

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Role sestry při poskytování péče pacientům - cizincům

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Renata Kousalová

2011

Abstract

The theme of this thesis is the role of nurse providing care for patients-foreigners.

The thesis was divided into two parts. In the theoretical part it dealt with the issue of providing nursing care to patients-foreigners which sought to highlight the roles of sister, their problem situations and state of readiness to care for these patients. They were set three objectives of this work. The first objective was to determine the roles of nurse which are dominant in their care of the patients- foreigners The second objective was to map the problem situations of nurses in providing care to patients foreigners. The last objective was to map the state of readiness of nurses in patient care of patients-foreigners.

In the empirical part were set out five hypotheses. The first hypothesis was that the most common role of nurses in patients-foreigners care is the role of nursing care provider. The second hypothesis claimed that the most problem role of nurse in patients-foreigners care was the role of educator. The third hypothesis was that the greatest obstacle in providing nursing care to patients- foreigners is the language barrier. The fourth hypothesis was that the most common problem in providing nursing care to patients- foreigners is a social isolation. The fifth hypothesis was based on the assumption that nurses are theoretically prepared to care for the patients-foreigners. Based on the evaluation of an anonymous questionnaire the first, third and fourth hypothesis is confirmed. On the contrary, the second and the fifth hypothesis were not confirmed. In the first part of the research investigation was used a quantitative data collection method in the form of an anonymous questionnaire for general nurses to hospital beds stations in Hospital in České Budějovice joint-stock company, Hospital Písek joint-stock company, Hospital Strakonice joint stock company and Hospital Tábor joint-stock company. The questionnaire contained 36 closed, semi-open and open questions. In the second part of the research were used descriptive statistical functions. To evaluate statistically significant relationships were used PivotTable (Crosstabs). In total, 300 questionnaires were distributed of which the final research survey used the 226. Survey results were summarized in graphs and tables. Discussions have been

confronted with the literature with the expression of the author's own opinion. At the end of the work were given the confirmed and unconfirmed hypotheses and the overall summary of work with possible suggestions to improve the quality of patients-foreigners care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Role sestry při poskytování péče pacientům - cizincům jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....2011

.....

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé diplomové práce

Úvod	3
1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	5
<i>1.1 Současná situace cizinců na území České republiky</i>	<i>6</i>
1.1.1 Rizika migrace z hlediska zdravotního	7
1.1.2 Potřeba transkulturního přístupu v ošetrovatelství	8
<i>1.2 Postavení pacientů cizinců v nemocničním zařízení.....</i>	<i>10</i>
1.2.1 Význam víry v době nemoci pacientů cizinců.....	12
<i>1.3 Role sestry v péči o pacienty cizince.....</i>	<i>13</i>
1.3.1 Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče v péči o pacienta cizince	13
1.3.2 Sestra jako edukátorka v péči o pacienta cizince.....	15
1.3.3 Sestra jako advokátka v péči o pacienta cizince	16
1.3.4 Sestra jako nositelka změn v péči o pacienta cizince	17
1.3.5 Sestra jako výzkumnice v péči o pacienta cizince.....	18
1.3.6 Sestra jako manažerka v péči o pacienta cizince	19
<i>1.4 Transkulturní ošetrovatelství a ošetrovatelský proces.....</i>	<i>20</i>
1.4.1 Ošetrovatelský proces u pacientů cizinců	21
<i>1.5 Komunikace v transkulturním ošetrovatelství.....</i>	<i>24</i>
1.5.1 Vybrané odlišnosti komunikace pacientů cizinců	26
1.5.2 Alternativní způsoby komunikování s pacienty cizinci.....	29
<i>1.6 Specifika péče o pacienty cizince.....</i>	<i>31</i>
1.6.1 Specifická charakteristika pacienta vietnamské národnosti.....	31
1.6.1.1 Vietnamský pacient z pohledu zdraví a nemoci	33
1.6.2 Specifická charakteristika pacienta čínské národnosti.....	34
1.6.3 Specifická charakteristika pacienta ukrajinské národnosti	37
1.6.4 Specifická charakteristika pacienta židovského vyznání.....	39
1.6.4.1 Náboženské povinnosti pacienta židovského vyznání.....	41
1.6.4.2 Hygienické povinnosti pacienta židovského vyznání	43
1.6.4.3 Stravovací zvyklosti pacienta židovského vyznání	44

1.6.5	Specifická charakteristika pacienta muslimského vyznání.....	45
1.6.5.1	Náboženské povinnosti pacienta muslimského vyznání.....	47
1.6.5.2	Stravovací zvyklosti pacienta muslimského vyznání	48
1.7	<i>Problematika zdravotního pojištění pacientů cizinců.....</i>	<i>49</i>
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	51
2.1	<i>Cíle práce.....</i>	<i>51</i>
2.2	<i>Hypotézy práce</i>	<i>51</i>
3	METODIKA	52
3.1	<i>Použité metody.....</i>	<i>52</i>
3.2	<i>Charakteristika zkoumaného vzorku.....</i>	<i>52</i>
4	VÝSLEDKY	53
4.1	<i>Výsledky dotazníkového šetření</i>	<i>53</i>
4.2	<i>Statistické testy.....</i>	<i>78</i>
5	DISKUSE.....	90
6	ZÁVĚR.....	100
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	107
8	KLÍČOVÁ SLOVA	108
9	PŘÍLOHY	109

Úvod

Populační migrace vzrůstá především po druhé světové válce v souvislosti s chudobou, hladem, přírodními katastrofami, válkami, ale také touhou po uchopení nových možností a profesní kariéry. Také politické změny ve světě a neustále se měnící ohniska válečných a etnických konfliktů vyvolávají příliv jiných etnik do Evropy, včetně České republiky. Etnická populace, která žije v současné České republice je dosti pestrá, což může způsobit řadu problémů. Jedním z důvodů je fakt, že většina Čechů není připravena na soužití s jinými etniky. Také stěhování obyvatel z různých oblastí znamená výzvu nejen pro lékaře, ale také pro sestry za účelem pomáhat. S nárůstem kulturního vědomí pacientů vyvstává jako samozřejmost očekávání, že sestry jsou morálně a profesně zavázány přizpůsobit svou péči kultuře pacienta, což žádá od personálu znalost různých forem kulturní identity. Z tohoto důvodu musí být sestry připraveny na intenzivní kontakty s příslušníky jiných států, národů a etnik (42).

Zavádění vyspělých technologií do diagnostiky, péče a léčby se setkává s různými reakcemi ze strany pacientů jednotlivých kultur, jelikož pacienti pocházejí ze zemí, kde se nepoužívá moderní zdravotnická technika, a tudíž zažívají kulturní šok. Zobrazovací metody znamenají také pro některé pacienty důvod k obavám. Žaloby, které směřují na adresu sester pro zanedbání kulturních ohledů, přehlížení kulturní specifiky a vnucování vlastních postojů naznačují, že kulturní křivdy je nutné dále zmírňovat. Tento fakt svědčí rovněž o potřebě seznámit sestry s pojetím spravedlnosti v různých zemích, kulturách a komunitách. Jedná se o potřebu aplikovat transkulturní rozhledy, kde důležitou roli hraje jazyková vybavenost sester, včetně terminologie. Sestry, které poskytují transkulturní péči, vědí, že zatímco jsou dané kultury relativně dlouhodobě stabilní, ony samotné se mění. Proto potřebují mít určitý standardní návod k zajištění bezpečné, efektivní a smysluplné péče (42).

Sestry při poskytování ošetrovatelské péče musí umět zhodnotit aktuální zdravotní stav a reakce pacienta na neuspokojené potřeby, včetně potřeb, které souvisí s odlišnou kulturou, a podle toho průběžně zajišťovat individuální péči. Nové tisíciletí přivádí sestry k zamyšlení, že vlivem migrace, rychlých elektronických a komunikačních prostředků přicházejí do kontaktu s velkým množstvím pacientů

odlišných kultur ve velice krátkém čase. Účinná a účelná pomoc těmto pacientům si ve zdravotní péči žádá dobrou připravenost sester. Na druhé straně se pro sestry stává velkou odměnou, když vidí, že svými transkulturními dovednostmi a znalostmi vyvolávají u pacientů patřičnou spokojenost. Celé rozhodování a konání sester se zakládá na znalosti kultury, která pohotově brání neúčinnému a zraňujícímu chování. Kulturní jevy jsou sice často skryté a neviditelné, nicméně při ošetřování pacientů a zkvalitňování jejich života je potřeba se těmto jevům věnovat. Výchova nové generace sester, které jsou vybavené patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením, patří k cílům transkulturního ošetřovatelství. Právě takové sestry se lépe orientují v tomto dynamickém multikulturním světě. V dnešní době se také řada sester může účastnit volitelných kurzů, kde si osvojí holistický náhled na zdraví a lidskou existenci. Pokud je zájem o obor opravdový, pomáhá sestrám zachovat si otevřené srdce a mysl (42).

S rozvojem ošetřovatelství jako vědy přibývá také sesterských rolí. Role jsou univerzální pro všechny sestry, ale liší se svou intenzitou a mírou naplňování. Z tohoto důvodu se sestra musí na své role adaptovat, jelikož jen tehdy dochází k jejich efektivnímu naplňování. Na základě svých zkušeností z praxe jsem zvolila téma diplomové práce, která se týká problematiky poskytování ošetřovatelské péče pacientům cizincům, kdy cílem je poukázat na sesterské role, jejich problémové situace a připravenost na péči o tyto pacienty. Dle našeho názoru by právě sestry měly být hlavními osobami, které se zajímají o názory, pocity, obavy a starosti pacienta jiné kultury. Tím, že jsou sestry v kontaktu s pacienty cizinci, mohou snadněji vytvořit a získat jejich důvěru, kterou pak následně využijí ve vzájemné spolupráci a dosažení kvalitnější ošetřovatelské péče. Tato skutečnost vyžaduje jejich neustálé vzdělávání a zdokonalování, jelikož sestry a jejich jednotlivé role tvoří základ moderního ošetřovatelství.

1 Současný stav dané problematiky

Česká republika (dále jen ČR) je zemí, ve které menšiny patří k významným otázkám vnitřní a zahraniční politiky. Po celou dobu existence československé republiky se menšiny stávají jedním z klíčových problémů, které se týkají existence státu. Problém v rozdělování etnik, národností a kultur v ČR představuje odlišné chápání pojmu menšina, která se vymezuje nejen podle zákona, ale také podle kulturní a etnické skladby jejich členů. Národnostní menšina představuje takové společenství občanů ČR, které žije na území současné ČR a odlišuje se od ostatních občanů společným etnickým původem, kulturou a jazykem. Tito občané tvoří početní menšinu obyvatelstva a projevují vůli stát se národnostní menšinou za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, kultury a jazyka. Z výše uvedeného vyplývá, že v případě charakteristiky národnostní menšiny se jedná o jedince ČR, kteří se odlišují od většiny počtem, kulturou, původem, jazykem a tradicemi, spojuje je úsilí o zachování a rozvoj svébytnosti menšiny a mají historickou souvislost s ČR (18).

V případě, kdy lidé zemi opouštějí, jedná se o emigraci, když do země vstupují, hovoří se o imigraci. Na území ČR žijí různé národnostní menšiny. Jedná se například o menšinu slovenskou, německou, polskou, ruskou nebo ukrajinskou. Existují však další národnostní a etnické skupiny, které pobývají na území ČR, ale nejedná se o menšiny, jelikož jejich příslušníci nejsou občany ČR. Podle Komise pro lidská práva 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. Politické složení obyvatel je velmi důležitým rysem v každé kultuře, zejména v Evropě, kde důležitým specifikem je etnické sousedství. Současná etnická struktura populace ČR je daleko pestřejší. Cizinců s legálním pobytem se udává na 422000, kdy početnou většinu tvoří především Slováci, Vietnamci, Ukrajinci, Poláci a Němci. V ČR žijí ještě cizinci uprchlíci, kteří jsou chráněni mezinárodním právem, a proto se většina z nich nachází v humanitárních střediscích ministerstva vnitra ČR. Jejich počet se zvyšuje vlivem války v Jugoslávii v roce 1999 a jiných konfliktů (9, 18) (Příloha 6).

1.1 Současná situace cizinců na území České republiky

S většími počty cizinců se ČR setkává po roce 1989, kdy ČR funguje jako tranzitní země při cestě do západní Evropy. Počet cizinců s povolením k pobytu stoupá hlavně od roku 1995. Množství nelegálně se pohybujících cizinců v ČR se velmi těžko odhaduje, jelikož příjíždějící a dlouhodobě usazení cizinci se promítají do počtu pacientů ošetřených v českých zdravotnických zařízeních. V průběhu uplynulých padesáti let dochází ke změnám, které se týkají skladby obyvatel na území dnešní ČR. V ČR přibývají Slováci, kteří se stávají občany ČR, jiní zůstávají občany Slovenské republiky. Stěhování ze Slovenska do ČR pokračuje také po roce 1993, kdy noví imigranti se v ČR považují za cizince, kteří dodržují pravidla jako ostatní cizinci. Z hlediska sledování multikulturnosti obyvatelstva převládají v ČR cizinci, kdy se jedná o občany sousedních zemí nebo kulturně blízkých států. Lidé, kteří žádají o azyl, jsou bez dokladů a dostávají se do ČR ilegálně přes zelenou hranici. Jedná se například o příslušníky čínské, vietnamské, ruské, běloruské nebo moldavské národnosti. Migrace obyvatelstva se stává součástí dějin lidské společnosti, jejímž zdrojem jsou války, politické převraty a ekonomické rozdíly mezi zeměmi. České země nejsou jen cílem migrací, ale také jejich zdrojem. Početné migrace se považují za přirozenou součást života společnosti. Pohyb lidí z jedné země do druhé, barva pleti, kultura a promíšenost obyvatel různého původu, provází život dnešních a budoucích generací, stává se součástí každodennosti, s kterou je nutné počítat (18).

Cizinci se na území ČR usídlují nerovnoměrně, jejich rozmístění je spojeno s jejich ekonomickou aktivitou. Počet cizinců podle pohlaví kolísá podle typu pobytu. Menší počet žen-cizinek je dán tím, že imigrace do ČR má ekonomické důvody. Ve věkové skladbě převažují cizinci ve věku od 22 - 45 let, což je věk nejvyšší ekonomické aktivity, ale jejich počet prudce klesá v poproduktivním období. Podíl dětí není příliš vysoký, ale mladí cizinci představují naději na budoucí populační přírůstek v ČR. Právě tento moment je zdrojem úvah, že větší otevřenost cizincům pomáhá zmenšit ztráty obyvatelstva státu, které se v posledních letech zaznamenávají. Počet živě narozených dětí trvale klesá, populace stárne a vzniká obava, jakým způsobem se zajistí budoucnost státu. Imigranti, kteří se v ČR chtějí trvale usadit, usilují o udělení

státního občanství, mají zaměstnání a snaží se integrovat do společenských struktur, což vede ke zpomalení stárnutí obyvatel státu. Jedná se především o mladé muže, kteří na našem území uzavírají manželství nebo mladé rodiny, jejichž děti chodí do českých škol. Vyplňuje se tak populační úbytek zdejšího obyvatelstva. Skutečnost stále rostoucí imigrace nutí ČR k vytvoření integrační politiky, kdy integrace vlastně znamená ucelení, sjednocení nebo také plnohodnotné soužití všech jedinců, kteří žijí na území určitého státu, což umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života. Součástí všech koncepcí integrace cizinců je kvalitní azylová politika, kde se nedílným prvkem stává zkoumání procesů adaptace a integrace migrujících skupin a jednotlivců. Problematikou tvorby zdravotní politiky, ze které vychází zdravotní péče o cizince, se zabývají nejen mezinárodní dokumenty a doporučení, ale také české koncepce (18).

1.1.1 Rizika migrace z hlediska zdravotního

Nelze jednoznačně říci, že migrace obyvatelstva hraje podstatnější roli než v minulosti, ale patří mezi charakteristické rysy současnosti. 45% celkového populačního přírůstku vyspělých zemí tvoří imigranti. Na přelomu dvacátého a dvacátého prvního století se nacházela mimo zemi svého původu přibližně 2% obyvatelstva celého světa. V druhé polovině dvacátého století se zejména v evropských zemích, ve kterých je emigrace nejsilnější, začíná rozvíjet studium migračních procesů včetně otázek, které jsou spojené s adaptací migrantů na nové prostředí a jejich integrace do majoritní společnosti. Novou zkušenost s imigrací získávají postupně země, ve kterých dříve převládala emigrace. Mezi takové země patří také ČR. Péče o zdravotní stav cizinců představuje závažný problém. Země, které mají v tomto směru historickou zkušenost, přijímají v průběhu let řadu opatření a odstraňují administrativní, ekonomické a jazykové bariéry v oblasti zdravotnické a sociální péče. Epidemiologické studie zdravotního stavu obyvatelstva, prováděné v zemích Evropské unie, zjišťují četnost duševních poruch a somatických onemocnění, u kterých se předpokládá, že se na jejich vzniku nebo klinické manifestaci podílí nakupení zátěžových situací a pracovních úrazů. Zvýšená pozornost se také věnuje četnosti

výskytu infekčních a parazitárních onemocnění mezi migranty s nutností zavedení opatření. Potencionální rizika migrantů představují například nároky odlišného klimatu, časový posun, odlišnost prostředí, rozdílná společenská a ekonomická orientace, vztah místní populace k migrantům nebo vnitropolitická situace v zemi. Tyto faktory patří mezi zevní příčiny. Vnitřní příčiny se zaměřují na samotného jedince, kde se jedná o somatický a psychický zdravotní stav, motivace k odchodu z vlasti, nároky cesty do zvolené země a problémy komunikace v cizím jazyce (37).

1.1.2 Potřeba transkulturního přístupu v ošetrovatelství

Koncept multikulturalismu, který vzniká ve světě v šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století, předpokládá uchování kulturní identity migrantů. Jinými slovy v jednom státě nebo na určitém území žije vedle sebe několik představitelů nebo skupin různé kultury, která je plně zachována a jinými občany nebo skupinami respektována a tolerována. Kulturní a etnické skupiny jsou homogenní, nepřebírají znaky jiných kultur a není tak odjímana jejich kultura. V podmínkách globalizace a vysoké mobility je velmi těžké zachovat tyto homogenní skupiny, jelikož jsou ovlivněny děním v zemi, postoji, názory a sociokulturním prostředím. Diskuse o multikulturalitě přehlíží význam jazyka a demokratizace vlády moci vyžaduje jazykovou homogenitu. V případě, že jádrem každé kultury je jazyk, pak multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití. Kultura se také přirovnává k cibuli, kdy slupku tvoří řeč, oblečení, strava a architektura. Střední vrstva se odhalí v bližším kontaktu s danou kulturou a obsahuje viditelné hodnoty a normy. Vnitřní vrstvu, tedy jádro kulturní cibule, tvoří základní otázky, hodnoty existence, archetypy, stereotypy a základní pravdy o životě. Jednotlivé vrstvy a jejich obsah se odlišuje v každé kultuře, kde jádro kultury cizinec těžko rozpoznává a k proniknutí do jádra je zapotřebí úzký a dlouhodobý styk se zkoumanou kulturou. Neporozumění státnímu jazyku cizince vylučuje a prohlubuje jejich izolovanost. Moderní pluralitní společnosti potřebují sociální ekonomickou integraci migrantů a jejich zvýšenou participaci na řešení problémů v oblasti politické, ekonomické a sociální. Těmto podmínkám lépe vyhovuje koncepce transkulturalismu, která navazuje na fázi multikulturalismu, kdy dochází k vzájemnému mísení kultur a přebírání prvků

jiných kultur do své kultury. Jedná se o interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami (2, 18) (Příloha 8, 9).

Zlepšení zdravotnické péče o cizince se stává součástí programu jejich integrace v ČR a zahrnuje nejen otázky dostupnosti konkrétní zdravotnické péče a sociálního zabezpečení, ale také mezinárodní smlouvy o poskytování zdravotnické péče. Evropská porada Světové zdravotnické organizace o právech pacientů schvaluje při setkání v Amsterdamu v roce 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o soubor zásad na uplatňování a podporu práv pacientů v čestných státech Evropské unie (dále jen EU). Tento dokument na několik místech zmiňuje požadavek na respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotnické péče. Vstupem naší země do EU se mění národnostní, etnická a kulturní struktura populace. Po vstupu do EU se také změnila struktura a počet migrantů, kdy se předpokládá výraznější podíl našich zdravotníků v různých mezinárodních pracovních skupinách. Důležitostí se stává příprava českého zdravotnického systému na větší rozličnost národností, etnik a kultur. Tato příprava je nutností nejen v rovině legislativní, politické, výchovně vzdělávací a manažerské, ale také v rovině poskytování přímé zdravotnické a ošetrovatelské péče, tedy přímo v praxi. Naše ošetrovatelská péče o pacienta vychází z holistického přístupu, který se zaměřuje na kvalitu, efektivitu a individualitu, kdy je nezbytné naplňovat všechny atributy bez výjimky u všech pacientů. Zdravotnická péče, poskytovaná cizincům a migrantům, se reguluje v ČR speciálními zákony, které je nutné znát a dodržovat, ale v běžné každodenní praxi se vyskytují situace, které mají svá určitá specifika. Tyto zákonné normy neřeší a neupozorňují na takové situace, které se pak stávají předmětem případných konfliktů, žalob a sporů. Příkladem jsou některé specifické kulturní požadavky a rituální praktiky, na které naši zdravotníci nejsou připraveni. Nejčastěji se jedná o specifické nároky a požadavky, které vznáší přímo pacient nebo rodina pacienta nejen v souvislosti se stravou, vyšetřováním, prováděním diagnostických, terapeutických výkonů a praktikováním náboženských rituálů, ale také s porodem, péčí o novorozence, odnímáním částí těla a tkání nebo pitvou. V ČR se problematika transkulturního ošetrovatelství veřejně prezentuje v roce 2000 na druhé ošetrovatelské konferenci

s mezinárodní účastí v Olomouci. Konference s názvem „Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí“ se účastnili profesionálové oboru ze šesti evropských zemí. Léta 2000 – 2004 znamenají v ČR otevření diskuse a zvýšení pozornosti zdravotníků k problematice transkulturní péče (18).

1.2 Postavení pacientů cizinců v nemocničním zařízení

Systém profesionální zdravotnické péče představuje subkulturu, která má svá pravidla, zvyky a jazyk. Pacienti vnikají do tohoto systému, učí se mu rozumět a přijímají zásady, které jsou pro ně přijatelné. Slovo cizinec má stejný základ jako cizí, ale neznamená, že pacienti, kteří k nám přicházejí odjinud, mají zůstat nepoznaní a odcizení. Naopak potřebují pochopení a asistenci, zvláště pokud se dostávají do zdravotních nesnází a ocitají se v péči zdravotnického personálu. Neexistuje žádný jednoduchý návod, jak pomoci pacientům, kteří přicházejí z jiného prostředí. Kulturní rozhled rozhodně pomáhá snižovat množství konfliktů a etický stres, kdy je žádoucí naslouchat, když pacient vysvětluje důvody svého chování. Hodnoty lidí se v průběhu života mění bez ohledu, v jaké kultuře se formuje jejich osobnost s ohledem na jejich současný zdravotní stav. Některé hodnoty se považují v životě za zajištěné a člověk si neuvědomuje, že nastává jejich změna. Identifikace hodnotového systému pomáhá pacientovi cizinci najít novou a smysluplnou soustavu hodnot, která povede k překonání nemoci, získání informací o odpovědích na nemoc, hledání alternativních cílů a plánování ošetrovatelské péče, která podporuje kulturní a zdravotní přesvědčení pacienta cizince. Důležitou součástí péče je naslouchání rodině a přátelům pacienta cizince, jelikož právě oni poskytují záchytné body náhodnými poznámkami. Také pozorné prozkoumání zdravotnických záznamů pacienta odhalí jeho osobní hodnoty. Ujasňování si hodnot se stává užitečnou pomůckou pro pacienta cizince, kdy sestra následně pomáhá při přemýšlení. V některých případech se sestry dopouštějí vnucování svých kulturních hodnot, jelikož své postoje považují za lepší než postoje ošetřovaného pacienta cizince, což může vést k jeho nespokojenosti a odmítání spolupráce (18, 42).

