komunikaci s pacientem odlišné kultury.

Cíl 2: Zjistit možnosti zefektivnění komunikace s pacienty odlišné kultury.

Cíl 3: Zmapovat znalosti sester o vhodném postupu komunikace s pacienty odlišné kultury.

Cíl 4: Zmapovat zkušenosti pacientů odlišné kultury v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních.

Cíl 5: Zjistit specifika při komunikaci u pacientů z odlišného kulturního prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké bariéry nastávají při komunikaci s pacientem odlišné kultury?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou možnosti zefektivnění komunikace s pacienty odlišné kultury?

Výzkumná otázka 3: Jaké znalosti mají sestry o specifikách v oblasti komunikace u pacientů odlišné kultury?

Výzkumná otázka 4: Jaké zkušenosti mají pacienti odlišné kultury v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních?

Výzkumná otázka 5: Jaká specifika při komunikaci mají pacienti z odlišného kulturního prostředí?

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 *Použité metody výzkumu*

Praktická část této práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumu založeného na uskutečnění a vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů. Celkem byly uskutečněny dva typově rozdílné rozhovory v závislosti na výzkumném souboru.

První rozhovor byl uskutečněn se sestrami, které mají zkušenost s ošetřováním pacientů odlišné kultury nebo vyznání. Rozhovor se skládal ze třech částí (viz. Příloha 1). První část rozhovoru byla zaměřena na získání informací a názorů sester na péči o pacienty jiné národnosti nebo víry, zjišťovala, v čem je péče o tyto pacienty jiná, jaký vidí sestry problém v péči o tyto pacienty, jakým způsobem jsou sestry schopny s těmito pacienty komunikovat. Druhá část rozhovoru byla zaměřena na péči o pacienty určitých národnostních menšin či vyznání, konkrétně o pacienty patřící do vietnamské, romské, ukrajinské menšiny a pravoslavného a islámského vyznání. Třetí část rozhovoru byla věnována všeobecnému přehledu a povědomí sester o specifikách vybraných skupin pacientů.

Druhý rozhovor byl veden se zástupci zvolených menšin, kteří mají zkušenost s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Rozhovor byl postupně uskutečněn se zástupci vietnamské, romské, ukrajinské menšiny a s příslušníky vybraných náboženských menšin – příslušníky pravoslavné církve a vyznavači islámu. Otázky byly směřovány na komunikaci mezi pacienty a sestrami, na to, jakým způsobem probíhala, a na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.

Rozhovory s dotazovanými probíhaly na klidném místě v nemocničním prostředí i mimo něj. Před začátkem každého rozhovoru byl dotazovaným představen tazatel, důvod a cíl výzkumného šetření. Rozhovory byly zaznamenávány na audiozáznamu, z něhož byly následně přepsány a upraveny do spisovného jazyka. Dále byla data zpracována pomocí kódování a poté byly sestaveny hlavní kategorie a podkategorie, které se od sebe navzájem lišily v závislosti na výzkumné skupině. Přímá řeč probandů je označena kurzívou.

Kvalitativní šetření probíhalo od března do května roku 2021.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Pro výzkum byla použita metoda záměrného výběru dotazovaných v závislosti na výzkumných souborech. První výzkumný soubor byl složen z 12 sester pracujících v nemocnicích na území Jihočeského kraje – konkrétně v Písku, Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Všechny sestry musely splňovat podmínku vykonávání zdravotnické praxe a zkušenosti s ošetřováním pacientů jiné národnosti a vyznání. Požadovaného počtu dotazovaných bylo dosaženo oslovením bývalých spolužaček a současných kolegyně.

Druhý výzkumný soubor tvořili zástupci vybraných národnostních a náboženských menšin, konkrétně 5 zástupců vietnamské, 5 zástupců romské a 5 zástupců ukrajinské menšiny, dále 2 zástupci pravoslavného a 2 zástupci islámského vyznání. Probandi museli splňovat podmínky: dovršení minimálního věku 18 let a zkušenost s hospitalizací v českých nemocnicích. Probandi vietnamské menšiny byli získáni oslovením jednoho zástupce této minority během hospitalizace, další dotazovaní byli získáni metodou snowball sampling. Z důvodu jazykové bariéry byl využit nejmladší proband A1, který v rámci rozhovorů pomáhal s překladem a komunikací. Zástupci romské menšiny byli osloveni během jejich hospitalizace v nemocnicích, zástupci ukrajinské menšiny byli získáni opět oslovením jednoho hospitalizovaného probanda a metodou snowball sampling. Všichni oslovení ovládali základy českého jazyka, v případě, že něco nebylo úplně jasné, byl využit k dovysvětlení a ujasnění otázky nebo odpovědi proband B1. Probandi z výzkumné skupiny pravoslavní byli získáni oslovením během hospitalizace. Využití byli také zástupci z výzkumné skupiny ukrajinské menšiny. Poslední skupina probandů islámského vyznání nebyla zcela zaplněna. K rozhovoru byli získáni pouze 2 probandi. Prvním probandem byla žena, původem Češka, která byla islámského vyznání a byla hospitalizována. Druhým probandem byl její manžel. Jazyková bariéra při rozhovoru s rodilým arabem byla vyřešena tlumočením za pomoci jeho manželky.

Pro lepší orientaci byly jednotlivé skupiny označeny pomocí písmen: výzkumná skupina sester byla označena písmenem A. Každý proband této skupiny, která byla tvořena zdravotními sestrami, byl pak označen písmenem S a příslušnou pořadovou číslicí. Druhý výzkumný soubor byl označen písmenem B.

Tento soubor byl vytvořen zástupci vybraných národnostních menšin a zástupci pravoslavného a islámského vyznání. Skupina vietnamské menšiny byla označena písmenem BA a každý proband této skupiny byl následně označen písmenem A a pořadovým číslem. Skupina zástupců romské menšiny byla označena BB a každý proband této skupiny písmenem B a pořadovou číslicí. Skupina ukrajinské menšiny nesla označení BC. Probandi této skupiny byli dále označeni písmenem C a pořadovým číslem. Skupina pravoslavných byla označena písmeny BD a každý proband této skupiny pak písmenem D a pořadovým číslem. Skupina islámského vyznání byla označena písmenem BE, jednotliví probandi této skupiny byli označeni písmenem E a pořadovým číslem.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Vyhodnocení výsledků souboru A – sestry

4.1.1 Identifikační údaje souboru A – sestry

Tabulka 1: Identifikační údaje probandů souboru A – sestry

Proband	Věk	Vzdělání	Délka praxe (roky)	Pracoviště
S1	40	středoškolské	23	interní oddělení
S2	46	vysokoškolské (Bc.)	26	oddělení následné péče
S3	25	vysokoškolské (Bc.)	4,5	interní oddělení JIP
S4	37	vyšší odborné (DiS.)	6	interní oddělení
S5	27	vysokoškolské (Bc.)	8	interní oddělení
S6	28	vysokoškolské (Bc.)	9	oddělení rehabilitace
S7	42	vyšší odborné (DiS.)	17	ortopedické oddělení
S8	32	vyšší odborné (DiS.)	10	interní oddělení
S9	38	vyšší odborné (DiS.)	7	oddělení neurologie
S10	44	středoškolské	25	interní oddělení
S11	60	středoškolské	34	interní oddělení
S12	42	vysokoškolské (Bc.)	19	oddělení chirurgie

Zdroj: vlastní

Proband S1 je sestra (40 let) z interního oddělení. V nemocnici pracuje již 23 let, vzdělání má středoškolské. Proband S2 je sestra (46 let) z oddělení následné péče s délkou praxe 26 let a s vysokoškolským vzděláním. Třetí proband S3 je sestra (25 let) z interního oddělení, jejíž délka praxe je 4,5 let a má vysokoškolské vzdělání. Proband S4 je sestra (37 let) z interního oddělení, která pracuje v nemocnici 6 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Proband S5 je sestra (27 let) pracující na interním oddělení s délkou praxe 8 let a s vysokoškolským vzděláním. Proband S6 je sestra (28 let) z oddělení rehabilitace, jejíž délka praxe je 9 let, vzdělání má vysokoškolské. Proband S7 je sestra (42 let) vykonávající zdravotnickou praxi 17 let na ortopedickém oddělení. Vzdělání má vyšší odborné. Proband S8 je sestra (32 let) z interního oddělení s praxí v délce 10 let a s vyšším odborným vzděláním. Proband S9 je sestra (38 let) pracující na oddělení neurologie.

Její délka praxe je 7 let, vzdělání má vyšší odborné. Proband S10 je sestra (44 let) z interního oddělení s délkou praxe 25 let a se středoškolským vzděláním. Proband 11 je sestra (60 let) pracující na interním oddělení, její délka praxe je 34 let a vzdělání má středoškolské. A poslední proband S12 je sestra (42 let) pracující na oddělení chirurgie, délka praxe její je 19 let a vzdělání má vysokoškolské.

4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů výzkumného souboru A – sestry

Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru A

Kategorie	Podkategorie
Komunikace	Znalost jazyků
	Využívané druhy komunikace
	Rodinní příslušníci
Péče	Rozdíly a překážky
	Speciální požadavky menšin
Povědomí sester o specifikách v komunikaci	Vietnamská menšina
	Ukrajinská menšina
	Romská menšina
	Pravoslavní
	Islámisté

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Podkategorie 1 Znalost jazyků

V oblasti komunikace byla zkoumána jazyková vybavenost dotazovaných a možnosti zdokonalování se v této oblasti. Na základě rozhovorů lze vyhodnotit, že stav jazykové vybavenosti sester je na docela nízké úrovni. Celkem 4 sestry, konkrétně sestra S1, sestra S4, sestra S9 a sestra S12 uvedly, že ovládají jazyk německý. Tři dotazované (sestra S3, sestra S5 a sestra S10) uvedly, že mají základy dvou jazyků, a to němčiny a angličtiny. Sestra S11 odpověděla: „*Cizí řeči neumím. Něco málo si pamatuju akorát z ruštiny, ale angličtinu nebo němčinu neumím vůbec*“. Dvě dotazované (sestra S6 a sestra S8) uvedly znalost anglického jazyka. Sestra S2 a sestra S7 neumí žádný cizí jazyk. Všechny dotazované zdůraznily, že jejich jazyková vybavenost je na úrovni začátečníků.

Na otázku, zda sestrám zaměstnavatel umožňuje zdokonalovat se v cizí řeči, odpovědělo celkem 11 sester shodně, že neumožňuje, jen sestra S2 odpověděla následovně. *„Zaměstnavatel nám umožňuje studium cizí řeči účasti na kurzech pořádaných v rámci nemocnice, ale z důvodů nesouměrných služeb je těžké se jich pravidelně účastnit.“*

Podkategorie 2 Využívané druhy komunikace

Rozhovorem bylo zjištěno, že pokud nejsou sestry schopny domluvit se s pacientem pomocí českého nebo cizího jazyka, využívají komunikaci pomocí gest. To potvrdilo celkem 10 sester. Další nejvyužívanější typ komunikace bylo použití Google překladače v mobilu. Tři sestry (S8, S2, S11) se zmínily, že používají ke komunikaci piktogramy. Sestry S4, S6, S8 a S10 používají ke komunikaci také mimiku nebo kresbu jednoduchých obrázků. Sestra S2 se k dané otázce vyjádřila takto: *„Většinou se domluví gesty, posunky, a když už opravdu nevím, tak použiju překladač v mobilu. To je rychlé a pomáhá mi to při komunikaci s pacienty jiné národnosti“*.

Na otázku, zda využívají tlumočnicka nemocnice, tři dotazované (sestra S1, S4 a S5) odpověděly, že vůbec neví, jestli lze tuto možnost využít při komunikaci s pacientem cizí národnosti a zda tlumočnicka jejich zdravotnické zařízení má k dispozici. Ještě se s takovouto možností nesetkaly. Sestra S4 uvedla: *„Netuším, že by taková možnost existovala, a vlastně ani nevím, kde a koho bych o poskytnutí tlumočnicka k rozhovoru s pacientem žádala“*. Sestra S11 odpověděla: *„O možnosti využít tlumočnicka vím. Problém je spíš s tím, že tlumočnick není dostupný ihned, když ho potřebuji. K dispozici je například až druhý den. A to je pozdě“*. Zbýlých 8 sester o této možnosti ví, ale zatím ji nevyužily.

Většina z dotazovaných sester se shodla (celkem 10 sester) na tom, že v komunikaci s vietnamskými pacienty nemají větší problém, a to z toho důvodu, že tito pacienti mají (ve většině případů) základy českého jazyka. Pokud došlo na nějaký problém vzhledem ke komunikaci, tak si sestry pomohly gesty a ukazováním nebo využily při komunikaci s pacientem rodinné příslušníky patřící do mladší generace, kteří již česky umí dobře. Jen sestra S5 si postěžovala. *„Vůbec jsem si s ním nedorozuměla, bylo to úplně marné. Ale ničemu neodporoval a nechal se ošetřit.“* Sestra S10 měla také problém. *„Domluva byla velmi obtížná, pacient mi vůbec neodpovídal a ani jinak nereagoval. To je pak těžké. Nevíte, na čem vlastně jste, jestli ho to bolí, nebo ne.“*

Odpovědi týkající se komunikace a péče o pacienty ukrajinské menšiny byly velmi podobné jako v předchozím případě. Komunikace nebyla prý pokaždé úplně jednoduchá, ale vždy se nějak dorozuměly. Ke komunikaci použily sestry češtinu, dále gesta a pak ukazování. Tlumočnicka nemocnice nevyužily. Dvě sestry (sestra S5 a sestra S6) odpověděly, že si při komunikaci pomohly Google překladačem. Sestra S4 se konkrétně vyjádřila: „*Šlo to dobře, protože tito pacienti něco málo už z českého jazyka znají, většina z nich pracuje v českých firmách, a proto nějaké základy češtiny mají*“. Čtyři sestry (S1, S7, S11 a S12) využily k tlumočení zaměstnavatele pacienta. Sestra S3 dodala: „*Většinou se domluvíme gesty, posunky a podobně, a když už opravdu nevím, tak použiju překladač v mobilu. Je to rychlé a jednoduché řešení při komunikaci s pacienty jiné národnosti*“. Ostatní sestry (S2, S7, S8 a S9) se k danému tématu vyjádřily ve stejném duchu. Ke komunikaci použily nejčastěji gesta a ukazování.

