



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Transkulturní přístup v ošetřovatelství pohledem cizinců

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Iryna Mahurska

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová Ph. D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „Transkulturní přístup v ošetrovatelství pohledem cizinců“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne: 10. 8. 2020

.....

Iryna Mahurska

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Kristýně Toumové Ph.D. za vstřícnost, cenné rady a odborné vedení, které významně přispělo ke vzniku této práce. Také bych chtěla vyjádřit poděkování všem informantům, kteří se účastnili výzkumného šetření k této bakalářské práci. V neposlední řadě děkuji také své rodině za podporu ve studiu.

Transkulturní přístup v ošetrovatelství pohledem cizinců

Abstrakt

V této bakalářské práci se budeme zabývat problematikou transkulturní péče o cizince, kteří vyhledali zdravotnickou péči v ČR. Současná problematika migrace a potřebě cizinců vycestovat do zahraničí za lepšími podmínkami pro život. Stále častěji se tak zdravotnický personál bude setkávat s poskytováním zdravotnické péče cizincům v českém zdravotnickém zařízení. Klade se tak daleko větší důraz na transkulturní ošetrovatelství a jeho aplikaci v českém zdravotnickém systému.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Kdy první část je zaměřená na teorii, definici transkulturní péče, rozdíly transkulturní a multikulturní péče, a také problematiku komunikace s cizinci při poskytování transkulturní péče. V empirické části budeme zkoumat zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí, která jim byla v ČR poskytnuta. Pro zpracování empirické části byl zvolen kvalitativní výzkum, společně s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor je tvořen 6 cizinci, kteří se setkali se zdravotnickou péčí v ČR. Na základě provedených rozhovorů byly výsledky zpracovány do 2 kategorií a 2 podkategorií.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že cizinci jsou s péčí poskytovanou v ČR spokojeni, ale upozorňují na nedostatky ve sféře komunikace a aplikace transkulturních postupů v praxi. Dále jsme zjistili, že cizincům, kteří měli specifické požadavky, se snaží zdravotnický personál vyhovět. Bohužel se ale setkali i s nevyhověním nebo ignorací svých požadavků. Na základě získaných informací můžeme soudit, že jsou cizinci s péčí spokojeni, ale doporučují zdravotnickým pracovníkům další vzdělání v teorii transkulturního ošetrovatelství.

Klíčová slova

transkulturní ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, cizinci, zdravotnické zařízení

Transcultural approach in nursing by the view of foreigners

Abstract

In this thesis, we will deal with problems of transcultural nursing for foreigners who sought medical care in the Czech Republic. Current problems of migration and need of foreigners to go abroad to find better conditions for living. Medical staff will meet with providing the medical care to foreigners in Czech medical facility more often. Much greater emphasis is put on transcultural nursing and its use in Czech medical system.

The work is divided in two parts, theoretical and empirical. The first part deals with theory, definition of transcultural nursing, differences in transcultural and multicultural nursing and problems of communication with foreigners when providing the transcultural nursing as well. In the empirical part we will examine experience of foreigners with nursing care, which they were provided with in the Czech Republic. A qualitative research, together with a method of semi-structured interview, were chosen for processing the empirical part. The research cohort consists of 6 foreigners, who met with the medical care in the Czech Republic. The outcomes were processed in 2 categories and 2 subcategories, on the basis of accomplished interviews.

The obtained results showed that the foreigners are satisfied with the care provided in the Czech Republic, but they highlight the failings in the field of communication and use of transcultural procedures in practice. Furthermore, we found out, that the medical staff endeavoured to serve the foreigners, who had specific requirements. Unfortunately, they also met with failure and ignorance about their requirements. On the basis of obtained information, we can judge, that the foreigners are satisfied with the care, but they recommend further education in the theory of transcultural nursing to the medical staff.

Key words

Transcultural care, nursery care, foreigners, health care institution

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Transkulturní ošetrovatelství.....	8
1.2 Vymezení základních pojmů.....	9
1.3 Historie transkulturního ošetrovatelství	11
1.4 Etické principy ve vztahu k transkulturnímu ošetrovatelství.....	12
1.5 Komunikace při poskytování transkulturní péče.....	13
2 Cizinci na území ČR.....	16
2.1 Specifika ošetrovatelské péče vybraných náboženství	16
2.2 Specifika ošetrovatelské péče vybraných skupin.....	18
3 Cíl práce a výzkumné otázky.....	20
3.1 Cíl práce	20
3.2 Výzkumné otázky.....	20
4 Metodika.....	21
4.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	21
4.2 Použitá metoda sběru dat	21
5 Výsledky výzkumného šetření	23
5.1 Identifikační údaje informantů.....	23
5.2 Kategorie získaných dat	24
5.3 Kategorie 1 - zkušenosti informantů s ošetrovatelskou péčí v ČR	24
5.3.1 Podkategorie - Specifické požadavky informantů	25
5.4 Kategorie 2 - zkušenosti s oše. péčí v zemi svého původu	26
5.4.1 Podkategorie - Komunikace mezi sestrou a informantem	26
6 Diskuze.....	29
7 Závěr.....	33
8 Seznam použitých zdrojů.....	34
9 Seznam příloh a obrázků	38
10 Seznám zkratk.....	40

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala hned z několika důvodů. Tato problematika mi připadá velmi aktuální, obzvláště v dnešní migrační krizi. V rámci integrace cizinců do společnosti přibývá v nemocnicích pacientů jiné národnosti, kultur a vyznání. V dnešní době se tato problematika dostává výrazně do popředí. Proto je nezbytné, aby se zdravotnický personál orientoval v této problematice.

Dalším důvodem je, že jsem cizinka žijící v České republice již 14 let. Ne jednou jsem se setkala s předsudky vůči mé rodině. Dlouhá léta trvalo získání důvěry a vstřícného gesta od některých obyvatel České republiky.

V neposlední řadě jsem se během praxe v nemocničních zařízeních setkávala s neporozuměním cizinců s ošetrovatelským personálem. Často negativní postoj vůči cizincům způsobuje neznalost jazyka, kterým cizinci hovoří. Komunikace je ze strany lidstva základní společenskou dovedností, ať už se jedná o komunikaci verbální, či neverbální. Komunikace je nezbytnou součástí při efektivním poskytování ošetrovatelské péče. Komunikace je proces, ve kterém je důležitá interakce mezi zúčastněnými osobami. Většina obyvatel ČR není zdaleka připravena snést myšlenku soužití s jiným etnikem.

Komunikace ve zdravotnickém zařízení mezi lékařem a pacientem je často zprostředkována sestrou, pro níž je vzájemná komunikace mezi ní a cizincem základním kamenem. Je nezbytná pro podávání a získávání informací. V souvislosti s neznalostí jazyků může dojít k pochybení jak na straně sestry, tak na straně cizince. Cizinec může pokyny sestry špatně vyhodnotit a následně je poskytovaná péče méně efektivní.

Problém transkulturní ošetrovatelské péče je v České republice velmi aktuální, především kvůli vzestupu počtu cizinců. Počet cizinců přicházejících ze zemí EU se zvýšil za poslední rok na 232 493 osob. V porovnání za předchozí rok je to nárůst o víc, než deset tisíc osob. Za to ze zemí nepatřících do EU vzrostl počet cizinců na 331 852. Tam je nárůst o více než třicet tisíc od posledního sčítání. (ČSÚ, 2019)

Během života, ale i v běžné praxi na různých odděleních, jsem se setkala nejen s jazykovou bariérou při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty z odlišné kultury, ale i s neznalostí kulturních specifik jako takových. Mým zájmem je odhalit nedostatky při poskytování transkulturního ošetrovatelství cizincům v praxi.

Výsledkem mého zkoumání by mělo být získání větších teoretických znalostí v praxi, které využijí sestry při poskytování zdravotnické péče cizincům. Mohou se tak vyvarovat problémům během poskytování transkulturní péče o tyto pacienty.

1 Současný stav

1.1 *Transkulturní ošetřovatelství*

Transkulturní ošetřovatelství by mělo být v současné době neodmyslitelnou součástí ošetřovatelské praxe. Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat stejnou ošetřovatelskou péči příslušníkům všech kultur. Důležité je pomáhat zdravým i nemocným pacientům napříč kulturami bez ohledu na vyznání či kulturní skupinu. Transkulturní přístup v ošetřovatelství klade důraz na komunikaci a vzájemnou toleranci. (Špirudová, 2006). Každý pacient odlišné kultury, vyznání nebo národnosti má právo na rovnocenný přístup při poskytování ošetřovatelské péče. Transkulturní ošetřovatelství se zaměřuje na univerzálnost zdravotní péče. Srovnává studie a analýzy rozmanitostí a dynamiky světových kultur ve vztahu k lidským hodnotám, standardům ošetřovatelské péče, přesvědčení či chování. (Prosen, 2015). Transkulturně rozmanité faktory, jako je náboženství, politika, ekonomika, životní prostředí, kulturní hodnoty, historie, jazyk, pohlaví a další, ovlivňují péči o pacienta. Úkolem transkulturního ošetřovatelství je spojovat a nerozlišovat jednotlivé kultury či skupiny. (Špirudová, 2006).

Pro každou kulturu je základním sdělovacím prostředkem řeč. Řeč je společným rysem dané kultury. Každá kulturní skupina má svůj specifický slovník, styl vyjadřování a nemusí ovládat řeč nebo zvyklosti v komunikaci s jinou kulturní skupinou. Pokud se dostane příslušník jedné kultury do kultury, ve které se není schopen zcela zorientovat bez znalosti jazyku. Dochází k neuspokojování potřeb jedince v komunikaci. (Kober, 2008) Jazyková bariéra je pro cizince velmi závažná a úzce souvisí s nedostatkem informací, který může způsobit stres, úzkost až hněv či smutek. Pokud je tato potřeba uspokojena, nastává u cizince pocit bezpečí a jistoty. (Špirudová, 2006).