V období nemoci se pacient stává předmětem péče lékařů, sester, dalšího odborného a pomocného personálu, kdy nemoc pro pacienta jiné kultury znamená

náročnou životní situací, která je vnímána jako obtížně zvládnutelná, nepříjemná, omezuje pacienta v jeho denních zvyklostech, mění navyklý způsob života a denní stereotyp. Vlivem nemoci nastává situace, kdy pacient nemoc popírá, skrývá nebo naopak zveličuje a předstírá. Jiní pacienti svou nemoc podceňují, neléčí se a nemoc bagatelizují. Pacient je za těchto okolností postaven do odlišné situace, kdy provádí činnosti, které neovládá, neumí, ocitá se v sociální izolaci nemocničního prostředí, kde se stýká s neznámými lidmi a kontakt se svými blízkými má značně omezen. V případě hospitalizovaného pacienta cizince dochází následkem změny prostředí k radikální změně. Pacient je náhle vyřazen ze společnosti zdravých a ocitá se v psychickém a společenském podřízeném postavení. Novou roli si pacient jiné kultury osvojuje vstupem do nemocničního prostředí, což znamená překonání životní situace, ale také vyjadřuje vážnou překážku. Do nemocničního ošetření vstupují pacienti jiné kultury v nejrůznějším věku, kultury, náboženství a sociálního původu. Z tohoto důvodu není možné řešit problém univerzálně. Pacient z výrazně odlišné kultury prožívá situaci, ve které jeho navyklé způsoby chování opakovaně selhávají, kdy není schopen řešit běžné denní problémy spojené s péčí o sebe. V takových situacích se ocitá dezorientovaný, frustrovaný, prožívá nepříjemnou závislost na pečující osobě, cítí se ohrožen, má problémy s kulturní adaptací a prožívá kulturní šok. Kulturní šok představuje psychickou reakci, kterou prožívá v případě, že se přemístí do jiné kultury, velmi odlišné od jeho vlastní. V těchto situacích ztrácí efektivnost jeho předcházející způsoby chování a přiklání se ke svým tradicím, zvykům a rituálům. Kultura zdravotnického zařízení apeluje na čistotu, a z tohoto důvodu očekává vysoký hygienický standard také od svých pacientů. Pro pacienta cizince však tento standard není běžnou denní praktikou, kde časté umývání rukou, každodenní koupel, mytí vlasů a čištění zubů znamená novou a zcela nepochopitelnou zkušenost. Také diagnostické a terapeutické procedury se stávají pro pacienty jiné kultury komplikované a nepříjemné, kde schází emocionální složka. Zdravotničtí pracovníci zdůrazňují dodržování termínů, což se nemusí ztotožňovat s názory a zvyklostmi pacienta a jeho kultury. Moderní technologie na jedné straně zkvalitňuje rozhodování a posouvá hranice léčby, ale na straně druhé u pacientů cizinců může vyvolávat nedůvěru, stres a strach

z neznámého. Tyto široké možnosti přináší cenné zkušenosti, rozšíření vědomostí a dovedností, ale také problémy a překvapení. Z tohoto důvodu se citlivý přístup sestry k potřebám pacientů cizinců považuje za důležitý aspekt transkulturní péče, což znamená, že v multikulturním zdravotnictví je potřeba rozvíjet nejen kompetence obecné, ale také specifické, což s sebou přináší rozvoj znalostí a dovedností. Ty pak souvisí s konkrétní etnickou skupinou, stejně jako pohledy na víru a hodnoty, které fungují v kultuře pacientů. Multikultura ve zdravotnictví je dnešní realita nejen u příjemců ošetrovatelské péče, ale také u jejich poskytovatelů (3, 7, 17, 30, 31, 36, 54) (Příloha 2, 7).

1.2.1 Význam víry v době nemoci pacientů cizinců

Duchovní a náboženské přesvědčení tvoří významné fenomény v životě lidí různých kultur. Náboženství a víra ovlivňuje způsob života, životní hodnoty, postoje, názory, vztahy k sobě, druhým, životu, nemoci a smrti. V době nemoci nabývá duchovní přesvědčení na významu, kdy víra významným způsobem ovlivňuje přístup pacienta a jeho rodiny k nemoci a těžkostem, které spojuje diagnostika, léčba, rizika, edukace nebo umírání. Sestra vychází vstříc těmto duchovním potřebám pacientů a jejich rodinám. Náboženská orientace dává stabilitu, identitu a poskytuje sebejistotu v novém prostředí, které pacienti vnímají jako chladné a odmítavé. Představitelé církví poskytují sestřím potřebné informace pro péči o pacienty jiné kultury, které se týkají poučení, odlišnosti péče, chování personálu, režimu dne, stravování a kontaktu s návštěvami. Velké nemocnice zaměstnávají na plný úvazek kaplany, v jiném případě do nemocnic docházejí kněží z příslušné lokality, kteří poskytují pomoc pacientům cizincům, příbuzným, blízkým a také zdravotnickým pracovníkům. V menších nemocnicích vypomáhá místní církevní komunita. Ve zdravotnických zařízeních existují seznamy duchovních, kteří se v případě potřeby povolají. Jednou z možností je požádat rodinu o pomoc při zajišťování podpory, pokud se jedná o pacienta se speciálním vyznáním. Rodina tak zajistí kontakt na známou duchovní autoritu jejich společenství. V dnešní době mají některé nemocnice vlastní prostory pro výkon náboženských obřadů pro pacienty nebo zajišťují osobité tiché místnosti, které se

používají na meditaci, duchovní rady a bohoslužby. Tento vztah stojí na bázi pomoci, komunikaci a dobré pozorovací schopnosti sestry, která pečlivě sleduje pacienta v době samoty nebo v interakci s jinými, kdy si všímá, co říká a naznačuje (1, 25, 49).

1.3 Role sestry v péči o pacienty cizince

Role sestry jsou historicky podmíněné a do určité míry ovlivněné společností. V dnešní době se role sester mění a vzhledem k jejich vyšší samostatnosti přináší také řadu výzev, kdy za tu aktuální se považuje udržení kvalitní ošetrovatelské péče o pacienty cizince. Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester poznat kulturu těch, které ošetřují, přijímat nové vědomosti a zkušenosti ve vztahu k problémům, které provázejí a obklopují nemoc takového pacienta. Roli sestry charakterizuje skutečnost, že vychází z potřeb nemocného, chápe jeho problémy, zajišťuje pocit jistoty, uspokojuje jeho potřeby a je emocionálně neutrální. K poskytování a plnění kvalitní ošetrovatelské péče jsou potřebné všechny role sester a jejich komunikační dovednosti, které pomáhají zvládnout situace a stavy pacienta cizince v nemocničním zařízení (12).

1.3.1 Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče v péči o pacienta cizince

Nejčastěji poskytovanou rolí, kterou sestra zastupuje v péči o pacienta cizince, je role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče. Jedná se o určitý soubor vztahů, které se promítají do jednání a myšlení v souvislosti s holistickým pojetím pacienta jiné kultury a jeho potřeb. Profese sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče je spojena s morálními nároky. Nejedná se pouze o odborné znalosti, dovednosti a zručnost, ale také o schopnost eticky jednat a umět spolupracovat. V situaci, kdy se setká s potřebami kulturně odlišných skupin, angažuje se do procesu kulturních kompetencí, což vyžaduje sestru kulturně způsobilou. Takový proces zahrnuje ohled na kulturní přání, uvědomění, vědomosti, zručnost a kulturní setkání. V chování sestry nesmí chybět lidskost, vlídnost a empatie, zvláště v situaci, kdy takový pacient potřebuje pomoc, oporu a vyžaduje informace, které se týkají jeho zdravotního stavu. Sestra v péči o pacienta cizince musí

hovořit vždy otevřeně, srozumitelně, pacienta uklidňovat a nikdy jeho onemocnění nezlehčovat. Pacienti jiných kultur od sestry vyžadují poctivost a otevřenost v tom, co je čeká a co se s nimi děje. Z tohoto důvodu sestra přistupuje k takovému pacientovi vždy s konkrétním požadavkem, nikdy neodbíhá od tématu a o jeho zdravotní stav projevuje zvýšený zájem. Odměnou se pak stává vytvoření vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem cizincem (8, 12, 27, 34, 53).

Základ pro další léčbu a ošetrovatelskou péči tvoří správný terapeutický vztah, kdy sestra nezapomíná na úctu k těmto pacientům po celou dobu jejich hospitalizace. Pacienta vždy respektuje a nesrovnává ho s ostatními, jelikož pacient odlišné kultury má jiné potřeby, jinak zvládá svůj zdravotní stav a adaptaci na nemocniční prostředí. Vztah sestry a pacienta, který se zakládá na důvěře, je podstatou pro další ošetrovatelskou péči. Pacient jiné kultury očekává ze strany sestry povzbuzení a podporu, zvláště při řešení problémových situací, kdy potřebuje čas na vyjádření svých emocí a kdy je přítomnost sestry velice důležitá. Přítomnost sestry pak vnímá jako projev soucítění a zájmu. V jiném případě sestra místo slov použije jen dotek, kdy má neustále na paměti, zda je dotyk vhodný vzhledem k národnosti pacienta. Pacient odlišné kultury potřebuje také dostatek času k vyrovnání se se situací, ve které se nachází, kde důležitá je psychická pomoc sestry při zvládání zátěžového období. V rámci ošetrovatelské péče se zaměřuje na minimalizaci úzkosti a strachu poskytnutím informací, které si pacient žádá a potřebuje znát. Sestra takového pacienta podporuje a vede ho k samostatnosti a soběstačnosti tím, že jej neustále pobízí, motivuje a podporuje k činnosti a aktivitě. V neposlední řadě zaznamenává do dokumentace všechny zjištěné parametry a v rámci své role poskytovatelky ošetrovatelské péče sleduje fyziologické funkce, bolest, pocity, komfort, provádí polohování, hygienu, péči o ránu, převazy za aseptických podmínek, aplikuje prvky dechové a pohybové rehabilitace, sleduje příjem a výdej tekutin, odchod stolice a plynů, zajišťuje intimitu a navazuje komunikaci s pacientem cizincem. Veškerou činnost řádně vysvětluje, šetrně provádí, a tím pacienta zbavuje strachu a nejistoty. Zajištění jistoty, pohodlí, bezpečí a sledování psychického stavu, je jednou z dalších důležitých úloh sestry, jelikož pocity takového pacienta mají bezprostřední vliv na jeho další spolupráci. Výsledkem se stává jeho přesvědčení, že je partnerem

ošetřovatelského a léčebného týmu, který má právo spolurozhodovat o následném opatření a léčbě. Sestra se v rámci ošetřovatelského procesu zajímá o jeho potřeby a následně nesaturované potřeby uspokojuje (4, 8, 26, 44).

1.3.2 Sestra jako edukátorka v péči o pacienta cizince

Velmi důležitou funkci zastává sestra v roli edukátorky, kdy se zaměřuje na předávání informací, které pacient potřebuje při pobytu v nemocnici. Podporuje tak dovednosti a činnosti pacienta potřebné pro zvládnutí změn v dosavadním způsobu života. Správná edukace ovlivňuje názory, postoje, hodnoty k vlastnímu životu, nemoci a životnímu stylu. Právo na edukaci má každý pacient, jakékoliv kultury, v každém zařízení a v každém typu péče. Edukovat se má nejen pacient, ale také jeho blízcí, a zabránit tak zbytečným zdravotním komplikacím nebo konfliktům. Při edukaci pacienta se sestra soustředí kromě fyzikální stránky nemoci také na sociální, psychickou a duchovní stránku. V rámci výuky sestra plní nejen kroky edukačního procesu, ale reaguje také na další potřeby pacienta a jeho rodiny, redukuje pocity úzkosti, nejistoty, snaží se pochopit vlastní roli pacienta v péči o svojí osobu a zodpovědnost za své zdraví. Vzhledem k těmto úkolům se od sestry předpokládá, že má potřebné znalosti, ochotu pomoci, komunikační dovednosti, dostatek empatie, respekt k osobnosti pacienta a jazykové znalosti. U pacienta cizince se před zahájením procesu edukace eliminuje její bariéra, která narušuje a znemožňuje edukační proces. Edukace pacienta cizince se zaměřuje také na primární a sekundární prevenci, provádění sebepéče a zachování soběstačnosti. Edukace je nejúčinnější, jestliže se přizpůsobí finančním, emocionálním, fyzickým, intelektuálním, kulturním, etnickým a sociálním podmínkám pacienta cizince. V současnosti se klade důraz na dodržování práv pacientů, do kterých patří možnost svobodného rozhodování v oblasti poskytování zdravotnické péče. Pacient, kterého se rozhodování týká, sám určuje další postup léčby nebo péče, a proto se náležitě informuje a edukuje o svém zdravotním stavu. Pacient má tedy nejen právo, ale také potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví. S naprosto odlišným přístupem se sestra setká v případě pacienta cizince. Takový pacient zásadně odlišně přijímá příčinu a význam nemoci, jeho postoj k léčbě a k edukaci může být pasivní až odmítavý. V takovém případě není vhodné edukaci zatěžovat přímo pacienta, ale vše se řeší

s členem rodiny. Etický kodex práv pacienta uvádí, že pacient má právo se rozhodnout, zda souhlasí s navrhovaným léčebným a diagnostickým postupem, který zahrnuje také právo pacienta léčbu odmítnout. Lékař podle zákona pacienta poučí a edukuje. Poučení pacienta je srozumitelné, nepoužívá se odborná terminologie ani slangové označení a realizuje se v jazyce, kterému pacient rozumí, a to prokazatelným způsobem s provedením záznamu do zdravotnické dokumentace. Zákon určuje, že poučení podává lékař. Sestra podává poučení pouze v rámci svých profesních činností a kompetencí, kdy pacienta poučí o ošetrovatelských problémech a ošetrovatelských výkonech. V takové situaci může nejen sestra, ale také lékař využít webové stránky Ministerstva zdravotnictví, kde se vytváří postupující návody, informované souhlasy a informace o různých operačních zákrocích v anglickém, německém, ruském, francouzském, španělském, vietnamském a arabském jazyce. Kromě edukátorky se rozlišuje ještě sestra v roli poradce. Sestra poradenské služby nabízí velmi taktně a pomáhá pacientům identifikovat stresové situace, kde se zabývá sociální stránkou jeho života, navrhuje řešení, podporuje mezilidské vztahy a růst osobnosti. Role sestry edukátorky a poradkyně spolu úzce souvisí, ovlivňují se a současně se naplňují (12, 19, 23, 47, 49, 57).

1.3.3 Sestra jako advokátka v péči o pacienta cizince

Respektování práv pacienta zahrnuje kvalitní ošetrovatelskou péči ze strany sestry. Každá sestra profesionálka zná práva pacientů, respektuje je a seznamuje s nimi také pacienty cizince při jejich hospitalizaci v nemocnici. Každý pacient, tedy také cizinec, potřebuje adekvátní informace, které se týkají jeho zdravotního stavu. Jedině v takovém případě se svobodně rozhoduje o léčebné a ošetrovatelské péči. Sestra má za úkol poskytovat nejen kvalitní ošetrovatelskou péči, ale také seznamovat pacienty s jejich právy a povinnostmi v souvislosti s hospitalizací. Sestra jako advokátka a obhájkyňe práv pacienta informuje nejen o právech, ale také klade důraz na jejich dodržování a respektování. Tímto způsobem dochází ke změně vnímání pacienta, ke kterému sestra přistupuje jako k partnerovi rovnocennému, jež sám rozhodne, zda následnou ošetrovatelskou péči a léčbu přijme. Rozhodnutí pacienta sestra vždy

respektuje, toleruje, plní požadavky a přání, které nebrání léčebnému režimu. Sestra v kontaktu s pacientem cizincem ctí všechny zákony, které mají vztah k ošetrovatelské, lékařské praxi a lidskému životu. Sestra, která naplňuje roli advokátky, se snaží v maximální míře zajistit pocit jistoty, projevuje aktivní zájem, váží si pacienta cizince jako člověka, komunikuje s rodinou a podává vhodné informace, je tvořivá a nebojí se přiznat chybu. Pacient, se kterým sestra zachází s respektem a naslouchá mu, si nestěžuje a nesoudí se ani v případě, kdy dojde k nežádoucí situaci. Většina pacientů jiné kultury v nejistotě svého zdravotního stavu hledá jistotu v empatickém přístupu sestry, kdy důvěryhodný vzájemný vztah snižuje pocit úzkosti, frustrace a strachu. Každý pacient, tedy také pacient cizinec, touží po důvěře, zastání a možnosti se někomu svěřit. Nejvíce tuto roli zastává právě sestra, jelikož tráví s pacientem nejvíce času. V nové globální roli obhájce pomáhá sestra uchovávat autonomii pacienta a zajišťuje jeho informovanost. Pacienti, se kterými sestra s respektem komunikuje, se cítí jistější, lépe se rozhodují, spolupracují a stávají se platným členem týmu. Sestra, která zvyšuje povědomí o povinnostech a právech pacientů cizinců a dbá na jejich dodržování, stává se advokátkou a obhájkyň práva všech pacientů, kterým poskytuje vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči orientovanou na pacienta (5, 26, 28, 32, 48).

1.3.4 Sestra jako nositelka změn v péči o pacienta cizince

V ošetrovatelství dochází ke změnám díky neustálému rozvoji, které si ošetrovatelská praxe žádá. Beze změn se v ošetrovatelství nezvyšuje kvalita péče, pouze se udržuje na stejné úrovni. K neustálému zdokonalování ošetrovatelské praxe sestra přijímá roli sestry nositelky změn. Sestra jako nositelka změn je hnací silou v jejich zavádění a prosazování. Sestra, která pracuje ve funkci vrchní nebo staniční sestry se stává většinou formální nositelkou změn, jelikož je pověřena systémem. Tento způsob zavádění změny je někdy spojen s jejím neakceptováním. Neformální nositelkou změn je každá sestra, která dosahuje nějaké změny a není tímto pověřena od nadřízené sestry. Při zavádění změny do praxe se určité vlastnosti sestry považují za důležité. Jde především o vůdcovské schopnosti, pozitivní přístup ke vzdělávání, komunikační schopnosti, důvěra a víra v samotnou změnu a podílení se na přípravě následné

realizace změny. Nezbytností pro přijetí změny je odlišný styl myšlení, sebekritičnost a začít se jinak chovat. V rámci kvalitní ošetrovatelské péče, která se týká pacienta cizince, sestra neustále projevuje zájem o nové léčebné techniky a novinky. Důležitá je skutečnost, že sestra neprojevuje pouze zájem, ale také se tyto novinky snaží vnášet do každodenní ošetrovatelské péče o pacienta odlišné kultury. Mluví se o implementaci, tedy zavádění nových technik, činností, trendů, poznatků a způsobů práce do ošetrovatelství s cílem dosáhnout co nejlepších výsledků ve zkvalitňování péče o pacienty cizince. Implementace se týká také přijetí pacienta cizince jako rovnocenného partnera a ne jako pasivního příjemce ošetrovatelských a léčebných technik a postupů. Sestra jako nositelka změn v ošetrovatelství uplatňuje novinky v ošetrovatelské péči, což má za následek její formování v sebevědomou, vzdělanou, kreativní a kriticky myslící profesionálku (12, 19).

1.3.5 Sestra jako výzkumnice v péči o pacienta cizince

Sestra výzkumnice provádí výzkumné šetření v ošetrovatelství, kde cílem je zvýšení vědomostí v oblasti péče o pacienty cizince a následné zdokonalení ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Z důvodu zefektivnění a zkvalitnění ošetrovatelské péče získává a současně využívá nové znalosti, zkušenosti, vědomosti a postupy, které se uvádějí v sesterských výzkumech. Nové trendy v ošetrovatelské péči o pacienta cizince nepřijímá sestra pouze pasivně, ale také je realizuje, zavádí do praxe a apeluje na jejich dodržování. Vzrůst počtu výzkumných šetření se odráží nejen v efektivnější péči o pacienty, ale také v rozvíjení ošetrovatelství jako vědecké disciplíny. Ošetrovatelský výzkum se realizuje na vědecké úrovni za předpokladu, který odpovídá vzdělání sestry a její ochoty objevovat nové skutečnosti. V souvislosti s výzkumem se stále více klade důraz na ošetrovatelství založené na důkazech (dále jen EBN), které vzniklo jako reakce na lékařství založeného na důkazech. Pro naplnění filozofie EBN sestra umí shromáždit potřebné množství výsledků z výzkumů, dodržovat standardy ošetrovatelské péče, využívat své zkušenosti, respektovat priority pacienta cizince, navrhovat způsoby zlepšení a snažit se prosadit změnu v jeho prospěch. Sestra na základě svých zkušeností a znalostí stanoví problém, vyhodnotí užitečnost

a rozhodne o nejvhodnějším způsobu intervence. Své rozhodnutí následně odůvodní a obhájí. Pro získání informací se za vhodné zdroje považují publikace, konference, vědecké databáze, semináře, knihovny, webové stránky nebo závěrečné zprávy z výzkumů. Tím, že sestra zveřejňuje a provádí své výzkumy, přispívá k blahu hospitalizovaného pacienta cizince. Role sestry nositelky změn těsně souvisí s výzkumem v ošetrovatelství. Jedině sestra, která je na úrovni a poskytuje kvalitní péči svým pacientům cizincům, přijímá pozitivní změny v ošetrovatelství a podporuje výzkum v ošetrovatelské praxi. Následné získané informace, vědomosti, zkušenosti a znalosti poskytuje dalšímu zdravotnickému personálu, a také laické veřejnosti. Ošetrovatelská péče, která je založená na důkazech, činí ošetrovatelství kvalitním a moderním (10, 11, 13, 47, 50).

1.3.6 Sestra jako manažerka v péči o pacienta cizince

Problematika řízení ošetrovatelské péče je velice složitá a rozmanitá. Rozvíjet základnu z oblasti managementu, a zároveň péči v praxi řídit a koordinovat, znamená poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Prostřednictvím ošetrovatelského procesu je sestra oprávněna takovou činnost vykonávat a stává se tak manažerkou pacienta a jeho rodiny. Nejedná se však pouze o ošetrovatelské činnosti, ale také o určité stupně řízení. Každodenními činnostmi a problémy se zabývá základní stupeň řízení. Na taktickou úroveň se soustředí střední stupeň, kde se promýšlí dlouhodobé a krátkodobé cíle nemocnice nebo daného oddělení. Vrcholový nebo také top management představuje nejvyšší stupeň řízení, který je z ošetrovatelského hlediska zastoupený hlavní sestrou nemocnice. Manažerka je do jisté míry sestra, která pracuje ve směném provozu a pro účely své práce se řadí pod základní stupeň řízení. Sestra manažerka provádí klasické manažerské činnosti, například organizování, řízení, plánování, kontrola práce a koordinace, kde kromě znalostí je zapotřebí znát také praxi. Sestra na všech stupních řízení ošetrovatelské péče zastává tři základní role. Jedná se o role informační, rozhodovací a interpersonální. Oblastí mezilidských vztahů se zabývá interpersonální role, kde se sestra stává vůdcem nebo prostředníkem při podepisování různých dokumentů, navazování kontaktů, v péči o zaměstnance nebo koordinaci

ošetřovatelských činností. V příjmu, zpracování, rozesílání, vyhodnocení a shromažďování informací spočívá informační role sestry. V takovém případě sestra sbírá informace o změnách, informuje o zjištěných skutečnostech své podřízené a monitoruje prostředí, kde vystupuje jako sledovatel. Nejdůležitější součástí funkce manažera je rozhodovací role, kdy sestra řeší problémy, rozděluje prostředky, působí jako vyjednávač mezi ošetřovatelskými jednotkami, firmami, spolupracovníky nebo jinými nemocnicemi (11, 14, 16, 24).