Komunikace s pacienty romské menšiny nebývá vždy úplně jednoduchá, což potvrdily i odpovědi sester. Všechny sestry se shodly, že se domluvily normálně, a to pomocí českého jazyka. Jedna ze sester (S4) dodala, že ke komunikaci použila i gesta. Problém sestry nevidí v jazykové bariéře, ale spíše v jiné mentalitě a chování pacientů této menšiny. V tom je komunikace s touto skupinou obtížnější. První problém sestry spatřují v tom, že pacienti kolikrát neposlouchají, co jim říkají, musí se jim vše několikrát opakovat a některé věci prostě odmítají. Konkrétní vyjádření sestry S3 je: „*Problém není v jazykové bariéře, ale v tom, že tito pacienti, jako by vůbec neposlouchají, co jim říkám nebo na co se jich ptám. A pak většinou odpovídají scestně a úplně na něco jiného*“. Další sestra S7 pak řekla: „*Chovají se kolikrát strašně hlučně a nenechají vás ani domluvit a pořádně jim vše vysvětlit. Je to někdy opravdu komplikované. Někdy se i brání, že oni do nemocnice nechtěli a podobně*“. Sestra S8 prohlásila: „*Komunikace byla snadná, ale pacienti romské většiny mají ke všemu strašně moc připomínek a průpovědek*“. Sestra S2 toto tvrzení potvrdila. „*Ano, komunikace nebyla složitá, akorát něco vysvětlit tak, aby to pacient pochopil, je složitější. Nakonec vše dobře dopadlo, ale musela jsem mu to snad tisíckrát opakovat*“. Sestra S5 dodala: „*Je to s nimi někdy těžké, vypadají kolikrát, že jsou duchem jinde, vůbec nereagují na to, co jim říkáte. Spolupráce je někdy vážně dost těžká*“.

V oblasti komunikace s minoritou pravoslavných byly sestry ve svých odpovědích vyhýbavé. Většina z nich (celkem 11) odpověděla, že vůbec neví, jestli se s pacientem takové víry vůbec setkala, a jestli ano, tak o tom neví. Sestra S3 uvedla: „*Ano, takového pacienta jsem ošetřovala. To, že je vyznavatel pravoslavi, jsem poznala podle křížku, co měl odložený na stolečku*“. Také potvrdila, že komunikace s tímto pacientem proběhla v českém jazyce a pomocí gest.

Žádná ze sester si nebyla vědoma, že by ošetřovala pacienta islámského vyznání, proto u této skupiny nebyly otázky týkající se komunikace hodnoceny.

Podkategorie 4 Rodinní příslušníci

Komunikace s rodinnými příslušníky vietnamské menšiny nebývá dle vyjádření sester problém. Sestra S3 uvedla, že „*většinou mladší generace již umějí česky, takže předání informací není žádný problém*“. Sestra S12 odpověděla v podobném duchu. „*Vždy se informoval někdo, kdo z dané komunity ovládal češtinu. Mladší ročníky česky rozumí a domluví se.*“ I zbytek sester se vyjádřil podobně, že komunikace a předávání informací rodině není problém.

Co se týká komunikace a předávání informací rodinným příslušníkům ukrajinského pacienta, 9 sester potvrdilo, že rodinu neinformovaly, protože rodina nebyla přítomna. Vyjádření sestry S9 konkrétně zní: „*Ne, neinformovaly, protože tito pacienti jsou tu většinou bez rodin, jezdí sem za prací. Informujeme v těchto případech zaměstnavatele, potom už je to na něm*“. Další 3 sestry (sestra S6, S9 a S12) se vyjádřily tak, že neinformovaly rodinu, ale toho, kdo s pacientem přišel.

V otázce komunikace s rodinnými příslušníky pacienta a předávání informací o stavu pacienta patřícího k romské menšině se sestry jasně vyjádřily tak, že problém zde není způsoben jazykovou bariérou, sestry se vždy s příslušníky rodiny domluvily pomocí českého jazyka, jelikož Romové rozumí česky dobře, ale problém sestry vidí spíš v jiné mentalitě a vzorcích chování. Ve většině případů dochází k tomu, že se rodinní příslušníci dostaví do nemocnice ve velmi hojném počtu (např. 15–18 osob). Jeden pak překřikuje druhého, každý chce vědět něco jiného.

Sestra S1 se vyjádřila následovně. „*Problém bývá v jejich hlučnosti, někdy mi dělá strašný problém, abych je uklidnila a mohla jim vše v klidu vysvětlit. Další problém je, že pak neustále volají jeden přes druhého do nemocnice a pořád se vyptávají. To už když říkáte po desáté, tak to moc nebaví.*“ Naopak sestra S4 se odpověděla, že vše probíhá v pohodě a dodala: „*Vše vždy proběhlo bez problémů, asi máme slušné Romy*“.

Kategorie 2 Péče

Podkategorie 1 Rozdíly a překážky

Sestra S4 na otázku, zda jí vadí pečovat o pacienty jiné národnosti a v čem je péče o pacienty menšin rozdílná, odpověděla: „*Ošetřování menšin mi nevadí, ale raději ošetřuji Čechy. U těch vím, že se domluvíme a budeme si rozumět. Rozdíl je jen v obtížné komunikaci*“.

Sestra S12 se vyjádřila takto: „*Nevadí mi ošetřovat pacienty jiné národnosti, ale když nemusím, tak se péči o takového pacienta raději vyhnu. Mám strach, že jim nebudu rozumět*“.

Sestra S10 na dané téma prohlásila: „*Nevadí mi péče o pacienty jiné národnosti, rozdíl v péči nevidím žádný, problém a překážkou bývá komunikace*“.

Vyjádření sestry S3 bylo: „*Péče o pacienta jiné národnosti mi nevadí, žádný zásadní rozdíl zde nevidím, Jen v případě ošetřování romské menšiny, nejsem vůbec nadšená a docela mi to vadí*“.

Další sestry sdílí podobný názor, a to takový, že jim péče o pacienty jiné národnosti nedělá problém a nevadí jim, nevidí zde žádný rozdíl, avšak kromě komunikace. Ocenily by, kdyby pacienti více ovládali český jazyk. Sestra S3 konkrétně odpověděla: „*Myslím si, že by nám moc pomohlo, kdyby pacienti jiné národnosti uměli alespoň základy našeho jazyka. Pak by komunikace byla určitě jednodušší a vše by se urychlilo. Jinak rozdíl v péči o pacienta jiné a naší národnosti nevidím. Je to prostě pacient, který potřebuje pomoc*“.

Vyjádření k rozdílnosti péče o pacienty vietnamské menšiny uvedla sestra S3: „*Nevidím zde žádný rozdíl. Jedině menší komplikace v komunikaci. S českými pacienty je to jednodušší*“.

Na tom stejném se více méně shodlo všech 12 sester.

Osm sester (S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S10) se shodlo, že péče o pacienta ukrajinské menšiny je úplně stejná jako u běžného českého pacienta. Jen sestra S4 si postěžovala: „*Péče o tyto pacienty je jiná kvůli jazykové bariéře. Navíc bývají tito pacienti někdy dost agresivní, protože ve větší míře konzumují alkohol. Domluva s nimi je pak ještě obtížnější*“.

Tři sestry (S5, S11 a S12) uvedly, že rozdílnost vidí v tom, že tito pacienti si nechají ošetřit jen to nezbytně nutné a pak prchají pryč, aby náhodou neskončili v pracovní neschopnosti.

Rozdíly v péči o romskou menšinu vidí sestry v nedodržování pravidel, řádu a v chování pacientů a rodinných příslušníků. Jen pět sester (S1, S3, S4, S9, S11) odpovědělo, že pacienti dodržují, co je jim předepsáno, a nevidí žádný rozdíl v péči o tyto pacienty. Konkrétně sestra S4 odpověděla: „*Nevidím žádný rozdíl. Nikdy jsem s nimi neměla žádný problém, na všem jsme se domluvili, chovali se vždy slušně. Asi máme slušné romské občany a pacienty*“. Naproti tomu dalších 7 sester odvětilo, že rozdíl v péči je v tom, že tito pacienti nedodržují léčbu. Sestra S7 se vyjádřila takto: „*Pacienti nedodržují přepsaný plán léčby. Problém bývá například i v dodržování předepsaných dávek léků. Tu si většinou zapomenou vzít apod.*“. Rozdíl vidí sestry (S2, S5, S6, S7, S12) také v nevhodném chování pacientů a častém používání vulgarismů. Sestra S5 dodala: „*Ne, že by pacient někoho přímo fyzicky napadl, ale byl dost vulgární. A to někdy i stačí. Není moc příjemné, když na vás někdo sprostě pokřikuje*“. Sestra S12 dodala: „*Pacient byl zmatený, tak si své chování ani neuvědomil. Myslím si, že to bylo spíše ze strachu, že jinak by nebyl agresivní*“.

Sestry neví nebo si nejsou zcela jisté, zda měly někdy v péči pacienty pravoslavného vyznání, proto odpovídaly, v čem se domnívají, že je péče o tyto pacienty jiná. Všechny se shodly na tom, že péče bude určitě rozdílná v komunikaci. Celkem tři sestry (S2, S7, S4) si myslí, že se péče bude lišit pouze v požadavcích a přáních týkajících se stravy a modlení.

Žádná ze sester pacienta islámské víry neošetřovala (nebo o tom aspoň nevěděla), proto i zde sestry pouze vyjádřily, v čem si myslí, že je péče jiná. Šest sester (S2, S4, S5, S7, S8 a S11) si myslí, že pacienti vyžadují klid a místo pro modlitby. Sestra S9 odpověděla: „*Myslím si, že v tomto případě je rozdíl v péči o pacienta ženského pohlaví. Nesmí je vyšetřovat muž*“. Ostatní sestry na tuto otázku odpověděly, že neví.

Podkategorie 3 Speciální požadavky menšin

Na otázku, zda pacienti vietnamské menšiny měli nějaké speciální požadavky, všech 12 odpovědělo, že ne. Sestra 7 uvedla, že to bývají „*velmi tišší a nenároční pacienti. Neupoutávají na sebe pozornost a nevyžadují nic speciálního*“.

U pacientů patřících k ukrajinské menšině odpovědělo 11 sester, že neví, že by pacient vyžadoval něco speciálního. Jen sestra S12 řekla: „*Ano, jeden pacient této národnosti měl speciální přání. Vyžadoval, aby jeho dcera mohla zůstat s ním na pokoji. Nic jiného pak už ale nechtěl*“.

Všechny sestry se shodly, že u romské menšiny se neseťkaly s žádnými speciálními požadavky.

Protože většina sester si není vědoma, že by pečovala o pacienta pravoslavného vyznání, byla odpověď vztažená na skupinu pacientů tohoto vyznání pouze hypotetická. Sedm sester (S1, S5, S6, S8, S9, S11 a S12) odpovědělo, že si myslí, že pacient tohoto vyznání nemá žádné speciální požadavky. Dvě další sestry (S2 a S7) opověděly, že většina z těchto pacientů je podle nich vegetariánů, proto budou mít speciální přání na stravu. Sestra S4 odpověděla: „*Myslím si, že každý pátek vyžadují maso, ale nevím jaké. Také se často modlí a dodržují půst, ale nejsem si jistá, kdy*“. Sestry S3 a S10 neví, jaké speciální požadavky by tito pacienti mohli požadovat.

Podobně jako u předchozí skupiny odpovídaly sestry i u vyznavačů islámu pouze teoreticky. Sestry S1, S3, S4, S6, S8, S10, S11 si myslí, že nesmí jíst vepřové maso. Sestra S2 a S9 si myslí, že nesmí jíst maso, ale neví jaké. Konkrétně sestra S9 se vyjádřila: „*Myslím si, že mají zakázáno jíst nějaké maso, asi vepřové. Nejsem si tím ale úplně jistá*“.

Kategorie 3 Povědomí sester o specifikách menšin

Podkategorie 1 Vietnamská menšina

Na otázku, co pacient této etnické skupiny vyjadřuje širokým úsměvem, odpověděly 3 sestry, že neví. Zbylé sestry (S1, S2, S3, S4, S7, S9, S10, S11, S12) odpověděly, že si myslí, že pacient se usmívá, protože vůbec nechápe, co mu říkají. Sestra S6 poznamenala: „*Když se na mne takto pacient usmívá, tak to většinou znamená, že vůbec nechápe, co mu sděluji nebo si myslí, však si něco povídej*“.

Na otázku, zda se mohou pacienti vietnamské menšiny dívat při rozhovoru přímo do očí, odpověděly 4 sestry (S3, S8, S11, S12), že neví. Tři další sestry (S1, S4, S6) odpověděly, že asi ne, že se mu přímo do očí nesmí dívat. Sestra S1 odpověděla: „*Asi se mu můžu dívat přímo do očí, ale není mu to příjemné*“. A další 4 sestry (S2, S5, S7, S9) se vyjádřily podobně, a to tak, že si myslí, že se mu do očí dívat nesmějí.

Co se týká toho, co se snaží pacient vyjádřit zkrížením rukou na prsou při rozhovoru, odpovědělo 8 sester, že vůbec neví, co by to mohlo znamenat. Tři sestry (S5, S6, S8) se shodly, že takto pacienti pravděpodobně vyjadřují svůj nesouhlas. Další sestra (S6) se vyjádřila takto: „*Chce mi tím naznačit, že se mnou nehodlá bavit*“. Zbytek sester netuší, co tím chce pacient vyjádřit.

Další otázka byla zaměřená na to, zda sestry ví, jaké části těla by se neměly dotýkat v případě dětského pacienta. U této otázky opověděly 4 sestry (S3, S8, S11, S12), že neví. Pět sester (S1, S4, S7 a S9) odpovědělo, že si myslí, že se nesmí dotýkat hlavy. Dvě další sestry (S2 a S6) tipovaly, že pravděpodobně se nesmí dotýkat intimních partií.