Transkultura je obor, který dbá na individualitu, víru a kulturu jedinců, nerozděluje přístup k jednotlivým skupinám či odlišným kulturám. Zakladatelkou a vůdčí osobností oboru je Madeleine Leiningerová, původně sestra na dětském oddělení v USA. (Plevová, et al., 2019).

Tento obor studuje individuální znaky kulturních skupin z hlediska ošetřovatelské praxe. Transkulturní přístup vychází z respektování kulturních odlišností různých etnik. Zaměřuje se na hledání společných nebo blízkých hodnot jednotlivých kulturních skupin a vzájemně je nemísí. Transkulturní přístup zdůrazňuje vzájemnou interakci, komunikaci a respekt mezi kulturami. (Leininger, 1995).

Teorie multikulturalismu vzniká v 60. a 70. letech 20. století. Multikulturní přístup zdůrazňoval odlišnost kultur a mohl vést k separaci jednotlivých příslušníků kulturní skupiny. Multikultura vede k nesounáležitosti menšin s hodnotami převládajícími v zemi, kde žijí. Multikultura nebrání kulturním skupinám k vzájemnému prolínání a působení na sebe navzájem. Je to přínosné a tím se stává kulturní skupina bohatší. (Špirudová, 2006). Cílem multikulturního ošetřovatelství je najít nejvhodnější přístup k cizinci, poznat jeho kulturu, tradice, postoj tak aby bylo možné mu poskytnout náležitou péči na odpovídající úrovni. (Mastiliáková, 2003)

1.2 Vymezení základních pojmů

V případě, kdy lidé opouštějí zemi svého původu, mluvíme o emigraci, opakem je imigrace což znamená, že do dané země vstupují. Na území ČR žije mnoho národnostních menšin. Například menšina ukrajinská, vietnamská, ruská nebo slovenská. (ČSÚ, 2019) Další národnostní skupiny, které jsou na území ČR, ale jejich příslušníci mohou být občany ČR. Podle Organizace spojených národů z roku 1951 je národnostní menšina etnická skupina osob, která je početně menší, nezaujímá vedoucí postavení a její příslušníci vykazují v etnickém, náboženském, kulturním nebo jazykovém ohledu znaky, které se od ostatního obyvatelstva odlišují. Termín kultura existuje víc, než 100 let. Teprve v 50. letech 20. století se začal využívat nejen ve společenských vědách, ale začal figurovat i v ošetřovatelství. (Kutnohorská, 2013).

Kultura je klíčový termín v transkulturním ošetřovatelství. Kultura je vícevýznamová negenetická podstata jednotlivců a sociálních skupin, které jsou fixovány kulturními stereotypy a předávány pomocí tradic a kulturního dědictví. Pojem kultura je v sociologickém slovníku definován několika významy. (Budil, 2003). Všechny se vzájemně prolínají a hlavním významem je, že kultura má vliv na jednání ve skupinách bez ohledu na jejich velikost a trvání. Ovlivňuje rozhodování jednotlivých členů skupiny. (Plevová et al., 2019).

Pro každou kulturu jsou specifika (hodnoty, názory, postoje) přenášeny z generace na generaci prostřednictvím učení. (Plevová et al., 2019). Kultura má zásadní vliv na společnost. Především bychom bez kultury neměli žádný jazyk, ani pocit sebeuvědomění. (Budil, 2003).

V literatuře se také teorie kultury přirovnává k „cibuli“, která je rozdělena na tři základní vrstvy. Jedná se o vysvětlení, kdy zevní vrstvou kultury je řeč, strava či tradiční kroj. Jedná se o věci na první pohled zřejmé. Ve střední vrstvě nalezneme věci, které jsou

zřejmé, až když osoba kulturu navštíví, bude ji lépe poznávat a zjišťovat si další informace. (Eun-Ok Im, Yaelim L., 2018). Především věci, jako jsou gesta, výrazy tváře, pravidla komunikace či rituály. Třetí a poslední vrstva cibule je vnitřní. Do ní se dostaneme až ve chvíli, kdy v dané kultuře pobýváme delší dobu. Jsou to stereotypy, normy chování nebo pravidla soužití. Ne vždy se povede dostat do jádra kultury. Kulturní skupina tyto informace chrání. Jedná se o informace intimního charakteru pro danou kulturu. (Ivanová et al., 2005).

V některé literatuře se můžeme setkat s popisem kultury jako ledovce, ze kterého vidíme pouze jeho špičku představovanou symboly a rituály dané kultury. Hlavní část ledovce je pod hladinou, stejně jako v kultuře její normy, hodnoty, které jsou před zraky jiných kultur skryté. (Kutnohorská, 2013).

Pokrok v diagnostikování různých onemocnění a také odlišném postupu léčby některých onemocnění v ČR a v zemi ze které cizinci pocházejí, může způsobit nežádoucí účinky u cizince. Tato zjištění mohou u cizince vyvolat kulturní šok. (Sedláčková, 2007) Pojem „kulturní šok“ je popisován jako stav úzkosti. Jedná se o reakci cizince, který vstoupí do zcela odlišné kulturní skupiny. (Cejthamr, 2010). Je způsobena nečekanými zjištěními, které jsou vyvolány cizí kulturou, kterou cizinec předtím neznal. (Ivanová et al., 2005).

Kulturní šok má u každého různou dobu trvání i míru intenzity, v závislosti na míře daných kulturních rozdílů i individuálních vlastností jedince. (Štrach, 2009) Je vyvolán příchodem a delším pobytem v prostředí, které je složeno z nových podnětů (jiná strava, podnebí, zvyky, jazyk, společenské zařazení). Jednotlivé kultury se od sebe liší např. i v pojetí spravedlnosti, pravdy a lži, cti a poctivosti, lásky a sexu. (Kutnohorská, 2013). Kulturní šok vyvolává velkou psychickou i fyzickou zátěž pro organismus cizince. (Maginnis, 2017).

Kulturní šok je obvykle rozdělen do čtyř fází:

Obergova studie kulturního šoku z roku 1954 uvádí tyto čtyři základní fáze kulturního šoku:

- fáze počátečního nadšení
- fáze krize
- fáze zotavení
- fáze přizpůsobení, (Maginnis, 2017).

Další důležitý termín je menšina. Menšina je označována jako skupina lidí definovaná nějakým společným znakem, jako je třeba náboženství, jazyk nebo rasa. Menšinová skupina se nemůže rovnat jiné početnější, nebo většinové skupině v daném případě skupině dominantní. Nejvýznamnějším rysem menšinové skupiny je způsob komunikace. Členství v menšinové skupině se přenáší dědičně. (Ivanová et al., 2005).

Opakem menšiny je dominantní skupina, která je označována jako oficiální držitel moci. Vydává pravidla, která stanovují, co je a co není správné. (Velemínský, 2014). Určuje normy a hodnoty, jestli se budou nebo nebudou odchylky od ustanovení trestat. Určuje sankce za porušení těchto ustanovení. (Jandourek, 2012).

Neodmyslitelnou součástí transkulturního ošetrovatelství je cizinec. Cizincem se rozumí fyzická osoba, která není držitelem státního občanství České republiky, včetně Evropské unie. (Zákon č. 326/1999 Sb., 2019). Cizinci jsou na území ČR osídlení nerovnoměrně, a to souvisí s ekonomickými možnostmi v dané lokalitě. Kvůli stále se zvyšující migraci je ČR nucená k rozvoji azylové politiky. Která se snaží cizince, kteří zde chtějí zůstat, začlenit do společnosti. (Ivanová, 2015)

1.3 Historie transkulturního ošetrovatelství

Ve starší literatuře je často používán pojem multikultura. Pojem transkulturní ošetrovatelství zavedla již v padesátých letech 20. století doktorka Madeleine Leiningerová. Doktorka Leiningerová je významnou osobností transkulturních přístupů v ošetrovatelství. (Plevová et al., 2011). V tuto dobu pracovala jako sestra na psychiatrickém oddělení a setkávala se s problematikou poskytování transkulturní péče nemocným dětem. (Špirudová, 2006).

Kladla značný důraz na vliv kultury a etniky na životní styl, ale také na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Do té doby byla tato problematika ignorována a nikdo jí blíže nevěnoval pozornost. (Nováková, 2008).

Časem získala mnoho informací o problému vzdělanosti sester. Začala pracovat na pozvednutí a vylepšení vzdělávacích kurzů. Následně přednášela a zdůrazňovala problematiku transkulturních přístupů a poskytování příslušné péče. (Nováková, 2008). Leiningerová v roce 1973 založila národní a mezinárodní organizaci pro sestry zabývající se transkulturním ošetrovatelstvím. Leiningerová a seskupení těchto sester od roku 1989 začaly publikovat časopis s názvem Časopis transkulturního ošetrovatelství (Journal of Transcultural Nursing). (Plevová et al., 2019).

Transkulturní ošetrovatelství nabralo prioritní problematiku v době sametové revoluce a vzniku samostatného Československého státu. Po otevření hranic se Česká republika stala terčem nejen díky poloze v srdci Evropy, ale i kvůli lepším životním podmínkám. Přesný počet cizinců na území České republiky není přesně znám. (Kutnohorská, 2006).

Výrazné změny nastaly ve složení obyvatelstva České republiky po reformách roku 1989. Po tomto období se v zemi rozmanitost obyvatelstva velmi prolínala a měnila. Počet cizinců na území rychle vzrůstal, i nadále tento růst pokračuje. (Dvořáková, 2006). Především proto, že Česká republika je ve středu Evropy a je významnou tranzitní zónou, mnoho cizinců Českou republiku volí jako zemi pro život a rozvoj. (Leininger, 2002).