Role sestry rozhodovatelky se vzájemně prolíná a doplňuje s rolí manažerskou, kdy klíčovou vlastností sestry v moderní ošetřovatelské péči je schopnost umět se správně rozhodnout, což se vyžaduje na všech úrovních řízení. Na zmenšování celkových nákladů v oblasti ošetřovatelské péče se podílí správně provedené rozhodnutí a tímto rozhodnutím se pacientovi cizinci dostává kvalitnějšího ošetření. Sestra potřebuje disponovat určitými předpoklady, které následně povedou k správnému rozhodnutí. Takové předpoklady představují odborné poznatky a znalosti, motivace k provedení určitého výkonu, schopnost verbálně a neverbálně komunikovat, osobnostní charakteristika sestry a dále situace, které sestra svým chováním a jednáním ovlivňuje. Jedná se především o pracovní prostředí, pracovní vztahy, složení sesterského týmu nebo denní režim na oddělení. Sestra, která působí v ošetřovatelském vedení, naplňuje také roli komunikátorky a motivátorky. Roli motivátorky zastává ve všech úrovních řízení. Motivační prvky využívá hlavně směnová sestra, nejčastěji při ošetřování pacienta cizince, a tím pozitivně ovlivňuje nejen samotnou hospitalizaci, ale také celkový průběh nemoci. Samotná osobnost sestry sehrává velmi významnou roli. Sestra motivátorka dodává pacientovi sílu a vyjadřuje podporu. V případě, kdy sestra není sama motivovaná, není ani schopna motivovat své pacienty. Pro motivaci sestry je základním předpokladem spolupráce, prostředí a vhodné pracovní podmínky (11, 14, 16, 24, 32).

1.4 Transkulturní ošetřovatelství a ošetřovatelský proces

Základem moderního ošetřovatelství je orientace na potřeby nejen nemocného, ale také zdravého člověka ve smyslu pomoci při naplňování těchto potřeb, které se

u různých kultur a náboženství velice liší. Se společenskými změnami se ošetrovatelství dostává na zcela jinou úroveň, kde se mění očekávání pacientů a také paradigma oboru. Nový systém péče vyžaduje sestry dobře vybavené znalostmi nejen medicínskými, ale také s širším záběrem do humanitních oborů. Jen vzdělaná sestra je vybavena pro péči o pacienty cizince, jejichž potřeby vybočují z normy a z různých důvodů se vyznačují svou neobvyklostí. Jedním z nich je příslušnost ke kultuře, která není většinovou společností běžně akceptována. Transkulturní ošetrovatelství se proto stává velice důležitou oblastí (18, 49).

Pacienti odlišných etnik a kultur patří do kategorie náročných pacientů, jelikož jejich ošetrování se spojuje s respektováním a řešením specifických požadavků, kterými se dosahuje vhodné, ohleduplné a citlivé péče. K těmto speciálním požadavkům patří komunikace s pacienty v jiném jazyce než je jazyk dominantní, ve kterém sestra běžně komunikuje a vede dokumentaci. Dalším požadavkem je přizpůsobení péče specifickým nárokům pacienta cizince a jeho rodiny, kde příkladem je posuzování potřeb, diagnostika, terapeutické postupy, adaptace, výživa, podporování, spolupráce s rodinou, edukace, propuštění a následná péče. Speciální postojové a znalostní vybavení sestry je dalším významným požadavkem. Ideální se stává sestra se speciálním vzděláním v oblasti transkulturního ošetrovatelství, která má zkušenost s poskytováním péče pacientům cizincům společně s aktivní znalostí cizích jazyků a osobnostním vybavením, kde dominuje tolerance, schopnost rychle se adaptovat a přizpůsobovat změně, kulturní empatie, vstřícnost, otevřenost a trpělivost. Podle skladby pacientů cizinců je nutné přizpůsobit organizaci a metody péče tak, že se zohlední jejich specifické biopsychosociální, duchovní a kulturní potřeby a postupuje se v souladu se speciální zdravotnickou legislativou, která řeší problematiku péče o pacienty cizince s legálním nebo nelegálním statutem, dále pacientů pojištěných nebo bez zdravotního pojištění (18, 49) (Příloha 5).

1.4.1 Ošetrovatelský proces u pacientů cizinců

V rámci transkulturního ošetrovatelství se metodou ošetrovatelské péče stává ošetrovatelský proces. V jeho průběhu sestra posuzuje stav potřeb, sbírá informace

o pacientovi jiné kultury a následně identifikuje ošetrovatelské problémy, které vychází z jeho biopsychosociálních a spirituálních potřeb, včetně problémů vztahujících se k okolnímu prostředí v souvislosti s úrazem, nemocí, umíráním, obtížnou životní situací a vyžadují ošetrovatelskou intervenci. V procesu posuzování získává údaje o etnické skupině a kultuře, ze které pacient pochází, zaměřuje se na oblast kulturních a etnických specifik života svého pacienta, jelikož poznání určité etnické příslušnosti pomáhá sestře lépe pochopit jeho potřeby. Důležitostí se stává také poznání jazyka pacienta, a to také v případě, kdy mluví plynule česky. Důvodem je situace, kdy pacienti během svého onemocnění nebo ve stresu komunikují naučeným jazykem velmi špatně a vrací se ke svému rodnému jazyku. Sestra se přesvědčí, zda pacient a jeho rodina rozumí navrhovanému doporučení a pokynům, které se týkají léčby a léčebných výkonů. Zabezpečení péče o pacienta si od sestry žádá také pochopení jeho víry a potřeb. Poznáním podstaty požadavků v souvislosti s náboženstvím, sestra následně efektivněji podporuje uspokojování jeho duchovních potřeb. Dále zjišťuje rodinné vztahy pacienta, strukturu rodiny, rozhodovací roli v rodině, jelikož některá žena z určité kultury odmítá účast svou na rozhodování. Pacienti, kteří pocházejí z kultur, kde existují velmi silné a početné vazby v rodině, mají v nemocnici hojnou frekvenci návštěv ze strany svých rodin. Sestra se na situaci připraví a přizpůsobí podmínky a prostředí. Velmi citlivou záležitostí se stává přání členů rodiny, které se týká jejich přítomnosti v případě, kdy pacient umírá. Sestra se v takovém případě snaží záležitost velmi taktně dopředu ověřit. Citlivou a kulturně specifickou se stává problematika gynekologicko-porodnické péče o ženu, kdy účast partnera nebo otce u porodu není vždy žádoucí a ne všechny kultury to považují za přijatelné. Sociální, materiální a ekonomické zázemí rodiny ovlivňuje proces uzdravování a spolupráci pacienta s ošetřující sestrou, kdy záleží, zda je pacient cizinec na našem území legálně nebo ilegálně, zda platí nebo neplatí zdravotní pojištění, a zda náklady na péči získává ze země svého původu. Sestra zjišťuje jaké stravovací praktiky a jídla kultura pacienta zakazuje, jaká jídla má pacient nejraději, které zásadně odmítá a kterým připisuje léčivé účinky. Samozřejmostí je také informace ohledně alergie na potraviny. Sestra si všímá chování pacienta při jídle a odlišuje tak vliv kultury současně s fyzickým projevem nemoci. V neposlední řadě se důležitou informací stává

názor pacienta na příčinu jeho nemoci. Výsledkem této fáze je stanovení ošetrovatelských diagnóz (49, 52) (Příloha 5).

Ošetrovatelská diagnóza se od medicínské liší nejen formálně a obsahově, ale také svou proměnlivostí. Formulace ošetrovatelské diagnózy odlišuje problém pacienta na aktuální nebo potenciální. Ošetrovatelské problémy pacienta cizince, který má kulturní a etnické potřeby, souvisí také s faktory jako je komunikování, stravování, adaptace nebo zvládání traumatizujících životních zážitků. V případě, kdy se má stát péče o pacienta cizince efektivní, je potřeba ji plánovat. Sestra si při plánování ošetrovatelské péče stanoví cíle péče pro jednotlivé ošetrovatelské problémy. Ošetrovatelské cíle péče se týkají změn v podobě problémů, emocí, názorů, dovedností, chování a postojů pacienta cizince, kdy sestra sestaví vhodné ošetrovatelské intervence, které se odvíjejí z ošetrovatelských diagnóz a cílů. Formulace ošetrovatelských cílů respektuje kulturní faktory, jelikož ovlivňují ošetrovatelské intervence a následně kvantitu a kvalitu ošetrovatelské péče. Struktura cílů zahrnuje to, co má pacient jiné kultury vědět a pochopit, co má přijmout, v čem se angažovat a co a jak má správně vykonat. Cíle sestry formuluje jasně, jednoznačně a srozumitelně. Zajímá ji, do jaké míry se přesvědčení, hodnoty a zvyky pacienta cizince slučují se standardy etnické a kulturní skupiny, se standardem vlastní kultury sestry a standardem zdravotnického zařízení, který slouží jako základ pro interakci. Plán ošetrovatelské péče před jeho realizací schvaluje pacient nebo jeho zástupce, jelikož pacient a jeho rodina se stávají partnery v ošetrovatelském procesu, aktivně se podílejí na péči a mají právo na informace (49, 52).

Realizace ošetrovatelského plánu řeší problémy pacienta cizince, kdy sestra zdokumentuje veškeré realizované činnosti. Záznamy slouží jako podklad pro vyhodnocení poskytnuté péče a její efektivity. Úspěšná sesterská aktivita, která se zaměřuje na pacienty cizince, si žádá podpůrnou komunikaci a respektování jejich praktik, hodnot a názorů k poskytování bezpečné a kvalitní péče. Hodnocení je poslední fází ošetrovatelského procesu. Průběžným sledováním sestry vyhodnotí jednotlivé problémy pacienta, plnění plánu a úroveň dosahování cílů v průběhu realizované péče. Takové hodnocení slouží k dynamičnosti a efektivitě péče, poskytuje individuální

tempo pacienta v dosahování cílů a zajišťuje kvalitu péče. Na základě výsledků hodnotícího procesu sestra koriguje a aktualizuje plán ošetrovatelské péče. Závěrečné hodnocení shrnuje poskytnutou péči sestry, pokroky pacienta a ošetrovatelské problémy, které přetrvávají. Výstupní hodnocení sestra vypracovává také u překladové nebo propouštěcí zprávy pacienta cizince, která obsahuje jeho vlastní specifika. V péči o pacienty odlišných etnik a kultur se hodnocení nezaměřuje jen na pacienta a jeho rodinu, ale zahrnuje také hodnocení výsledků, kterých sestra dosahuje během ošetrovatelské péče, kdy vyhodnotí svoji vlastní kompetenci v této oblasti. Tato zpětná vazba poskytuje sestře možnost kontinuálně zdokonalovat dovednosti, praxi a postupně odbourávat nedostatky (49, 52).

1.5 Komunikace v transkulturním ošetrovatelství

Komunikace se definuje jako lidská schopnost, která užívá výrazové prostředky k udržení a vytváření mezilidských vztahů. Komunikátor je účastník komunikace, který vysílá sdělení a stává se iniciátorem komunikace s určitými vlastnostmi, které ovlivňují úroveň komunikace. Příkladem takových vlastností jsou různé osobnostní charakteristiky, emoce, momentální nálada, temperament, úroveň znalostí jazyka, tělesný stav, pocit diskomfortu nebo tělesné omezení. V ošetrovatelství existují faktory, které ovlivňují proces odesílání a příjem zpráv v komunikaci. Takovými faktory je například fyzické zdraví, emocionální pohoda, vědomosti, komunikační dovednosti, lidské potřeby, zájmy, smyslové poškození nebo prostředí, ve kterém se komunikace vyskytuje. V procesu poskytování ošetrovatelské péče komunikaci s pacientem cizincem výrazně ovlivňuje komunikační šum, který představuje například hluk, slabé osvětlení, neznámé prostředí, slabá intenzita mluvy, cizí jazyk, velká vzdálenost komunikujících, ale také bolest, nemoc, pocit osamocení nebo neschopnost porozumět cizímu jazyku. Lidé jsou do interkulturní komunikace vtaženi prostřednictvím znalosti jazyka, konvencemi a rituály, které komunikaci doprovázejí a ulehčují sociální kontakt. Jedná se o komunikační etiketu. Pokud se tato komunikační etiketa nerespektuje, zvláště u některých kultur, může představovat velký problém. Pacienti dané kulturní a etnické skupiny hovoří plynule jazykem svojí kultury, ale neovládají jazyk kraje, kde žijí nebo

se momentálně nacházejí. Na základě neznalosti jazyka, pak nevyjadřují dostatečně svoje problémy, těžkosti a nerozumí instrukcím. Tím dochází k neuspokojování potřeby komunikace. Jazyková bariéra a nedostatek informací vyvolává frustraci, úzkost, smutek, strach, hněv a mnoho dalších emočních stavů, které se projevují neuspokojenou potřebou jistoty a bezpečí patřící mezi základní lidské potřeby. Deficit těchto informací ztěžuje pacientovi adekvátní rozhodování a může vést k nedodržování léčebného režimu, nesprávnému plnění instrukcí až ke vzniku zbytečných komplikací. V ošetrovatelském procesu a v systému kvality přímé ošetrovatelské péče se významnou stává právě kvalita komunikace, kde důležitostí je jazyk, ve kterém komunikace probíhá. Specifickými problémy v komunikaci s pacienty cizinci je například žargon, zkratky, nářečí nebo odborná lékařská terminologie. Další významnou oblastí interpersonální komunikace je také dotýkání, nonverbální komunikace, překonávání komunikačních bariér, prostor, odstup, intimita, komunikace se členy rodiny, oslovování s ohledy na pohlaví a gender (17, 18, 29, 49, 55) (Příloha 7).

Komunikace je závažná problematika a její úspěšnost je podmíněna profesionálními dovednostmi, jazykovými znalostmi, interkulturními rozdíly a společenskými zvyky jiných etnik. Komunikací se rozumí způsob, kterým se navazuje vzájemný kontakt a oznamují se myšlenky, postoje a citové zážitky. Ošetrovatelská péče je oblastí, kde se interkulturní komunikace uplatňuje ve stále větší míře, což je důsledek toho, že sestry přichází stále častěji do kontaktu s pacienty cizinci. V této situaci dochází k různým interkulturním bariérám, které se týkají například vzájemného dorozumění nebo v přesném pochopení diagnostikovaných zdravotních nesnází a léčebných postupů. Komunikace v multikulturním prostředí je schopnost velmi složitá, jelikož různorodost jazyků způsobuje různé dorozumívací problémy. Sestry, které sice technicky zvládají jiný jazyk, nerozumí kultuře etnika nebo národa, a tím vznikají interkulturní komunikační bariéry. Z pohledu ošetrovatelství vznikají při komunikaci s pacientem cizincem určité problémy, které se týkají například poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou, nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta, poruchy interpretace okolního prostředí, porucha sociální interakce, sociální izolace a nesprávný přístup k léčebnému režimu. Jazykové rozdíly

způsobují dlouhodobější léčení, což znamená, že komunikační problémy zpožďují neodkladnou péči. Komunikace pro sestru znamená celoživotní proces učení se. Z tohoto důvodu má komunikace v ošetrovatelství své důležité místo a její výuka je jádrem ošetrovatelských kurikul, kdy velký význam má neverbální komunikace, která představuje dorozumívání pomocí celé řady různých projevů. Pro přípravu sestry se vyvozují konkrétní cíle, které se týkají pochopení specifiky vlastní kultury, poznání a pochopení odlišnosti jiných kultur. Podstatou znalosti cizího jazyka je schopnost sestry mluvit v jiném jazyce, pochopit význam slov, číst a komunikovat (18, 29, 33, 36, 40, 41) (Příloha 3).

1.5.1 Vybrané odlišnosti komunikace pacientů cizinců

Některé národy se vyjadřují způsobem, že vše, co se má sdělit, se vyjadřuje jednoznačně a není nutné obsah komunikace vyvozovat z kontextu. Takovou komunikaci uplatňují Švýcaři, Němci a příslušníci skandinávských národů. Nizozemci přímo vyjadřují a otevřeně sdělují svůj nesouhlas. Naopak jiné kultury se vyjadřují méně otevřeně a interpretují skutečný obsah sdělení, například z doprovodného neverbálního chování. Tento styl komunikace je typický pro národy jižní Evropy, zejména Italy, Francouze, Španěly a národy asijských kultur. V jihoevropských zemích se osobní prostor stává spíše malým a při komunikaci pacienti používají více slov, dotyků a gest. V severních částech Evropy je naopak osobní prostor v délce paže, používá se méně slov a pozitivně se přijímá přímá komunikace. Němci se pro Čechy stávají nejčastějšími partnery, což je dáno pracovními, turistickými a jinými kontakty. Přes četné kulturní vlivy mezi oběma národy v minulosti, existují určité odlišnosti ve sféře profesní komunikace, které je nutné respektovat a znát. Pacienti německé národnosti si potrpí na dodržování sjednaných termínů a přesných údajích bez okolních formalit. V komunikaci zásadně vykaží, výjimku tvoří přátelské vztahy, kde se oslovují křestním jménem nebo používají tykání. Podání ruky při pozdravu je pro Němce časté a typické nejen při prvním setkání. Jiné tělesné dotyky neužívají. V situaci vážné komunikace nepřijímají humor a žertování (33, 40, 56).

Komunikační rituály se týkají také pozdravů. Evropané podávají ruku při vzájemném setkání, ale v kultuře některých asijských národů je pro pacienty nevhodný nebo dokonce tabu tělesný kontakt při pozdravení. Například Japonci při setkání ruku nepodávají, ale uklánějí se. Naopak Číňané ruku podávají, ale úklon neprovádějí. Obyvatelé Středomoří, tedy Francouzi, Španělé a Italové, se v přátelských vztazích při setkání políbí na obě tváře bez ohledu na pohlaví. Další interkulturní rozdíly se uplatňují při usmívání, kdy Američané a Evropané vyjadřují úsměvem přátelský vztah, dobrou náladu a sympatie. V kultuře Vietnamců, Japonců a Korejců může úsměv znamenat nejistotu, zmatek, rozpaky nebo omluvu. Zvláštním rysem interkulturní komunikace je skutečnost, jak příslušníci jednotlivých kultur dávají najevo nebo naopak potlačují projevy svých emocí. Čím severněji sídlí určité etnikum, tím se projevy emocí stávají tlumenější. Naopak čím jižněji, tím jsou výraznější. Jiným specificky kulturním rysem je způsob oslovování a používání titulů. V české a slovenské kultuře se v komunikaci používají tituly akademické a označení pro různé pracovní funkce. Titulování je běžné také v Rakousku, Polsku, Maďarsku a Itálii. Naopak v kultuře Američanů, Britů a Skandinávců se neuplatňují, spíše působí archaicky a směšně. Další odlišnosti se týkají tykání a vykání. Komunikačním pozitivním rysem Američanů je přátelské chování, otevřenost a rychlý přechod na oslovování křestním jménem. Příslušníci jiných kultur pocítují někdy rozpaky a rozčarování, když se přesvědčují, že zdánlivě přátelská komunikace Američanů nevyjadřuje faktické přátelské vztahy, ale tvoří součást společenského rituálu, kdy přímé podání ruky a oční kontakt je v severoamerickém prostředí při pozdravu zvykem. V případě, že není tento kontakt udržován, považují tuto skutečnost za nezáměr a zrudnutí. Američané se necítí dobře v tichu, a pokud nastane, snaží se ho vyplnit konverzací. Vítají otevřenou řeč s vyjádřením konkrétních kroků. Pro jihoamerické prostředí je typické silné náboženské cítění a malý osobní prostor při konverzaci, kdy není vhodné se dotazovat na věk a finance. Na smlouvenou schůzku docházejí opožděně, nepoužívají symbol „O.K“, který se vytvoří dotekem palce a ukazováčku do tvaru „O“, což považují za velmi hrubý symbol. Za hrubost považují ukazování ukazováčkem, pískání, zívání na veřejnosti a postoj s rukama v bocích. V jihovýchodní Asii existuje

a zároveň se vzájemně ovlivňuje více druhů náboženství, kdy starší pacienti očekávají daleko větší úctu, než je zvykem ve střední Evropě. V jihovýchodní Asii platí odlišné normy nejen pro oční kontakt, ale také pro osobní prostor. Oči mají ve stejné výšce, volněji vnímají čas a jeho dodržování. Při podávání jídla, tekutin nebo jiné věci, provádí vše pravou rukou, v Koreji oběma rukama. Dotýkání hlavy druhé osoby a pozorování druhých v případě, že se modlí, neuznávají (33, 40, 56).

Japonský pacient nevyjadřuje jednoznačně svůj nesouhlas s nějakým návrhem nebo názorem, naopak vyhýbá se přímé negativní odpovědi, kterou nahrazuje různými neurčitými výrazy. Místo záporné odpovědi přechází k jinému tématu, omlouvá se, mlčí nebo otázku odmítne. Nejedná se však o výraz neupřímnosti, ale o kulturní příznak, kdy přímé negativní vyjádření považují za nezdvořilé. Při komunikaci s Japonci sestra vysvětluje hlavní myšlenky opakovaně a různými způsoby s cílem správného pochopení, vyhýbá se dlouhým větám, mnohomluvnosti a slangovým výrazům. Podobné rysy má komunikační chování Číňanů nebo Vietnamců, kdy čínský pacient skrývá své emoce a pocity, má netečný výraz, který se učí čínské děti již od narození. Existuje však jedna výjimka, která je společná Japoncům a Číňanům, kdy se jedná o zvláštní zvuk jemného syknutí, který vydávají po vyslechnutí nějaké žádosti nebo návrhu, jemuž není možné vyhovět. V případě zaslechnutí takového signálu se od žádosti ustupuje nebo se alespoň zmírňuje. V Japonsku se také vysoce cení pokora, přizpůsobivost a úcta. Vzájemné pozdravení znamená lehké pokývnutí, během konverzace udržují osobní prostor a nepoužívají křestní jména. Emoce a city nevyjadřují přímo, chodí vždy upraveně oblečení a mají zdvořilé chování k ženám. Neustálý oční kontakt neudržují a ženám do očí nepohlíží. Dotýkat se osob na veřejnosti, stát s rukama v kapsách, sedět se zkříženýma nohama a psát na obdržené vizitky, není příliš vhodné. Přímý rozhovor s cizím člověkem považují za vulgární. Při předávání finanční částky používají obálku, rukou netřesou a náklonnost nedávají najevo (33, 40, 56).

V zemích západní Afriky je nutné chovat se s nezbytnou úctou, zvláště k pacientům s vysokým sociálním postavením. V rodinách mají dominantní postavení muži a vůči starším se chovají podřízeně a s respektem. Oční kontakt se staršími se

nepřipouští a nikdy nezapomenout pozdravit. Osobní prostor mezi osobami stejného pohlaví je malý. Hrubostí je ukazovat dlaň s nataženými prsty a podávat věc jen levou rukou, kdy mají být použity ruce obě. Při kontaktu se respektuje kultura rozšířené rodiny (56).

1.5.2 Alternativní způsoby komunikování s pacienty cizinci

Pro navázání kontaktu s pacientem cizincem sestra používá základní pozdravení a jednoduchou společenskou frázi nejlépe v jazyku, kterému pacient rozumí. V rámci možnosti nemocničního zařízení požádá vždy o tlumočení. V opačném případě používá gestikulaci, mimiku nebo obrázky. Kombinací více jednoduchých vět má větší šanci se vzájemně dorozumět v základních záležitostech. Velký význam mají informace, které pacient získá z prvních okamžiků neverbální komunikace a ze způsobu sesterského chování. Jedná se především o mimiku, která vyjadřuje vstřícnost, pochopení, zájem, ochotu a snahu pomoci. Gestikulace nesmí vyjadřovat razantnost nebo naopak bezradnost, panovačnost, nadřazenost a spěch. Projev sestry musí být přiměřený situaci, vyjadřující vstřícnost a zájem. Velký význam má také zabarvení a tón hlasu, který musí být klidný, rozhodný, přiměřeně modulovaný a hlasitý. Nesmí vyjadřovat opovržení, nezájem, přehlížení a devalvující přístup sestry. Postoj sestry nesmí vnímat jako nadřazený, netaktní, nepříjemný, nešetrný nebo dokonce bolestivý. Nedbalá úprava sesterského oděvu, vlasů, rukou, sešlapaná a znečištěná obuv nebudí důvěru nejen u pacienta cizince, ale také u žádného pacienta naší kultury (33, 49, 55) (Příloha 3, 4).