Podkategorie 2 Ukrajinská menšina

Zde byl tématem opět oční kontakt s pacientem, a to konkrétně, zda sestry ví, jestli se mohou při rozhovoru dívat přímo do očí. Sedm sester (S1, S2, S5, S7, S8, S9, S11) odpovědělo, že neví. Jedna sestra (S4) uvedla: „*Nevím, ale mám z nich strach, Vyjadřuji tak svou agresivitu. Není mi to příjemné*“. Dvě další (S3 a S6) si vysvětlují přímý kontakt jako pobídku k útoku. Zbývající 2 sestry (S10 a S12), si myslí, že to nevyjadřuje nic konkrétního, a proto se pacientům ukrajinské národnosti při rozhovoru do očí dívat mohou.

Podkategorie 3 Romská menšina

Na otázku, co Romové při komunikaci přehnaně používají, tři sestry (S1, S3, S5) nevěděly, jak na otázku odpovědět. Zbylých 9 sester se vyjádřilo dost podobně v tom smyslu, že Romové při komunikaci mluví hodně sprostě, máchají rukama, rychle mluví a jsou hlasití. Všechny se shodly na tom, že si v jejich případě nejvíce všimají přehnaných gest. Sestra (S4) uvedla: „*Ano, vím, je pro ně typická hlučnost a rychlost. Jde je slyšet až ven, jak jsou kolikrát hluční a bez zábran. Někdy je problém, že nejsou v tomto směru ohleduplní k okolním pacientům*“.

Podkategorie 4 Příslušníci pravoslavného vyznání

Problémem je, že sestry neví, kde se mohou s tímto vyznáním nejčastěji setkat. Na otázku, jakým jazykem nejčastěji komunikují příslušníci tohoto vyznání, byly odpovědi dosti zavádějící. Jedna sestra (S2) odpověděla: „*Že by slovinsky?*“. Další sestra (S5) odpověděla, že nejspíš mluví německy. Pět sester si myslí, že rusky, dalších 5 netuší, jakým jazykem mluví.

Také na otázku, zda je zdvořilé se pacientovi tohoto vyznání dívat přímo do očí, odpovědělo 8 sester (S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11), že si myslí, že ano. Další čtyři (S1, S2, S7, S12) nemají představu.

Podkategorie 5 Příslušníci islámského vyznání

Většina ze sester se shodla na tom, že islámské vyznání nedovoluje, aby ženu tohoto vyznání vyšetřoval muž. Na tom se shodlo celkem 10 sester. Sestra S5 odpověděla: *„Myslím si, že ano, že muž může vyšetřovat ženu pacientku. Mají ale právo to odmítnout a vyžadovat ženu lékařku“*. Poslední dotazovaná (S12) odpověděla, že neví, ale že si myslí, že preferují ženu jako lékařku.

Dále odpovídaly na otázky týkající se specifík stravy pacientů. Zde odpovědělo 7 sester (S1, S3, S4, S6, S8, S10, S11), že rozhodně tito pacienti nesmí jíst vepřové maso. Sestra S2 a S9 odpověděla, že neví, jaký druh masa tito pacienti odmítají, ale ví, že mají nějaké zakázané. Tři sestry (S5, S7, S12) odpověděly, že si myslí, že nesmí alkohol.

Na otázky týkající se určitých „předpisů“ v podávání léků atd. dvě sestry (S3 a S6) odpověděly, že si myslí, že pravou ruku uznávají islámští pacienti jako čistou, proto touto rukou lze podávat předměty a léky. Další dvě sestry (S2 a S11) odpověděly, že ví, že něco s rukou „čistou“ a „nečistou“ už slyšely, ale neví, která je která. Konkrétní odpověď sestry S4 zní: *„Ano, vím, že používají jen jednu ruku. Jednu ruku uznávají jako ruku čistou Druhou pak používají na toaletě, to je ta nečistá“*. Zbylé sestry si nebyly jisté, a tak neodpověděly.

Co se týče předpisů komunikace o intimních věcech, odpovědělo sedm sester (S2, S4, S6, S8, S9, S10, S12), že muž lékař nesmí s pacientkou o těchto věcech mluvit. Sestra S5 odpověděla: *„Ne, nemůže se s ním o těchto věcech bavit, má to zakázáno. Snad jen v případě, že by u rozhovoru byl přítomen její manžel“*. Ostatní sestry nevěděly.

Co se týká vhodnosti přímého očního kontaktu se ženou tohoto vyznání, zde odpovědělo 8 sester (S2, S3, S4, S6, S8, S9, S10, S11), že oční kontakt s pacientem není vůbec vhodný. Zbylé čtyři sestry odpověděly, že odpověď neznají.

4.2 Vyhodnocení výzkumného souboru B – menšiny

4.2.1 Identifikační údaje souboru BA – vietnamská menšina

Tabulka 3: Identifikační údaje probandů skupiny BA – vietnamská menšina

Dotazovaný	Věk	Pohlaví	Původ	Délka pobytu (roky)	Jazyková vybavenost	Vyznání
A1	20	muž	ČR	20	vietnamština, angličtina, čeština	bez vyznání
A2	48	muž	Vietnam	15	vietnamština, angličtina, čeština	buddhismus
A3	56	muž	Vietnam	24	vietnamština, čeština základy	buddhismus
A4	32	žena	Vietnam	14	vietnamština, čeština základy	bez vyznání
A5	38	žena	Vietnam	10	vietnamština, angličtina, čeština	buddhismus

Zdroj: vlastní

Proband A1 je dvacetiletý muž. V ČR se již narodil, žije zde s rodinou. Prozatím studuje a je bez vyznání. Je schopen komunikovat ve vietnamštině, angličtině a českém jazyce. Proband A2 je muž (48 let) žijící v ČR již 15 let. Vyznává buddhismus. Do ČR přijel za prací, domluví se vietnamsky, anglicky a česky. Proband A3 je muž ve věku 56 let. V ČR žije již 24 let a vyznává buddhismus. Domluví se vietnamsky, česky umí jen základní fráze. Proband A4 je žena (32 let), v ČR žije 14 let, přijela sem za mužem a za prací. Je bez vyznání. Je schopna domluvit se vietnamštinou a česky. Proband A5 je žena (38 let), jež do ČR přijela před 10 lety, důvodem byla práce. Vyznává buddhismus. Domluví se vietnamsky, anglicky a česky.

4.2.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru BA – vietnamská menšina

Tabulka 4: Seznam kategorií a podkategorií souboru BA – vietnamská menšina

Kategorie	Podkategorie
Komunikace	Informace
	Způsob komunikace
Zkušenosti s hospitalizací	Prostředí
	Strava
	Personál
	Stres

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Podkategorie 1 Informace

Všichni probandí se shodli na tom, že neměli problém personálu vysvětlit, s jakým problémem přichází, a neměli ani problém s porozuměním informacím, které jim byly poskytnuty zdravotním personálem. I když byly informace podávány v českém jazyce a ne vždy si byli jisti, zda správně rozumí, vždy byl nalezen způsob vzájemného porozumění.

Podkategorie 2 Způsob komunikace

Co se týká komunikace s personálem nemocnice, tak dotazovaný A1 odpověděl: „*Úplně normálně, protože umím plynule česky, nedělá mi to problémy*“. Probandí A3 a A4 odpověděli, že se domluvili česky, základní věty umí, když si nebyli jisti, tak použili překladač. „*Mluvil jsem česky, nějaké základní fráze umím. Když jsem si opravdu nebyl jistý, tak jsem pro jistotu použil překladač,*“ odpověděl proband A4. Další probandí A2 a A5 použili češtinu a angličtinu, kterou doplnili o gesta.

Kategorie 2 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Prostředí

Probandí také vyjádřili svou spokojenost s prostředím při hospitalizaci. Probandí A1 a A3 byli hospitalizováni poprvé, tudíž neměli srovnání, avšak proband A4 se zmínil, že: „*prostředí mi vyhovovalo, bylo takové spořádané, mohu srovnat s nemocničním prostředím v jiných zemích a byla jsem spokojená*“.

Podkategorie 2 Strava

Všichni probandi byli se stravou poskytnutou při hospitalizaci v nemocnici spokojeni. Konkrétně proband A1 odpověděl: „*Strava mi vyhovovala, nemám žádné speciální požadavky, na českou kuchyni jsem zvyklý*“. Proband A4 se vyjádřil: „*Strava v nemocnici mi vyhovovala a chutnala. Neměla jsem žádný problém*“. Tento proband (A4) měl zahraniční srovnání a stravu velmi chválil.

Podkategorie 3 Personál

Všichni probandi vyjádřili spokojenost s chováním a vstřícností zdravotního personálu. Žádný z nich neměl námitky nebo problém. Nikdo nepreferuje ošetřující personál stejného pohlaví. Proband A3 se vyjádřil: „*Je mi to jedno. Nepreferuji žádné pohlaví. Nemám žádný problém s tím, když mě vyšetřuje žena lékařka. Snad jen přirozenou stydlivost*“.

Podkategorie 4 Stres

Dva probandi (A1 a A2) odpověděli, že hospitalizace v nemocnici pro ně není vůbec stresující. Nemají strach z komunikace a nebojí se. Proband A1 odpověděl: „*Nemám vůbec stres. Doktorů se nebojím. Ani komunikace se nebojím, umím dobře česky, takže žádný problém*“. Další dva dotazovaní A3 a A5 odpověděli, že pro ně je stresující čas, který nemohou být v práci, místo toho jsou v nemocnici. Jeden z nich (A3) se vyjádřil takto: „*Pro mě je stresující jen to, že nemůžu být v práci, ne že jdu do zdravotního zařízení*“. Proband A4 odpověděl: „*Trochu se vždycky bojím, jestli se domluví a všechno správně vysvětlím, ale zatím to vždy proběhlo dobře*“.

4.2.3 Identifikační údaje souboru BB – ukrajinská menšina

Tabulka 5: Identifikační údaje souboru BB – ukrajinská menšina

Dotazovaný	Věk	Pohlaví	Původ	Délka pobytu (roky)	Jazyková vybavenost	Vyznání
B1	55	muž	Ukrajina	22	ukrajinština, moldavština, ruština, rumunština, polština, čeština	svědek Jehovův
B2	38	žena	Ukrajina	4	ukrajinština, ruština, čeština	pravoslaví
B3	35	muž	Ukrajina	6	ukrajinština, čeština	pravoslaví
B4	30	muž	Ukrajina	2	ukrajinština, ruština, základy češtiny	pravoslaví
B5	45	žena	Ukrajina	2,5	ukrajinština, ruština, základy češtiny	pravoslaví

Zdroj: vlastní

Proband B1 je muž (55 let), v ČR žije již 22 let. Důvod pobytu v ČR je práce – podnikání. Domluví se plynule ukrajinsky, moldavštinou, rusky, rumunsky, polsky a česky, je svědek Jehovův. Proband B2 je žena (38 let), v ČR je 4 roky, přijela sem za prací. Domluví se pomocí ukrajinštiny, ruštiny a češtiny. Je pravoslavného vyznání. Proband B3 je muž (35 let), v ČR pobývá 6 let, přijel sem za prací. Domluví se ukrajinsky a česky, je pravoslavného vyznání. Proband B4 je muž (30 let), který zde žije pouze 2 roky. Do ČR přijel za rodinou, stálou práci si zde teprve hledá. Plynule se domluví pomocí ukrajinštiny a ruštiny. Má základy českého jazyka, vyznává pravoslaví. Proband B5 je žena ve věku 45 let. Délka jejího pobytu v ČR je 2,5 let. Do ČR přijela za rodinou a hledá si zde práci. Domluví se pomocí ukrajinštiny, ruštiny. Ovládá také základní české fráze, je pravoslavného vyznání.

4.2.4 Vyhodnocení rozhovorů souboru BB – ukrajinská menšina

Tabulka 6 Seznam kategorií a podkategorií souboru BB – ukrajinská menšina

Kategorie	Podkategorie
Komunikace	Informace
	Způsob komunikace
Zkušenosti s hospitalizací	Prostředí
	Strava
	Personál
	Stres

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Podkategorie 1 Informace

Všichni se shodli, že se s personálem domluvili bez nějakých větších obtíží, neboť většina probandů ovládá ruský jazyk a velká část staršího personálu ovládá základy ruského jazyka. Proband B1 odpověděl: „*Bylo to pro mě snadné. Umím docela dobře česky*“. Ostatní na tom byli trochu hůře, český jazyk úplně neovládají a personál ukrajinštině ne vždy zcela rozuměl, proto ke komunikaci použili buď ruský jazyk nebo gesta a překladač.

Podkategorie 2 Způsob komunikace

Proband B1 odpověděl, že neměl žádný problém. „Domlouval jsem se neverbálně a pomocí základních frází ruského jazyka, popřípadě jsem využíval překladače v mobilu. Jinak jsme si moc nerozuměli,“ odpověděl proband B4. Podobnou zkušenost měli i zbylí dotazovaní. S personálem komunikovali pomocí češtiny, ruštiny (základních vět), gest a překladače.

Kategorie 2 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Prostředí

Všech 5 probandů se shodlo, že byli s poskytovanou péčí spokojeni v rámci potřeb. Proband B1 dodal: „*Byl jsem spokojen, výborné prostředí a perfektní personál*“. Proband B3 prostředí nemocnice pochválil: „*Velice pěkné prostředí. Byl jsem spokojený. Nic mi nechybělo*“.

Podkategorie 2 Strava

Se stravou také nebyl problém, všichni probandi byli s poskytovanou stravou spokojeni a nevyžadovali žádná specifika. Proband B3 odpověděl: „*Byl jsem spokojený. Žádné speciální požadavky jsem neměl*“.

Podkategorie 3 Personál

Probandi měli shodný názor, že zkušenosti se zdravotním personálem mají dobré a byli spokojeni. „*Mám velmi dobré zkušenosti, určitě lepší než na Ukrajině,*“ dodal proband B1. Další čtyři probandi se vyjádřili podobně. Všechny pět se shodlo na tom, že neměli problémy s tím, zda je ošetřujícím muž nebo žena.

Podkategorie 4 Stres

Čtyři probandi odpověděli, že návštěva nemocnice je pro ně trochu stresující, což odpovídá všeobecnému standardu, kdy nový pacient je v očekávání něčeho neznámého a nového. Proband B3 se vyjádřil takto: „*Vždycky se bojím, aby mě tam správně pochopili*“. Naopak proband B1 uvedl: „*Není to pro mě vůbec stresující, umím dobře česky, takže v pohodě*“.