Na území České republiky se vyskytuje velký počet studentů různých kultur a národností. Především příslušníci Vietnamu zde studují nejčastěji, za prací se k nám stěhují příslušníci Ukrajiny, Rumunska nebo Bulharska. Transkulturní ošetrovatelství bylo uznáno jako jeden z nejvýznamnějších oborů ošetrovatelství. (Plevová et al., 2011).

Otázkou národnostních menšin se Česká republika začala zabývat po ustanovení samostatnosti dne 1. 1. 1993. Jako základní dokument své menšinové politiky přijala Česká republika Listinu základních práv a svobod, která byla v pozdějších letech přepracována a doplněna. (Nováková, 2008).

1.4 Etické principy ve vztahu k transkulturnímu ošetrovatelství

Etika je důležitou součástí ošetrovatelství. V době technického pokroku v 19. století je otázka etického přístupu při ošetrování nemocných často opěvována. (Heřmanová, 2012).

Historie etiky sahá až do doby Hippokrata. Už tehdy se začalo přemýšlet nad morálkou, právy a povinnostmi. Prvotně byla stanovena právní povinnost lékařů, vydána spousta právních, morálních kodexů, a také Hippokratova přísaha. Hippokratův spis Corpus Hippocraticum je jedním z nejstarších děl. Dodnes se diskutuje o skutečném

autorovi všech částí těchto spisů, včetně samotné přísahy, která je přisuzována lékaři Hippokratovi. (Munzarová, 2005). Obsahuje morální zásady a je ceněn dodnes. V tomto díle se klade důraz na léčbu, ale i mlčenlivost. Významně etiku ovlivnila víra, především židovsko-křesťanské tradice. Židovská etika vychází z takzvané Tóry (5 knih Mojžíšových) a křesťanská etika z Bible a Nového zákona. (Olišarová, 2017).

Ošetrovatelská etika je představována vztahem nemocného a sestry zahrnuje oblast respektování hodnot pacienta, jeho individuality a potřeb. Sestra zastává postoj ochrany práv pacienta a má obhajovat jeho práva. (Haškovcová, 1998). Ne ve všech kulturách je etika zastávána stejným způsobem. Zde je potřeba přistupovat individuálně ke každému pacientovi. (Olišarová, 2017).

1.5 *Komunikace při poskytování transkulturní péče*

Člověk a komunikace k sobě neoddelitelně patří. (Linhartová, 2007). Komunikace je základní dovednost při poskytování ošetrovatelské péče zdravotnickým personálem. V současné době se pojem komunikace nadužívá. Pro dobro a efektivní komunikaci je zapotřebí, aby zdravotník bral zřetel na klientovy etické a kulturní hodnoty. Komunikace s efektivním výsledkem je prioritní při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. (Venglářová et al., 2006).

Komunikace je s cizincem těžká, i když je na našem území dlouhou dobu. Ani cizinci, kteří v ČR žijí dlouho, nemusí znát odbornou zdravotnickou terminologii. Během komunikace musí zdravotník dbát na pacientovu jedinečnost a důstojnost. Pacient musí být aktivním účastníkem během rozhovoru, pokud mu to zdravotní stav dovolí. Komunikace by měla poskytovat nemocnému informace takovým způsobem, aby mu účastníci rozuměli. (Montserrat Pulido-F., 2017). Komunikace je dynamický proces, který by měl být rovnocenný ke všem aktérům komunikačního procesu. (Špatenková et al., 2009).

Obecně komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Za verbální komunikaci je bráno vyjadřování pomocí slov. Verbální komunikace je mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná, může být přímá nebo zprostředkovaná. Komunikace se řídí svými pravidly. (Vymětal, 2008).

Verbální komunikace je velmi významná. Je neodmyslitelnou součástí života. Během komunikace je třeba dbát na vedlejší součásti komunikace. Verbální slovo je vždy dotvářeno neverbálními prostředky. (Tantut, 2018). Slova jsou vždy úzce spjata

s neverbálními složkami komunikace. Ústní komunikace má velkou výhodu díky okamžité zpětné vazbě, fyzické blízkosti a okamžité výměně názorů. (Mikuláščík, 2010).

Komunikační roviny verbální komunikace jsou rozděleny do dvou kategorií. Racionální komunikace je využívána při strohé komunikaci. Jsou zde zcela vyloučené emoce. Je stěžejní při komentování a popisech děje nebo úkonu. Druhá kategorie emocionální komunikace je citově podbarvená, je zde kladen důraz na pocity z partnera, projevují se zde individuální názory. (Vymětal, 2008)

Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Je považována za upřímnější, jelikož ji nemůžeme ovlivňovat rozumem. Neverbální komunikace je považována za pravdivější, protože je ovlivněná instinkty. (Venglářová, 2006)

Při neverbální komunikaci se využije pozorovací schopnost účastníků komunikačního procesu. Během komunikace se sledují tyto neverbální projevy komunikátorů. Sledujeme pohyb celého těla (kinetika), pohyby končetin a prstů (gestika), výrazy a pohyby tváře (mimika). Během rozhovoru sledujeme pohled, pohyby víček i oční kontakt (vizika). Někomu může být však nepříjemný dotek během rozhovoru, může to působit, jako narušování intimní zóny. Hodně o člověku prozradí i postoj během procesu komunikace či prezentace. (Vymětal, 2008)

Ve zdravotnické praxi je velmi významná neverbální komunikace. Během ošetřování pacientů vstupujeme do jejich intimní zóny, kam pouštějí jen ty nejbližší. Naše doteky mohou způsobit nepříjemné pocity. Sestra musí umět ovládat své neverbální pocity, zároveň správně rozpoznávat neverbální projevy pacientů. Verbální a neverbální komunikace probíhá současně a vzájemně se prolíná a ovlivňuje. (La Barre, 2001)

V situaci, kdy s pacientem nemůžeme komunikovat ani jednou řečí kterou ovládáme a on by jí rozuměl, přichází na řadu tzv. „komunikační karty“. Komunikace tímto způsobem může být zdlouhavější, ale přináší potřebné informace. Tyto karty jsou specifické na každém oddělení či ambulanci dle charakteru a zaměření dané ambulance. Jsou sestaveny tak aby obsahovali obrázky a krátké otázky, aby jím lidé rozuměli. Některé obrázky jsou bez textu těžko pochopitelné, je proto potřeba umožnit přítomnost rodinného příslušníka nebo překladatele, který ovládá písemnou formu některého z jazyků na komunikačních kartách. Aby mohly být karty využity, předpokládá se pacientova spolupráce. (Špirudová, 2006)

V dnešní pokrokové době existuje možnost aplikace, která již má předpřipravené fráze pro zdravotníky, kdy zdravotník zvolí pohlaví pacienta a jeho řeč. Aplikace obsahuje výslovnost daného jazyka z výběru. Toto je dobře využitelné například

u vietnamštiny, kterou by český zdravotník bez tlumočnicka těžko vyslovoval. Aplikace je volně dostupná na internetu pod názvem Rebomedic.

2 Cizinci na území ČR

Z právního pohledu je pojmem cizinec označována osoba pobývajících na území ČR se statním občanstvím jiné země, kdy cizinec musí splňovat podmínky pro vstup do země stanovené zákonem České republiky a to zákonem č. 101/2014 Sb., o pobytu cizinců na území ČR a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů.

Podle zákona je cizinec oprávněn pobývat na území ČR přechodně nebo trvale s výjimkou cizinců s mezinárodní ochranou. Cizinec může na území ČR pobývat bez víza, na základě povolení dlouhodobého pobytu. (Kukla, 2016)

Přechodný bezvízový pobyt se rozumí pobyt cizince na území ČR bez víza po dobu stanovenou v mezinárodní smlouvě. Po vstupu ČR do EU je ČR vázána smlouvou, ve které jsou povinnosti příslušníků členských států EU pobývat na území země, která je členem EU po dobu 3 měsíců bez víza. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Přechodný pobyt na základě víza, která jsou vydávána buď krátkodobě, to jsou víza letištní, průjezdní nebo vízum k pobytu do 90 dnů. Dlouhodobá víza mají cizinci vydána, pokud je jejich pobyt delší, než 90 dnů. Platnost těchto víz je po dobu jednoho roku. (Kukla, 2016).

Povolení k dlouhodobému pobytu se vydávají cizinci žijícímu na území ČR po dobu delší než jeden rok. Cizinci může být schválen pobyt trvalý, pokud splňuje podmínky zákonem stanoveny. Ten se z pravidla uděluje cizincům, kteří na území pobývají nejméně 5 let. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019).

Zvláštním případem je státní občanství, které je uděleno cizinci, který na území pobývá nepřetržitě. Pokud nebyl za posledních 5 let na území jiné země delší dobu, než 3 měsíce vcelku. Pro občana EU jsou to 3 roky nepřetržitého pobytu na území ČR. Vyžaduje se znalost češtiny a základních reálií o naší zemi a čistý trestní rejstřík za posledních 5 let. Udělením státního občanství se zabývá krajský úřad a ministerstvo vnitra podle ustanovení zákona č. 186/2013 sb., o státním občanství České republiky. (Kukla, 2016).

2.1 *Specifika ošetrovatelské péče vybraných náboženství*

Nejrozšířenější a nejčastěji se vyskytující náboženství na území ČR je křesťanství, judaismus a islám. (Knezović, 2009).

Křesťanství – je nejpočetnější náboženská skupina na světě. Křesťanství se dělí do tří skupin: katolictví, ortodoxní (pravoslaví) a protestanti. Křesťanství je spojeno

s Ježíšem Kristem, ten je Božím synem a spasitelem. Křesťani mají svou knihu Bibli, která se skládá ze Starého a Nového zákona. (Kokaisl, 2009)

Křesťan, se kterým se v nemocnici setkáme, bere svou nemoc jako trest za své hříchy nebo bude hledat viníka za svou nemoc, a tedy bude obviňovat z nemoci Boha. (Křivohlavý, 2002). V křesťanství se považuje smrt za posvátnou, smrtí nic nekončí. Pro křesťany je život brán jako Boží dar. Proto se po smrti s tělem zachází velmi uctivě a na úpravu těla se klade velký důraz. (Knezović, 2009).