V případě, že není možné komunikovat řečí, používají se náhradní nebo doplňkové způsoby komunikace. Jednou z možností je používání slovníků nebo psaných textů. V situacích, kdy je pacient negramotný, nehovoří ani jedním z jazyků, kterým je sestra schopna informaci poskytnout a tlumočnick není k dispozici, musí si pomoci jinými vhodnými pomůckami. Pro tyto situace se vytváří sada komunikačních karet. Tímto způsobem je komunikace zdlouhavější, ale přináší potřebné informace. Každé klinické pracoviště potřebuje podle svého zaměření symboly více specifické, proto se sada karet uzpůsobuje potřebám pacientů na konkrétním pracovišti. Při tvorbě karet je problémem volba piktogramů. Piktogram musí být jednoduchý, jednoznačný

výstižný a sloužit k snadnějšímu porozumění. Vytvořená sada se následně barevně vytiskne, rozčlení a zataví do folie. Užívání karet vyžaduje spolupracujícího pacienta, pro nespolupracujícího pacienta se metoda nepoužívá. Pro rozšíření neverbálních komunikačních metod a prostředků se využívají fotoseriály, videoprojekce, a různé edukační a překladové informační materiály (49).

Péče o pacienty cizince, kteří nemluví nebo velmi málo mluví jazykem dané země, přináší pro zdravotnické zařízení určité zatížení, které se týká finančně náročného vyšetření, prodloužené délky pobytu z důvodu výskytu komplikací nebo propuštění nedostatečně informovaného a edukovaného pacienta, což přináší následné opakované hospitalizace. Zdravotní pojišťovny práva pacientů na informace nezohledňují do důsledku, což znamená, že nehradí náklady spojené s nasazením tlumočnicka. Ústní nasazení tlumočnicka se zprostředkovává na základě vzneseného požadavku. Přístup k intranetu má každé oddělení, kde je zpravidla vyvěšen seznam překladatelů vnitřní nemocniční tlumočnické služby. Seznam se neustále doplňuje a průběžně probíhá jeho celková aktualizace. Tlumočnick musí souhlasit s informacemi, které jsou na intranetu zveřejněny. Důležitá je vysoká míra empatie a angažovanosti tlumočnicka vůči pacientům cizincům, která pramení ze znalosti migračních těžkostí a kulturního šoku. Tlumočnick se zpravidla využívá k ústnímu tlumočení, ale existují také písemné překlady krátkých textů, které nemají právní podklad a jsou výjimečné. Bezprostřední tlumočení se uskutečňuje okamžitě při akutní situaci nebo příjmu. Tlumočnick se domlouvá s vedoucí směny, že opouští oddělení. Své pracoviště informuje, kde se v průběhu tlumočení nachází a uvádí telefonní číslo, kde je k dosažení. Vlastní tlumočení zahájí tím tlumočnick tím, že se představí podáním ruky, objasní, že je zaměstnancem nemocnice a vyžádá si písemný souhlas. Tlumočnick sedí vedle pacienta, udržuje s ním oční kontakt, používá přímou formulaci a zprostředkovanou komunikaci odmítá. Na přerušení svého tlumočení má právo. Po ukončení svého tlumočení překlad zdokumentuje a zprávu zasílá nemocničnímu zařízení (49).

1.6 Specifika péče o pacienty cizince

V případě, že sestra ošetřuje pacienta, který pochází z odlišné kulturní oblasti, kterou nezná, musí se informovat nebo znát určitá specifika ošetrovatelské péče. Největší roli hrají zejména stravovací specifika, komunikační zvyklosti v interakci mezi muži a ženami, dodržovaný osobní prostor, pohřební zvyklosti, odívání a náboženské potřeby. Důležitá je také symbolika barev, předmětů a významy, které se přikládají objevům a jevům. To, jak sestra přistupuje k pacientovi, jakým způsobem poskytuje ošetrovatelskou péči a zbavuje jej úzkosti a strachu, má za následek jeho spokojenost. V rámci týmové spolupráce probíhá veškerá péče o pacienta cizince, jelikož každý člen týmu přispívá ke spokojenosti pacienta jinak a přitom úspěšně (56).

1.6.1 Specifická charakteristika pacienta vietnamské národnosti

Rodným jazykem Vietnamců je vietnamština, která má bohatý systém samohlásek, nemá zápor, neskloňuje ani nečasuje. Vietnamci se prokazují také znalostí dalších jazyků, kde příkladem je jazyk francouzský, čínský, anglický nebo ruský. Jejich řeč je klidná, tichá a velice obtížná. V řeči dělají časté pauzy a přestávky. V případě pozdravu nejprve zdraví muž, pak žena. Pro Vietnamce je znalost českého jazyka velmi obtížná, proto sestra v takové situaci zajistí přítomnost tlumočníka nebo člena rodiny. Při mluvení používají velmi často gesta, pohybují se klidně, bez emocí, afektu a nepoutají na sebe pozornost. Úsměv představuje u Vietnamců několik významů, kde příkladem je radost, omluva, nepochopení nebo zmírnění situace. Vietnamci se usmívají také tehdy, když mají pocit, že svými problémy druhého obtěžují a chtějí situaci zmírnit. Přímý pohled do očí vyjadřuje nezdvořilost a domýšlivost. Pohlazení dětí rodičů po vlasech je projevem velké neúcty, protože dítěte se dotýkají pouze členové rodiny. Vietnamci jsou národem dotyků, proto kontakty tohoto druhu s přáteli a známými jsou běžné, ale nepřipustné se stávají doteky milenců na veřejnosti. Za nezdvořilost považují podávání předmětu jednou rukou, podávají je tedy oběma rukama, čímž ukazují, že si člověka váží. Za neslušnost považují smrkání do kapesníku. Noha přes nohu charakterizuje vyjádření nadřazenosti a ruce zkřížené na prsou je

znakem rozčilení. Vietnamce nejvíce charakterizuje žlutá barva kůže, tmavé oči, štíhlá postava, nízký vzrůst, tmavé rovné vlasy a trvalý úsměv. Vietnamci mají potřebu společenského kontaktu, často se navštěvují a návštěvy předem neohlašují. Děti a rodina mají ve vietnamské kultuře klíčové postavení. Velká uzavřenost, žádné výhrady, stížnosti a otevřená kritika jsou specifikem vietnamské kultury (35, 46, 49, 51).

Vietnamci si na českou stravu zvykají velmi dlouhou dobu. Problémy mají s mlékem a některými mléčnými výrobky, jelikož nemají enzymy na zpracování mléka. Odlišně také stolují, a proto věnují dostatek času na přípravu jídla, při kterém se setkává celá rodina. Nejdůležitější potravinou pro Vietnamce je rýže, z masa ryby a drůbež, nepřejídají se, jedí pomalu třikrát denně, konzumují hodně zeleniny a ovoce, pijí neslazený teplý čaj, nepijí a nejí nic studeného. Sytý Vietnamec nechá v misce trochu jídla, v opačném případě dává najevo, že má ještě hlad. Mlaskáním uznávají a chválí lahodnost pokrmu, nepožívají sladkosti, zvláště bonbony a čokoládu. Vietnamci nosí krátké kalhoty a vietnamské ženy sukně. Chodí vždy čistě a slušně oblečení, což značí jejich slušné vychování. Vietnamci jsou velice soběstační, pracovití a nenápadní. Jedním z charakteristických rysů je, že dodržují pozitivní atmosféru společenských vztahů. Vietnamec při seznámení projeví úctu tím, že stiskne podávanou ruku a podrží ji ve svých obou dlaních. Někteří Vietnamci mají na malíčku levé ruky dlouhý nehet, což znamená, že fyzicky nepracují. Preferují patriarchální strukturu rodiny, kde dominantní postavení zaujímá muž. Rodinné vazby jsou pevné, kde žijí pohromadě s příbuznými. Pojí je silná citová vazba, jelikož rodina poskytuje pocit pohody a jistoty, proto je důležité znát názor otce nebo v jeho nepřítomnosti názor nejstaršího syna na zdravotní péči, která vyžaduje rozhodování. V domácím prostředí mají Vietnamci tradiční oltář, kterým rodina prokazuje úctu ke svým předkům. Oficiální vietnamské svátky pro Vietnamce znamenají dny pracovního volna, kdy nejvíce udržují svátek přicházejícího Nového roku podle vietnamského kalendáře. Neslaví narozeniny, ale naopak slaví dny úmrtí předků nebo rodinných příslušníků (35, 46, 51).

1.6.1.1 Vietnamský pacient z pohledu zdraví a nemoci

Vietnamci dodržují správnou životosprávu, nekouří, alkohol konzumují v malém množství a podporují prevenci chorob. Upřednostňují domácí léčbu a zdravotnická zařízení navštěvují jen v nutných případech. Obezitu považují za známku spokojenosti. Vietnamská medicína vychází z vietnamského lidového léčitelství, které je založené na empirických zkušenostech. Tradiční jižní medicína zahrnuje přírodní léčiva a některé chirurgické metody. Tradiční léčiva a nauku o dvou principech jing a jang charakterizuje severní medicína. Vlastnosti jin a jangu představují podstatu zdraví a nemoci. Jin představuje samičí princip, charakterizuje ženské vlastnosti a ovládá vnitřek těla. Jang je samčí princip, charakterizuje mužské vlastnosti a ovládá povrch těla. Síly jin a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Vietnamci proto věří, že nerovnováha těchto sil způsobí nemoc. Při léčení vietnamského pacienta sestra vysvětlí procedury a testy co nejpřesněji a nejjednodušeji. Přikývnutí pacienta ještě neznamená, že rozumí nebo souhlasí. Na žádost pacienta se také přizve člen rodiny. Pacientovi se závažnost stavu bez předešlé konzultace s hlavou rodiny nesmí sdělovat, jelikož rodina si nepřeje pacienta stresovat a vyvolávat obavy. Vietnamci se vyznačují svou stydlivostí, hlavně ženy. Z tohoto důvodu sestra zajistí soukromou místnost na prohlídku. Vietnamci upřednostňují sprchu každý den ráno a preferují soukromí při používání toalety před podložní mísou nebo močovou lahví. Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá a snaží se ji provádět samostatně. Soukromí a stud jsou důležité body při pobytu Vietnamců v nemocnici. Při zdravotní péči sestra zdůrazní důležitost užívání léků, kdy pacienti obvykle splní očekávání sestry a řídí se jejich pokyny. V případě potřeby transfuze členové rodiny ochotně darují krev, jiní žádají konzultaci o nutnosti transfuze s jiným lékařem. Vietnamci mají respekt před lékařskými autoritami a preventivní prohlídky vyhledají v případě, že tuto skutečnost zdůrazní lékař nebo sestra. V případě náhlé prohlídky se přizve člen rodiny, kterého pacient určí. Problém přiznají až v případě, kdy už mají velké bolesti. Přítomnost tlumočnicka je důležitá zejména pro starší pacienty, kdy se využívá také člen rodiny, je nutné dávat pozor na citlivost tématu, především pokud se týká pohlaví. Pozornost sestra věnuje těhotným ženám, které dbají na zdravá jídla a odpočinek. Namáhavá

činnost je nemyslitelná, hlavně v posledním trimestru těhotenství. Těhotné ženy se udržují v teple a dodržují speciální hygienu, kdy na čištění zubů používají slanou vodu. V případě, že budoucí rodiče absolvují společně těhotenský kurz, otec se cítí lépe, když je u porodu přítomen. Nastávající rodičky trpí tise a nenaříkají, jelikož křik není u vietnamských žen obvyklý. Sestra přesto pacientku uklidní a nabídne patřičné pohodlí. Vaginální porod upřednostňují před císařským řezem. V případě nějakého problému s dítětem, se tato skutečnost prokonzultuje s otcem nebo jiným členem rodiny, který následně rozhodne, kdo tuto skutečnost oznámí matce. Při oznamování je vhodná přítomnost lékaře. Placentu si velmi cení jako posilujícího léku, jelikož vietnamské ženy uznávají placentu jako léčivo, znají tradici a postupy této výroby. Pro Vietnamce je důležitější kvalita života než jeho délka, věří v reinkarnaci a v menší utrpení v příštím životě. Umírajícímu pomáhají tím, že vzpomínají na jeho dobré skutky. O pitvě rozhoduje celá rodina, dovolují je, preferují kremaci a upřednostňují umírání doma před umíráním v nemocnici. V případě bolesti jsou Vietnamci stoučtí, kdy o léky na bolest dobrovolně nepožádají z důvodu strachu z návyku a vedlejších účinků. Sestra proto nabízí léky proti bolesti podle předpisů a včas. Zvracení vietnamský pacient z důvodu studu oznámí až po zvracení nebo sám zvratky uklidí. Léky proti zvracení přijímají až po několika epizodách zvracení, kdy nejprve mají tendenci použít nějaký domácí lék. Zácpu nebo průjem pacient oznámí, až když se stane problematickou, nepravidelnou nebo na přímý dotaz sestry. Klyzma na zácpu využijí jako poslední možnost. Únavu neoznamují, neužívají na ni léky a odmítnou jakýkoliv agresivní zákrok, jelikož spánek uznávají jako součást ozdravovacího procesu. Depresivního pacienta rozveseluje člen rodiny vyprávěním nebo ho přivádí na jiné myšlenky. Svou depresi sdělí sestře jen v případě, že se sama informuje a pomoc vyhledá pouze v případě, že se problémy stávají velmi akutní nebo neúnosné (35, 46, 51).

1.6.2 Specifická charakteristika pacienta čínské národnosti

Čínština má velké množství nářečí. Pro dorozumívání využívají spíše psané slovo, jelikož písmo je pro celou Čínu stejné. Doteky na veřejnosti neprovádějí

z důvodu nevhodnosti, a tudíž nepokládají ruku kolem ramen. Projevy náklonnosti neuznávají také na veřejnosti, proto tuto skutečnost zohlední sestra při poskytování ošetrovatelské péče. Pravou ruku podají zásadně při pozdravu, podání levé ruky bez vysvětlení hodnotí jako nečisté gesto. Předměty podávají oběma rukama, což dodržují zejména při podávání čaje. Úsměvem projevují nejen radost, ale také nepochopení. Při komunikaci s čínským pacientem zohlední sestra možnou jazykovou bariéru a poskytne mu více času. Po zjištění, že pacient neovládá český jazyk, využívá sestra nejen komunikační karty, ale co nejrychleji zajistí tlumočnicka. Na formě oslovení se s pacientem domlouvá a požádá o zopakování svého jména z důvodu dobré výslovnosti. Při komunikaci s rodinou se první oslovuje muž, poté žena a starší muž se upřednostňuje před mladším. Osobní sdělení podávají bez přítomnosti cizích osob. Odívání pro Číňana nepředstavuje osobnost ani společenské postavení, upřednostňují spíše skromnost a konzervativnost (43, 51).

Číňané jsou menšího vzrůstu, se žlutohnědou pokožkou, kdy u mužů a žen chybí ochlupení a jejich váha je většinou přiměřená výšce. Číňané jsou velice společenští, zvědaví, o vše se zajímají a mají zálibu ve smlouvání. K cizím lidem se chovají přátelsky a zdvořile. Vyznačují se svou bystrostí, vynalézavostí, trpělivostí, pracovitostí a mají tendenci shromažďovat si své bohatství. Oplývají láskou k vědění a pro získání vědomostí obětují vše. Tímto postojem chtějí dosáhnout lepšího postavení a bohatství. Rodiče do svých dětí vkládají svoje ambice a nenaplněná přání. Číňané vnímají rodinu jako nejdůležitější jednotku společnosti, kdy zdravá rodina představuje základní kámen státu a přispívá tak k jeho stabilitě. Podřízenost žen není v současné době tak výrazná a na rozhodování rodiny se podílí nejen muž, ale také žena. Stále však platí úcta ke stáří a láska k mládí. Děti navštěvují své rodiče a přetrvává povinnost se o své rodiče postarat. V nemocničním zařízení představují pro pacienta významnou oporu. Z tohoto důvodu sestra zajistí možnost návštěvy většího počtu lidí, a pokud je to možné, také samostatný pokoj. V rodině rozhoduje nejstarší muž, proto se také při sdělování diagnózy zajistí jeho přítomnost. Čínská komunita je poměrně uzavřená, ale do české společnosti se s velkým zájmem začleňují. Představují nenápadnou komunitu, která drží pospolu, a vůči okolí jsou spíše nedůvěřiví. Na veřejnosti se neustále odhleňují, což je

pro Evropana naprosto nezvyklý jev a vláda proti tomuto způsobu bojuje s nápisy na veřejných místech. Při ošetřování se pacientovi projeví jistá úcta, která následně poskytuje jistotu, že není na obtíž. Číňané se velmi obávají závislosti na cizí osobě, orientují se na budoucnost a potrpí si na dodržování času při návštěvě lékaře. Pro představu dalšího vývoje, sestra poskytne dostatek informací o následujících krocích v ošetřování. Při sdělování informací, sestra zajistí přítomnost rodiny a zapojuje ji do ošetrovatelského procesu. V případě, že selhávají metody tradiční čínské medicíny, vyhledá čínský pacient lékařskou pomoc. Zdraví vnímají jako rovnováhu mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka. O svém zdraví si rozhoduje každý samostatně, kdy záleží, zda naslouchá zákonitostem přírody nebo se staví proti nim. Nemoc vnímají jako nerovnováhu a za své zdraví se cítí zodpovědní. Číňan jako pacient nesděljuje sestře bolest, vnímá ji jako přirozený projev a má obavu z případných závislostí na lécích. Nejvíce zastoupeným léčebným postupem Číňanů je fototerapie, kterou doplňuje akupunktura, akupresura, nahřívání akupunkturálních bodů, přikládání podtlakových baněk, reflexní léčba, výživa a cvičení (43, 51).

Odběr krve sestra vždy zdůvodní, neboť ho vnímají jako odebírání energie. Pro stanovení diagnózy má tradiční čínská medicína propracovanou komplexní metodiku. Neklasifikuje konkrétní nemoci, ale odchylky od normálního stavu a jejich příznaky. Vychází ze zjištění, že vše, co se děje uvnitř, projeví se také navenek. Používá čtyři metodiky vyšetřování, které představuje pozorování, dotazování, vyšetření pulzu a jazyka. Těhotné ženy upřednostňují porod ve zdravotnickém zařízení, konzumují hodně zeleniny a ovoce, bílé maso, přijímají dostatek tekutin a mají přísný zákaz nošení těžkých břemen. Porod probíhá pomocí akupunkturálních bodů a bylinných směsí. Akupunktura v těhotenství a porodu patří v Číně k nejstarší metodě tradiční medicíny. Dnešní politika preferuje jedno dítě, a to chlapce, proto se velmi často stává, že u dívek, které se mají narodit, matka podstupuje potrat. O umírajícího pacienta projevuje rodina velký zájem a přeje si být s ním co nejvíce v kontaktu. Po úmrtí zemřelého převlékají do nových šatů, ve kterých se pohřbívá. Při pohřbu přinášejí lístky květin a lístky s činy zemřelého. Čínskou kuchyni mají velmi pestrou a chutnou. Z potravin nejvíce využívají sójovou omáčku, sezamový olej, zeleninu, čínské

a pekingské zelí, bambusové výhonky, rýži, ryby a drůbež. Z koření Číňané používají zázvor, česnek, bílý a černý pepř. Nejčastější stravou je rýže na všechny způsoby. Jedí třikrát denně a večere musí být vždy teplá. Rýži jedí každý den a požívají minimum mléčných výrobků. Čínským národním nápojem je čaj, který podávají vždy teplý, jelikož studené tekutiny vnímají jako negativní energii. Alkohol si rádi dopřejí, mají rádi pivo, ale pijí jej pouze k jídlu. V Číně mezi významné svátky patří Nový rok a Svátky jara, které trvají patnáct dnů. V těchto dnech si dávají dárky v podobě pomerančů, které mají přinést majetek a pojídají zeleninové a masové taštičky, které znamenají hojnost. Kdo si v těchto dnech umyje hlavu, smyje ze sebe štěstí (43, 51) (Příloha 10).

1.6.3 Specifická charakteristika pacienta ukrajinské národnosti

Ukrajinci patří mezi tradiční českou menšinu a jejich oficiálním úředním jazykem je ukrajinština. Ukrajinec v ČR má jen velmi slabou znalost cizího jazyka, nejen českého, ale také západního, a tudíž největší problém v komunikaci vyvstává v souvislosti s neznalostí jazyka. Některý pacient odmítá hovořit rusky a česká sestra ukrajinštinu nezná. Dalším používaným jazykem ukrajinských pacientů je suržyk, který představuje směs ukrajinské gramatiky a ruské slovní zásoby. Ukrajinský pacient se charakterizuje svou přizpůsobivostí, neorganizovaností, nenáročností, ukázněností, spokojeností a vděčností za péči, při které nemá žádné speciální požadavky. Při pobytu v nemocničním zařízení se ochotně přizpůsobuje, emocionálně se neprojevuje a chápe režimové požadavky oddělení. Rodinní příslušníci ve většině případů do nemocnice nedorazí, poněvadž chybí jejich přítomnost v ČR. Velkou roli hraje také skutečnost, že se úroveň zdravotní péče na Ukrajině a v ČR značně odlišuje, jelikož zdravotnictví na Ukrajině je v katastrofálním stavu, kdy před nástupem hospitalizace pacient obdrží seznam věcí, pomůcek a léků, které si zakoupí. Pacient proto neskrývá své překvapení, co vše jim nemocnice v naší republice poskytuje. Obecně ukrajinský pacient vlastní vyšší míru religiozity a národní hrdosti. Slaví Velikonoce, Vánoce a 24. srpen, kdy se oslavuje den nezávislosti. Judaismus a islám představuje jejich menšinové náboženství, které má na Ukrajině dlouholetou tradici. Počet dětí vzhledem k sociálním poměrům

v rodině klesá. Nejbližší rodinu pro Ukrajince neznamení jen rodiče, prarodiče a děti, ale také velké množství rodinných příslušníků. K rodičům se zachovává větší úcta. Typický je model, kdy se staří rodiče již o sebe nepostarají a stěhují se do domů svých dětí, kde dožívají. Instituce domova důchodců se tak stává pouze okrajovou záležitostí. Obecně hraje v životě Ukrajinců rodina velmi důležitou roli a založit si tu vlastní se pokládá za samozřejmost. Vzhledem k velké nezaměstnanosti přináší v současné době peníze do domácnosti spíše žena. Žena v takovéto rodině má pevně určenou roli matky a pečovatelky o fungující domácnost. Ukrajinec si se ženou při seznamování nebo při pozdravení nepodává ruku, jelikož tento počin považuje v rámci ukrajinské nedotknutelnosti žen za neúctu. V otázce upravování se a oblékání je žádoucí, když muž vypadá jako skutečný muž a žena jako skutečná žena. Pouze výjimečně je k vidění muž s dlouhými vlasy. Ukrajinský muž volí spíše krátce střižené účesy, hladké oholení, a pokud právě fyzicky nepracuje, je vždy dobře oblečen. U žen převládá elegance, kde líčení a parfém se stává samozřejmostí. Antikoncepce je na Ukrajině příliš drahá a pro většinu nedostupná stejně tak jako miniinterruptce. Nechtěné těhotenství se proto ukončuje v pokročilejším stádiu těhotenství, zvláště ze sociálních a finančních důvodů (18).

V ČR se příprava stravy řídí podle ukrajinských zvyklostí. Během vzácných příležitostí nebo křesťanských svátků se pečlivě připravuje tradiční ukrajinská kuchyně, kdy typickým je ukrajinský boršč, pirohy, pelmeně, varenyky, holubci a syrnyky. Jako příloha se podává chléb, pohanka nebo bramborová kaše. Ukrajinská kuchyně je mnohem lehčí, rozmanitější a zdravější ve srovnání s českou, která jim ve formě knedlíků a těžkých omáček způsobuje velké problémy. Během svátků a různých příležitostí je zvykem připravovat více chodů a drobná jídla k pozdějšímu pití alkoholu. V tomto případě platí obecně známá oblíbenost vodky, někdy se pije víno. Zajištění zaměstnání, ubytování a obživy vyplňuje většinu jejich všedního dne. Pracovní doba se pevně dodržuje, pracuje se přesně a spolehlivě. Největším přáním je vydělávat si co nejvíce peněz a část z nich posílat svým rodinám na Ukrajinu. Volnočasové aktivity Ukrajinec neprovozuje pro své vysoké pracovní vytížení. S majoritní společností se stýká pouze z nutnosti, spíše se zdržuje ve své minoritní skupině. Za zábavou

do společnosti vyrazí spíše výjimečně, jelikož neochotně utrácí své těžce vydělané peníze. V neděli se účastní křesťanské bohoslužby (18) (Příloha 10).