4.2.5 Identifikační údaje souboru BC – romská menšina

Tabulka 7: Identifikační údaje souboru BC – romská menšina

Dotazovaný	Věk	Pohlaví	Původ	Délka pobytu (roky)	Jazyková vybavenost	Vyznání
C1	58	muž	Slovensko	40	slovenština, čeština, romština, angličtina, němčina	katolické
C2	62	žena	Slovensko	40	slovenština, ruština, němčina, čeština	bez vyznání
C3	56	žena	Slovensko	30	romština, čeština, slovenština	katolické
C4	42	muž	Slovensko	18	romština, angličtina, slovenština, čeština	katolické
C5	38	žena	ČR	38	romština, čeština	katolické

Zdroj: vlastní

Proband C1 je muž (58 let) původem ze Slovenska. V ČR žije již 40 let. Do ČR se přistěhoval s rodiči a od té doby zde žije. Domluví se slovensky, česky, romsky, anglicky a česky. Vyznává katolické náboženství. Proband C2 je žena ve věku 62 let. V ČR žije 40 let a pochází ze Slovenské republiky. Do ČR se přistěhovala za rodinou. Ovládá slovenštinu, češtinu, ruštinu a němčinu, je bez vyznání. Proband C3 je žena (56 let) původem ze Slovenska. V ČR žije 30 let a přivdala se sem. Domluví se romsky, česky a slovensky. Je katolického vyznání. Proband C4 je muž (42 let). Pochází ze Slovenska. Do ČR přišel za prací a žije zde už 18 let. Ovládá romštinu, angličtinu, slovenštinu a češtinu. Je katolického vyznání.

4.2.6 Vyhodnocení rozhovorů souboru BC – romská menšina

Tabulka 8: Seznam kategorií a podkategorií souboru BC – romská menšina

Kategorie	Podkategorie
Komunikace	Informace
	Způsob komunikace
Zkušenosti s hospitalizací	Prostředí
	Strava
	Personál
	Stres

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Podkategorie 1 Informace

Všech pět probandů se shodlo, že v rámci získávání a sdělování prvotních informací při návštěvě nemocnice neměli žádný problém vysvětlit, s jakým problémem do zdravotnického zařízení přišli. Zdravotnickým personálem byli ihned správně pochopeni. Proband C3 se vyjádřil konkrétně takto: „*Jelikož umím dobře česky, rozuměl jsem vždy všemu, co mi bylo sdělováno*“.

Podkategorie 2 Způsob komunikace

Komunikace v případě romské menšiny proběhla ve všech případech pomocí českého jazyka, nic jiného nebylo potřeba použít. Všichni probandi ovládají dobře český jazyk, tudíž nebyl žádný problém s komunikací. „*Není problém, rozumím a mluvím česky velmi dobře. Žiji zde již spoustu let,*“ dodal proband C1.

Kategorie 2 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Prostředí

K nemocničnímu prostředí se všichni probandí postupně vyjádřili tak, že jim vše vyhovovalo a že byli spokojeni. Pouze proband C2 se k pobytu ve zdravotnickém zařízení vyjádřil následovně. „*Prostředí bylo na nemocnici příjemné. Jediné, co mi chybělo, byla televize na pokoji.*“

Podkategorie 2 Strava

Nemocniční strava, která je podávána v návaznosti na jednotlivá diagnostikovaná onemocnění pacientů, byla probandy vnímána vesměs pozitivně a všichni byli spokojeni. Proband C5 se nechal slyšet, že: „*strava byla dobrá, vždy mi chutnalo. Dobré byly i saláty podávané k hlavnímu jídlu.*“

Podkategorie 3 Personál

Nároky probandů na přístup nemocničního personálu nebyly zcela jednotné. Na otázku spokojenosti s hospitalizací a personálem proband C2 a C5 odpověděli, že byli spokojeni. Proband C1 se vyjádřil takto: „*Jsem tu poprvé, starají se o mě dobře, o vše je postaráno, jsou velmi vstřícní.*“ Proband C3 byl hrubě nespokojen: „*Strašné, nikdo zde pořádně neléčí. Měla jsem zde dceru a špatně mi ji vyléčili. Nikdo se mnou nekomunikoval. Teď mám hrozný vztek.*“ Poslední proband C4 odpověděl, že to ušlo. Všichni probandí se shodli na tom, že jim nevadí, kdo je ošetřuje, zda muž nebo žena.

Podkategorie 4 Stres

Všichni probandí odpověděli, že pro ně není stresující vyhledat zdravotnickou péči. Proband C1 odpověděl: „*Nemám žádný stres, domluvím se, rozumím. Prostředí už znám, již jsem v české nemocnici byl několikrát.*“

4.2.7 Identifikační údaje souboru BD – pravoslavní

Tabulka 9: Identifikační údaje souboru BD – pravoslavní

Dotazovaný	Věk	Pohlaví	Původ	Délka pobytu (roky)	Jazyková vybavenost	Vyznání
D1	57	muž	Bulharsko	5	bulharština, čeština	pravoslavné
D2	53	žena	Moldavsko	14 dní	moldavština, ruština	pravoslavné

Zdroj: vlastní

Proband D1 je muž (57 let) původem z Bulharska. Do ČR přišel za prací, domluví se bulharsky a česky. Vyznává pravoslaví. Proband D2 je žena ve věku 53 let původem z Moldavy. V ČR je teprve 14 dní, přišla sem hledat práci. Domluví se moldavštinou a rusky. Je pravoslavného vyznání.

4.2.8 Vyhodnocení rozhovorů souboru BD – pravoslavní

Tabulka 10: Seznam kategorií a podkategorií souboru BD – pravoslavní

Kategorie	Podkategorie
Komunikace	Informace
	Způsob komunikace
Zkušenosti s hospitalizací	Prostředí
	Strava
	Personál
	Stres

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Podkategorie 1 Informace

Proband D1 problém s komunikací neměl, protože umí český jazyk. Proband D2 odpověděl: „Byl to problém, nemohla jsem vysvětlit, s jakým problémem jsem do nemocnice přišla. Nikdo mi nerozuměl, avšak po příchodu zdravotní sestry původem z Ukrajiny, která mluví rusky, došlo ke vzájemné shodě v rámci naší komunikace a došlo ke vzájemné výměně informací“.

Podkategorie 2 Způsob komunikace

Proband D1 s komunikací v nemocnici neměl problém. „*Umím česky, na všem jsem se tedy domluvil pomocí češtiny.*“ Proband D2 uvedl, že se v nemocnici svým mateřským jazykem nedomluvil. Doslovně uvedl: „*Domluvit se by byl problém, ale díky tomu, že jedna ze zdravotních sester je původem z Ukrajiny, a tudíž uměla rusky, byla vzájemná komunikace zvládnutelná*“. Bylo vidět, že část staršího zdravotnického personálu se dříve učila ve školách ruský jazyk a byla schopna si vybavit základní fráze v ruském jazyce, takže byli schopni alespoň částečně vzájemně komunikovat.

Kategorie 2 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Prostředí

Oba probandi byli spokojeni s prostředím nemocnice při hospitalizaci. Proband D1 jen dodal: „*Prostředí mi vyhovuje, akorát mi chybí TV na pokoji. Jinak vše bylo v pořádku*“. Proband D2 uvedl: „*Protože mám možnost srovnání s naší zemí, jsem velmi mile překvapena prostředím a úrovní vašeho zdravotnictví*“.

Podkategorie 2 Strava

S poskytovanou stravou při hospitalizaci byli probandi E1 a E2 spokojeni. Z jejich strany nebyly kladeny ani žádné speciální požadavky vzhledem k jejich náboženskému vyznání. Konkrétně proband D2 se vyjádřil takto: „*Strava mi vyhovovala, neměla jsem žádné speciální požadavky. Chutnalo mi*“.

Podkategorie 3 Personál

Zkušenosti s ošetřujícím personálem označili oba probandi za dobré. Proband D2 pouze opět zmínil ztížené podmínky komunikace z důvodu jazykové bariéry, avšak na konec zmínil, že: „*všechno proběhlo v pořádku, i když jsem čekal, že v rámci nemocnice nebude problém se domluvit v anglickém jazyce*“. Proband D1 odpověděl: „*Byl jsem u vás v nemocnici sice poprvé, ale moje zkušenost s personálem je dobrá. Byli velice příjemní a trpěliví*“. Ani jeden z probandů neupřednostňuje k výkonu ošetření či péče ženu nebo muže. Nedělají rozdíly.

Podkategorie 4 Stres

Na otázku, zda je pro ně pobyt nebo kontaktování nemocnice stresující, odpověděl proband D2: „*Je to pro mě stresující pouze z toho důvodu, že nemůžu být v práci. Jinak mě to nestresuje. Doufám, že mi pomohou a já budu moci znovu pracovat*“. Proband D1 odpověděl: „*Ano, je to pro mě stresující. I normálně u nás je pro mě pobyt v nemocnici stresující a tady je to o to víc, že je to pro mě stále cizí země. Po ukončení hospitalizace pojedou nazpět do Bulharska*“.

4.2.9 Identifikační údaje souboru BE – islámisté

Tabulka 11: Identifikační údaje souboru BE – islámisté

Dotazovaný	Věk	Pohlaví	Původ	Délka pobytu (roky)	Jazyková vybavenost	Vyznání
E1	31	žena	ČR	od narození	čeština, angličtina, italština, němčina, arabština	islámské
E2	41	muž	Egypt	9	angličtina, italština, francouzština, základy češtiny	islámské

Zdroj: vlastní

Proband E1 je žena ve věku 31 let, pochází z ČR. K islámskému vyznání se hlásí 12 let. V ČR žije od narození, jen v letech 2008–2012 pobývala v Káhiře. Právě zde potkala svého manžela. Po roce 2012 se s manželem přistěhovala nazpět do ČR, k čemuž je donutila špatná situace v Egyptě, kde vypukla revoluce. Kromě svého mateřského jazyka, jímž je čeština, ovládá anglický, italský a německý jazyk. Domluví se také arabštinou. Proband E2 je muž (41 let), rodilý muslim. Pochází z Egypta – konkrétně z Alexandrie. V ČR žije od roku 2012, kdy se rozhodl přestěhovat se svou ženou do ČR z důvodu úpadku turistického odvětví, ve kterém v Egyptě podnikal. Domluví se angličtinou, francouzštinou a češtinou (pouze základní fráze).

4.2.10 Vyhodnocení rozhovorů souboru BE – islámisté

Tabulka 12: Seznam kategorií a podkategorií souboru BE – islámisté

Kategorie	Podkategorie
Komunikace	Informace
	Způsob komunikace
Zkušenosti s hospitalizací	Prostředí
	Strava
	Personál
	Stres

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Podkategorie 1 Informace

Při otázce na první kontakt s nemocničním zařízením, kdy jde o předávání informací pacienta personálu nemocnice, proband E1 uvedl, že to pro něj problém není, protože mluví česky. Proband E2 se s personálem nějak domluví, a pokud vyvstane problém, najdou společně nějaké alternativní řešení (např. v podobě tlumočení přes rodinného příslušníka). Proband E2 řekl: „*Občas to problém je, ale vždy se nějak pochopíme. A když to opravdu nejde, zavolám manželce a s její pomocí se domluví a zjistím i potřebné informace. Nebo mě rovnou do nemocnice doprovází*“.

Podkategorie 2 Způsob komunikace

Proband E1 nemá s komunikací v nemocnici žádný problém. „*Pro mě není žádný problém domluvit se, čeština je můj rodný jazyk.*“ Díky znalosti českého jazyka byl proband E1 sdílný a všechny dotazy ochotně zodpovídal. Kdežto proband E2 se k této otázce vyjádřil z důvodu špatné znalosti našeho jazyka zdrženlivě, tato bariéra byla postupem času a získáním vzájemné důvěry odstraněna. Proband E2 uvedl: „*Potíže jsem měl a hned několikrát. Ne všichni zdravotničtí pracovníci jsou schopni komunikovat v anglickém jazyce. Tudiž se musím snažit svůj problém vysvětlit v češtině, a pokud se mi to nedaří, používám gesta, překladač v mobilním telefonu nebo vyřizuji problém přes manželku, přes telefon, která zdravotníkům můj problém vysvětlí*“. Bylo vidět, že jazyková bariéra je velkým handicapem ve vzájemném předávání informací.

Kategorie 2 Zkušenost s hospitalizací

Podkategorie 1 Prostředí

Oba dotazovaní neměli s prostředím problém, vyhovovalo jim. Proband E1 byl v nemocničním prostředí hospitalizován poprvé, tudíž neměl srovnání, přesto byl spokojen. Proband E2 byl rodilý egyptský občan a byl ve své vlasti již několikrát hospitalizován, tudíž měl možnost porovnání, s přístupem našeho nemocničního personálu a s prostředím byl velmi spokojen. Proband E2 řekl: „*Prostředí nemocnice je vyhovující. Je tu vše, co potřebuji, a je tu čisto*“.

Podkategorie 2 Strava

Oba probandi se shodli, že ohledně stravy jsou spokojeni. Vzhledem ke svému náboženskému vyznání měli v rámci stravování svá specifika a zvyklosti a ze strany personálu jim bylo vždy vyhověno. Proband E1 podotkl: „*Jelikož jsem celiak, musím dodržovat přísnou bezlepkovou dietu. Dále nejím vepřové maso, což je záležitost mého vyznání. Setkala jsem se vždy s pochopením. Během hospitalizace jsem tedy nikdy se stravou potíže neměla*“. Proband E2 měl stejnou zkušenost: „*Měl jsem vždy požadavek, aby se strava podávala bez vepřového masa. Nikdy s tím nebyl problém. Byl jsem spokojen*“.

Podkategorie 3 Personál

Oba probandi byli s přístupem personálu spokojeni. Konkrétní vyjádření probanda E1 bylo: „*Musím říct, že mé osobní zkušenosti jsou jen dobré. Nikdy jsem neměla problém, vždy byli vstřícní a ochotní*“. Proband E2 konstatoval: „*Nemám námitky vůči personálu, až na občasnou jazykovou bariéru bylo vše v pořádku*“.

Z hlediska toho, zda preferují ošetření mužem lékařem nebo ženou lékařkou, odpověděl proband E1: „*Preferuji raději ženu, ale najevo to nedávám. Hlavní je, abych byla ošetřena zkušeným personálem*“. Proband E2 prohlásil: „*Pro mě je nejdůležitější kvalifikovaný personál, na pohlaví ohled neberu*“.