Po smrti je tělo uloženo do hrobu, následně je rozloučení v kostele, kde se koná Mše Svatá, vysvěcení hrobu a uložení ostatků na hřbitově. (Knezović, 2009).

Judaismus – náboženství, které má jednoho Boha. Věřící se považují za vyvolený národ. Kládou velký důraz na tradice, zvyky a svátky. Stěžejní pojem pro judaismus je pojem šabat. Šabat je od pátečního do sobotního západu slunce, v této době mohou odmítnout hospitalizaci. Ortodoxní židé se modlí třikrát denně, proto sestra při hospitalizaci musí dbát na to, aby pacientovi tuto skutečnost mohla umožnit. Zároveň, aby modlitba nerušila ostatní pacienty. Je třeba dbát také na to, že Židé nekonzumují jídlo, které není košer (správně poražené a zpracované) a nepijí alkohol. V dnešní době se Židé podvolí doporučenému lékařskému postupu, opačný postup by byl brán jako pohrdání daru Hospodina, daru života. Neuznávají léčitelství jako hlavní obor, považují jej jako obor doplňkový. Lékař se může dotýkat jak ženy, tak muže kdekoliv, lékařův úmysl není nikdy brán jako útok na sexualitu vyšetřovaného. (Hájek et al., 2015).

Na péči o mrtvé tělo se klade také patriční úcta. Příslušník judaismu nikdy nebude umírat sám v ústraní, sestra by měla umožnit rodině návštěvu, i když je pacient v těžkém stavu. Judaismus nepřijme kremaci, pohřbívají pouze celá těla do země. Židovství není zastáncem udržovat život jedince za každou cenu. Neuznávají tedy aktivní eutanázii, ale v neřešitelných případech se smrti nebrání a člověka nechávají důstojně odejít. (Hájek et al., 2015).

Islám – jedno ze tří nejrozšířenějších náboženství světa a zároveň nejmladší náboženství. Knihou knih je Korán. Nejdůležitější osobností je Prorok Mohamed. Muslimský život se řídí koránem a své skutky a chování provádí ve jménu Alláha. (Crofter, 2006)

Nejdůležitější svátek je pro muslimy Ramadán, kdy muslim od východu do západu slunce nesmí jíst, pít a mít pohlavní styk. Netýká se to nemocných a starých. Toto omezení se netýká těhotných žen. Muslim se modlí pětkrát denně, a to čelem k Mecece vždy po rituální očištění těla. Nikdy bychom muslimům neměli sahat na jejich Korán

a kobereček, na němž se modlí. Při ošetřování ženy by se měl brát zřetel na víru. Anamnézu od žen by měla brát také žena a ta by ji měla i ošetřovat, a to jen za přítomnosti manžela. (Hájek et al., 2015).

2.2 Specifika ošetrovatelské péče vybraných skupin

Od roku 1989 se na území ČR i v celé Evropě zvýšil počet cizinců. Otevření hranic způsobilo velkou vlnu migrace. Proto se při poskytování ošetrovatelské péče stále častěji setkáváme s rozdíly v poskytované péči v rámci rozdílné kultury, náboženství nebo přesvědčení. Proto je pro zdravotnický personál nezbytné znát alespoň základní specifika nejrozšířenějších náboženství a nejčastějších cizinců, kteří se na našem území zdržují. Zde si přiblížíme specifika péče o vybrané skupiny v České republice. (ČSÚ, 2019).

Romové – skupina pocházející z Indie, jedna z nejpočetnějších skupin v České republice. Upřednostňují kočovný způsob života. Téměř polovina Romů na našem území mluví česky, mluví i romsky, hlavně mezi sebou. Romové jsou věřící, prolínají svůj život různými tradicemi a pověrami, které si předávají především ústní formou. Rom v nemocnici není nikdy sám, vždy se o něj rodina stará. Zřídka kdy se setkáme s příslušníkem romské kultury v domově seniorů. Pro Romy je prioritní rodina, ale ne zdraví nebo vzdělání. Romové dodržují léčebný režim jen do vymizení příznaků. V léčbě má nejdůležitější slovo nejstarší z mužů. Proto musí zdravotnický personál komunikovat i s rodinou, hlavně s mužem, který je hlavou rodiny. Romové mají nízký práh bolesti a často ji velmi hlasitě demonstrují. Nejsou zvyklí děkovat a prosit, péči berou jako samozřejmost. Rom vycítí, pokud mu lékař nebo zdravotnický personál něco zatají nebo ne úplně upřímně sdělí. (Lhoťan, 2012).

Ukrajinci – nejčastějším důvodem opuštění své země je ekonomická situace nebo politické důvody. Do České republiky přijíždějí nejčastěji za prací a vzděláním dětí. Nejčastěji migrují Ukrajinci ze Zakarpatské oblasti, kde je největší počet nezaměstnanosti. Nejčastějším problémem při poskytování zdravotnické péče je jazyková bariéra – oni nám rozumí, ale nic nám neřeknou. Odpovídají stroze ano, ne. Ukrajinci jsou křesťané, a to je spjaté jak s poskytovanou zdravotnickou péčí, tak s následnou péčí o zemřelého. Staří rodiče, kteří se již o sebe nemohou postarat, se stěhují do domů svých dětí a tam dožívají (domovy důchodců jen velmi zřídka, rodina to bere jako zklamání, neopětování povinností se starat o své rodiče). Muž Ukrajinec si se ženou při seznámení nepodá ruku, je to čin v rámci ukrajinské nedotknutelnosti žen, kdy je tento proces považován za neúctu k ženě. Žena je brána jako pečovatelka a matka strážkyně rodinného

krbu. Zdravotnická péče je pro ně nadstandartní a neberou jí jako samozřejmost. Prevence onemocnění je u nich bagatelizována. Ukrajinci za zdravotnickou péči děkují, nezvoní ani v případě, že potřebují zdravotnický personál, nechťjí otravovat. (Šišková, 2001)

Vietnamci – jsou pracovití a pilní. Těžce pracují, aby děti mohly studovat a mít se lépe než oni. Jsou velmi skromní a uzavření. Vietnamci jsou stydliví a je pro ně velmi důležitá hygiena. Během hospitalizace ženy je muž vždy přítomen a rozhoduje o vážných věcech. Žena nechává rozhodnutí na muži. Vietnamci jsou nesmírně pověřčiví a mají spoustu svých mýtu a pověr, kterými se řídí. Vietnamci dodržují spoustu pověr, ať se to týče peněz, úspěchu, štěstí nebo zdraví. (Pechová, 2007)

Muslimové – kladou velký důraz na oslovení, musí být oslovováni křestním jménem a pane nebo paní. Hygiena je pro ně velmi důležitá, jsou skromní a dodržují Korán. Nejsou proti transfuzi včetně krve od dárců ne islámské víry. Muslimové jsou proti pitvám, jen v případě zjišťování důvodu smrti nebo pitva určena k výuce mediku či lékařskému výzkumu. Muslimové věří ve znovuzkříšení, a smrt berou jako vůli Alláha. Zvláštní péče s jasně danými pravidly je o ženu muslimku. Její tělo nesmí vidět nikdo jiný kromě jejího manžela. Muslimové mají zakázanou konzumaci alkoholu i jídla, které je připravované na alkoholu. Muslimové nedodržují žádnou dietu. Naopak, když jsou nemocni, dopřávají si velké množství chutného jídla. Korán zakazuje konzumaci vepřového, muslim může konzumovat pouze maso ze zvířete, které bylo poraženo vykrvácením. Pokud je na oddělení pacient muslim má s sebou modlitební koberec a Korán. Na tyto věci nesmí nikdo jiný sahat. Někteří muslimové nosí na těle amulet, černou stuhu nebo zlatý řetízek na nich mají napsané citáty z Koránu. Pokud pacient trvá na jeho nošení, neměli bychom mu násilím bránit. Muslimové mají stanoveny dny postu, pokud ale muslim trvá na postu v době léčby, tím škodí svému tělu jedna tedy proti vůli Alláha. (Černá, 2005)

3 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Zmapovat zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních v České republice.

3.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké jsou zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnickém zařízení?

VO2: Jaká jsou specifika poskytované ošetrovatelské péče cizincům?

VO3: Jaký je rozdíl v ošetrovatelské péči poskytované v ČR a v zemích z kterých cizinci pocházejí pohledem cizinců?

4 Metodika

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří cizinci pobývající na území ČR na základě jimi drženého dokladu. Cizinci nejsou držiteli trvalého pobytu na území České republiky. Výjimku tvoří pouze občanka České republiky romského původu (I-5). Výzkumný soubor byl tvořen 6 informanty různých národností. Usilovali jsme o rozmanitost informantů kvůli odlišným zkušenostem. Ve výzkumném souboru jsme získávali informace od mužů i žen různého věku i vzdělání. V rámci dodržení anonymity budou dále jednotliví informanti označováni jako I-1 až I-6 (informant 1 - informant 6). Výzkumné šetření bylo prováděno v Jihočeském kraji ve vybraných zdravotnických zařízeních. Polostrukturované rozhovory probíhaly v nemocničním prostředí a následně v domácím prostředí za pomoci video hovoru z důvodu karanténních opatření vlivem pandemie Covid-19.

Informant/ka (I-1) - muž 23 let, Ukrajinské národnosti, žijící na území ČR po dobu 3 let. Je studentem vysoké školy. V ČR je opakovaně a poprvé se dostal do ČR jako student gymnázia v rámci výměnného pobytu.