1.6.4 Specifická charakteristika pacienta židovského vyznání

Židovský národ pochází z oblasti Blízkého východu. Slovo Žid, s velkým prvním písmenem, představuje příslušníka židovského národa, ale žid s malým písmenem znamená, že je příslušníkem židovského náboženství. Etnickým Židem se člověk narodí, židem podle židovského náboženského práva je možné se narodit i stát. Židovské zvyklosti vyznává pacient jakékoliv národnosti. Nejvýznamnějším faktem zůstává, zda se jedná o pacienta s ortodoxní, liberální nebo konzervativní vírou. Z praktického hlediska jde při ošetřování takového pacienta o tři hlavní oblasti. Jedná se o plnění náboženských povinností, hygienu a stravování. Zdravotnické zařízení není obvykle technicky vybavené k zajištění všech detailů náboženské praxe, ale je možné poskytnout alespoň základní zázemí pro dodržování náboženských, hygienických a stravovacích zvyklostí. Na prvním místě stojí nezbytný tolerantní přístup a pochopení sestry pro všechny zvláštnosti dané tradiční kulturou judaismu. Ochota a tolerance přispívá ke spokojenosti pacienta a úspěšně doplňuje profesní stránku léčby a ošetřování. Judaismus se neomezuje pouze na víru, ale zahrnuje rozsáhlý systém etických, náboženských a právních norem, které řídí každodenní životní praxi věřících Židů. Jejich způsob chování se neliší od běžných evropských norem, ale stává se nutností dodržovat určitá pravidla v kontaktu s židovským pacientem, který vede tradiční způsob života včetně zachovávání náboženských příkazů. Židovská víra není příliš známá, přestože se existence židovských kořenů v ČR navzdory pohnuté historii židovského národa vyskytuje (6, 21, 45, 56).

K odlišnostem daným tradiční kulturou judaismu patří neodmyslitelně zvláštnosti, které lze označit jako vizuální, kdy příkladem je styl odívání a způsob chování ve společenském styku, přičemž otázka komunikace se stává pro ošetrovatelskou praxi velmi důležitá. Problémem v komunikaci s židovským pacientem se stává jazyková bariéra. Při seznamování s židovskými pacienty je proto vhodná zdrženlivost, kdy při podávání ruky sestra taktně vyčká na signál z jejich strany

a nepozastavuje se nad tím, že se pacient třeba jen lehce ukloní. Dalším krokem je zjištění, jakým jazykem pacient hovoří a kontaktování tlumočnicka nebo použití slovníků. Současně je potřebné všimnout si charakteristiky hlasu, výslovnosti a způsobu vyjadřování, následně pacienta oslovit a představit se. Se vztahem mužů a žen souvisí co nejzdrženlivější chování, kdy při pozdravu a představování muž nepodává ženě ruku s výjimkou manželky a žen v rodině. Muž s mužem si vzájemně ruku podává, žena s ženou rovněž, stejně tak také v případě, kdy se jedná o příslušníka jiného vyznání nebo původu. Z Tóry, která představuje posvátný text, se učí celý judaismus a Boží jméno se nevyslovuje. Posvátného textu se nikdo nedotýká, používá se ukazovátko. V oblasti oblékání pro ženu kalhoty znamenají mužské oblečení, obléká si oděv s rukávy, a po svatbě si zakrývá podle zákona vlasy jako symbol cudnosti. Žid nenosí šaty ze směsi lnu a vlny, na hlavě nosí malou přiléhavou čepičku, která se nazývá Kipa, jarmulka, na znamení oddanosti bohu, úpravu vlasů a vousů muž neprovádí břitvou, ale nůžkami nebo elektrickým strojkem. Židovská manželka zodpovídá za atmosféru domova a muž má rozhodující slovo. Rodina představuje pro židovství základ, ale rozvod připouští (21, 45).

Židovský zákon vyžaduje vyhledávání kvalifikované medicínské péče, při které židovský pacient užívá léky, podstupuje biopsie, amputace, přijímá krev a vakcíny. V případě potřeby podání transfuze pacient souhlasí s převodem krve od Žida. Terapeuticky přerušené těhotenství povoluje pouze při ohrožení fyzického nebo psychického zdraví ženy. Potraty na požádání ženy nepřipouští, kdy se nepovoluje ani vasektomie. Antikoncepci židovský zákon povoluje v případě, že mají manželé již dva potomky, tedy syna a dceru. Menstruujícím ženám se nepovoluje pohlavní akt, který je zakázán také v předmanželském období. Židovský pacient je kulturně přizpůsobivý, ale svoji kulturu si udržuje. Vyznačuje se svou pracovitostí, pouze o sobotách dodržuje den odpočinku. Zdravotnický personál respektuje, spolupracuje, dbá na rady lékaře a dodržuje předepsané ordinace. Stejně přistupuje v péči o nemocného rodinného příslušníka. Židovský pacient je velmi vzdělaný, o své zdraví pečuje, zajímá se o svůj zdravotní stav a alkohol nepožívá (18, 21, 22).

1.6.4.1 Náboženské povinnosti pacienta židovského vyznání

Pro zdravotnickou a ošetrovatelskou praxi se velmi důležitou stává zásada, že veškerá pravidla je možné porušit v případě, kdy nastane situace ohrožení života židovského pacienta. Plnění náboženských povinností se týká především věřících mužů, žena je od některých povinností osvobozena. Základní náboženskou povinností každého Žida je individuální nebo veřejná modlitba, která se koná v synagoze. Ve všední den a ve svátek provádí židovský pacient tři hlavní modlitby. Jedná se o modlitbu ranní, odpolední a večerní, při nichž se obrací k východu, směrem k Jeruzalému, který představuje tradiční kultovní centrum. V areálu zdravotnického zařízení není nutná existence synagogy, postačí zajistit dostatečné soukromí, v určitou dobu neplánovat příslušná vyšetření, pochopit a respektovat modlícího se pacienta, nedávat najevo překvapení nebo zvědavost, což platí především pro ranní modlitbu, kdy si pacient na hlavu a ruku nasazuje modlitební řemínky a modlitebním šálem si zahaluje ramena a hlavu. Tiché a nahlas recitované modlitby doprovází rytmickými úklonami. O všech židovských svátcích platí zachovávání zákazu fyzické práce s výjimkou situace, kdy dochází k ohrožení života. Nejpřednějším svátkem je Šabat, tedy sobota, který uzavírá všední život každého týdne odpočinkem a duchovním obrožením při modlitbě a studiu náboženských textů. Tento den začíná v pátek po západu slunce a končí sobotní nocí. Žid v tento den nepracuje, nezažihá a nezháší světlo, oheň, nevaří a nepíše. Je to svatý den, sedmý den týdne, nejdůležitější židovský svátek, který je daný Desaterem. Během Šabatu se snaží oprostít od všech technických vymožeností, kdy Žid nesleduje televizi, neposlouchá rozhlas, neřídí auto nebo jiný dopravní prostředek, nejedí výtahem a nepoužívá telefon. V tomto čase nebo přes hlavní židovské svátky odmítá hospitalizaci a každý lékařský zákrok s výjimkou nevyhnutelnosti na záchranu života (6, 21, 45).

V judaismu také platí příkaz držet o některých svátcích půst. Takovými svátky je Jom Kippur a Devátý Av, kdy se drží celodenní půst. Vzhledem k dodržování svátku potřebuje pacient určitý prostor pro své modlitby, kdy sestra zajistí nerušené prostředí, soukromí a vytvoří místnost klidu k provádění rituálních úkonů a modliteb v době, která je pro ostatní pacienty nepřijatelná. Takový prostor je nutné zajistit zvláště o svátku Jom

Kippur, kdy pacient bdí a modlí se celou noc. Jedná se o největší židovský svátek a vyznačuje konec času, který je určený na rozjímání nad životem. Tento svátek obsahuje pět zákazů. Nepozřít žádnou stravu a tekutiny, nekoupat se, nepoužívat žádnou kosmetiku, nesmilnit a nenosit koženou obuv. Konání této náboženské povinnosti záleží na zdravotním stavu, kdy se od přísného půstu osvobozuje nemocný, starý, dítě a těhotná žena. Slavení svátků provází používání tradičních kultovních předmětů. Z tohoto důvodu pacient vlastní drobné rituálie jako je svícen, pohár na žehnání vína, pokrývka na sváteční chléb nebo kořenka. Povinností zdravotnického zařízení je vyhovět nejzákladnějším zvyklostem pacienta židovského vyznání, kdy příkladem je včasná příprava hygienických potřeb v koupelnách a toaletách, asistence personálu v situaci přivolání výtahu nebo příprava stravy (6, 21, 45).

Hlavou rodiny a náboženskou autoritou je otec, matce patří úcta a respekt. Ve vztahu mužů a žen se klade důraz na manželskou věrnost a cudnost. V případě rodinné slavnosti, která se koná na půdě zdravotnického zařízení, platí stejná pravidla jako při slavení svátků, kdy jejich hlavní částí je náboženský obřad. Výjimku představuje obřizka, která se ze zdravotních důvodů vykonává v mimořádném termínu. Hlavním obřadem životního cyklu Žida je obřizka, bar-micva, svatba a pohřeb. Mužská obřizka patří k základním příkazům judaismu jako znak příslušnosti. Provádí se u novorozenců mužského pohlaví osmý den po narození chlapce. V případě, že je medicínsky kontraindikovaná, výkon se odloží. Vlastní obřizku vykonává židovský lékař, který má náboženskou a chirurgickou kvalifikaci. Obřad probíhá v synagoze nebo v nemocnici za přítomnosti zástupců komunity, kdy je zapotřebí speciální příprava a souhlas ošetřujícího. S obřizkou souvisí pojmenování chlapce, dívka se pojmenuje při první návštěvě otce v synagoze po jejím narození (6, 21, 45).

Při obřadu spojeném s úmrtím hraje významnou roli speciální židovská organizace, tedy pohřební bratrstvo, které zajišťuje všechny části obřadu podle předepsaných pravidel, kde důležitým se stává hygienický postup, začínající rituálním očištěním, úpravou zemřelého a končí umytím rukou na hřbitově po pohřbu. Tradice předepisuje pohřeb do čtyřiačtyřiceti hodin po úmrtí, v moderní době je možný také převoz těla, ale v co nejkratší době. Některá skupina Židů vyžaduje pochování

jakéhokoliv tělesného orgánu a dárcovství transplantátů považuje za nepřijatelné. Úkolem sestry je zabezpečit amputované končetiny, orgány a odevzdat je židovským rodinám k jejich pochování. Kremace se neuznává, ale méně přísné skupiny souhlasí s pitvou pouze za předpokladu, že tělo není vystavené amputaci. Prvních sedm dní po úmrtí se židovský muž modlí a neholí se. Na hroby rodina místo květin a svíček pokládá kamínky (18, 56).

1.6.4.2 Hygienické povinnosti pacienta židovského vyznání

Důležitou součástí ošetrovatelské péče je realizace duchovních potřeb, kdy sestra zajistí možnost návštěvy Rabína na oddělení, možnost umýt se před modlitbou a očistu celého těla v předvečer Šabatu. Židovský pacient klade důraz na očišťování před každou činností, která je spojená s náboženskými úkony. Jedná se o jednoduché mytí rukou. Rituální mytí rukou provádí takový pacient pravidelně před modlitbou a jídlem, kdy pronáší příslušné požehnání a poděkování za jídlo jako boží dar. Dalším stupněm rituálního očištění je vstup do speciální lázně, který židovský pacient dodržuje před začátkem Šabatu, po nemoci, ženy při očištění nevěsty před svatbou a po menstruaci. V židovské obci slouží těmto účelům mikve, která představuje rituální lázeň. Současná mikve je moderní lázeňské zařízení, v jehož centru je tradiční bazének s předepsanou výškou vody, která pochází z přírodního zdroje. V situaci, kdy není k dispozici dostatek přírodní vody, povoluje se doplnění hladiny z vodovodní sítě. Podobně je tomu také v židovské obci v případě, že neexistuje takto vybudovaná lázeň, kterou nahrazuje blízká řeka nebo jezero. Před vlastním očištěním se židovský pacient umyje v běžné lázni, která ve zdravotnickém zařízení představuje sprchový kout, kdy následuje úplné ponoření do bazénu včetně vlasů a temena hlavy. Před vstupem do bazénu si pacient v přípravě odloží veškeré šperky, odstraní kosmetiku, vyčistí si ústní dutinu, vypláchne ústa, rozpustí a rozčeše si vlasy. V lázni není povolené stát, tělo se ve vodě vznáší. Jelikož zařízení rituální lázně se v evropském zdravotnickém zařízení běžně nepředpokládá, zajistí se využití mikve v blízké židovské obci nebo se umožní bezpečný přístup k přírodnímu zdroji v okolí. Pravidlo vyhýbání se dotyku osob druhého pohlaví má kromě běžného společenského dopadu velkou důležitost

při zdravotní péči. Z hlediska ošetřování sestra respektuje intimitu pacienta židovského vyznání a vždy zajistí vyšetření židovské ženy lékařkou a židovského muže lékařem (6, 21, 22, 45).

1.6.4.3 Stravovací zvyklosti pacienta židovského vyznání

Stravovací zásada je také stanovena autoritami judaismu a židovský pacient je striktně dodržuje. Původně nábožensky vhodné a nevhodné suroviny nahrazuje dodržování rituálně čistého a nečistého v jídelních předpisech. K nejzákladnějším pravidlům patří zákaz mísit mléčné a masité pokrmy nebo suroviny k jejich přípravě, což vyžaduje používání dvojí sady nádobí pro přípravu a podávání stravy. Židovský pacient upřednostňuje dvě lednice a dva oddělené dřezy na přípravu surovin. Při sestavování jídelníčku se dbá na dobu, kdy je možné podávat jednotlivé pokrmy. Obecně platí, že masitá strava se podává půl hodiny po mléčné, ale naopak mléčná se podává tři až šest hodin po masité, kdy jednotlivé intervaly se liší podle zvyklostí v jednotlivých komunitách. Dalším zákazem je požívání krve a při zpracování masa rozlišování čistých a nečistých zvířat podle ustanovení legislativních partií Tóry. Zákaz požívání krve znamená použití masa pouze z rituálně zabitého zvířete, kdy samotný předepsaný způsob porážky zaručuje odchod krve. Nákup masa z rituálně zabitých zvířat a drůbeže je zárukou, že do kuchyně přijde maso košer, což znamená čisté. Na druhé straně je důležité mít přehled, které druhy živočichů patří mezi košer. Jedná se především o domácí býložravce, domácí drůbež a běžné ryby mající ploutve a šupiny. Judaismus zakazuje pojídat vepřové maso, ale tento zákaz se týká také dalších zvířat. Jedná se o zvíře, které nemá rozpolcené kopyto a nepřežvykuje. Z ryb není dovolené pojídat úhoře a mlže, jelikož Tóra zakazuje požívat plazy a vše, co se plazí. Na nákup a zpracování ovoce a zeleniny se žádné omezení nevztahuje. Z tohoto důvodu židovský pacient, který se zdržuje mimo své prostředí, volí vegetariánské stravování. Dodržování košer stravování se také týká enterální výživy podávané sondou. Zvláštnost ve stravování znamená pro zdravotnickou praxi jednu z nejdůležitějších položek v organizaci ošetřování židovského pacienta, kdy je velmi složité zajišťování košer stravy vlastními silami. Místní židovská obec sice vlastní seznam rituálně čistých

surovin a potravin, ale hlavní problém představuje úprava stravy při zachování všech zásad kašrutu, kdy kuchyně musí vyhovovat technickým podmínkám a příprava stravy probíhat pod náboženským dohledem. Z těchto důvodů je vhodnější dovážet hotové obědy a večeře z některé židovské obce. Největší židovskou komunitou v ČR je Židovská obec v Praze, která sdružuje občany, hlásící se k židovskému vyznání, národnosti nebo původu. V současné době je členem Federace židovských obcí v ČR, která zajišťuje náboženský a kulturní život svých členů a přispívá k zajištění jejich zdravotních a sociálních potřeb. Provozuje Penzion a domov Charlese Jordana a podílí se na provozování Lauderovy školy v Praze (21, 39, 45, 56) (Příloha 11, 12).

1.6.5 Specifická charakteristika pacienta muslimského vyznání

Islám se považuje za nejmladší monoteistické náboženství, což znamená, že uznává jediného boha, Alláha, který svou neomezenou mocí ovlivňuje osudy lidí. Svatou knihou islámu je Korán, považovaný za autentické slovo Boží. Islámská kultura má v každodenním životě muslimského pacienta řadu specifíků, které se projevují v oblékání, stravování a hygienických návycích. Takovým odlišnostem je potřeba se v naší ošetrovatelské péči přizpůsobit, jelikož při jejich nerespektování dochází k nepříjemným konfliktům a situacím. Základem pro oděv muslima je definice nahoty, která se na veřejnosti zakrývá šatem. Mužskou nahotou se rozumí oblast těla mezi pupkem a koleny. Zvyklostí mužů je pokrývka hlavy, nejčastěji v podobě turbanu. U muslimské ženy se za nahotu považuje celé tělo s výjimkou obličeje, rukou po zápěstí a nohou po kotníky. Z tohoto důvodu si příslušnou část těla zahaluje šatem nebo šátkem. V konzervativních zemích nosí různé druhy závoje přes obličej nebo se úplně zahalují. Požadavkem pro oděv muslima je zahalení těla, volnost a tloušťka z důvodu utajení barvy kůže a ženské křivky (15).

Zvláštnosti v ošetrovatelské péči o muslimského pacienta se také týkají komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou. V komunikaci s muslimským pacientem se některé téma stává naprostým tabu, což se týká hlavně rodinných a intimních problémů, rodinného stavu, počtu dětí a fyziologických funkcí. V otázce neverbální komunikace nenavazuje cizí muž oční kontakt s muslimskou ženou a naopak cizí žena

oční kontakt s muslimským mužem. Oční kontakt mezi pohlavími se chápe jako výzva k bližšímu seznámení, což slušně vychovaná žena nedělá. Cizí muž se ženy dotýká pouze v nouzové situaci, kdy se jedná o záchranu života. Při komunikaci mezi ženou a mužem se udržuje větší vzdálenost. Pro cizince není zvykem navazovat konverzaci se ženou ani podávat ruku na uvítanou, jelikož v islámské kultuře není takový způsob obvyklý. Zdravotník muž se k muslimské pacientce chová vždy velice rezervovaně, protože intenzivní vizuální kontakt je známkou přiblížení, což není povolené. Spěch nedává najevo, dochvilnost a plánování pro muslima platí velmi zřídka (15, 56).

V oblasti lékařské péče muslimský pacient ochotně daruje, přijímá krev a při jejich ošetřování sestra postupuje podle obvyklých zásad s ohledem na cudnost, především žen, tedy neodhalovat jejich tělo, zvláště před jiným pacientem, pokud to není pro léčení a ošetření nezbytně nutné. Nejbližší příbuzní se účastní svou přítomností lékařskému vyšetření nebo ošetření. Při zajišťování nouzového uložení na lůžko se muž oddělí od ženy nebo sestra symbolicky do místnosti otevře dveře. Lůžko pacienta zajistí takovým způsobem, kdy čelo směřuje směrem k Mekce. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra dbá na dodržování přísné intimity muslimského pacienta, kterého vyšetřuje pouze muž a muslimskou pacientku pouze žena. Vyšetření u ženy povoluje její manžel nebo otec a na příslušné vyšetření ji doprovází její manžel, otec, matka nebo sestra. V případě úmrtí pacienta rodina zajistí péči o mrtvé tělo a přípravu na pohřeb. Rodinný příslušník provádí rituální očistu omýváním zemřelého, následuje zabalení těla do několika pruhů čistého bílého plátna a provedení modlitby. Tělo se pohřbívá vždy do země během 36 hodin. V případě, že rodinní příslušníci péči nezajistí, sestra kontaktuje islámské centrum, které zařídí všechny náležitosti spojené s úmrtím pacienta. V případě, že dojde k selhání všech výše uvedených možností, zajistí sestra vhodnou péči o mrtvé tělo sama. Pitva zemřelého se neprovádí, ale v případě, kdy to zákon dané země vyžaduje, je možné pitvu provést. Pohřeb žehem se neprovádí. V islámu je několik předepsaných zásad týkající se pohřebních zvyklostí, které se v různých muslimských zemích liší. Sestra vždy tyto potřeby konzultuje s muslimským duchovním (56).

1.6.5.1 Náboženské povinnosti pacienta muslimského vyznání

V náboženském slova smyslu slovo islám představuje podřízenost vůli Boží a poslušnost jeho zákonům, což vede k dosažení opravdového míru a trvalé čistoty. Každý vyznavač islámu se stává muslimem, který uznává pět pilířů. Jedná se o vyznání víry, modlitbu, náboženskou daň, půst v měsíci Ramadán a pouť do Mekky. V dnešní době žije na světě kolem jedné miliardy muslimů, kdy jejich nejzákladnější povinností je vyznání víry, kterou se potvrzuje příslušnost k islámskému náboženství. Každodenní povinností muslima je modlitba, kterou vykonává pětkrát denně. Předpokladem k modlitbě je zakrytí nahoty, rituální čistota a čistota místa, které dosahuje rozprostřením lehkého modlitebního koberečku. Sestra k tomuto účelu zajistí místnost se sociálním zázemím. Muslimský pacient se modlí vždy směrem k Mekce a je bez obuvi. Při modlitbě se pacient nevyrušuje a nepřechází se těsně před ním. Modlitbu vykonává individuálně nebo kolektivně v mešitě. Mimo pravidelných modliteb uskutečňuje ještě další, z nichž nejčastější je pohřební a noční v měsíci Ramadán. Hospitalizovanému muslimovi sestra umožní provedení pět stanovených denních modliteb, pro které se vyhradí určité místo. Islám zprošťuje povinnosti nemocného muslima se modlit, ale i přesto si takový pacient přeje své modlitby vykonávat. Z tohoto důvodu se jejich povinná modlitba omezuje na třikrát denně. Pacienta muslima sestra uloží nejlépe na samostatný pokoj se sociálním příslušenstvím, kde má dostatek soukromí a intimity, jelikož každý pátek vykonává společné modlitby se svou rodinou. Pro každého muslimského pacienta jsou velice důležité jeho náboženské předměty, na které se nic nepokládá a nedotýká se jich nikdo jiný než samotný pacient. Příkladem těchto předmětů je Korán, modlitební kobereček, různé amulety, černá stuha, zlaté a stříbrné řetízky, přívěsky, které obsahují vyryté verše z Koránu. Amulety se nesmí namočit, a pokud pacient trvá na jejich nošení, sestra mu je ponechá. V Islámu se zakazuje vylévat voda, proto nedopitou sklenku vody na pokoji pacienta sestra nevylévá. Péči o umírajícího a nemocného pacienta přebírá rodinný příslušník v případě, že to možnosti oddělení a stav pacienta dovoluje. Rodina umírajícímu předčítá z Koránu a zajišťuje návštěvu duchovního. Dospělý muslim alespoň jednou

v životě vykoná rituální pouť do Mekky. Poutníkem se stává zralý, zkušený a ženatý muslim (15, 56).