Podkategorie 4 Stres

Co se týká stresu spojeného s návštěvou zdravotnického zařízení, odpověděl proband E1 následovně. „*Pro mě osobně to není stresující. Toto prostředí znám. Není to sice úplně příjemné, ale ne stresující*“. Proband E2 odpověděl: „*Pro mě to trochu stresující je, a to právě z toho důvodu, že nevím, jestli se budu schopně domluvit*“.

5 DISKUZE

Komunikace mezi pacientem a sestrou tvoří bezesporu jednu z nedůležitějších složek správné ošetrovatelské péče. Komunikace je řazena do základních potřeb a aktivit člověka. Pomocí komunikace jsme schopni přijímat a sdílet informace s okolím (Mikuláščík, 2010).

Se současně postupující globalizací nabývá na své důležitosti další forma komunikace – tzv. transkulturní komunikace. Začíná být zcela běžné, že se v nemocnicích setkáváme s pacienty vietnamské, romské a ukrajinské menšiny, kteří v ČR žijí a pracují. První, s kým tito pacienti přijdou do styku, jsou ve většině případů právě sestry. Správná komunikace s těmito pacienty zaručuje poskytnutí potřebné pomoci a péče a zachování důstojnosti pacienta, což je také jejím prioritním úkolem. Tito pacienti mohou být handicapováni nedostatečnou znalostí českého jazyka, mohou mít problém s vysvětlením a popsáním problému, se kterým do nemocnice přichází, nebo naopak nemusí správně pochopit pokyny, které jsou jim sestrami či jiným personálem sdělovány. V důsledku těchto komunikačních bariér mohou u pacienta vzniknout značně negativní pocity jako frustrace, úzkost, strach a smutek, ale také nedůvěra a v některých případech agresivita. Rolí transkulturním ošetrovatelství je těmto problémům předcházet (Kutnohorská, 2013).

Součástí správného transkulturního ošetrovatelství je přehled a povědomí sester o specifikách týkajících se jednotlivých menšin, a to národnostních nebo i náboženských. Tyto znalosti jsou sestře nápomocny jak při komunikaci, tak i v poskytnutí ošetrovatelské péče pacientovi, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním nebo urážkám až v rámci etnické skupiny či náboženského cítění pacienta (Kutnohorská, 2013).

Pro kvalitní a rychlou komunikaci sester a pacientů patřících do jiné etnické skupiny je základem znalost cizích jazyků. Z provedených rozhovorů prvního výzkumného souboru vyplynulo, že jazykové úrovni A1 dosahuje celkem deset sester z dvanácti. Dvě sestry ovládají na této úrovni anglický jazyk, čtyři sestry německý jazyk, tři sestry ovládají na této úrovni oba jazyky – anglický i německý. Jedna sestra ovládá jazyk ruský. Jen dvě sestry z celkového počtu dvanácti neumí žádný cizí jazyk. Myslíme si, že kvalita jazykových znalostí a dovedností je dána současným školským systémem.

Na středních školách, ale v současné době i na základních školách, jsou již povinné 2 cizí jazyky, což se jistě v budoucnu může promítnout do kvality vzájemné komunikace nemocničního personálu a pacientů. Předpokladem tedy je, že jazyková vybavenost studentů a následně pracovníků poroste. K obdobným výsledkům došla i Mynářová (2017) ve své práci. Výsledky našeho zkoumání byly takové, že většina dotazovaných uvedla, že hovoří anglickým jazykem, a to na úrovni A1 nebo A2, německý jazyk uvedla méně než polovina dotazovaných a ruským jazykem mluvilo minimum z dotazovaných.

Další otázka týkající se jazykové vybavenosti sester byla směřována na oblast zvyšování úrovně jazykové vybavenosti. Dle Šiškové (2008) je důležité u profesí, kde je velký předpoklad styku s jedinci jiných národností, zvyšovat jazykovou vybavenost. Cílem bylo zjistit, zda je sestrám zaměstnavatelem umožněno studium cizích jazyků a zda sestry tuto možnost využívají. Z dvanácti dotázaných sester zde bohužel jedenáct odpovědělo, že o této možnosti vůbec neví a ani nejsou přesvědčeny o tom, že v rámci organizace jsou pořádány jazykové kurzy. Jen jedna sestra uvedla, že ví, že tato možnost existuje, ale že ji nevyužívá, protože nesourodost směnného provozu jí neumožňuje, aby se dostatečně a pravidelně věnovala studiu cizích jazyků v rámci kurzů. To je zcela rozdílný výsledek ve srovnání s prací Mynářové (2017), která ve svém výzkumu došla ke zcela rozdílným výsledkům. V tomto výzkumu uvedlo 74,76 % dotazovaných, že zaměstnavatel jim umožňuje navštěvovat jazykové kurzy. Na druhou stranu ale 58,25 % dotazovaných uvedlo, že tyto kurzy pro ně nejsou atraktivní. Lze jen polemizovat, co je příčinou nezájmu o studium cizích jazyků, zda je to pracovní vytíženost, nevhodná doba výuky jazyků v kurzu, neinformovanost či nekvalita kurzů nebo absence možností studia jazyků ze strany zaměstnavatele. Dle našeho názoru by bylo vhodné výukové kurzy cizích jazyků postavit zaměstnavatelem tak, aby byla možná volba výběru v návaznosti na směnnost sester.

V souvislosti se zajištěním komunikace v cizím jazyce bylo zjišťováno, zda nemocnice poskytuje v nezbytných případech služby tlumočnicka. Celkem 8 sester odpovědělo, že zaměstnavatel tuto možnost nabízí, ale že tlumočnicka ještě nikdy nevyužily. Domníváme se, že tato možnost je využívána v tak malé míře z důvodu, že v převážné většině by docházelo k časové prodlevě mezi vyžádáním spolupráce tlumočnicka a jeho dojezdem na zdravotnické pracoviště. Sestry potřebují ve většině případů reagovat ihned.

Tři sestry o možnosti využití tlumočnicka cizích jazyků v rámci jejich zdravotnického zařízení neví a nesetkaly se s ní. Kousalová (2011) uvádí, že na základě jejího výzkumu bylo zjištěno, že 62 % dotazovaných ví o možnosti využít ke komunikaci tlumočnicka, 33 % tázaných o této možnosti netušilo. Dále také uvádí, že 54 % dotazovaných potvrdilo, že tlumočnick v nemocnici není přítomen trvale, 33 % tázaných nedokázalo na tuto otázku odpovědět. Z našeho pohledu je otázka využití tlumočnicka v nemocnicích sporná. Aby mohly být okamžitě využity služby takovéto osoby, musela by být zajištěna její neustálá přítomnost. Na druhé straně lze polemizovat o pracovní vytíženosti tlumočnicka v případě jeho celodenní přítomnosti. V návaznosti na řešení tohoto problému opět vyvstává potřeba zvyšování jazykové úrovně ošetřujícího personálu, abychom byli schopni tento problém řešit vlastními silami.

Dalším cílem bylo zjistit, jakou formou probíhá komunikace s pacienty, kteří neovládají český jazyk a u nichž nelze využít ani komunikaci pomocí alespoň nějakého cizího jazyka. Jaké další prostředky nebo pomůcky využívají sestry pro komunikaci s těmito pacienty. Elbertová (2010) uvádí jako dostupnou, levnou a mnohdy i nejrychlejší variantu překladu doprovod pacienta, avšak autorky Špatenková a Králová (2009) upozorňují na některá úskalí tlumočení rodinnými příslušníky, kdy člen rodiny nemusí přeložit vše, překlad může zkreslit tak, aby prosadil svůj vlastní zájem nad zájmem pacienta. Další alternativní metodu komunikace uvádí Oliberius (2019), v této metodě má být mluvená řeč nahrazena použitím komunikačních pomůcek. Nejčastěji to jsou piktogramy, komunikační karty nebo mobilní telefony či tablety s funkcí překladače. Z našeho výzkumu vyplynulo, a s tímto se ztotožňujeme, že sestry využívají kombinace více alternativ komunikace, nejčastěji využívají gesta, další nejvíce používanou pomůckou je Google překladač, piktogramy, mimika, pantonima a jednoduché kresby. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výsledky Mynářové (2017), kdy bylo zjištěno, že nejčastěji jako alternativní prostředek komunikace bývá využito internetového překladače (54,22 %), pantomimu a gesta uvedlo 26,51 % dotazovaných. Dále byly uvedeny „obrázkové karty“ (13,25 %) a malování (4,82 %). Zemanová (2016) ve své práci uvádí jako nejvyužívanější možnost neverbální komunikace gesta (70,2 %). I tento výsledek je srovnatelný s výsledkem našeho šetření.

Dalším předmětem zkoumání bylo zjistit, zda a jak sestry řeší rozdíly a překážky v péči o pacienty jiných národnostních a náboženských minorit. Předsudky jsou prosazovány hlavně na podkladě stereotypů v uvažování (Čeněk et al., 2016). Etnický předsudek definuje Allport (2004) jako nepřátelství, které lze pociťovat či vyslovit, vychází z chybného zevšeobecnování, je zaměřeno proti skupině či jednotlivci, kteří jsou představiteli této skupiny. Tito jedinci se dostávají do nevýhodné pozice, aniž by si to zasloužili svým vystupováním. Vágnerová (2014) uvádí, že přístup majoritní české společnosti k různým etnickým minoritám se významně liší. Tato odlišnost je zřejmá zejména ve vztahu k romskému etniku a k ostatním cizincům. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že sestry se ošetřování pacientů jiných národností nevyhýbají. Shodly se na tom, že pacienty jiných národností vnímají stejně jako ostatní pacienty a nevidí v péči o ně žádný rozdíl. Pouze sestra S3 uvedla: „*Péče o pacienta jiné národnosti mi nevadí, žádný zásadní rozdíl zde nevidím. Jen v případě ošetřování romské menšiny nejsem vůbec nadšená a docela mi to vadí z důvodu jejich přehnaně emočního vystupování*“. K obdobnému zjištění dospěla ve svém výzkumu Málková (2019). Stejný výsledek výzkumu uvádí Brůžová (2021), kdy na otázky týkající se problémového kontaktu byly nejčastěji jmenovány konflikty s romskými pacienty, stejně tak došla ke zjištění, jež se rozchází s vyjádřením probandů z řad Romů, kteří byli s péčí a přístupem sester spokojeni. V souvislosti s našim výzkumem bylo zjištěno, že národnost, náboženské vyznání ani jiné odlišnosti nejsou ze strany ošetřujícího personálu překážkou při aplikaci léčebných a ošetřovatelských postupů. V jednom případě, kdy byla zjištěna skutečnost, že sestra nebyla nadšena z ošetřování pacienta romské národnosti, bylo ze strany této sestry řečeno: „... *i když nejsem touto skutečností nadšena, snažím se k tomuto přistupovat maximálně profesionálně tak, aby navenek nebylo nic patrné*“. Domníváme se, že většinová část ošetřujícího personálu nevnímá, tak jak potvrdil i samotný výzkum, rozdíly mezi jednotlivými etniky nebo mezi různými náboženskými vyznáními. Vždy to je a bude jen a pouze o profesionalitě ošetřujícího personálu, to znamená preferovat individuální a korektní přístup ke každému jednotlivému pacientovi bez rozdílu náboženského vyznání či etnika. Jak uvádí Plevová et al. (2011), při ošetřování a komunikaci s pacienty z jiné kultury bychom se měli snažit vyhnout předsudkům a kulturním bariérám.

Dalším zjištěním našeho výzkumu bylo, že všech dvanáct sester se shodlo na tom, že za největší překážku v ošetřování těchto pacientů považují jazykovou bariéru. Toto téma bylo již podrobněji popsáno výše v části o komunikaci s pacienty. Myslíme si, že v současné době i v případě absence znalosti jazyků jsou nejruznější možnosti komunikace alespoň na elementární úrovni. Klademe si ovšem otázku, zda toto je dostačující a zda není na čase tento problém řešit systémově.

Dále jsme se v našem výzkumném šetření zabývali povědomím sester o specifikách jednotlivých kultur. Dotaz směřoval k tomu, s jakými kulturami osobně přicházejí nejvíce do styku v rámci ošetrovatelské péče. Dotazované sestry shodně uvedly, že se ve své praxi nejčastěji setkávají s Romy a Ukrajinci. Žádná z dotazovaných sester si nebyla vědoma, že by někdy ošetřovala pacienta islámského či pravoslavného vyznání. I přes to, že se s pacienty takového náboženského vyznání nesetkaly, dokázaly na některé otázky správně odpovědět, i když jejich odpovědi byly někdy značně nejisté a váhavé. Deset sester se shodlo na tom, že islámské vyznání nedovoluje, aby ženu tohoto vyznání vyšetřoval muž. Sestra S12 odpověděla: „*Nevím, ale myslím si, že preferují ženu jako lékařku*“. Ohledně specifik vztahujících se na stravu pacientů uvedlo sedm sester, že rozhodně tito pacienti nesmí jíst vepřové maso. Sestry S2 a S9 odpověděly, že neví, jaký druh masa odmítají, ale ví, že nějaké nesmějí. Autor Goody (2004) tvrdí, že jedná-li se o ortodoxního muslima, tak může dokonce i odmítnout použité nádobí, které mohlo přijít do kontaktu s vepřovým masem. S tímto názorem jsme se v našem výzkumu nesetkali. Na dotaz týkající se podávání léků a předmětů čtyři sestry odpověděly, že tuší, že je rozdíl v tom, jakou rukou jsou léčiva a předměty podávány, ovšem už nedokázaly specifikovat, jaká ruka je preferována. Zbylé sestry nevěděly, tudíž se k otázce nevyjádřily. Na této otázce je jednoznačně prokazatelné, že určité znalosti o specifikách této kultury sestry mají, a proto se domníváme, že je zapotřebí tyto znalosti v rámci ošetrovatelské praxe týkající se komunikace více prohlubovat.

V otázkách směřujících ke specifickým znakům týkajících se Romů shodně všichni probandi z řad sester vyzdvihovali početné návštěvy, časté podávání telefonických informací několika členům rodiny současně, hlučnost a gestikulaci, především pak nedodržování léčebného režimu. Tento názor též popisuje Zacharová (2015), která uvádí, že Romové bývají často nedisciplinovaní v dodržování léčebného režimu, pokud jim odezní první příznaky nemoci.