Informant/ka (I-2) - muž 22 let, Vietnamské národnosti, žijící na území ČR 4 roky. Je studentem prvního ročníku vysoké školy v ČR. Do České republiky se dostal s rodiči a přijeli do ČR za výdělkem a lepšími podmínkami pro život.

Informant/ka (I-3) - žena 34 let, Ruské národnosti, pobývající na území ČR 22 dnů. V Rusku je podnikatelkou, tamtéž vystudovala vysokou školu ekonomického zaměření. Do ČR přijela jako turistka.

Informant/ka (I-4) - žena 21let, Ukrajinské národnosti. Žijící na území ČR 3,5 roku. V ČR vystudovala vysokou školu pedagogickou a nyní vyřizuje pracovní povolení na území ČR.

Informant/ka (I-5) - žena 55 let, České národnosti, příslušnice romské kultury. Na území ČR žije od svých 3 let. Vystudovala učiliště zaměřené na ruční práce.

Informant/ka (I-6) - žena 34 let, Jihoafrické národnosti tmavé pleti. Na území ČR žije 2 roky. Do ČR opakovaně jezdila s otcem podnikatelem a následně v ČR zůstala.

4.2 Použitá metoda sběru dat

Bylo zvoleno kvalitativní šetření technikou individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory s oslovenými informanty probíhaly individuálně, kdy cizinci odpovídali na předem připravené otázky.

Zaměřili jsme se na informace ohledně délky pobytu a povolení k pobytu na území České republiky. Následně na zkušenosti informantů s ošetrovatelskou péčí poskytovanou na území České republiky. Následovaly otázky ohledně informovanosti a jazykové zručnosti u zdravotníků, se kterými se informanti setkali. Postupně jsme došli k rozdílům v poskytované ošetrovatelské péči v České republice a zemi, ze které informanti pocházejí. Informanti, kteří poskytli rozhovory, byli vyhledáni ve zdravotnických zařízeních v České republice a na sociálních sítích.

5 Výsledky výzkumného šetření

Tabulka 1: Identifikační údaje informantů

Cizinec	Pohlaví	Věk	Národnost	Délka pobytu v ČR	Vzdělání
I-1	muž	23	Ukrajinská	3 roky	VŠ ekonomická v ČR
I-2	muž	22	Vietnamská	4 roky	SŠ s maturitou v ČR
I-3	žena	34	Ruska	22 dní	VŠ v Rusku
I-4	žena	21	Ukrajinská	3,5 roku	VŠ pedagogická v ČR
I-5	žena	56	Česká (Romka)	55 let	SOU v ČR
I-6	žena	34	Jihoafrická	2 roky	SŠ v Jižní Africe

Zdroj: Vlastní

5.1 Identifikační údaje informantů

Dotazovali jsme se informantů ve vybraných zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji. Informanti byli osloveni za stanovených kritérií. (viz. Kapitola 4.1) Získané informace byly zaznamenávány a pro přehlednost umístěny do tabulky 1. (viz. Příloha č. 1) Pro větší orientaci a zachování anonymity jsou jednotliví informanti v šetření následně uvedeni pouze pod zkratkou I. I-1, I-2, I-3, I-4, I-5 a I-6.

Věková složka je velmi rozmanitá, a to se projevuje i na zkušenostech s ošetrovatelskou péčí. I-5 je padesát šest let a je z celé skupiny cizinců nejstarší. Oproti nejmladšímu I-4, kterým je jednadvacetiletý student, který zdravotní problémy chronického charakteru na rozdíl od I-5 nemá. I-5 je v invalidním důchodu a léčí se dlouhodobě s chronickými onemocněními. Shodu jsme měli pouze u I-3 a I-6, kteří jsou stejného věku. Zbylý I-2 je dvaceti dvou letý student vysoké školy a I-1 je dvaceti tří letý student vysoké školy.

Následně jsme se zaměřili na jazykovou vybavenost cizinců. Zde se nám shodli odpovědi I-1, I-2 a I-3. Tito informanti se domluví česky, ukrajinsky, rusky a anglicky. Totožnou odpověď jsme získali od I-4 s tím rozdílem, že plynule mluví i německy. I-5 nám doslova sdělila: „*Umím jen česky a cikánsky. Po našem jen mezi svýma.*“ Během rozhovoru s I-6 jsme se dozvěděli, že její jazyková zručnost je především v angličtině a češtině a též ovládá základy portugalského jazyka. Portugalského jazyka ovládá jen omezeně, oproti češtině, kterou se, jak udává, učila a učí po celou dobu pobytu v ČR. Proto dobře rozumí, ale hůř mluví, když je ve stresu nebo na veřejnosti.

5.2 Kategorie získaných dat

Kategorie jsou rozděleny do dvou hlavních okruhů. První okruh je zaměřený na konkrétní zkušenosti informantů s ošetrovatelskou péčí v ČR, ať se jedná o ambulantní ošetření či hospitalizaci. Také jsme se zajímali, zda cizinci před vstupem do českého zdravotnického zařízení měli nějaké informace, pokud ano, kde nebo od koho tyto informace získali. Následuje podkategorie specifických požadavků informantů. Druhý okruh se zaměřuje na to, co by informanti uvítali při poskytování ošetrovatelské péče v České republice. Zároveň jsme se zajímali, zda mají zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v zemi svého původu.

5.3 Kategorie 1 - zkušenosti informantů s ošetrovatelskou péčí v ČR

Všichni dotazovaní informanti I-1 až I-6 se setkali s ambulantní péčí v ČR. S tím rozdílem, že I-1, I-2, I-5 a I-6 se setkali i s hospitalizací. Pouze I-3 se setkala jen s ambulantní péčí v české ambulanci, jak sama uvádí: *„Podvrkla jsem si kotník, a tak jsem musela do nemocnice. V ambulanci mě ošetřili, ale nezůstávala jsem tam. Dostala jsem ortézu a šla do hotelu.“* I-4 se nikdy nesetkala s hospitalizací v ČR. Zkušenosti ze zdravotnictví v ČR má díky preventivní a ambulantní péči, které se jí dostávalo během pobytu na území ČR. I-6 uvedla během rozhovoru: *„Byla jsem v české nemocnici kvůli porodu, ten jsem měla o hodně složitější, než bych kdy čekala nebo si mohla představit.“*

I-5 nám během rozhovoru popsala své zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v ČR. Její zkušenosti nejsou příliš dobré. V nemocnici byla nespočetně krát, jelikož má hodně zdravotních problémů a je v invalidním důchodu. I-5 je nevědomá a z toho vyplývají i její nepříjemné zkušenosti, jak sama sdělila během rozhovoru: *„...jak jsem slepá. Stávalo se mi, že jsem seděla na posteli a chtěla jsem pustit televizi a sestra tiše zavřela dveře a odešla.“* I-6 nám během rozhovoru a vzpomínek na ošetrovatelskou péčí v ČR plakala, a tak byl rozhovor velmi emotivní. Během porodu bylo vše v pořádku, ale když byla přeložena na oddělení šestinedělí, bylo zde několik sester, které byly na její osobu předpojaté.

Ohledně informovanosti cizinců o ošetrovatelské péčí před vstupem do českého zdravotnického zařízení se odpovědi výrazně lišily. S výjimkou I-1 a I-5, ti se v odpovědi shodli, informace získávali od lékaře, pojišťovny a známých. I-4 získala informace před vstupem do České republiky z pojišťovací smlouvy. Jak nám uvedla během rozhovoru: *„...ve smlouvě, než jsem všechno podepsala, četla jsem, co musím mít za doklady sebou a na jakou péči mám s touhle pojišťovnou nárok.“* Zde jsou veškeré informace detailně

popsány, především nutnost pojištění a nároky jako pojištěnce dané pojišťovny na služby. Opakem jsou I-3 a I-6, kteří neměli před vstupem do českého zdravotnického zařízení žádné informace. I-3 vysvětluje i důvody proč informace nevyhledávala: „*Jela jsem do Čech na dovolenou nějaký úrazy nebo nemoc, nad tím jsem se ani nezamýšlela.*“ I-2 získal informace pouze od známých, především o nutnosti pojištění a platbách za péči nad rámec pojišťovny. Informace o nároku na konkrétní péči si nezjišťoval.

Dále jsme zjišťovali bližší informace o jejich pobytech, abychom se lépe zorientovali v jejich možnostech a možných problémech během poskytování ošetrovatelské péče.

Dotazovaní I-1 a I-4 jsou příslušníky Ukrajiny a jsou držiteli studentského víza. I-3 je občankou Ruska a je držitelkou turistického víza s platností do 30 dnu. I-2 je příslušníkem Vietnamu a je zde na studentském vízu. I-5 je příslušníkem romské komunity, ale držitelkou českého státního občanství. Jak nám řekla při rozhovoru: „*Když jsem si vzala manžela, který byl Čech, dostala jsem občanství automaticky.*“ I-6 je občankou Jižní Afriky a je držitelkou zaměstnanecké karty. Jak nám během rozhovoru řekla: „*Mám zaměstnaneckou kartu, a tu si teď prodlužuji. Ještě nemám vyrozumění, zda mi ji prodlouží, nebo budu muset odjet domu. Rada bych tu ale zůstala.*“ I-1 a I-2, studenti VŠ, kteří jsou na území ČR na základě držení studentských víz. Jak nás sám I-1 během rozhovoru informoval: „*Studovat v Česku je super, ale je otravné, že musíme každý rok dokládat, zda pokračujeme ve studiu. Také jestli máme dostatek financí, zajištěné bydlení atd. Je toho víc co musíme potvrdovat.*“ Totéž zdůrazní dotyčný I-2, který si již rok příležitostně přivydělává jako tlumočnick, i tento příjem musí být evidován. I-4 má hlášený přechodný pobyt na území ČR, pracuje v obchodním řetězci Lidl jako pokladní.