1.6.5.2 Stravovací zvyklosti pacienta muslimského vyznání

Složení stravy v islámských zemích vychází z islámských předpisů a místních zvyklostí. Jedná se především o striktní zákaz konzumace vepřového masa, kdy Korán výslovně zakazuje požívat krev, vepřové maso a obětní zvířata. Každý muslim má k vepřovému masu hluboký odpor. Naopak vhodným pokrmem pro muslima se stává drůbež a ryby. Konzumace alkoholu, omamných látek a provozování hazardních her je zakázána. Tvrdý postih se vztahuje také na dovoz a domácí výrobu alkoholu. Problém nastává v případě, kdy se léky a strava připravuje na bázi alkoholu. Výjimku představuje situace, kdy je ohrožen zdravotní stav nebo přímo život. V jiném případě se sestra s pacientem domluví na požadované stravě, dietě a kontaktuje dietního terapeuta, který zvolí vhodný jídelníček. Možností je také zajištění vhodné stravy rodinou s ohledem na dietu pacienta. V nemocniční praxi vyslovuje rodinný příslušník přání vařit nemocnému, což pramení z nedůvěry ke zdravotnickému personálu a obav, že pacient dostane nepovolenou stravu. Nejčastějším důvodem pro nedodržování diety je představa muslimského pacienta, že dostatečné množství chutné stravy pomáhá tělu, kdy nerozpozná souvislost mezi špatnou výživou a sekundárním onemocněním. Z tohoto důvodu sestra cíleně seznamuje pacienta a jeho rodinu s významem dodržování diety a případnými následky. Muslim stravu uchopí vždy do pravé ruky, jelikož levou používá na nečisté účely. Další významnou součástí jejich společenského kontaktu tvoří kult jídla, kdy stolování znamená velký a časově náročný obřad. Veškerá strava se neobejde bez chleba, který má nejčastěji podobu placky z hladké mouky a používá se jako příbor k nabírání předkrmů. Chléb se vždy láme a nekrájí se. Voda se hlasitě nesrká, nehltá, vypít se má všechna a nevylévá se (15, 39, 56).

Největší islámský svátek Ramadán trvá 28 až 30 dní, kdy povinnost půstu začíná za úsvitu a končí slunečním západem. Půst dodržuje každý dospělý a zdravý muslim, nevztahuje se však na děti, těhotné a kojící ženy, staré a nemocné. V průběhu celodenního půstu se zdrží jídla, tekutin, kouření a pohlavního aktu. V noci se nepostí,

naopak se věnuje zbožné činnosti, zejména četbě z Koránu. Ukončení půstu při západu slunce zahájí slavnostní večeří a návštěvami svých blízkých. Půst ukončí dvoudenním Malým svátkem, který představuje veselí, návštěvy a dárky. Z důvodu nepřijímání jídla a tekutin nastává problém v ošetrovatelské péči například s podáním léků. Náboženství ale povoluje u nemocného muslimského pacienta půst přerušit a později si jej vynahradiť. Muslim poukazuje na morální stránku půstu, kdy se člověk učí ovládat a bohatý poznává, co je hlad. Smyslem Ramadánu je upevnění komunity a uvědomění si náplně islámu. Pústem také muslim dosahuje odpuštění svých hříchů. Na druhé straně půst také znamená pro organismus určitou zátěž, jelikož příjem stravy a tekutin se uskutečňuje především v noci na úkor spánku, a tím dochází k celkové slabosti a poruše koncentrace. Muslim je také koncem Ramadánu značně vyčerpan. Muslimské soukromé svátky každý muslim nábožensky posvěcuje, kdy příkladem je jméno narození dítěte, obřizka a svatba (15, 39).

1.7 Problematika zdravotního pojištění pacientů cizinců

Pacient cizinec, který má v ČR trvalý pobyt a je pojištěn u všeobecné zdravotní pojišťovny, vlastní stejný průkaz jako ostatní pojištěnci této pojišťovny, kde číslo pojištěnce je shodné s jeho rodným číslem nebo je vytvořené zvláštním způsobem zdravotní pojišťovnou. Pro všechny pojištěnce s trvalým pobytem bez ohledu na občanství platí stejné podmínky z hlediska úhrady zdravotní péče. Pacient cizinec bez trvalého pobytu v ČR je pojištěn na základě svého zaměstnání u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Pojistné za cizince odvádí zaměstnavatel, kdy se cizinci vystaví průkaz zelené barvy s označením druhu pojištění. Pojištění trvá po dobu zaměstnání a cizinec má stejná práva jako cizinec s trvalým pobytem. Zánikem účasti na zdravotním pojištění, které je spojené s ukončením zaměstnání, zaniká s okamžitou platností nárok na úhradu zdravotní péče zdravotní pojišťovnou. Pacient cizinec bez trvalého pobytu, který je v ČR nezaměstnaný, uzavírá smluvní pojištění a prokazuje se smlouvou dlouhodobého nebo krátkodobého zdravotního pojištění. Některý pacient cizinec chová nedůvěru ve zdravotní služby a svou nemoc se snaží léčit sám. Problém nastane také v případě, kdy se na jednu kartu pojištěnce ošetří více pacientů cizinců.

Zdravotnická zařízení proto upozorňují, že na kartách pojištěnců chybí pojišťovnamí vyznačená doba platnosti, a tím se pacient cizinec ošetří po ukončení jeho zdravotního pojištění, čímž vzniká problém při vyúčtování péče. V této souvislosti se uplatňuje návrh na bezpečnější systém identifikace pacienta cizince pro poskytování zdravotní péče. V jiných oblastech zdravotnická zařízení hlásí cizinecké policii pobyt cizinců v těchto zařízeních. Na území ČR se zdravotní péče pacientům cizincům poskytuje na základě mezinárodních smluv, uzavřených mezi ČR a jejich domovským státem. Jedná se o smlouvy, kdy se bezplatně poskytuje nutná a neodkladná zdravotní péče, při které pacient cizinec prokáže své občanství cestovním pasem. Takto poskytnutou zdravotní péči hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na základě bilaterálních smluv, které upravují vzájemné bezplatné poskytování neodkladné zdravotní péče svým občanům, nečerpají bezplatnou zdravotní péči ani turisté určitých zemí, ani dlouhodobě usazení cizinci, kteří uzavírají v ČR zdravotní pojištění nebo zaplatí zdravotní péči v hotovosti. Přesná úprava podmínek poskytování péče se uvádí ve správních ujednáních, které se stávají součástí těchto smluv. Podmínky se v jednotlivých smlouvách mohou lišit, proto by se každý před odcestováním do ČR měl informovat u příslušných orgánů, zda splňuje podmínky pro pojištění, které vyplývají z mezinárodních smluv (18).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- C1 Zjistit role sestry, které jsou dominantní v péči o pacienta cizince
- C2 Zmapovat problémové situace sester při poskytování péče pacientům cizincům
- C3 Zmapovat připravenost sester v péči o pacienty cizince

2.2 Hypotézy práce

- H1 Nejčastější vyskytovanou rolí sestry v péči o pacienty cizince je role poskytovatelky ošetrovatelské péče
- H2 Nejčastější problémovou rolí sestry v péči o pacienty cizince je role edukátorky
- H3 Nejčastější překážkou při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům je jazyková bariéra
- H4 Nejčastějším problémem při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům je sociální izolace
- H5 Sestry jsou teoreticky připraveny na péči o pacienta cizince

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření empirické části diplomové práce byla použita metoda kvantitativního sběru dat formou anonymního dotazníku (Příloha 1). Dotazník obsahoval 36 uzavřených, polootevřených a otevřených otázek, které poskytovaly výběr z konkrétních odpovědí a současně umožnily prostor k vyjádření vlastního názoru.

Prvních pět otázek bylo identifikačních se zaměřením na věk, nejvyšší dokončené vzdělání, délku praxe, zastoupení na jednotlivých pracovištích a pracovní zařazení. Další otázky se přímo týkaly výzkumného šetření v oblasti poskytování péče pacientům cizincům, které se týkaly především znalosti cizího jazyka, specifických ošetřených pacientů cizinců, role sestry, zajištění tlumočnicka, praktických zkušeností sester, problémů a překážek v péči o pacienty cizince. Následující otázky (27A-CH) byly zaměřeny na teoretické znalosti sester v péči o pacienta cizince. V poslední části dotazníku byly otázky zaměřeny na zdokonalování sester v cizím jazyce a jejich připravenost na péči o pacienta cizince. Poslední otázka měla otevřený charakter s možností vyjádřit vlastní návrhy k uvedené problematice.

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel 2003 a program SPSS 12.0. Pro zhodnocení byla použita deskriptivní statistická funkce. Pro vyhodnocení statisticky významných vztahů byly použity kontingenční tabulky (Crosstabs).

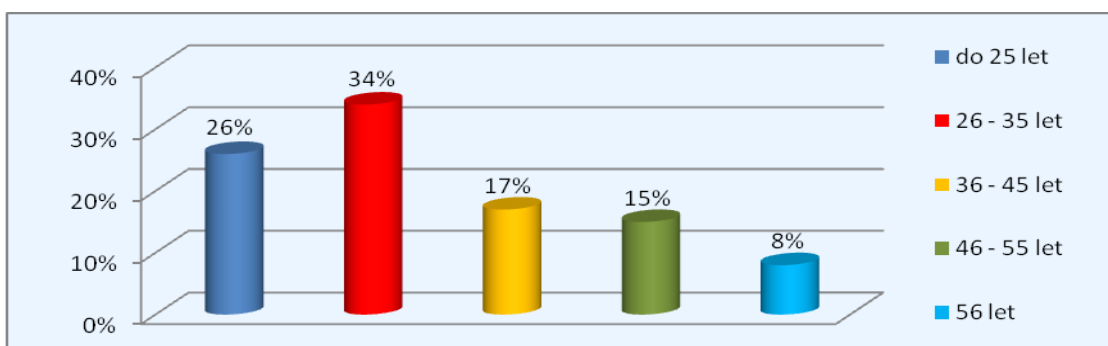
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníky pro výzkumné šetření byly rozdány všeobecným sestřám na lůžkových stanicích Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Strakonice a.s. a Nemocnice Tábor a.s. Za účelem umožnění výzkumného šetření byly osloveny hlavní, vrchní, staniční a všeobecné sestry uvedených nemocnic. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků v období od února 2011 do března 2011. Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich 46 (15 %) vrátilo prázdných a 28 (9 %) muselo být pro neúplnost údajů vyřazeno. Ke zpracování výzkumného šetření bylo použito celkem 226 dotazníků.

4 Výsledky

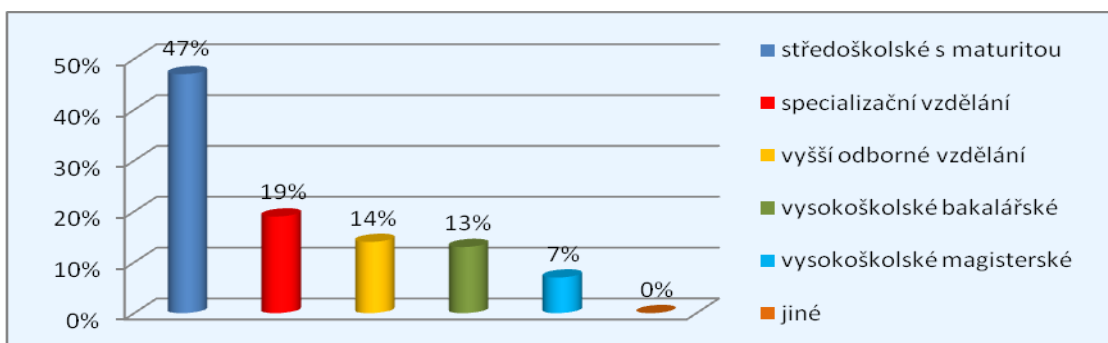
4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 1 Věkové kategorie sester



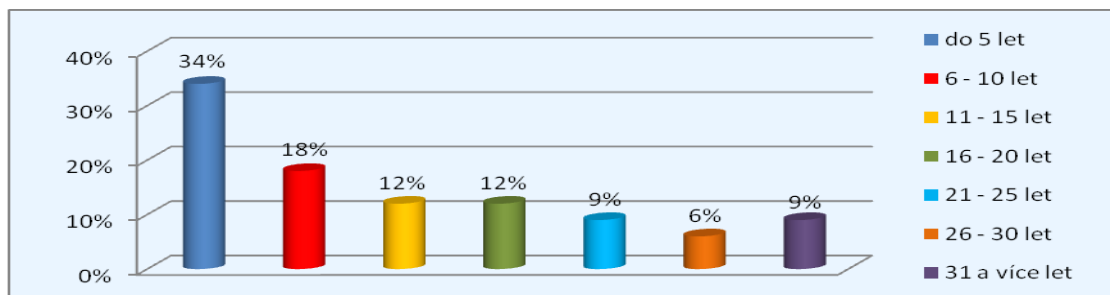
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů bylo v rozmezí 26 – 35 let 78 (34 %), 59 (26 %) respondentů bylo ve věku do 25 let, 38 (17 %) respondentů bylo ve věku v rozmezí 36 – 45 let, 33 (15 %) respondentů bylo ve věku 46 – 55 let a 18 (8 %) respondentů je starší než 56 let.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



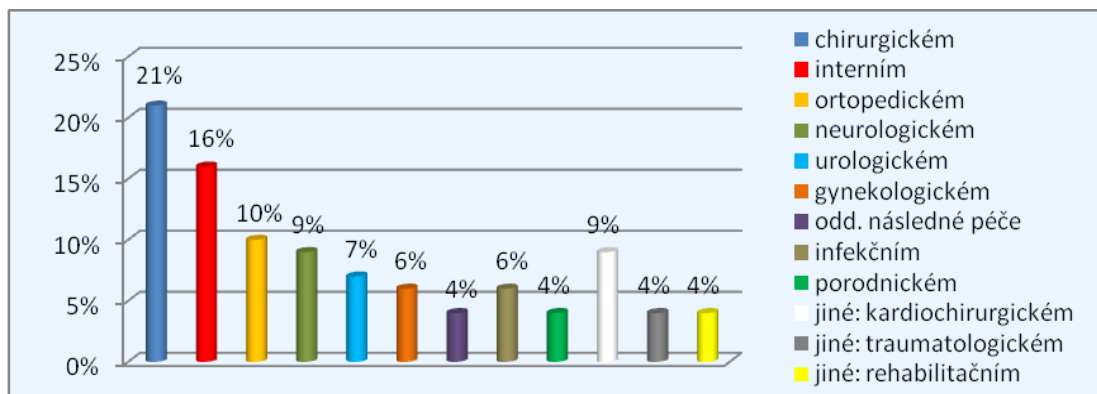
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 105 (47 %) respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání, ukončeného maturitní zkouškou, 44 (19 %) respondentů dosáhlo specializačního vzdělání, 32 (14 %) respondentů dokončilo vyšší odborné vzdělání, 30 (13 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského bakalářského vzdělání, 15 (7 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského magisterského vzdělání a jinou odpověď neuvedl žádný z respondentů.

Graf 3 Délka praxe sester



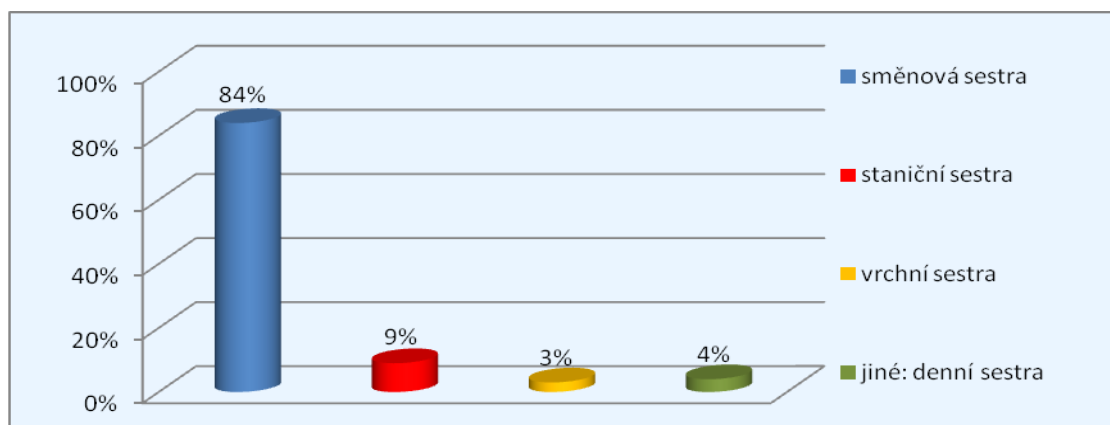
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 78 (34 %) respondentů odpovědělo, že pracuje ve svém oboru do 5 let, 40 (18 %) respondentů v rozmezí 6 – 10 let, 28 (12 %) respondentů v rozmezí 16 – 20 let, 26 (12 %) respondentů v rozmezí 11 – 15 let, 20 (9 %) respondentů v rozmezí 21 – 25 let, 20 (9 %) respondentů v rozmezí 31 a více let a 14 (6 %) respondentů v rozmezí 26 – 30 let.

Graf 4 Začlenění sester podle jednotlivých oddělení



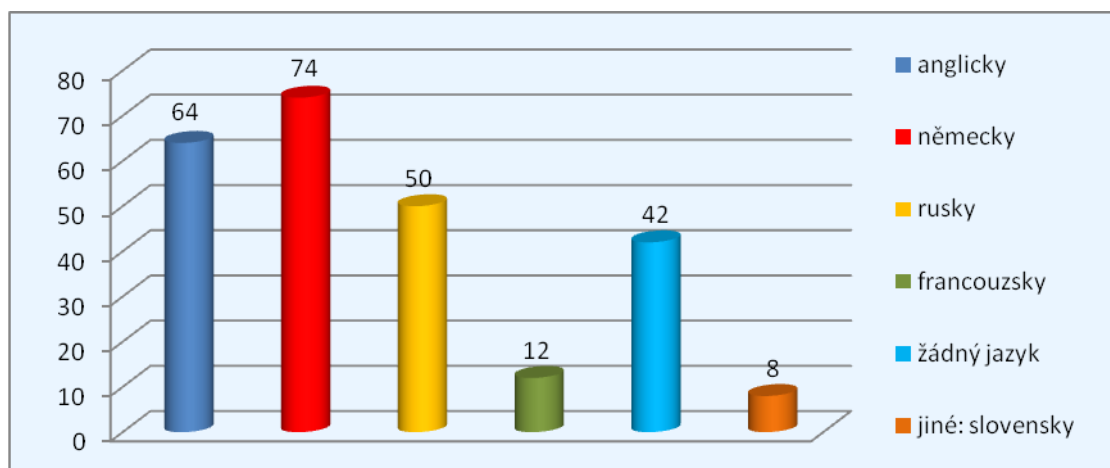
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 48 (21 %) respondentů označilo, že pracuje na chirurgickém oddělení, 36 (16 %) respondentů na interním oddělení, 22 (10 %) respondentů na ortopedickém oddělení, 20 (9 %) respondentů uvedlo, že pracuje na neurologickém oddělení, 20 (9 %) respondentů na kardiochirurgickém oddělení, 16 (7 %) respondentů na urologickém oddělení, 12 (6 %) respondentů na gynekologickém oddělení, 12 (6 %) respondentů na infekčním oddělení, 10 (4 %) respondentů na oddělení následné péče, 10 (4 %) respondentů na porodnickém oddělení, 10 (4 %) respondentů na traumatologickém oddělení a 10 (4 %) respondentů na rehabilitačním oddělení.

Graf 5 Pracovní zařazení sester



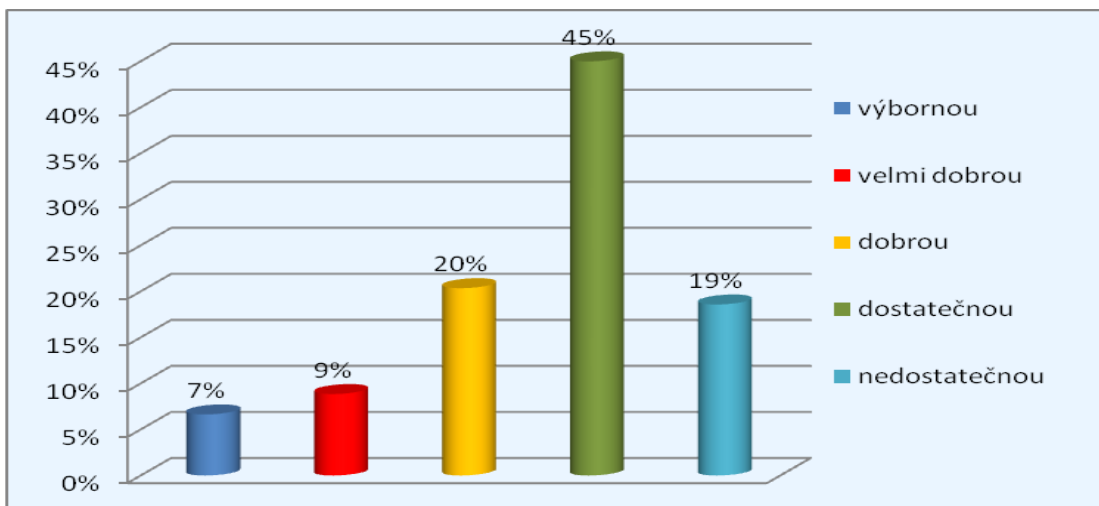
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 192 (84 %) respondentů uvedlo, že pracuje na pozici směnové sestry, 20 (9 %) respondentů na pozici staniční sestry, 8 (4 %) respondentů uvedlo jinou odpověď, což byla pozice denní sestry a 6 (3 %) respondentů pracuje na pozici vrchní sestry.

Graf 6 Jazyková dovednost sester



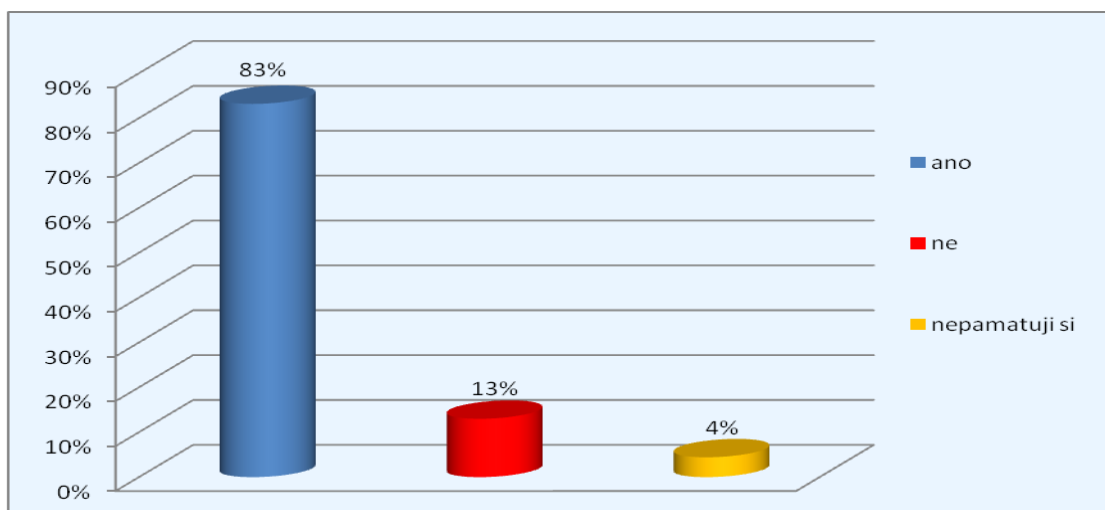
Graf ukazuje četnost odpovědí, které obsahovaly 250 odpovědí, kdy nejvyšší četnost byla zaznamenána u možnosti domluvení se německým jazykem – 74 odpovědí, anglickým jazykem – 64 odpovědí, ruským jazykem – 50 odpovědí, nedomluví se žádným jazykem – 42 odpovědí, francouzským jazykem – 12 odpovědí a možnost jiné odpovědi – 8 odpovědí, což bylo slovenským jazykem.