Nebrání se otevřenému projevování emocí, např. při bolesti hlasitě nařikají. Z důvodu velké soudržnosti jsou na oddělení časté a početné návštěvy za hospitalizovaným romským pacientem. Špatně snáší odloučení od rodiny, což může v některých případech vést k neochotě při jakémkoliv požadavku o spolupráci. Nespolehliví jsou i v dodržování určitých pravidel nebo nařízení. Jsou ochotni je dodržovat při akutním problému, ale jakmile tento problém odezní, nepovažují za důležité se radami a doporučeními řídit. Já sama považuji za specifikum v kladném slova smyslu péči o jejich seniory. Jakmile je možnost, berou si tyto seniory do své domácí péče. Zajímavé je, že tento postřeh nezmínila žádná z dotazovaných.

Příslušník vietnamské národnosti byl z pohledu dotazovaných probandů pacientem, se kterým se setkávají v rámci zdravotnického zařízení velmi často. Z tohoto také vyplývá, že o těchto pacientech měli probandi z řad všeobecných sester určité povědomí týkající se jejich specifík. Jednalo se např. o otázku, která byla zaměřena na význam širokého úsměvu, jež ve skutečnosti značí neporozumění ze strany pacienta. Na tuto otázku správně odpovědělo devět probandů z dvanácti. Ke stejnému zjištění, které se týká povědomí o specifících vietnamských pacientů, došla ve svém výzkumu i Pálková (2012), která uvádí, že převážná většina dotazovaných sester odpověděla na položené otázky ohledně specifík vietnamské minority správně. Souhlasíme s tím, že pacienti vietnamské národnosti, i když mohou mít také svá specifika, kvůli častým hospitalizacím v našich zdravotnických zařízeních jsou již i se svými specifiky tak nějak přirozeně zařazeni a nevnímám nějaký odlišný přístup v rámci jejich zdravotnické péče vůči jiným pacientům.

Co se týče specifík ukrajinských pacientů, tak dotazované sestry uvedly, že žádná konkrétní specifika pacienti neměli, a pokud ano, jednalo se o nějaký jednotlivý požadavek, nikdy však nevyšel ze všedního standardu, např. vynechání masa z jídelníčku v rámci postních dnů.

K obdobnému výsledku jsme dospěli i u specifík týkajících se příslušníků pravoslavné církve, kdy nedokázala žádná z dotazovaných sester přesně popsat specifika této náboženské skupiny. Shodně všechny uvedly, že si nejsou vědomé, že by někdy pacienta této víry ošetřovaly, případně na nich nepoznaly, že tuto víru vyznávají.

Důvodem může být i to, co uvádí Václavík (2010), že příslušníci pravoslavné církve mají obdobný žebříček náboženských a životních hodnot jako většinová společnost v České republice. Jejich chování tudíž není považováno za výstřední a v naší společnosti nijak nevyčnívá. Stejný názor má i Mastiliaková (2003), která uvádí, že pravoslavní nepatří mezi náročné pacienty, co se hospitalizace týče. S tímto názorem se na základě vlastních dosavadních zkušeností ztotožňuji.

Další část výzkumu se věnovala druhému výzkumnému souboru, který byl zaměřen na problematiku vzájemné komunikace pacienta s personálem, jejich komunikaci během hospitalizace v rámci ošetřování či stravování. Výzkumný vzorek byl tvořen zástupci zvolených menšin, šlo o Vietnamce, Ukrajince, Romy a příslušníky vybraných náboženských menšin: pravoslavné církve a islámského vyznání.

Celkem bylo osloveno pět probandů z řad vietnamské minority, z nichž byli dva bez náboženského vyznání a tři probandi se aktivně hlásili k buddhismu. Probandi se shodně vyjadřovali, že většinou dokázali při hospitalizaci komunikovat v českém jazyce, a pokud vyvstal nějaký problém (např. ohledně stravovacích návyků či potřeb) a nedokázali dostatečně vyjádřit své potřeby, personál byl vždy přístupný a ochotný řešit daný problém. Dle našich poznatků jsou vietnamští občané velmi přizpůsobiví a nenároční pacienti a s ohledem na náboženské vyznání není v rámci komunikace žádný patrný rozdíl mezi jednotlivci. Stejný názor má i autorka Ivanová et al. (2005), která uvádí, že vietnamský pacient si málo stěžuje, často své problémy banalizuje a mnohdy je ani nepřizná. A právě proto je nezbytné této minoritě porozumět a naučit se s ní vhodně komunikovat, aby ze vzájemného nedorozumění mnohé skutečnosti nezamlčovali.

U probandů z řad ukrajinské menšiny nás nepřekvapilo, že z pěti oslovených byli čtyři pravoslavného vyznání. Pouze jeden proband uvedl, že se hlásí k vyznání svědků Jehovových. I přes známá specifika v oblasti stravování vyznavačů pravoslavné církve ani jeden z námi oslovených probandů neuvedl, že by měl během hospitalizace nějaké speciální požadavky, a to ani v návaznosti na dodržování půstů v rámci jednotlivých svátků. Na dotaz dodržování půstů toto žádný z dotázaných nepotvrdil. Náš výzkum nepotvrdil výsledky výzkumu autorky Tóthové et al. (2009), který uvádí tvrzení všech dotazovaných, jež shodně zdůrazňují důležitost dodržování půstů.

Dle našeho názoru je pro nás důležité, abychom si uvědomili, že pokud toto vynechávání potravy z důvodu půstu nijak neohrozí klientovo zdraví, je vhodné, abychom rozhodnutí respektovali. Dalším výsledkem výzkumu byla schopnost komunikace s personálem. V této oblasti neměl žádný proband problém se domluvit, jelikož všech pět probandů ovládalo alespoň základy českého jazyka, a pokud si nebyli něčím jisti, použili gesta, mimiku a překladač. Jsme přesvědčeni o tom, že se vždy nebudeme setkávat pouze s pacienty, kteří jsou schopni se dohovorit a komunikovat v našem rodném jazyce, proto bych kladla i zde důraz na jazykové vzdělávání zdravotnického personálu.

Probandy z řad vyznavačů islámu se nám podařilo oslovit pouze dva. Dle Kutnohorské (2013) je nezbytné při komunikaci s muslimem dodržet mnohá komunikační tabu. Mnohdy je to obtížné, například při získávání lékařské nebo ošetrovatelské anamnézy. Autorka doporučuje, aby rozhovor se ženou vedla žena. V takovém případě bude pacientka klidnější a otevřenější. Toto se nám podařilo potvrdit i v našem výzkumu. Oba probandi se shodli, že při ošetřování preferují zdravotnického pracovníka či lékaře stejného pohlaví, avšak uvedli, že to nedávají najevo a je pro ně prioritou zkušený personál.

Dalším předmětem našeho zájmu bylo zjistit spokojenost při hospitalizaci romských pacientů. Bylo osloveno pět probandů této minority. Potvrdil se předpoklad, že žádný z těchto oslovených probandů neměl problém se domluvit v českém jazyce, proto nás spíše zajímala zkušenost s hospitalizací a se vstřícností personálu. Příjemným zjištěním bylo, že čtyři probandi shodně potvrdili spokojenost s prostředím, stravou i vstřícným přístupem ošetrujícího personálu. Pouze proband C3 uvedl nespokojenost s léčbou své dcery. Z vlastních zkušeností musím potvrdit, že většina romských pacientů se chová slušně a jsou spokojeni v rámci hospitalizace. To, že se setkáme s problémovým pacientem, se může stát jak u pacientů z řad minority, tak i majority. Pouze je nutné dokázat v rámci profesionality správně komunikovat i s těmi, kteří jsou nějakým způsobem výstřednější. Pokud tedy budeme profesně připraveni, myslím si, že jsme schopni zvládnout i složitější situace a budeme schopni aktivně komunikovat v rámci ošetrovatelských postupů.

6 ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali problematikou komunikačních dovedností sester u pacientů odlišné kultury. Jak již bylo v této práci zmíněno, vlivem stoupající migrace se v českých nemocnicích stále častěji setkáváme s příslušníky odlišných národnostních i náboženských menšin. K zajištění vhodné a citlivé transkulturní péče je důležité, aby sestry s pacienty odlišné kultury vhodně komunikovaly, tím tak předcházely nechtěným nedorozuměním.

Stanovili jsme pět cílů. Prvním cílem bylo identifikovat bariéry nastávající při komunikaci s pacientem odlišné kultury. Druhým cílem bylo zjistit možnosti zefektivnění komunikace s pacienty odlišné kultury. Třetí cíl měl zmapovat znalosti sester o vhodném postupu komunikace s pacienty odlišné kultury. Čtvrtý cíl měl sledovat zkušenosti pacientů odlišné kultury v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních. A poslední cíl měl zjistit specifika při komunikaci u pacientů z odlišného kulturního prostředí. Ke zjištění cílů jsme si stanovili pět výzkumných otázek. První otázka byla, jaké bariéry nastávají při komunikaci s pacientem odlišné kultury. Druhá výzkumná otázka byla mířena na možnosti zefektivnění komunikace s pacienty odlišné kultury. Třetí otázka byla zaměřena na to, jaké znalosti mají sestry o specifikách v oblasti komunikace s pacienty odlišné kultury. Čtvrtá otázka se týkala toho, jaké zkušenosti mají pacienti odlišné kultury v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních. A poslední výzkumná otázka byla, jaká specifika při komunikaci mají pacienti z odlišného kulturního prostředí. Naše cíle byly splněny. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že se sestry s pacienty odlišné kultury setkávají a mají s nimi v oblasti komunikace zkušenosti.

Analýzou dat prvního výzkumného souboru probandů jsme zjistili, že sestry jako největší bariéru, která nastává při komunikaci s pacientem odlišné kultury, vnímají nedostatečnou znalost cizích jazyků, a to především ze strany ošetřujícího personálu, což by ve výsledku mohla vyřešit možnost výuky cizích jazyků v rámci zdravotnických zařízení. V části výzkumu, která byla zaměřena na teoretické znalosti o vhodném postupu v rámci komunikace s pacienty odlišné kultury, bylo zjištěno, že sestry nemají hloubkové znalosti o daných kulturách. Odpovědi na danou problematiku byly nejisté a velice váhavé.

Avšak i přes nízkou znalost problematiky související s jednotlivými kulturami nemají v rámci ošetřování takovýchto pacientů žádné předsudky a ošetřování těchto pacientů se nevyhýbají. U probandů z řad druhého výzkumného souboru nám výzkum přinesl zjištění, že žádný proband odlišné kultury nepociťoval v rámci hospitalizace problém při komunikaci s ošetřovatelským personálem za splnění podmínky, že ošetřující personál, i když nevládne cizím jazykem daného pacienta, je ochoten nalézt společnou řeč svým osobním a profesionálním přístupem.

Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen edukační materiál určený pro sestry, který by je měl seznámit se specifiky při komunikaci s pacienty vybraných národnostních a náboženských minorit.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ALLPORT, G. W., 2004. *O povaze předsudků*. Praha: Prostor. 576 s. ISBN 80-7260-125-3.
2. ARCHIEPISKOP, K., 2002. Eutanazie. *Hlas pravoslavi*. Ročník (číslo), strana. Praha: Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. ISSN 0323-1089.
3. BEDNAŘÍK, P. et al., 2020. *Menšiny kolem nás*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny AV ČR. 141 s. ISBN 978-80-7285-249-9.
4. BRETTELL, C., HOLLIFIELD, J., 2000. *Talking Migration Theory Across Disciplines*. 3. vyd. New York: Routledge. 353 s. ISBN 978-0-415-74202-3.
5. BRŮŽOVÁ, D., 2021. *Problematika výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnickém zařízení*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
6. BRZÓSKA, M., 2020. *Nový zeměpis v kostce pro SŠ I*. 1. vydání. Praha: Fragment. 200 s. ISBN 978-80-253-4809-3
7. ČENĚK, J., SMOLÍK, J., VYKOUKALOVÁ, Z., 2016. *Interkulturní psychologie*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.
8. ČERNÁ, E., HLAVÁČOVÁ, M., 2005. *Zvyky muslimů*. *Název časopisu*. 1(4), 192-194. ISSN 1801-1349.
9. ČERNÁ, M., 2011. Interkulturní aspekty komunikace s pacientem. In: *JIHLAVSKÉ ZDRAVOTNICKÉ DNY. Jihlavské zdravotnické dny: sborník z mezinárodní konference*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 96. ISBN 978-80-87035-37-5.
10. ČESKÝ ROZHLAS, 2019. Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa. *Romove.radio.cz* [online]. © 2019 [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18197>
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014. Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu. In: *Czso.cz* [online]. 27. 2. 2014 [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>

12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. Obyvatelstvo podle národnosti, pohlaví a podle věku. *Czso.cz* [online]. © 2020 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0czso.cz>
13. DOBIÁŠOVÁ, K. et al., 2004. Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR. In: *Zdravotní politika a ekonomika*. Ročník (číslo), 97 s. ISSN 1213-8096.
14. DRBOHLAV, D. et al., 2010. *Migrace a imigranti v Česku*. Praha: Slon. 207 s. ISBN 978-80-7419-039-1.
15. ELBERTOVÁ, Z., 2010. Jazykové bariéry v českém zdravotnictví. In: *Alfacz-preklady.cz* [online]. Datum vytvoření článku [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <http://www.alfacz-preklady.cz/novinky/jazykove-bariery-v-ceskem-zdravotnictvi/>
16. GAVROV, S.N., ASHER, T., 2007. *Krize globalizujícího se světa a přechod k planetární kultuře*. Samara: Samara Scientific Ruské akademie věd. P. 170-194
17. GOODY, J., 2004. *Islam in Europe*. Cambridge: Pility Press. ISBN 0-7456-3193-2.
18. GRININ, L., 2012. *Macrohistory and Globalization*. Volgograd: Publishing House. 320 s. 978-5-70-57-3007-2012.
19. HÁJEK, M., BAHBOUH, CH., 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
20. IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
21. JENÍČEK, V., FOLTÝN, J., 2010. *Globální problémy světa v ekonomických souvislostech*. Praha: C. H. Beck. 324 s. ISBN 978-80-7400-326-4.
22. KAŠPAROVÁ, I., 2014. *Politika romství – romská politika*. Svazek 33. Praha: Slon. 274 s. ISBN 978-80-7419-157-2.
23. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

24. KOLEKTIV, 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Vydavatel. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
25. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
26. KOUSALOVÁ, R. 2011. *Role sestry při poskytování péče pacientům - cizincům*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
27. KROPÁČEK, L., 2011. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7021-925-6.
28. KUNEŠOVÁ, H. et al., 2006. *Světová ekonomika nové jevy a perspektivy*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck. 319 s. ISBN 80-7179-455-4.
29. KÜNG, H., 2006. *Po stopách světových náboženství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 80-7325-059-4.
30. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
31. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-90-247-4413-1.
32. LECHNER, F., BOLI, J., 2004. *The Globalization Reader*. Malden: Blackwell. 454 s. ISBN 1-4051-0280-2.
33. LEININGER, M., McFARLAND, M., 2002. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. New York City: McGraw-Hill Companies. ISBN 0-07-135397-6.
34. LINHARTOVÁ, 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
35. LIPSON, J. G., DIBBLE, S. L., 2006. *Culture and clinical care. California: Regents*. 487 s. ISBN 0-943671-22-1.
36. LUŽNÝ, D. et al., 2010. *Individualizace náboženství a identita: poznámky k současné sociologii náboženství*. Praha: Malvern. ISBN 978-80-86702-69-8.
37. MALÍŘOVÁ, E. et al., 2016. *Lidé v pohybu*. Praha: Junák – český skaut. 128 s. ISBN 978-80-7501-098-8.