5.3.1 Podkategorie - Specifické požadavky informantů

Informanti se setkali v této problematice s negativními ohlasy u zdravotnického personálu. I-6, která dle svých slov: „*Byla jsem od sester ignorovaná a dávaly mi pěkně hnusným způsobem najevo, že mě tam nechťej.*“ Během hospitalizace údajně i zaslechla, jak se o ní na chodbě sestry s lékaři baví: „*...to je ta naše černá.*“ To bylo naší informantce velmi líto a připadala si jako méně cenná. I-5 nám své zkušenosti popsala jako dobré, výjimečně se setkala s ignorací jejích požadavku, jak sama uvádí: „*...asi chyba jednotlivce.*“ I-3 se s ignorací svých požadavků setkala v mírném neuposlechnutí proseb. Údajně během obvazování nohy upozorňovala na přílišné stažení obinadlem, které jí bylo nepříjemné. Když to sestra prohodila: „*Vy s tím naděláte vždyť to tak být musí.*“ I-1, I-2 a I-4 se s ignorací nebo neuposlechnutím svých požadavků neseťkali,

naopak když byli hospitalizováni, zdravotnický personál jím vycházel výrazně vstřícně i během konce návštěvních hodin jim vyhověl s návštěvou rodinnými příslušníky.

5.4 Kategorie 2 - zkušenosti s oš. péčí v zemi svého původu

Toto téma bylo velmi zajímavé, cizinci se o své zkušenosti velmi rádi podělili a během rozhovoru je tato pasáž nejvíce zaujala. I-1, I-2, I-4 si velmi chválí zdravotnický zařízení v ČR, především v oblasti preventivní péče a přívětivosti personálu se kterým se setkali.

I-1, I-2, I-3 a I-4 se shodli, že úroveň zdravotnických zařízení v ČR v porovnání se zemí jejich původu, je na lepší úrovni. I-4 uvedla: „*Na Ukrajině se dobrý lékař shání přes nějaké známé, oficiálně je zdravotnictví zdarma (hrazené státem), ale je hodně korupce kvůli tomu, že jsou zdravotníci málo placení.*“ I-5 bohužel nemá srovnání ani zkušenosti s jiným zdravotnickým zařízením v jiné zemi, než je ČR. I-6 souhlasí, že je zdravotnictví v ČR na dobré úrovni a preventivní péče zde funguje skvěle. Zároveň má lepší zkušenosti s poskytovanou péčí v zemi svého původu, kde má zkušenosti, jak sama udává pouze se soukromými zdravotnickými zařízeními. I-3 během rozhovoru upozorňuje na výrazně nižší úroveň a dostupnost zdravotnické péče v zemi svého původu. Jak sama udává: „*Dobře funguje preventivní medicína v ČR, ta je v Rusku skoro na nule, jelikož to není zvykem – začínáme něco léčit, až začne bolet.*“ I-2 souhlasí s dostupností péče, zároveň upozorňuje na nadužívání péče v českých zdravotnických zařízeních. Také upozorňuje na problém ve Vietnamu, kde je zdravotnická péče na vysoké úrovni, ale není dostupná pro všechny obyvatele v dostatečné míře. I-2 během rozhovoru popsal možnosti obyvatel ve Vietnamu: „*Pokud jste nemocný a nemůžete vydělat, prostě si péči nezaplatíte a budete jen ve státních nemocnicích, kde jsou možnosti léčby omezené jak v dostupnosti odborníku, nedostatek léčiv nebo zdravotnického materiálu.*“

5.4.1 Podkategorie - Komunikace mezi sestrou a informantem

I-1, I-2, I-3, I-4, i I-6 se shodli na tom, že komunikace mezi nimi a sestrou byla velmi omezená a obtížná. Všichni cizinci, s výjimkou I-5 ta jazykovou bariéru nepocítila, se shodli na tom, že by uvítali během rozhovoru tlumočníka nebo komunikační karty. Těch se jim ale v nemocnicích nedostalo. I-2 by uvítal tlumočníka, tuto možnost v té době neznal, a tak mu informace chyběly jak od sestry, tak od lékaře. Jak sám uvedl: „*Já neuměl česky ani slovo a oni neumí anglicky nic kromě pozdravu. Dialog o léčbě nebo vyšetřeních, které mně čekali, mi nedal žádný informace.*“

Následně se I-2 a I-3 shodli i v problematice poskytování transkulturní péče. I-3 uvedla: „*Ano mluvit se mnou moc nechtěli. Nechtěli se se mnou zdržovat, připadala jsem jim hloupá, když neumím česky. Nesnažili se mi pomoci nebo porozumět.*“ I-1 a I-6 během rozhovoru ve zdravotnickém zařízení využili mobilní telefon s online překladačem. Jak samy následně doplnily: „*... kdybych neměl/a překladač tak jim nerozumím ani slovo.*“ I-4 popsala situaci s komunikační bariérou takto: „*Působili na mě, že mi nic říct nechtějí, na všechno jsem se musela ptát. Prostě čekali, až když se já zeptám, a to jsem moc nezvládala, že jo. Připadalo mi to, že se tom vyžívají, když já jim nerozumím.*“ I-5 žádnou jazykovou bariéru nepocítila, česky mluví dobře a problém s komunikací se zdravotnickým personálem charakterizovala: „*Byli na mě hrozně hodný ve většině případech, ale je to o lidech.*“ Během rozhovoru se svěřila, že nepříjemné situace zažívala, ale to byla spíše chyba jednotlivce, vzájemná nesympatie nebo netolerance. I-4 též uvedla jako výrazný problém odmítnutí jejího ošetření lékařem, jelikož byla pojištěna u pojišťovny, se kterou dotyčný lékař nemá smlouvu. Tuto zkušenost popsala konkrétně takto: „*Nemají rádi samoplátce! Je s tím víc administrativy, a tak vás pošlou na pohotovost nebo za jiným lékařem, který smlouvu má. Na pohotovostech je ale vždycky kvůli tomuhle plno lidí.*“

Nedostatek informací a deficit jazykové zručnosti u zdravotnického personálu se projevil u většiny informantů s negativním ohlasem. Informanti deficit informací a poučení o zdravotnickém režimu hodnotí jako negativní, v tomto směru by uvítali zlepšení jak ze strany jednotlivců, tak ze strany nemocnic. Přivítali by možnost komunikace se zdravotníky prostřednictvím tlumočnicka. Některé nemocnice sice mají v systému různé fráze ve všech jazycích, ale než to v těchto programech vyhledávat a strávit u toho čas, je pro zdravotníky přijatelnější vzít telefon s možností výslovnosti v daném jazyce. I-6 uvedla během rozhovoru, že její otec, který česky v té době neuměl vůbec nic a chtěl za dceru na návštěvu na porodnici. „*Když byl v nemocnici poprvé a chtěl za mnou a svou novorozenou vnučkou na návštěvu křičel jen dokola moje jméno. Sestřičky mu nerozuměly, ale poslaly ho ke mně na pokoj a asi tiše doufaly, že se uklidní a přestane hulákat.*“ I-2 který je již jazykově zručný a navštěvuje některá zdravotnická zařízení a překládá zdravotníkům. Udává své zkušenosti s bariérou a neuposlechnutím léčebného režimu. „*Když jsem měl jít ráno na ultrazvuk břicha, nikdo mi neřekl, že nemám snídat a když mi snídaní dali na pokoj a něco zamumlali pod nos, čemu jsem stejně nerozuměl. Jsem se jako poslušný pacient zvedl a najedl. Pak byl akorát zmatek.*“ Jak sám popisuje, bylo to nepříjemné a sestry se tam na něj netvářily úplně přívětivě po celou dobu

hospitalizace. Jak uvedla I-6 „*Čeští zdravotníci jsou hodní a zdvořilí, ale občas to prostě nestačí, když se starají o nás cizince. Je potřeba se učit jazyky.*“ V transkulturním ošetřovatelství je tedy třeba nejen prohloubit znalosti ale i aplikovat získané vědomosti v praxi a spolupráci s cizinci.

6 Diskuze

Setkávání se v nemocničních zařízeních s příslušníky odlišných kultur bude dle Mareše (2011) stále častější nejen díky vstupu ČR do EU, ale také díky migraci a celkové potřebě cizinců jít za lepším životem do zahraničí.

Bakalářská práce se zabývá problematikou transkulturního ošetrovatelství z pohledu cizinců. Byl zvolen jeden hlavní cíl práce. Cílem práce bylo zmapovat zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních v České republice. Pro získání dat k výzkumu byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor. (viz. Příloha 1) Prvních několik otázek bylo zaměřeno na věk, pohlaví a vzdělání respondenta. Následně jsme se zaměřili na délku pobytu v ČR. V této části se nám odpovědi informantů výrazně lišili. Další část rozhovoru byla zaměřena na jazykovou zručnost a konkrétní zkušenosti se zdravotnickým zařízením v ČR. Zajímali jsme se o zkušenosti informantů se zdravotnictvím nejen v ČR, ale i v zemi jejich původu.