Graf 7 Hodnocení znalosti cizího jazyka z pohledu sester



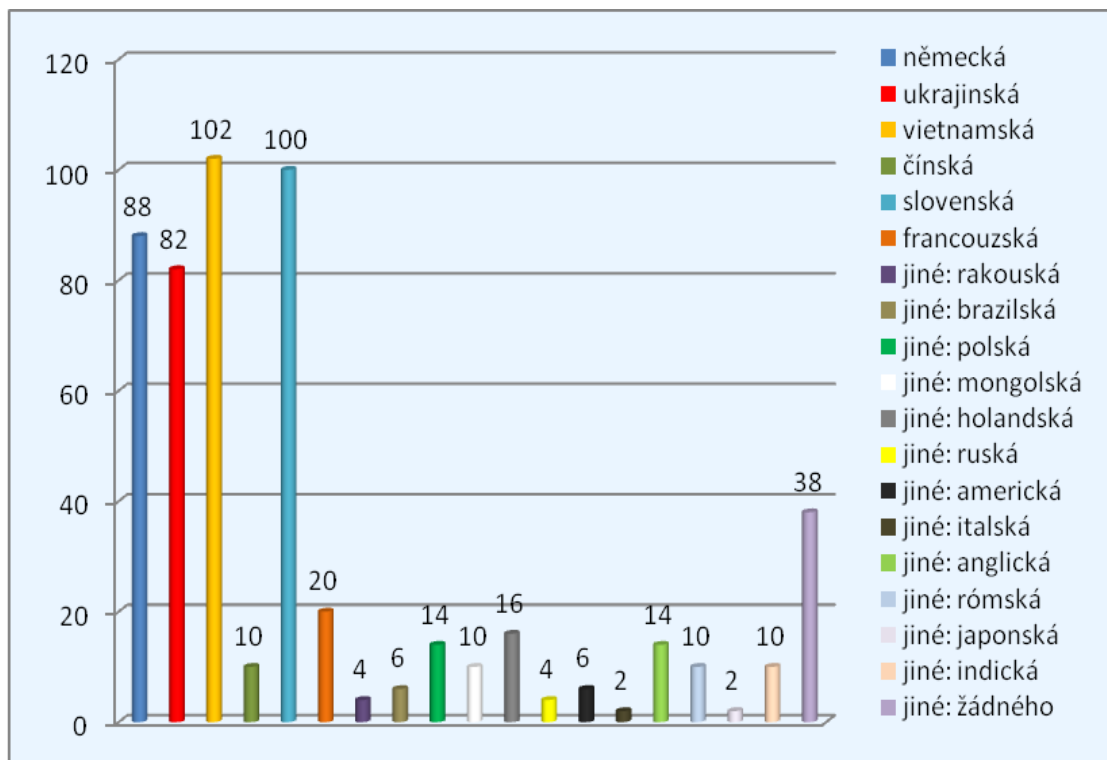
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 103 (45 %) respondentů hodnotilo svoji znalost cizího jazyka jako dostatečnou, 46 (20 %) respondentů ji hodnotilo jako dobrou, 42 (19 %) hodnotilo jako nedostatečnou, 20 (9 %) uvedlo velmi dobrou a 15 (7 %) výbornou.

Graf 8 Možnost ošetřování pacienta cizince



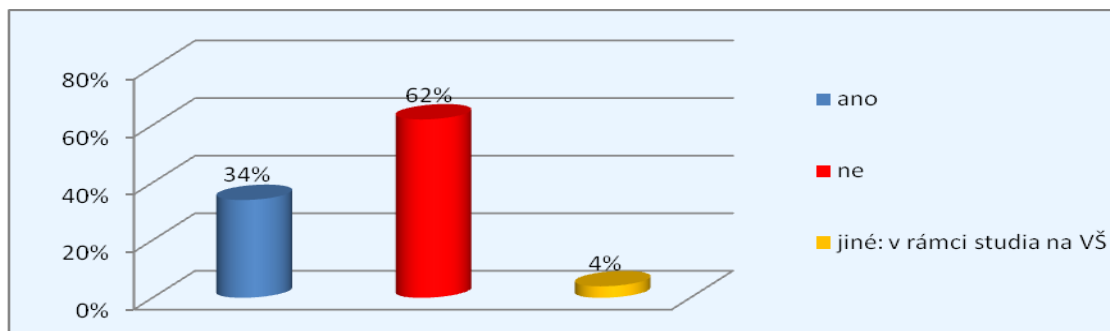
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 188 (83 %) respondentů již ošetřovalo na svém oddělení pacienta cizince, 28 (13 %) respondentů pacienta cizince neošetřovalo a 10 (4 %) respondentů si nepamatovalo.

Graf 9 Specifika ošetřených pacientů cizinců



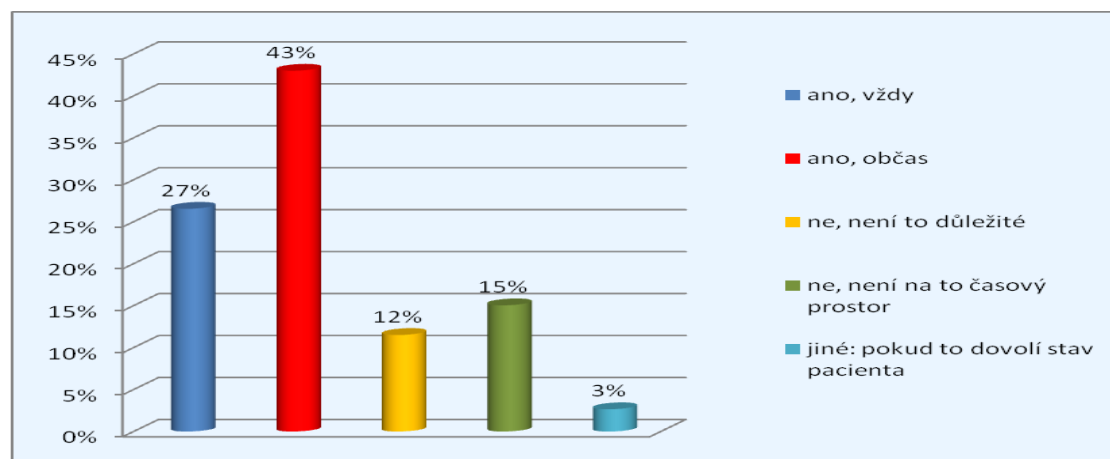
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 8, která činila 538 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti pacientů vietnamské národnosti 102 odpovědí, pacientů slovenské národnosti tvořilo 100 odpovědí, pacientů německé národnosti 88 odpovědí, pacientů ukrajinské národnosti 82 odpovědí, dosud žádného pacienta cizince neošetřovalo 38 respondentů, pacientů francouzské národnosti představovalo 20 odpovědí, pacientů holandské národnosti 16 odpovědí, pacientů polské národnosti 14 odpovědí, pacientů anglické národnosti 14 odpovědí, pacientů čínské národnosti 10 odpovědí, pacientů mongolské národnosti 10 odpovědí, pacientů romské národnosti 10 odpovědí, pacientů indické národnosti 10 odpovědí, pacientů americké národnosti 6 odpovědí, pacientů rakouské národnosti 4 odpovědi, pacientů ruské národnosti 4 odpovědi, pacientů italské národnosti 2 odpovědi a pacientů japonské národnosti 2 odpovědi.

Graf 10 Zájem sester o specifikách ošetrovateľskej péče pacientů cizinců



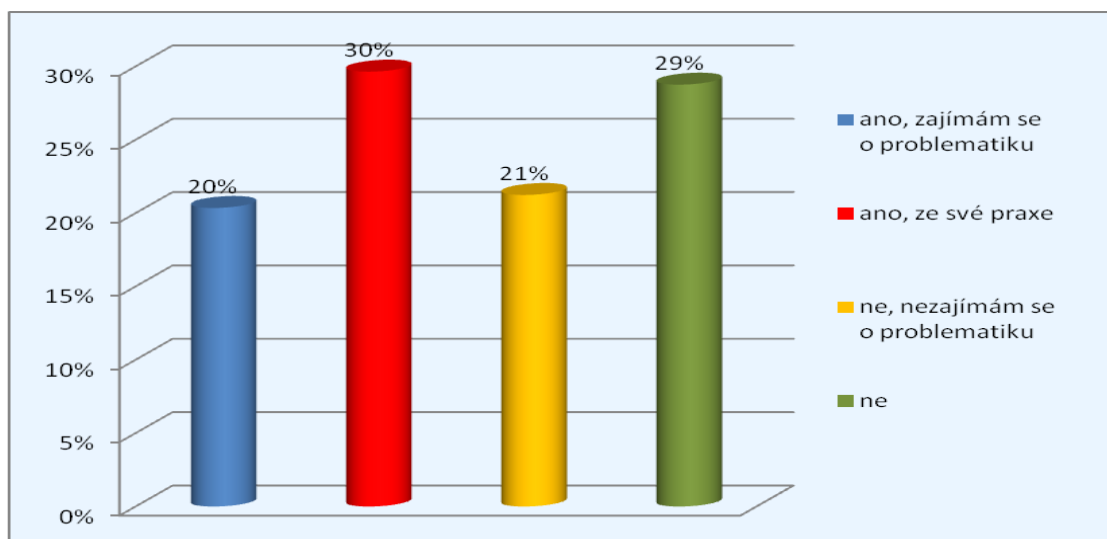
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 142 (62 %) respondentů uvedlo, že se nezajímá o specifika ošetrovateľskej péče pacienta cizince, 76 (34 %) respondentů se o specifika ošetrovateľskej péče pacienta cizince zajímá a 8 (4 %) respondentů uvedlo jinou odpověď, což bylo, že se o specifika ošetrovateľskej péče pacienta cizince zajímala v rámci studia na vysoké škole.

Graf 11 Potreba zohľadňovať kulturné zvyklosti pacienta cizince



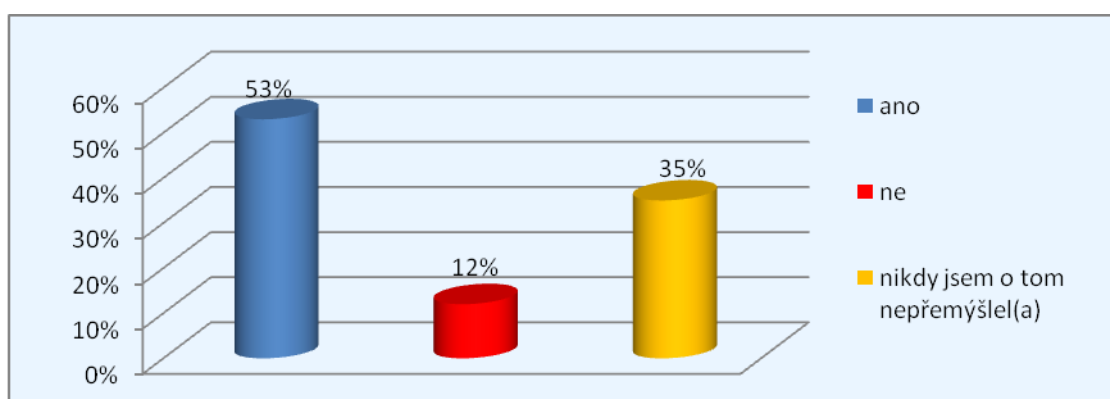
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 100 (43 %) respondentů odpovědělo, že je potřeba občas zohľadňovať kulturné zvyklosti v péči o pacienta cizince, 60 (27 %) respondentů odpovědělo, že vždy je potřeba zohľadňovať zvyklosti pacienta cizince, 34 (15 %) dotázaných respondentů odpovědělo, že na zohľadňování kulturních zvyklostí není časový prostor, 26 (12 %) respondentů odpovědělo, že nepovažují za důležité zohľadňovať kulturné zvyklosti a 6 (3 %) respondentů uvedlo jinou odpověď, což bylo, pokud to dovolí stav pacienta.

Graf 12 Poznatky sester o zvyklostech (hodnotách) pacientů cizinců



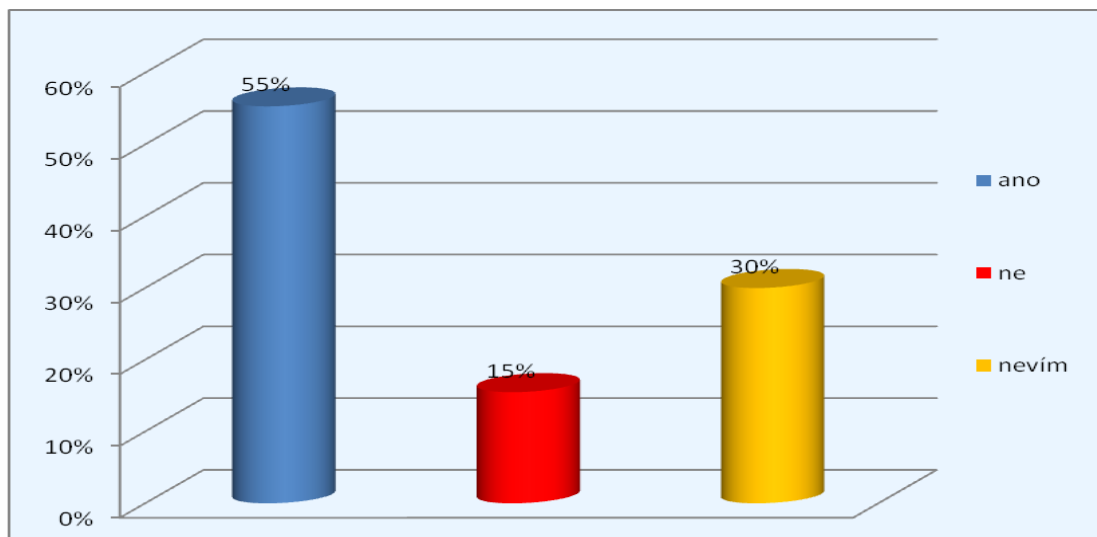
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 67 (30 %) respondentů odpovědělo, že má poznatky o zvyklostech jiných pacientů cizinců ze své praxe, 65 (29 %) respondentů nemá žádné poznatky, 48 (21 %) respondentů uvedlo, že se o tuto problematiku nezajímá a 46 (20 %) respondentů má poznatky o zvyklostech pacientů cizinců.

Graf 13 Důležitost informovanosti sester o zvyklostech (hodnotách) při ošetřování pacientů cizinců



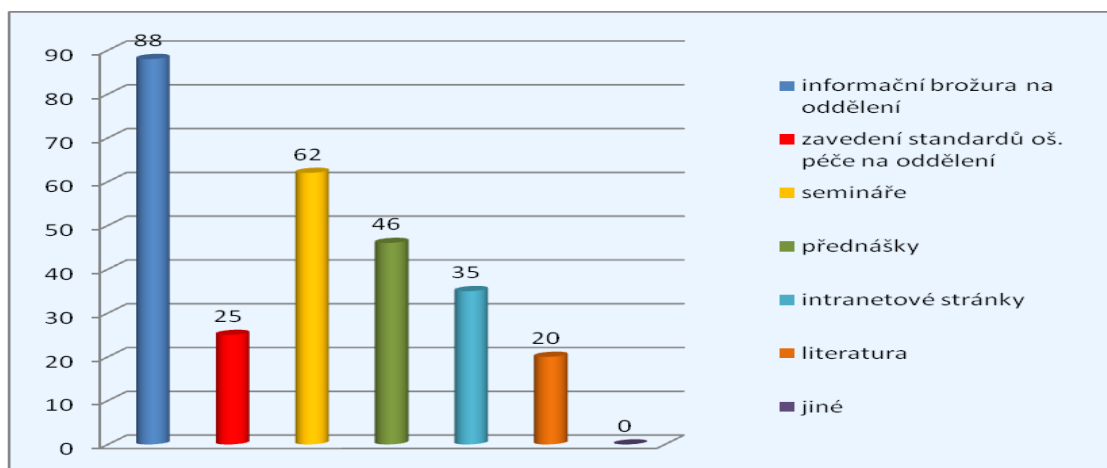
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 120 (53 %) respondentů uvedlo, že informovanost o zvyklostech při ošetřování pacienta cizince je důležitá, 78 (35 %) respondentů o této skutečnosti nikdy nepřemýšlelo a 28 (12 %) respondentů uvedlo, že informovanost o zvyklostech není důležitá.

Graf 14 Zájem sester o informace týkající se specifík péče o pacienta cizince



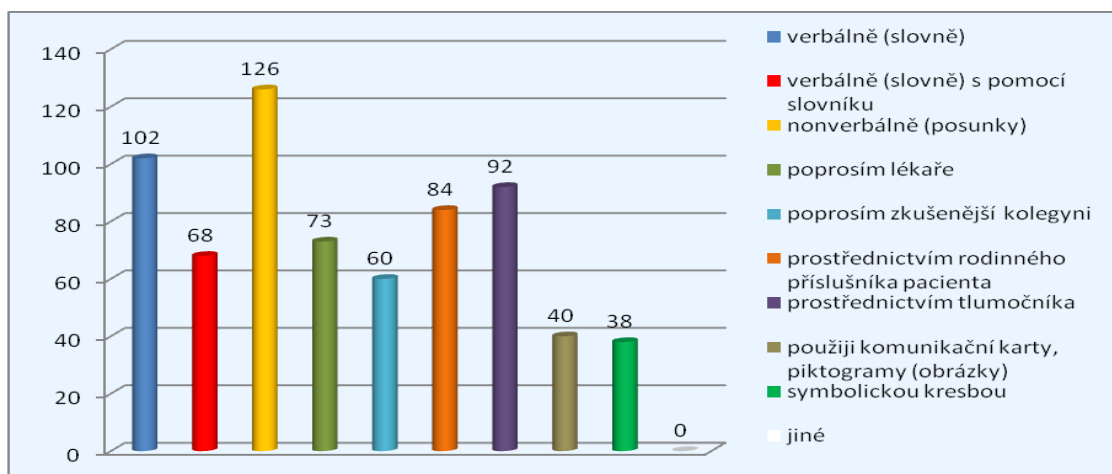
Z celkového počtu 226 (100 %), 125 (55 %) respondentů by uvítalo více informací týkající se péče o pacienta cizince, 66 (30 %) respondentů uvedlo, že neví a 35 (15 %) respondentů by o informace zájem nemělo.

Graf 15 Forma informací



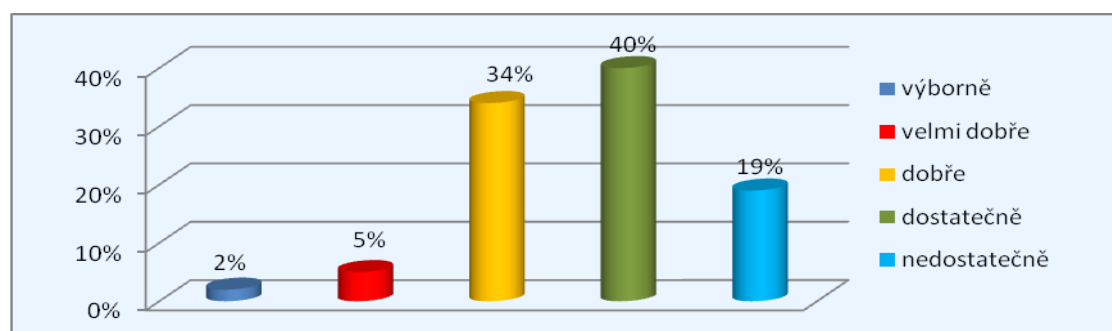
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 14, která činila 276 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti ve formě informačních brožur na oddělení – 88 odpovědí, formou semináře – 62 odpovědí, formou přednášek – 46 odpovědí, formou intranetu – 35 odpovědí, zavedením standardů ošetrovatelské péče na oddělení – 25 odpovědí, formou literatury – 20 odpovědí a žádný z respondentů neuvedl jinou odpověď.

Graf 16 Způsob dorozumívání sester v péči o pacienta cizince



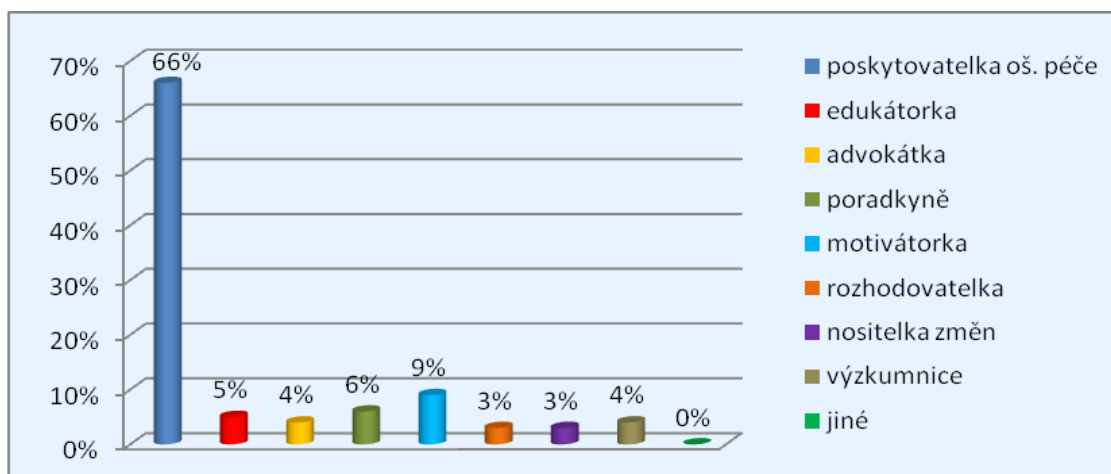
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 683 odpovědí, kdy nejvyšší četnost byla u možnosti nonverbálně (posunky) – 126 odpovědí, verbálně (slovně) – 102 odpovědí, prostřednictvím tlumočnicka – 92 odpovědí, prostřednictvím rodinného příslušníka – 84 odpovědí, poprosím lékaře – 73 odpovědí, verbálně (slovně) s využitím slovníku – 68 odpovědí, poprosím zkušenější kolegyni – 60 odpovědí, použiji komunikační karty (piktogramy) – 40 odpovědí, symbolickou kresbou – 38 odpovědí a žádný z respondentů nevyužil jiné odpovědi.

Graf 17 Hodnocení komunikace s pacientem cizincem z pohledu sester



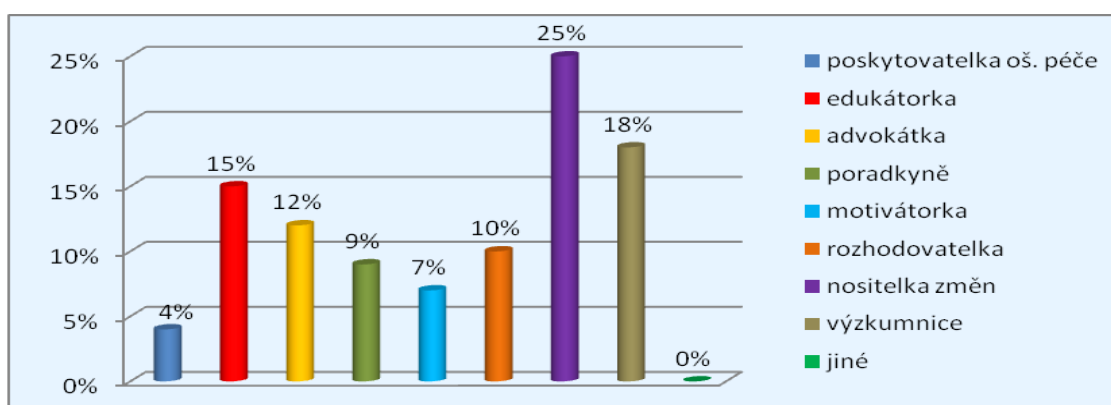
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 90 (40 %) respondentů uvedlo, že hodnotí svoji komunikaci s pacientem cizincem dostatečně, 76 (34 %) ji hodnotí dobře, 44 (19 %) hodnotí nedostatečně, 12 (5 %) respondentů ji hodnotí velmi dobře a 4 (2 %) respondentů hodnotí výborně.

Graf 18 Nejvíce využívaná role sestry v péči o pacienta cizince



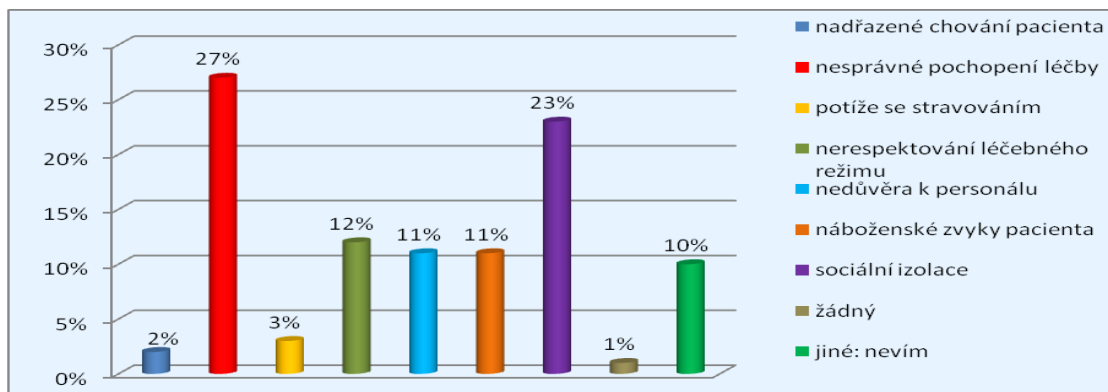
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 150 (66 %) respondentů nejvíce využívá roli poskytovatelky ošetřovatelské péče, 20 (9 %) respondentů roli motivátorky, 14 (6 %) roli poradkyně, 12 (5 %) roli edukátorky, 10 (4 %) roli advokátky, 8 (4 %) roli výzkumnice, 6 (3 %) roli rozhodovatelky, 6 (3 %) roli nositelky změn a žádný z respondentů nevyužil možnosti jiné odpovědi.