38. MÁLKOVÁ, L., 2019. *Sestra a péče o pacienty jiné kultury*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
39. MASTILIAKOVÁ, D. et al., 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní / multikulturní odlišnosti v rámci Českého právního řádu*. Ostrava: Repronis. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
40. MEZŘICKÝ, V., 2006. Povaha globalizace, základní problémy, její pozitiva a negativa. In: DLOUHÁ, J., DLOUHÝ, J., MEZŘICKÝ, V. (eds.). *Globalizace a globální problémy*. Praha: UK – Centrum pro otázky životního prostředí. Dostupné také z: <http://www.kch.tul.cz/sedlbauer/globalizace.p>
41. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. 328 s., ISBN 978-80-247-2339-6.
42. MOCKOVÁ, J., 2007. Vietnamci v České republice. *Sestra*. 17(4), 26. ISSN 1210-0404.
43. MONTSERRAT, P. F. et al., 2017. Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Social and Behavioral Science*. 237(2017), 365 – 372. DOI 10.1016/j.sbspro.2017.02.022.
44. MUNZAROVÁ, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1024-2
45. MURPHY, SC., 2006. Mapping the literature of transcultural nursing. *J Med Libr Assoc*. 94(2), E143-E151.
46. MVCR, 2020. Cizinci s povoleným pobytem. *Mvcr.cz* [online]. © 2020 [cit. 2020-11-20]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx>
47. MYNÁŘOVÁ, M., 2017. *Úskali dorozumívání se s cizinci ve zdravotnickém zařízení*. Brno. Bakalářská práce. LF MU.
48. NEŠPOR, Z., 2017. *Sociologická encyklopedie*. [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2021-01-10]. ISBN 978-80-733-0308-2. Dostupné také z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Sociologick%C3%A1_encyklopedie:Sociologick%C3%A1_encyklopedie

49. OLIBERIUS, J. et al., 2019. Piktogramová pomůcka jako řešení jazykové bariéry v rámci přeshraniční spolupráce ZZS. *Urgentní medicína*. 22(3), 20-25. ISSN 1212-1924.
50. PÁLKOVÁ, Z., 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská universita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
51. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
52. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
53. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
54. PROCHÁZKA, R. et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 80-247-4451-1.
55. PRŮCHA, J., 2001. *Multikulturní výchova. Teorie, praxe, výzkum*. Praha: ISV nakladatelství. 211 s. ISBN 80-85866-72-2.
56. PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3069-1.
57. RAHNER, K., VORGRIMLER, H., 1996. *Teologický slovník*. Praha: Zvon. 426 s. ISBN 8071130885
58. RALBOVSKÁ, D. R. et al., 2011. Využití multikulturality při přípravě na účast v zahraničních misích. In: *Aspekty práce pomáhajících profesí konference AWHP 2011.: sborník z konference* [online]. Praha: Manus. s. 203–214 [cit. 2021-04-06]. ISBN: 978-80-86571-12-6. Dostupné také z: <http://www.fbmi.cvut.cz/files/nodes/5356/public/sborn%C3%ADk%20AWHP.pdf>
59. ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
60. SHMEMAN, A., 1987. *The Eucharist: sacrament of the Kingdom*. Crestwood: St Vladimir's Seminary Press. 245 s. ISBN 9780881410181.
61. SCHNEIDEROVÁ, A., SCHNEIDER, M., 2008. *Komunikační dovednosti*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě. 86 s. ISBN 978-80-7368-268-2.

62. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
63. SMÉKAL, V., 2017. *Psychologie duchovního života*. Brno: Cesta. 134 s. ISBN 978-80-7295-221-2.
64. SWEENEY, S., 2005. *Europe, the State and Globalisation*. Londýn: Pearson Education Ltd. 456 s. ISBN 0-582-47291-1.
65. ŠIŠKOVÁ, T., 2008. *Výchova k toleranci a proti rasizmu*. 2. vyd. Portál. 273 s. ISBN 80-736-71-824.
66. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace, Komunikace (nejen) pro zdravotní sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
67. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
68. ŠUPÍNOVÁ, M., ČERNÁKOVÁ, V. 2011. Pacient z inej kultúry. *Sestra a lekár v praxi*. Ročník (číslo), strana. ISSN 1335-9444.
69. TANTUT, S., 2018. Public health nurse services for maternal-child immigrant healthcare: a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 9(3), 873-879. DOI 10.15452/CEJNM.2018.09.0018.
70. TOMÁŠKOVÁ, P., 2001. Právní rámec problematiky migrantů a menšin. In: ŠIŠKOVÁ, T. et al. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál. 188 s. ISBN 80-7178-648-9.
71. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
72. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
73. TOPINKA, D., 2016. *Muslimové v Česku: etablování muslimů a islámu na veřejnosti*. Brno: Barrister & Principal. 469 s. ISBN 978-80-7485-115-5.
74. TOŠNAROVÁ, H., 2013. Multikulturní ošetrovatelství v psychiatrii. *Florence*. 9(11), 30-31. ISSN 1801-464X.

75. TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 195 s. ISBN 978-807387-414-8.
76. TÓTHOVÁ, V., et al., 2017. Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-674-6.
77. TÓTHOVÁ, V., 2011. *Zajištění kulturně diferencované péče ve vybraných minoritách v České republice*. České Budějovice. Závěrečná zpráva. IGA MZCR.
78. TÓTHOVÁ, V., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
79. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. 11(2), 282-291. ISSN 1212-4117.
80. VÁCLAVÍČKOVÁ, L., 2015. Jak je možno předcházet konfliktům s romským pacientem. *Zdravotnictví a medicína*. 15(6), 24. ISSN cnb002564059.
81. VÁCLAVÍK, D., 2010. *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2468-3.
82. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současné psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
83. VELKOBORSKÁ, J., SMUTNÁ, J., 2009. Základy ošetrování pacientů islámské komunity. *Sestra*. 19(3), s. 22-23. ISSN 1210-0404.
84. VLÁDA ČR, 2017. Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2016. In: *Vlada.cz* [online]. 25. 7. 2017 [cit. 2020-12-28]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-za-rok-2016-158612/>
85. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
86. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
87. ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Transkulturní ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě. 73 s. ISBN 978-80-7464-549-5.

88. ZEMANOVÁ, K., 2016. *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
89. *Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017, 2018*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Identifikační údaje probandů souboru A – sestry	45
Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru A	46
Tabulka 3: Identifikační údaje probandů skupiny BA – vietnamská menšina	55
Tabulka 4: Seznam kategorií a podkategorií souboru BA – vietnamská menšina	56
Tabulka 5: Identifikační údaje souboru BB – ukrajinská menšina	58
Tabulka 6 Seznam kategorií a podkategorií souboru BB – ukrajinská menšina	59
Tabulka 7: Identifikační údaje souboru BC – romská menšina	60
Tabulka 8: Seznam kategorií a podkategorií souboru BC – romská menšina	61
Tabulka 9: Identifikační údaje souboru BD – pravoslavní	63
Tabulka 10: Seznam kategorií a podkategorií souboru BD – pravoslavní	63
Tabulka 11: Identifikační údaje souboru BE – islámisté	65
Tabulka 12: Seznam kategorií a podkategorií souboru BE – islámisté	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami	88
Příloha 2: Otázky k rozhovoru se zástupci minorit.....	91
Příloha 3: Edukační materiál pro sestry	92

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Na jakém oddělení v současné době pracujete?
5. Domluvíte se cizím jazykem? Pokud ano, jakým a na jaké úrovni?
6. Umožňuje a podporuje Vás zaměstnavatel ve studiu cizí řeči?
7. Existuje na Vašem pracovišti možnost využít služby tlumočnicka, pokud je to nevyhnutelné?
8. Využil/a jste někdy jinou formu komunikace, než je forma verbální, v případě, že ano, tak jakou?
9. Co by podle Vás mohlo ulehčit práci ošetřujícímu personálu při ošetřování pacientů jiné národnosti menšiny?
10. Nedělá Vám potíže ošetřovat pacienta patřícího do jiné etnické skupiny, popřípadě s jiným náboženským vyznáním nebo se tomu raději vyhýbáte?

A) Otázky týkající se vietnamské menšiny

1. Jak probíhala komunikace s pacientem této národnostní menšiny?
2. Bylo snadné porozumět, co se Vám snaží říct o svém problému, nebo jste museli využít tlumočnicka?
3. Použil/a jste i jiné formy komunikace (například neverbální komunikaci) a jaké?
4. Jak jste informovali rodinné příslušníky o stavu pacienta, pokud byli přítomni?
5. Požadoval pacient nějaké speciální, ne zrovna běžné, podmínky při svém pobytu ve zdravotním zařízení?
6. Je péče o pacienta patřícího k vietnamské menšině jiná než péče o běžného českého pacienta? V případě že ano, tak v čem je rozdíl?
7. Pro vietnamské menšiny je typický široký úsměv. Vyjadřují tak určité pocity. Víte, o jaké se jedná?
8. Víte, co znamenají zkřížené ruce na prsou vietnamského pacienta při rozhovoru?
9. Myslíte si, že se můžete vietnamskému pacientovi dívat při rozhovoru přímo do očí?

10. Víte, jaké části těla byste se neměl/la dotýkat při neverbální komunikaci v případě dětského pacienta této národnostní menšiny?

B) Otázky týkající se ukrajinské menšiny

1. Jak probíhala komunikace s pacientem této národnostní menšiny?
2. Bylo snadné porozumět, co se Vám snaží říct o svém problému, nebo jste museli využít tlumočnicka?
3. Použil/a jste i jiné formy komunikace (například neverbální komunikaci) a jaké?
4. Jak jste informovali rodinné příslušníky o stavu pacienta, pokud byli přítomni?
5. Požadoval pacient nějaké speciální, ne zrovna běžné, podmínky při svém pobytu ve zdravotním zařízení?
6. Je péče o ukrajinského pacienta odlišná od péče o běžného pacienta? A v čem?
7. Pro nás je běžný oční kontakt. Víte, co znamená přímý oční kontakt při rozhovoru s ukrajinským pacientem?

C) Otázky týkající se islámské menšiny

1. Jak probíhala komunikace s pacientem této menšiny?
2. Bylo snadné porozumět, co se Vám snaží říct o svém problému, nebo jste museli využít tlumočnicka?
3. Použil/a jste i jiné formy komunikace (například neverbální komunikaci) a jaké?
4. Jak jste informovali rodinné příslušníky o stavu pacienta, pokud byli přítomni?
5. Dovoluje islámské vyznání, aby ženu vyšetřoval muž – lékař?
6. Jaké omezení byste očekával/a u pacienta islámského vyznání, například v oblasti stravování?
7. Měli pacienti této menšiny speciální požadavky, co se víry týče (dodržování modliteb apod.)?
8. Tato víra má svoje určité „předpisy“, například při podávání léků, předmětů používají islámští vyznavači jen určitou ruku. Víte jakou? Setkal/a jste se již s tímto problémem?
9. Myslíte si, že můžete s pacientkou této víry běžně komunikovat o intimních věcech? Například o porodu, potratech, počtu dětí?
10. Může muž/lékař podat ženě ruku jako projev neverbální komunikace pozdravu?
11. Je v případě ženy islámského vyznání vhodný oční kontakt?

D) Otázky týkající se romské menšiny

1. Jak probíhala komunikace s pacientem této národnostní menšiny?
2. Dorozuměli jste se spolu normálně českým jazykem nebo jste potřebovali a využili ke komunikaci pomoc jiné osoby?
3. Použil/a jste i jiné formy komunikace (například neverbální komunikaci) a jaké?
4. Bylo snadné vysvětlit pacientovi, co se s ním bude dít a co bude následovat v rámci ošetření?
5. Jak probíhala komunikace s rodinnými příslušníky při předávání informací o stavu a léčbě pacienta?
6. Byla pro Vás komunikace s pacientem/kou této menšiny jednoduchá?
7. Stalo se Vám někdy, že by pacient této národnostní menšiny byl k personálu nemocnice agresivní?
8. Dodržoval pacient/ka nastavený plán léčby?
9. Víte, co přehnaně používají Romové při komunikaci?

E) Otázky týkající pacientů pravoslavného vyznání

1. Jak probíhala komunikace s pacientem/kou v rámci ošetření?
2. Je komunikace s pacientem tohoto vyznání v něčem specifická?
3. Jak probíhala komunikace s rodinou pacienta?
4. Měl pacient speciální požadavky v rámci uspokojení svých spirituálních potřeb?
5. Měl pacient nějaké neobvyklé požadavky týkající se stravy?
6. Měl pacient nějaké neobvyklé požadavky týkající se stravy?
7. Jakým jazykem nejčastěji komunikují příslušníci tohoto vyznání?
8. Je zdvořilý pohled přímo do očí při rozhovoru s pacienty pravoslavného vyznání?