V první fázi výzkumu bylo třeba stanovit kdo je cizinec a do jaké kulturní skupiny patří. Kostelníková a Kiseřová (2011) ve svém výzkumném šetření zjistili, že se sestry na Slovensku nejčastěji setkávají s romskou a vietnamskou kulturní skupinou, následně s pacienty z Polska, Česka, Anglie, Německa a Itálie. Ve vybraných nemocničních zařízeních bylo prokázáno daleko častější setkávání zdravotnického personálu s Ukrajinci, Romy, Vietnamci, Rusy výjimečně s Afričany či Američany. Nejčastější problémy, jež cizinci v českém zdravotnickém zařízení řeší, jsou (seřazeno od nejčastějších): jazyková bariéra, komunikace a vstřícnost personálu v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Jazyková bariéra a komunikace byly zároveň v rámci polostrukturovaných rozhovorů s cizinci označovány jako problém. To na základě výzkumného šetření potvrzují jak cizinci, tak i Straková a Scholtzová (2012). Spolupráce se sestrami a cizinci, kde byla jazyková bariéra, byla obtížná a často se stávaly chyby. Cizinec nedodržel lačnění před výkonem, jelikož zdravotnickému personálu nerozuměl. Z mého pohledu je důležité, aby sestry měly přístup k jiným možnostem, jako je tlumočnické nebo komunikační katri, které by v případě potřeby komunikace s cizincem mohly využít. Pokud daný jazyk neovládají, tyto možnosti komunikace by uvítali všichni z dotazovaných cizinců.

Náš cíl, zmapovat zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních v České republice, byl naplněn. Zkušenosti informantů s ošetrovatelskou péčí v ČR jsou rozmanité. Cizinci si zdravotnické péče v ČR váží a nešetří s chválou, ale i se

směry, ve kterých by uvítali zlepšení. Především, dle našich zjištění, by uvítali změnu a zlepšení v komunikaci.

První výzkumná otázka, kterou jsme si položili, byla otázka: Jaké jsou zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnickém zařízení? V ČR je každoroční nárůst cizinců. (ČSÚ, 2019) My jsme si dle publikace ČSÚ vybrali nejčastěji se objevované cizince na území ČR. Ty jsme následně vyhledávali dle stanovených kritérií ve vybraných zdravotnických zařízeních. Zkušenosti cizinců v českém zdravotnickém zařízení jsou různorodá nejen díky rozmanité věkové kategorii, ale i spektru onemocnění, které cizinci prodělali a tím pádem získali zkušenosti se zdravotníky v danou dobu.

Druhá výzkumná otázka, kterou jsme si položili, byla: Jaká jsou specifika poskytované ošetrovatelské péče cizincům? Této problematice jsme se věnovali především v teoretické části bakalářské práce. Této problematice se věnuje Kobert ve svém článku pro časopis Sestra (2008), kde se zaměřil na problematiku různorodosti poskytování zdravotnické péče cizincům, ale i spiritualitě. My musíme souhlasit, že problematika s komunikací u sester je i nadále přítomna a cizinci tento problém vnímají jako nejdůležitější. Během rozhovoru nám potvrdila většina cizinců, že na komunikaci kladou velký důraz a je pro ně velmi nepříjemné, pokud sestry jazyk neovládají a ani se nesnaží se nějak dorozumět.

Třetí výzkumná otázka je zaměřena na rozdíl v ošetrovatelské péči poskytované v ČR a v zemích, z kterých cizinci pocházejí pohledem cizinců. V této části jsme se nejvíce zabývali jejich individuálními zkušenostmi. Jako srovnání je to velmi zajímavé.

Díky rozmanitosti kulturních skupin se nám podařilo získat individuální zkušenosti jednotlivých cizinců s ošetrovatelskou péčí v zemi jejich původu a porovnat tuto péči s péčí poskytovanou v ČR. Dle rozhovorů s cizinci, rozdíly v poskytované péči jsou velké. Především I-1 až I-4 péči v ČR hodnotí velmi kladně, jak uvádí I-1: „*Byl jsem rád, když už jsem nyl v Česku, věděl jsem, že když se mi něco stálo zachrání mě. Když sem vešel do nemocnice měl jsem dojem, že jsou tam nějaký svrch lidí.*“ Oproti I-5 která nemá možnost péči porovnávat, jelikož celý život pobývá na území České republiky ani c zahraničí nikdy nebyla. I-6 nemůže být objektivní, jelikož v zemi svého původu se setkala pouze se soukromým sektorem zdravotnických zařízení, oproti zkušenostem v ČR, které má ze státních zdravotnických zařízení. V ČR nikdy soukromé zdravotnické zařízení nevyhledávala. Jak sama uvedla během rozhovoru: „*Stačili mi zkušenosti ze státních špitálu.*“ Postoj k českému zdravotnickému zařízení měla informantka negativní, ale během rozhovorů se její postoj zlepšil, jelikož jsme spolu diskutovali a porovnávali naše

zkušenosti a pocity ze zdravotnických zařízení v ČR. Jak sama následně uvedla: „*no jo holt někdy nemáme nikdo svůj den.*“

Madeleine Leiningerová udává ve své publikaci (1995) že pokud mají lidé žít ve zdravém, pokojném světě, tak musí zdravotničtí pracovníci pochopit jejich kulturní různorodost. Tuto informaci jsme získali i během našeho výzkumu od informantů.

Respektování náboženství je pro všechny informanty důležité. Jak sami uvedli, je pro ně důležité, aby byly respektovány jejich potřeby ve víru, ať věří v cokoliv. Toto potvrzuje i Kutnohorská (2013). Klade důraz na respektování změny náboženství a také na vůli nemocného, který během nemoci může svou víru prohloubit a může se pro něj změnit prioritou spirituality. S tím souhlasí všichni informanti z výzkumného šetření.

Dotazovaní cizinci se během rozhovoru na téma zaměstnání a pracovní povolení vyděsili. Jelikož i dotazovaní cizinci, kteří měli povolení pobývat na území na dobu do 90 dnů, pracovali nelegálně, a tak odmítli poskytnutí rozhovoru pro veřejné výzkumné šetření. Proto odstoupili z výzkumného souboru. Zaměstnání cizince legální cestou zahrnuje legální pobyt na území ČR za podmínky držení tzv. zelené karty nebo modré karty, která držitelé umožňuje zaměstnání vykonávat. Druhá možnost je zažádat o povolení k zaměstnání na jednu určitou pozici v dané firmě, tu musí vykonávat u určitého zaměstnavatele po dobu určitou. Toto povolení vydává Úřad práce jen na konkrétní pozici u určitého zaměstnavatele. Tato žádost musí být vyřízená před vstupem cizince na území ČR. (Kapoun, 2012)

Tothová uvádí, že zdravotnický personál se bude častěji setkávat s pacienty odlišných kultur a národu. (2009) Dle ČSÚ se počet cizinců na území ČR rok od roku zvyšuje. Zároveň se obměňují i počty jednotlivých zastoupení cizinců, prozatím je nejčastější národností Ukrajinská, Slovenská a Vietnam. (ČSÚ, 2019) Toto zjištění se nám během výběru informantů potvrdilo. Nejčastěji jsme se setkávali s Ukrajinci, kteří nedodrží preventivní péči o své zdraví. Několik rodin, od kterých jsme se dozvěděli, že nedbají ani na preventivní zubní hygienu a nenavštěvují preventivní zubní prohlídky. Nejčastěji navštěvují pohotovost. Toto zjištění potvrzují i zdravotníci ve zdravotnických zařízeních kde byl prováděn výzkum.

Kutnohorská (2006) ve svém článku píše o důležitosti komunikace s cizinci s využitím všech složek komunikace. Nejprve píše o charakteru hlasu, který dává najevo dominantnost či naléhavost. Také výslovnost a pauzy jsou důležité, jelikož se v době rozhovoru cizinci často rozmýšleli, jestli nám určité informace mohou říct, hlavně v oblasti víz. Cizinci I-1 až I-4 během rozhovoru kladli důraz na neverbální komunikaci

a byli odměřeni, ale během rozhovoru se uvolnili a jak udává Kutnohorská (2006), získali důvěru. Vždy v komunikaci musí být přítomná vzájemná úcta mezi komunikanty (Kobert, 2008), a to se nám během rozhovoru projevilo na charakteru rozhovoru i na získaných informacích. I-1, I-2, I-3, I-4 a I-6 by přivítali, aby během rozhovoru se zdravotnickým personálem měli možnost využít tlumočnicka nebo komunikační karty. Téhož názoru je Ivanova, která poukazuje na důležitost využívání dostupných pomůcek během komunikace. Usnadní si jí tím především zdravotnický personál, který daný jazyk neovládá. (Ivanova, 2005)

Největším problémem, na který cizinci upozorňovali byl problém bariery během procesu komunikace. Mastiliáková (2003) je stejného názoru jak sama úvodí největší problém během poskytování specifické péče cizincům, je neznalost jazyku zdravotníku. Problematice jazykové bariery se věnuje i Špirudová, která jak sama uvádí, že žádný cizinec nepotřebuje abychom uměli jeho jazyk bezchybně. Ten správný dojem, zanechal i snaha i jiné možnosti komunikace, použití dostupných pomůcek v komunikaci. Neefektivní komunikace, jak sama uvádí může vést až ke špatně stanovené diagnóze i následně léčbě. Jelikož jestli lékař nezná jazyk ani nemá úsilí se s cizincem jiným způsobem dorozumět přichází na řadu rutinní přístup lékaře který stanoví špatnou léčbu. Na sestře je potom aby lékaři, pokud má znalosti jazyka inpretovala příznaky či potíže pacienta cizince.

I-2 a I-3 během rozhovoru zmínili, že vnímají i neverbální komunikaci kterou zdravotnický personál prezentaci. Jedna o projev nelibosti mimikou či gestikou. Proto by uvítali časově obtížnější možnost komunikace pomocí tlumočnicka. I tento způsob komunikace je obtížný z důvodu dostupnosti tlumočnicka. Jelikož na stalo zaměstnat tlumočnicka ve zdravotnickém zařízení je finančně zatěžující pro zdravotnické zařízení. Ti jsou výrazně omezený dostupnosti. Na tento problém upozorňuje i Elbertová (2010).