Příloha 2: Otázky k rozhovoru se zástupci minorit

1. Odkud pocházíte?
2. Jaké je Vaše vyznání?
3. Jak dlouho žijete/pobýváte v České republice?
4. Za jakým účelem jste přijel/a do České republiky?
5. Jaký je Váš mateřský jazyk?
6. Ovládáte i jiný jazyk, než je Váš rodný?
7. Domluvil/a jste se v navštíveném zdravotním zařízení pomocí svého rodného jazyka nebo jste komunikovali jiným způsobem? Například angličtinou nebo neverbálně?
8. Jaké jsou Vaše zkušenosti s ošetřujícím personálem v českých nemocnicích?
9. Bylo snadné vysvětlit ošetřujícímu personálu, s jakým problémem přicházíte?
10. Pokud jste byl/a dlouhodobě hospitalizovaná, vyhovovalo Vám prostředí, ve kterém jste byl/a umístěn/a?
11. Jak jste byl/a spokojena se stravou poskytovanou během hospitalizace?
12. Je pro Vás vyhledání zdravotnické péče stresující? V případě, že ano, tak z jakého důvodu?
13. Preferujete ošetřující personál stejného pohlaví nebo je Vám to jedno?

**SPECIFIKA KOMUNIKACE S PACIENTY
VYBRANÝCH NÁRODNOSTNÍCH
A NÁBOŽENSKÝCH MINORIT**

Vietnamci

Ukrajinci

Romové

Pravoslavná církev

Islám

Úvod

V dnešním globalizovaném světě se v českých nemocnicích kvůli migračním proudům a otevřeným možnostem cestování stále častěji setkáváme s ošetřováním a hospitalizací osob, jež jsou příslušníky odlišných kultur mající svá specifická pravidla nejen v ošetrovatelských postupech, ale i v komunikaci. Mezi příslušníky jiných kultur či náboženského vyznání se objevují odlišnosti v komunikaci, a to ať už verbální či neverbální.

Cílem zdravotnického personálu je být na komunikaci s takovým pacientem připraven a dobře jim porozumět. Jen tak můžeme předejít nechtěným oboustranným komunikačním nedorozuměním. V rámci ošetrovatelské péče mohou vlivem chybné komunikace vzniknout ztížené podmínky pro ošetřování pacientů. Může tak docházet k situacím vzájemného nepochopení a vyhýbání se kontaktu. Sestra je ve většině případů prvním člověkem, se kterým pacient komunikuje, navazuje s ním důvěru a vzájemný vztah. Je potřeba, aby sestra získala informace, které potřebuje o pacientovi vědět, a následně je mohla předat dalším členům zdravotnického personálu. Sestra nemůže poskytnout kvalitní a profesionální péči, pokud pacientům jiných kultur nerozumí a nezná jejich specifika.

Kulturně kompetentní personál se tak stává nepostradatelnou součástí ošetrovatelské profese a je důležité umět poskytnout kulturně vhodnou a citlivou péči všem pacientům bez rozdílu rasy a vyznání.

Desatero pravidel pro poskytování multikulturní péče

- 1. Komunikuj verbálně i neverbálně!**
- 2. Pozor na gesta!**
- 3. Hovoř pomalu a zřetelně!**
- 4. Opakuj!**
- 5. Zjisti maximum informací o kultuře pacienta!**
- 6. Projevuj respekt a úctu k pacientovi a jeho kultuře!**
- 7. Projevuj empatii a buď trpělivý!**
- 8. Snaž se chápat kulturní důvody chování pacienta!**
- 9. Získej důvěru pacienta!**
- 10. Uvědom si sám sebe a své vlastní kulturní hodnoty!**

Vietnamci

Vietnamština je tonální jazyk, který rozlišuje šest základních tónů a mnoho dalších podtónů, jež mohou značně změnit celý význam sdělení. Celou základní slovní zásobu tvoří jednoslabičná slova neznající flexi.

Chceme-li navázat kontakt s vietnamskou rodinou, je třeba vždy oslovit muže jako hlavu rodiny.

Verbální komunikace

Ve vietnamštině neexistuje tykání a vykání v podobě, jakou známe z českého jazyka.

Ve vietnamské komunikaci téměř nenalezneme zápor. Nesouhlasit s vysloveným stanoviskem druhé osoby je nezdvořilost.

Nemělo by nás udivit, když se Vietnamec krátce po seznámení zeptá na náš věk. Není neuctivý. Potřebuje si nás zařadit do společenské hierarchie, aby věděl, jak se k nám má chovat.

Neverbální komunikace

Podání ruky: podání pravé ruky a zřetelný stisk ruky druhé osoby je doprovázeno lehkým stiskem levé ruky – v jednu chvíli tak buď držíme ruku druhé osoby v obou svých dlaních nebo jsme si najednou podali obě ruce navzájem. Takové podání rukou symbolizuje vzájemnou úctu. Podání pouze jedné ruky může být považováno za výraz neúcty.

Podání předmětu: oběma rukama podáváme rovněž jakýkoli předmět partnerovi, jemuž dáváme najevo, že si ho vážíme. Podání jen jednou rukou je nezdvořilé.

Pohled do očí: přímý pohled do očí není zdvořilý, naopak může vyjadřovat domýšlivost.

Vietnamci

Noha přes nohu: projev nadřazenosti může dát najevo i ten, jehož špička přehozené nohy ukazuje na partnera sedícího naproti.

Ruce zkřížené na prsou: takový čin je pokládán za znak rozčilení nad obsahem daného dialogu.

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

Pohlazení: hlazení po vlasech a jiné dotýkání hlavy je považováno za projev velké neúcty, i vietnamské děti jsou zvyklé více na „poplácání“ po ramenech či zádech.

Doteky na veřejnosti: líbání mileneckých párů na veřejnosti je ve Vietnamu nepřipustné, zato objímání a doteky mezi přáteli a známými zcela běžné. Nevhodné je například pohladit vietnamské dítě po hlavě. Toto gesto je pro Vietnamce výrazem úzkého vztahu k druhé osobě. Pouze rodinní příslušníci se mohou dítěte takto dotýkat.

Oblečení: být slušně oblečen a upraven je projevem dobrého chování. Vietnamské ženy takřka nenosí sukně, také jejich originální, elegantní sváteční kroj „ao dai“ [čti ao zaj] je složen z dlouhé a přiléhavé, na bocích rozstřižené tuniky a dlouhých, volných, hedvábných kalhot.

Ukrajinci

Oficiálním úředním jazykem je ukrajinština.

Do České republiky přicházejí hlavně za prací.

Jsou velmi ukázněnými pacienty a nemají speciální požadavky, jsou ochotní spolupracovat a přizpůsobit se léčebnému režimu.

Často bývá problém se zdravotním pojištěním.

Verbální a neverbální komunikace Ukrajinců se od českých zvyklostí příliš neliší.

Určitá specifika i zde samozřejmě existují.

Při setkávání si muži podávají ruce – jde o projev úcty.

Se ženou si Ukrajinec při seznamování nebo při pozdravení ruku nepodává, jelikož tento počín považuje v rámci ukrajinské nedotknutelnosti žen za neúctu.

U pacientů z Ukrajiny jde velice špatně rozeznat, jaký je jejich fyzický, ale i psychický stav. Důvodem je minimální projev emocí a využívání mimiky. Pokud pacient pociťuje bolest, snaží se jí ve většině případů potlačit a nedávat moc najevo. Raději bude trpět uvnitř, než by přiznal, že ho něco opravdu hodně bolí, a nechal si podat utišující léky.

Romové

Tradičním jazykem Romů je romština, která ovšem může nabývat různých podob v závislosti na zeměpisné oblasti. Je to indoevropský jazyk. Romové jsou velmi temperamentní, což se projevuje i v rámci komunikace. Jsou hluční, používají velká gesta, která mohou vyznít až agresivně.

Při poskytování péče romskému pacientovi bereme v úvahu zcela rozdílný komunikační styl. Při komunikaci jsou Romové velice empatičtí a vnímaví. Dokáží rozpoznat až 95 % informací předaných neverbálně. Při kontaktu s romským pacientem bychom tedy měli vnímat pacientovy mimoslovní projevy a sami vhodně předávat informace i neverbálně. Měli bychom mluvit zřetelně, jasně a stručně. Dále bychom se měli vyvarovat neupřímnosti, protože Romové jsou velice intuitivní a dokáží ji rozeznat. Pokud nastane nějaký konflikt, narůstá jejich hlasitost projevu a gest. Nevhodné jsou ironické narážky a poznámky, které Romové nechápou a mohou vést ke zbytečnému nedorozumění. Romové nemají problém s přijímáním kritiky, ta jim však musí být sdělována vhodným způsobem a v soukromí. Pokud je Romovi cokoli vytýkáno veřejně, vnímá to jako velké zostuzení. Problémem Romů je jejich nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu. Velice důležité je tedy získání důvěry romského pacienta včetně jeho rodiny.

Ke každému pacientovi musíme přistupovat individuálně a poskytnout mu dostatek informací ohledně jeho zdravotního stavu, způsobů léčby i možných rizicích spojených s nedodržením léčebného režimu. Při komunikaci bychom měli používat srozumitelný jazyk a neužívat takové výrazy, které by byly nad rámec pacientových možností. Musíme být trpěliví, nespěchat a neměli bychom očekávat okamžité výsledky.

Pravoslavná církev

Vyznávání pravoslavné církve – zejména Řecko, Rusko, Ukrajina, Bulharsko

Verbální komunikace – dle zeměpisného původu

Neverbální komunikace

- udržování blízké vzdálenosti
- udržování očního kontaktu
- potlačování mimických projevů – projev nepřátelství
- doteky – projev přátelství

Při komunikaci s pravoslavnými, kteří mají své kořeny na území České republiky, nebývá obvykle žádný problém. V jiných společenských oblastech uznávají pravidla podobná v naší zemi. Např. muži zdraví ženy jako první nebo mladší jedinec zdraví staršího jako první aj.

Islám

Islámská víra je hlavní vírou arabských zemí. Dá se předpokládat, že ošetřující personál tento jazyk neovládá, a tak pokud pacient neumí náš český jazyk nebo jiný světový jazyk, je ve většině případů nutné využít tlumočnicka. Péče o muslimské pacienty je spojena se specifickými požadavky jak na léčbu, tak na samotný pobyt ve zdravotnickém zařízení. Pro muslimské pacienty je velice důležitá přítomnost rodiny. V případě hospitalizace napomáhají děti personálu s péčí o rodiče a jsou prostředníky při hovorech se zdravotnickým personálem. Dcera v nemocnici je nápomocna matce a syn zase otci.

Verbální komunikace

Arabština je posvátným jazykem všech muslimů, je to jazyk koránu. Většina muslimů mluví i několika jazyky, obvykle anglicky, německy, francouzsky.

Hovoříme-li s osobou opačného pohlaví, neptáme se na rodinné a intimní problémy. Pacienti se ostýchají mluvit o biologických funkcích (močení, stolice, zvracení apod.). V případě těhotné muslimské ženy nemluvíme o těhotenství s mužem. Svobodné muslimské ženy není vhodné se ptát, zda má děti.

Neverbální komunikace

V islámské kultuře není obvyklé potřásání rukou při setkání nebo loučení. U ortodoxních muslimů je tělesný kontakt mezi cizími muži a ženami tabu. Rovněž intenzivní vizuální kontakt s osobou opačného pohlaví je tabu, jelikož je chápán jako jednoznačná známka přiblížení se druhému. Především muž by se k muslimské ženě měl chovat rezervovaně, protože by to mohlo vyvolat u jejího manžela prudkou reakci. Pozornost by měla být také věnována tomu, jakou rukou zdravotnický personál podává pacientovi léky, stravu a další. V případě, že je tak činěno rukou levou, může se zdravotní personál setkat s odmítnutím, protože tato ruka je v muslimském světě brána jako ruka nečistá a slouží k podávání špinavých věcí. Muslimský pacient by se v tomto

Závěr

Závěrem lze shrnout, že efektivní komunikace je v podstatě jednou z nejdůležitějších dovedností, které je v praxi potřeba, a často rozděluje sestry z pohledu této disciplíny do různých stupňů způsobilosti. Jedná se o jednu z nejcennějších dovedností, která může být využita s cílem zajistit pacientovi odpovídající léčbu, zatímco je ve zdravotní péči. Jedná se o komplexní mnohostrannou dovednost, jež se musí neustále zdokonalovat.

Použité zdroje

1. AL MUTAIR, A. S. et al. 2014. Providing culturally congruent care for Saudi patients and their families. *Contemporary Nurse* [online]. 46 (2), 254-258. [cit. 2020-10-8]. ISSN 1037-6178. Dostupné z doi: 10.5172/conu.2014.46.2.254.
2. *Efektivní komunikace v interkulturním prostředí*. [online]. Člověk v tísni. [cit. 2021-07-25]. Dostupné z: <https://www.inkluzivniskola.cz/...pdf>
3. HÁJEK, M.; BAHBOUH, CH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
4. *Informace pro učitele. Člověk v tísni*, 2002. [online]. Společnost při ČT. [cit. 2021-07-25]. Dostupné z: <https://www.pf.jcu.cz/...pdf>
5. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ J., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
6. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
7. KRAUSE, M., 2020. *Model Giger a Davidhizar. Specifika při poskytování ošetřovatelské péče pacientům pravoslavného vyznání*. Technická univerzita v Liberci. Fakulta zdravotnických studií.
8. MUNZAROVÁ, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha, Grada, 2005, 153 s., ISBN 80-247-1024-2
9. RÖSSLEROVÁ, I., 2002. *Národnostní menšiny a jak s nimi lépe komunikovat* [online]. Ikaros [cit. 2021-07-25]. Dostupné z: <https://ikaros.cz/...vat>
10. ŠUPÍNOVÁ, M., ČERNÁKOVÁ, V. 2011. *Pacient z inej kultúry. Sestra a*

Použité zdroje

11. TÓTHOVÁ, V., 2011. *Zajištění kulturně diferencované péče ve vybraných minoritách v České republice*. České Budějovice. Závěrečná zpráva. IGA MZCR.
12. *Základy ošetřování pacientů islámské komunity*. 2009. [online]. [Zdravi.euro.cz](https://zdravi.euro.cz). [cit. 2021-07-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/...921>

8 SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
ČR	Česká republika
ČSR	Československá republika
ČSSR	Československá socialistická republika
et al.	a kolektiv
např.	například