7 Závěr

Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb. To si žádá ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a schopnosti. Každá sestra by měla být zkušená nejen v transkulturním přístupu a všech jeho náležitostech, ale i ve vzájemné důvěře a vzájemné interakci mezi kulturami. Zkušenosti z praxe však ukazují, že právě v této oblasti sestrám chybějí potřebné vědomosti a praxe. Proto se v této oblasti musí sestry i nadále vzdělávat a rozvíjet.

Naším cílem bylo zmapovat zkušenosti cizinců s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnických zařízeních v České republice. Toto zmapování jsme provedli u cizinců pobývajících na území ČR bez trvalého pobytu nebo držení státního občanství ČR. Kterí se setkali s ošetrovatelskou péčí jak v zemi svého původu, tak v ČR. Pomocnou metodou k tomuto zjišťování nám byl polostrukturovaný rozhovor s cizinci v domácím i nemocničním prostředí. Soustředili jsme se především na problémy, se kterými se cizinci setkali a jaké zkušenosti tím získali, čemu by se sestry během péče o příslušníka jiné kulturní skupiny měly vyvarovat a na čem naopak zapracovat a více dbát.

V posledních letech je kladen větší důraz na vzdělávání všeobecných sester. Proto považujeme za nezbytné, aby si takto erudované sestry nesly již ze studijních let určité znalosti týkající se rozdílů v péči o různé kulturní skupiny pacientů, kteří pocházejí z jiných kultur s jinými hodnotami, přesvědčením a zvyky. Jejich cílem by měla být rovnocenná ošetrovatelská péče napříč kulturami. Měli bychom mít na vědomí, že kultura by měla být otevřena a měla by nasávat kulturní zvyklosti od jiných kultur, které jí tímto obohatí.

Tato bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací pro sestry i cizince. Sestry v ní získají víc informací o transkulturním ošetrovatelství a úskalí při jeho poskytování. Mohou se tak vyvarovat chybám a cizinci tak nebudou mít stejné pocity jako naši informanti z péče, která je jim poskytována v ČR. Pro cizince bude tato práce spíše zdrojem užitečných informací o zkušenostech jiných cizinců s ošetrovatelskou péčí v ČR.

8 Seznam použitých zdrojů

1. BUDIL, I. T., 2003. *Mýtus, jazyk a kulturní antropologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-321-0
2. CEJTHAMR, V., DĚDINA, J., 2010. *Management a organizační chování*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80.247-3348-7
3. CROFTER, W., 2006. *Velká kniha islámu*. Praha: BVD. ISBN 80-903754-0-5.
4. ČERNÁ, E., et al., 2004, Zvyky muslimů, *Diagnóza*, Praha, roč.1, č.4, s.192-194. ISSN 1801-1349
5. DVOŘÁKOVÁ, J., 2006. Metody sociální práce s dětmi uprchlíků a imigrantů nejen ve vztahu k zachování jejich identity. In: *BALVÍN, J., Identita ve vztahu k národnostním menšinám 2. díl. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin*. ISBN 80-903727-1-6.
6. EUN-OK IM, YAELIM L., 2018. Transcultural Nursing: Current Trends in Theoretical Wordks. *Korean Society of Nursing Science*. 12(3), 157-165. DOI 10.1016/j.anr.2018.08.006.
7. ELBERTOVÁ, Z., 2010. *Jazykové bariéry v českém zdravotnictví*. 2010. Lékařské listy r.149 č. 1, s. 56 ISSN MED00163506
8. HÁJEK, M., 2015. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4587-9.
9. HAŠKOVCOVA, H., 1998. *Manuálek o etice a vstřícném chování pro zdravotní laboranty, popřípadě laboratorní pracovníky*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-87-6
10. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
11. IVANOVÁ, K., et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
12. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmu 610 hesel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3679-2
13. KAPOUN, R., 2012. *Aktuální průvodce problematikou nelegálního zaměstnávání pro podnikatele ANAG*. ISBN: 978-80-7263-755-3
14. KNEZOVIC, R., RALBOVSKÁ, R., 2009. *Komunikace pro pomáhající profese* Praha: Evropské vzdělávací centrum, ISBN 9788087386033.

15. KOBER, L., 2008. Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 18(10), s. 24. ISSN 1210-0404.
16. KOBERT, L., 2008. *Specifika ošetrovatelské péče o cizince* Sestra- Praha, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN: 1210-0404.
17. KOKAISL, P., 2009. *Geografie náboženství: Úvod do problematiky studia světových náboženských systémů*. Praha: Provozně ekonomická fakulta ČZU, Katedra psychologie. ISBN 978-80-213-1935-6
18. KOPTÍKOVÁ, J., 2013. Umírání a smrt v romské kultuře. *Sestra*. Praha. 23 (11), s. 45. ISSN 1210-0404.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
20. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2006. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní Medicína* č.2 s.96-98 ISSN 1803-5256
22. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
23. LA BARRE, F., 2001. *On moving and being moved: nonverbal behavior in clinical practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, ISBN 0-88163-316-X
24. LEININGER, M., 1995. *Transcultural Nursing: Concept, Theories, Research and Practice*, New York: McGraw-Hill. ISBN 0-07-037660-3
25. LEININGER, M., 2002. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192 [cit. 2020-03-27]. DOI 10.1177/10459602013003005.
26. LHOŤAN, L., 2012. *Rozmanitostí proti předsudkům: Romové, Vietnamci, Muslimové a Ukrajinci v České republice*. V Pstruží: Lukáš Lhoťan. ISBN 978-80-904932-2-3.
27. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
28. MAGINNIS, C., ANDERSON, J., 2017. A discussion of nursing students' experiences of culture shock during an international clinical placement and the clinical facilitators' role. *Contemp Nurse* 53/3. s.348- 354. DOI: 10.1080/10376178.2017.1353397

29. MASTILIÁKOVÁ, D. et al., 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu* Ostrava: Ostravská univerzita, ISBN 80-7042-344-7
30. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
31. MONTSERRAT, PULIDO-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.
32. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha, Grada, ISBN 80-247-1024-2
33. NOVÁKOVÁ, I., 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-404-7.
34. OLÍŠAROVÁ, V., et al., 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetřovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-674-6
35. PECHOVÁ, E., 2007. *Migrace z Vietnamu do české republiky v kontextu problematiky obchodu s lidmi a vykořisťování*. La Strada ČR. Praha. 64 s.
36. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
37. PLEVOVÁ, I., et al., 2019. *Ošetřovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0889-3.
38. PROSEN, M., 2015. Introducing transcultural nursing education: Implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum. *Procedia*. 174, s. 149-155. DOI 10.1016/j.sbspro.2015.01.640.
39. RALBOVSKÁ, D. R., 2010. Multikulturní přístup zdravotníků k umírajícím. *Florence*. 6 (9), s. 24-29 ISSN 1801-464X
40. SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J., 2007, Transkulturní ošetřovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, roč. 9, č. 2, s. 230-239. ISSN 1212-4117.
41. ŠIŠKOVÁ, T., et al., 2001. *Menšiny a migranti v České republice: [my a oni v multikulturní společnosti 21. století]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-648-9.
42. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN 9788072625994

43. ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1213-X.
44. ŠPIRUDOVÁ, L., et al., 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi*.
45. ŠTRACH, P., 2009. *Mezinárodní management*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2987-9
46. 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.
47. TÓTHOVÁ, V., 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-286-1.
48. VELEMÍNSKÝ, M. Jr., et al., 2014. Medical and salutogenic approaches and their integration in taking prenatal and postnatal care of immigrants. *Neuroendocrinology letters*, 35 (Suppl. 1), 67-79. DOI 10.2174/1160101.
49. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
50. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
51. Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, 31. července 2019 [online] Ministerstvo vnitra České republiky [cit. 2019- 07- 31].

9 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1 - otázky do rozhovoru

Kolik vám je let?

Jaké máte vzdělání?

Čím se živíte? Jaké je vaše zaměstnání?

Z jaké země pocházíte?

Jak dlouho žijete na území ČR?

Jaký pobyt máte v ČR hlášený?

Jakým jazykem se domluvíte?

Jaké máte zkušenosti s českým zdravotnictvím? (ambulantní, hospitalizace.)

Měl jste před vstupem do českého zdravotnického zařízení nějaké informace o poskytované péči, na kterou máte nárok? Kde jste ty informace získal? (od pojišťovny, internet, brožura)

Vyskytli se nějaké bariery při poskytování zdravotnické péče mezi vámi a zdravotnickým personálem?

Pocítil jste rozdílné chování zdravotníků vůči Vám a ostatním pacientům? Pokud ano, jak se to projevovalo?

Setkal jste se, že by zdravotnický personál ignoroval vaše potřeby jen kvůli jazykové bariéře?

Měl jste v českém zdravotnictví problém s jazykovou bariérou? Jakým jazykem jste se se zdravotníky domlouval?

Jsou nějaké věci, které byste uvítal při poskytování zdravotnické péče ze strany zdravotníku? (tlumočník, komunikační karty)

Měl jste ve zdravotnickém zařízení nějaké specifické požadavky? Pokud ano, jaké konkrétně to byly? Vyhověl ve Vašich požadavcích?

Byly vám umožněny návštěvy vašimi příbuznými?

Chyběli Vám nějaké informace od zdravotníků při poskytování péče?

Myslíte si, že český zdravotnický personál má dostatečné znalosti v oblasti jednotlivých kultur a náboženství?

Je nějaká oblast, kterou by podle Vás měli čeští zdravotníci zlepšit?

Jaké máte zkušenosti se zdravotnictvím v zemi svého původu?

Pocítujete rozdíly v poskytované péči v ČR a v zemi Vašeho původu?

Zdroj: Vlastní

Seznam obrázků

Tabulka 1: Identifikační údaje informantů.....	23
--	----

10 Seznám zkratk

ČR - Česká republika

ČSÚ - Český statistický úřad