Graf 19 Nejvíce problémová role sestry v péči o pacienta cizince



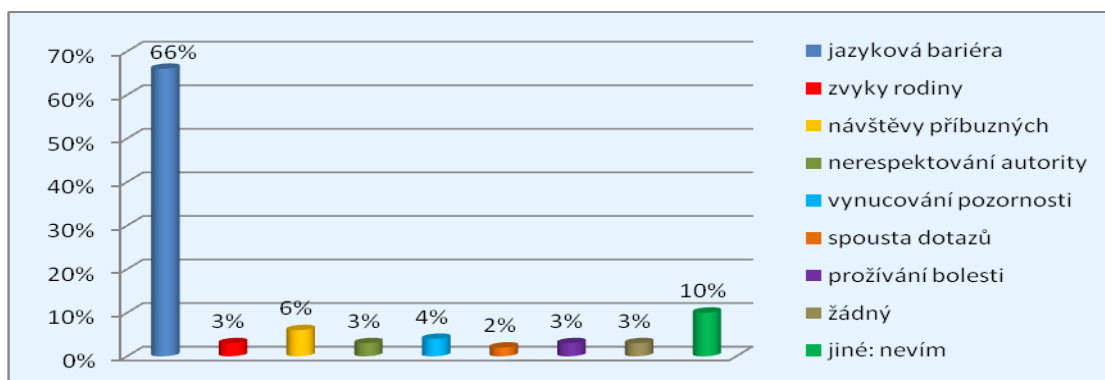
Z celkového počtu 226 (100 % respondentů), 56 (25 %) respondentů označilo nejvíce problémovou rolí roli sestry nositelky změn, 40 (18 %) roli výzkumnice, 34 (15 %) roli edukátorky, 26 (12 %) roli advokátky, 24 (10 %) roli rozhodovatelky, 20 (9 %) roli poradkyně, 16 (7 %) roli motivátorky, 10 (4 %) roli poskytovatelky ošetřovatelské péče a žádný z respondentů neuvedl jinou odpověď.

Graf 20 Největší problém v péči o pacienta cizince z pohledu sester



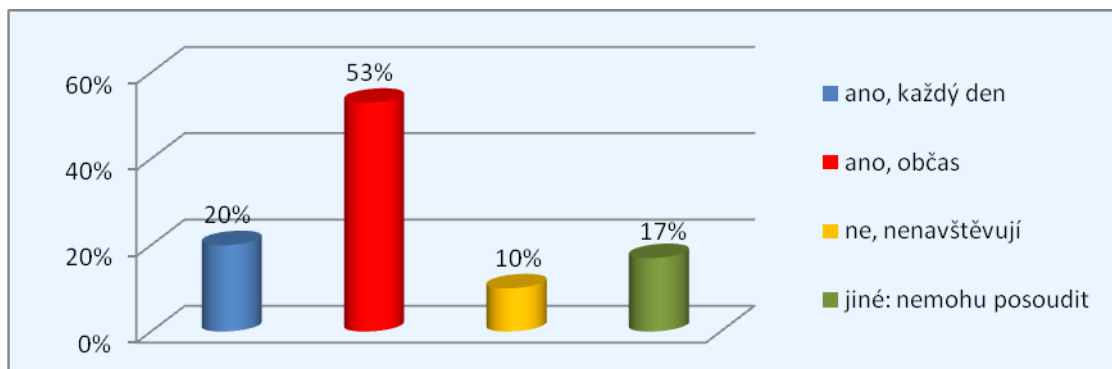
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 60 (27 %) respondentů uvedlo za největší problém nesprávné pochopení léčby, sociální izolaci pacienta označilo 52 (23 %) respondentů, nerespektování léčebného režimu označilo 28 (12 %) respondentů, 26 (11 %) respondentů označilo nedůvěra k personálu, 26 (11 %) náboženské zvyky pacienta, 22 (10 %) respondentů zvolila možnost jiné odpovědi, což bylo nevím, 6 (3 %) respondentů označilo potíže se stravováním, 4 (2 %) nadřazené chování pacienta a 2 (1 %) respondentů uvedlo, že není žádný problém v péči o pacienta cizince.

Graf 21 Největší překážka v péči o pacienta cizince z pohledu sester



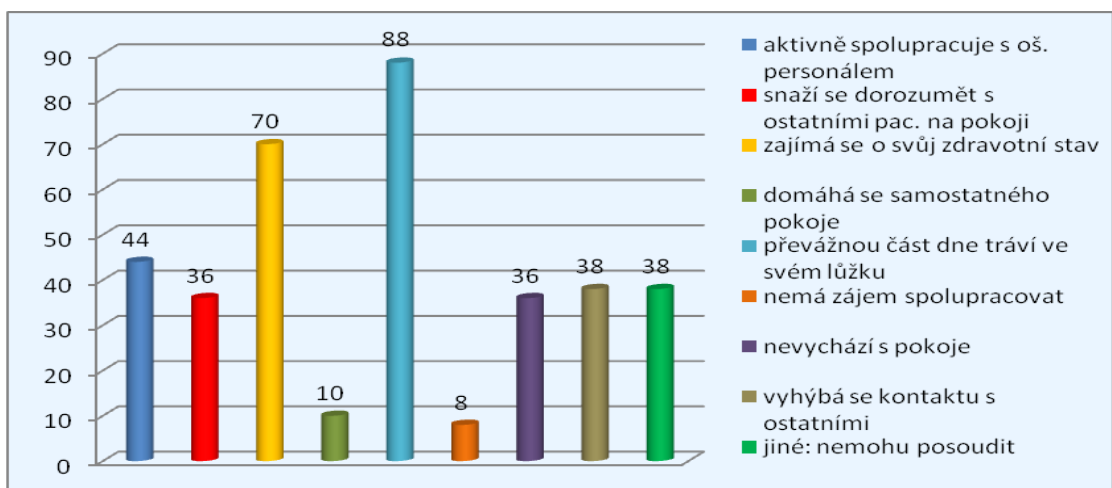
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 154 (66 %) respondentů označilo za největší překážku jazykovou bariéru, 22 (10 %) respondentů zvolila možnost jiné odpovědi, což bylo nevím, 22 (6 %) respondentů označilo návštěvy příbuzných, 8 (4 %) vynucování pozornosti, 6 (3 %) zvyky rodiny, 6 (3 %) nerespektování autority, 6 (3 %) prožívání bolesti, 6 (3 %) respondentů uvedlo, že není žádná překážka v péči o pacienta cizince a spousta dotazů označilo 4 (2 %) respondentů.

Graf 22 Návštěvy blízkých pacientů cizinců



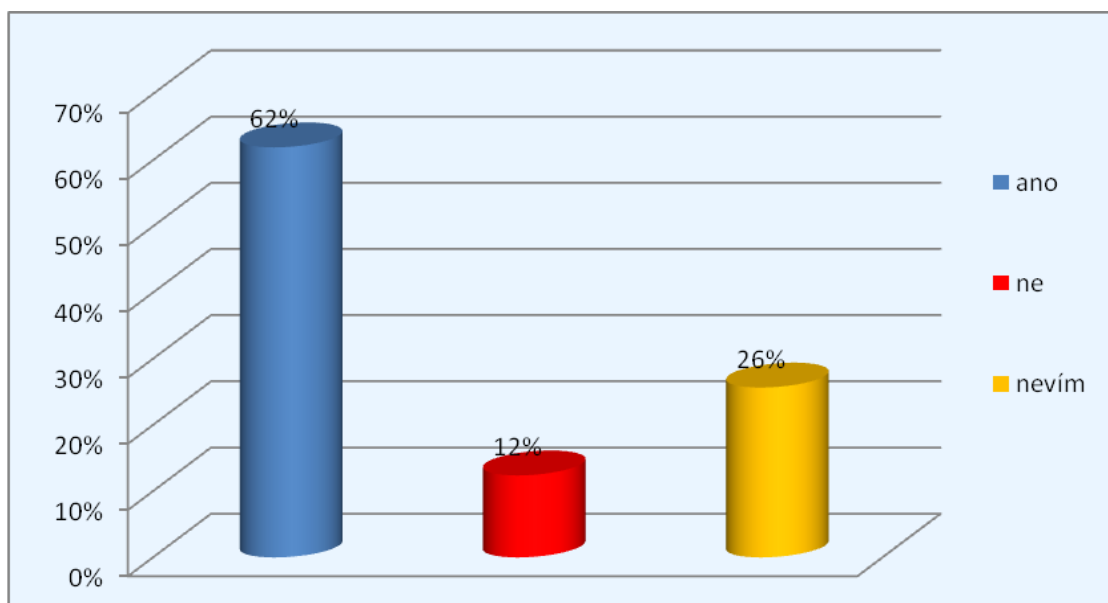
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 120 (53 %) respondentů uvedlo, že pacienty cizince navštěvují jejich blízcí občas, 46 (20 %) respondentů uvedlo, že každý den, 38 (17 %) respondentů uvedlo jinou odpověď, což bylo, že nemohou posoudit a 22 (10 %) respondentů uvedlo, že jejich blízcí je nenavštěvují.

Graf 23 Projevy pacienta cizince při pobytu na oddělení z pohledu sester



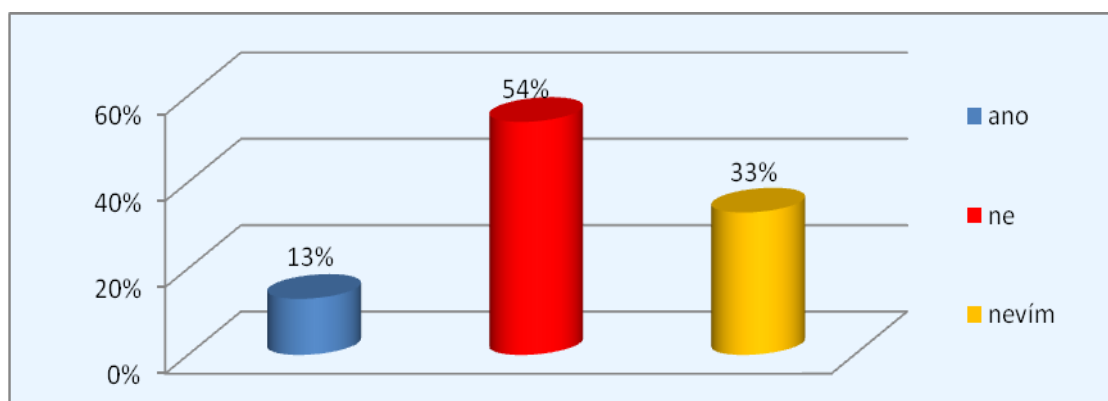
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 368 odpovědí, kdy nejvyšší četnost byla u možnosti, že pacient cizinec tráví převážnou část dne na svém lůžku – 88 odpovědí, zajímá se o svůj zdravotní stav – 70 odpovědí, aktivně spolupracuje s ošetřovatelským personálem – 44 odpovědí, vyhýbá se kontaktu s ostatními – 38 odpovědí, nemohlo posoudit – 38 odpovědí, snaží se dorozumět s ostatními pacienty na pokoji – 36 odpovědí, nevychází z pokoje – 36 odpovědí, domáhá se samostatného pokoje – 10 odpovědí a 8 odpovědí, že nemá zájem spolupracovat.

Graf 24 Možnost zajištění kontaktu s tlumočnickem



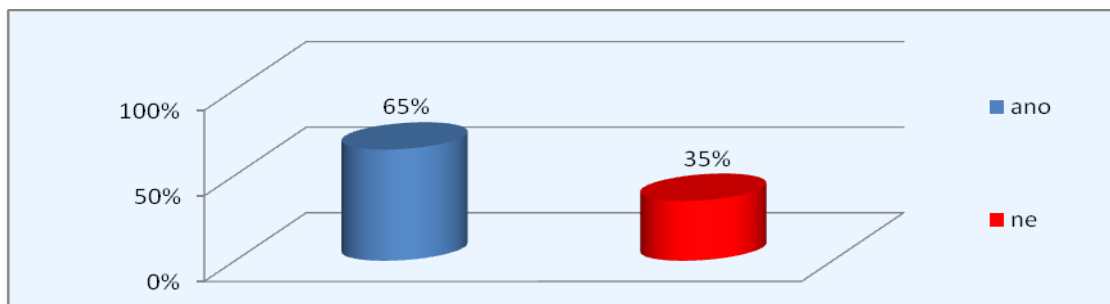
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 140 (62 %) respondentů odpovědělo, že má možnost na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočnickem, 58 (26 %) respondentů nevědělo, zda je možnost zajištění a 28 (12 %) respondentů tuto možnost nemá.

Graf 25 Přítomnost tlumočnicka v nemocnici



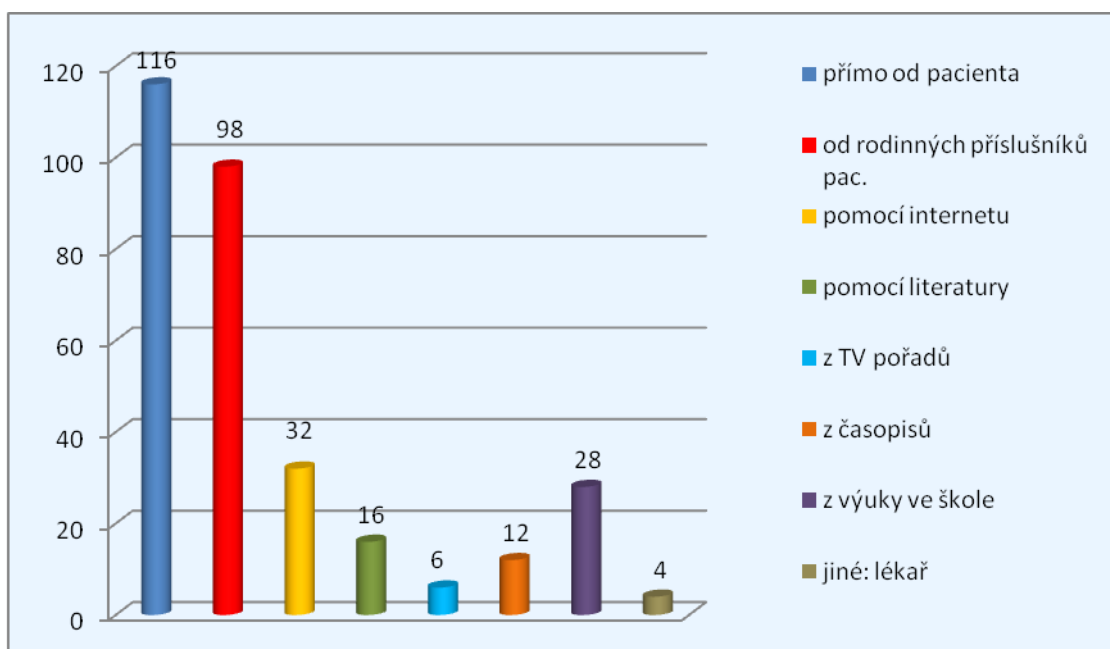
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 122 (54 %) respondentů uvedlo, že tlumočnick není přítomen přímo v nemocnici, 74 (33 %) respondentů tuto možnost nevědělo a 30 (13 %) respondentů uvedlo, že tlumočnick je přímo v nemocnici přítomen.

Graf 26 Samostatnost sester při vyhledávání potřebných informací



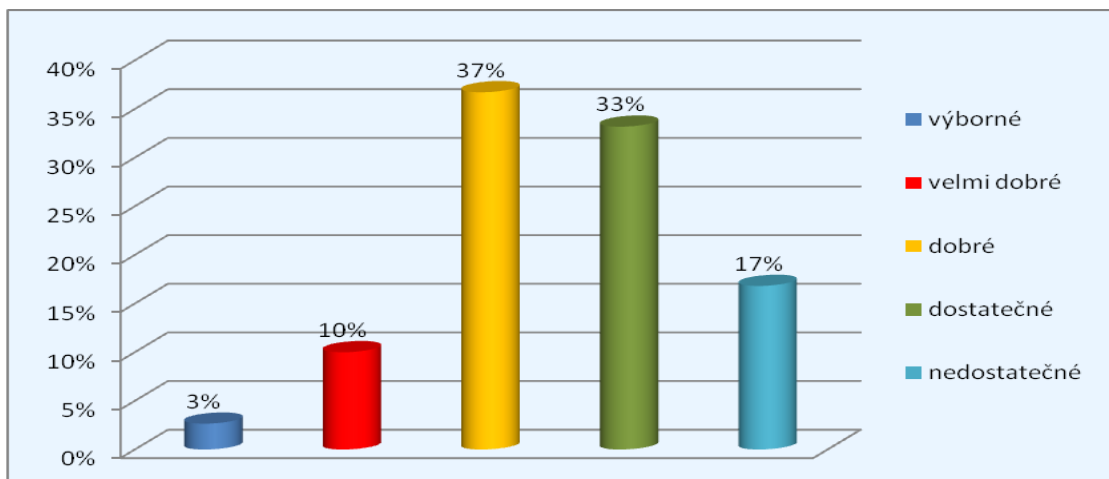
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 148 (65 %) respondentů odpovědělo, že si samostatně vyhledává potřebné informace k uspokojení potřeb pacienta cizince a 78 (35 %) respondentů si samostatně informace nevyhledává.

Graf 27 Způsob zjišťování informací z pohledu sester



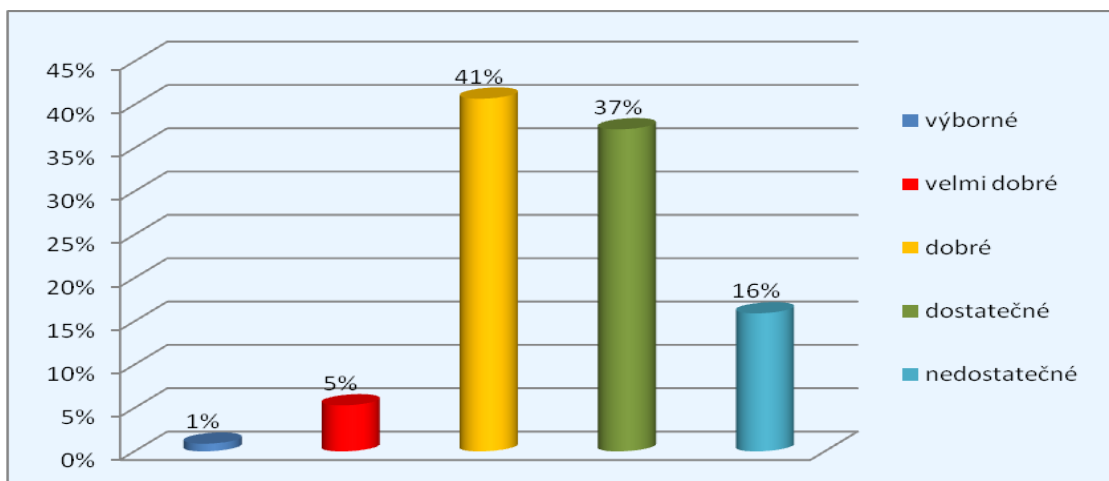
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 26, která činila 312 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti přímo od pacienta – 116 odpovědí, od rodinných příslušníků pacienta – 98 odpovědí, pomocí internetu – 32 odpovědí, z výuky ve škole – 28 odpovědí, pomocí literatury – 16 odpovědí, z časopisů 12 odpovědí, z televizních pořadů – 6 odpovědí a 4 odpovědi obsahovaly jinou odpověď, což bylo od lékaře.

Graf 28 Hodnocení praktických zkušeností sester v péči o pacienta cizince



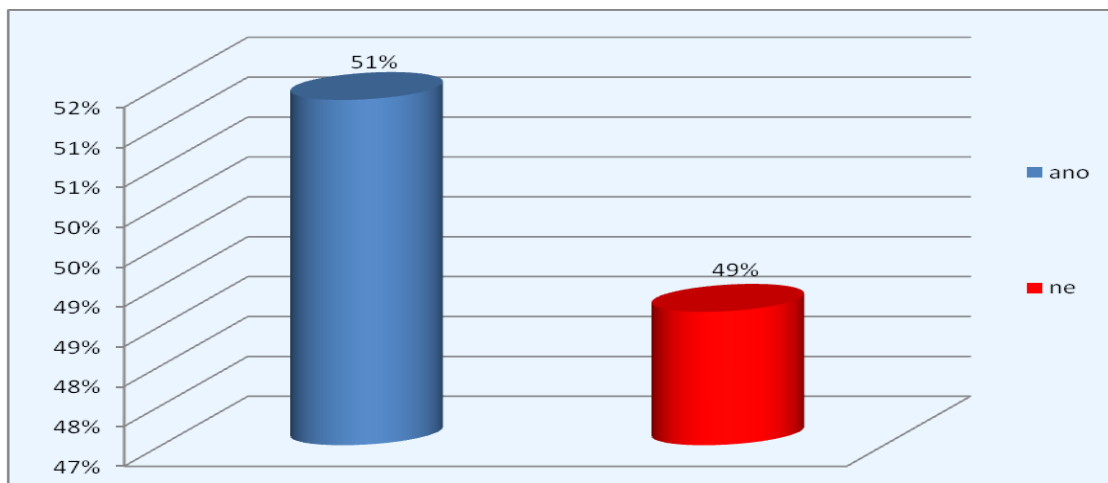
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 83 (37 %) respondentů odpovědělo, že hodnotí své praktické zkušenosti v péči o pacienta cizince za dobré, 75 (33 %) respondentů za dostatečné, 38 (17 %) respondentů za nedostatečné, 24 (10 %) respondentů za velmi dobré a 6 (3 %) respondentů je hodnotilo za výborné.

Graf 29 Hodnocení teoretických znalostí sester v péči o pacienta cizince



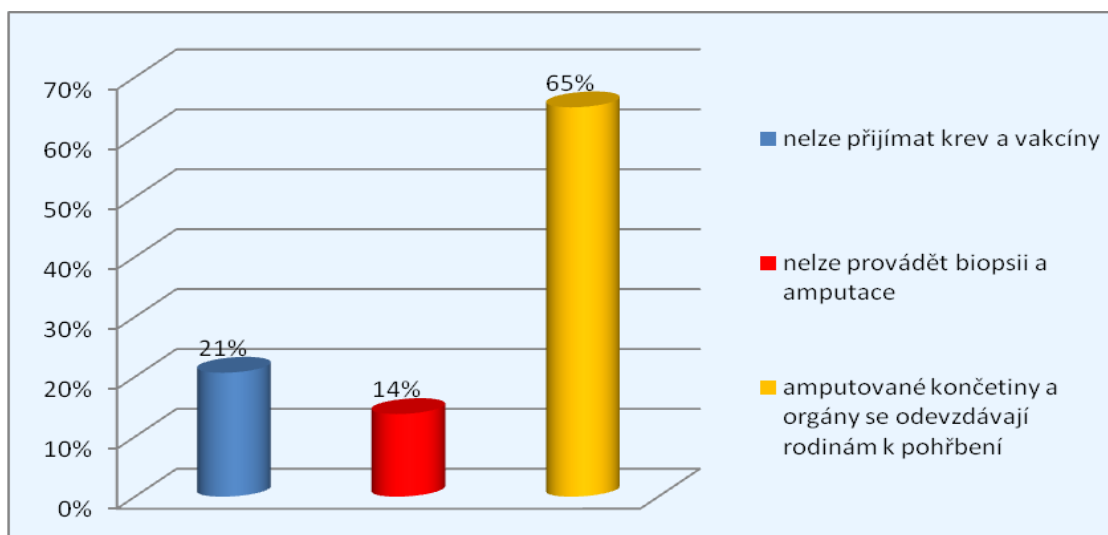
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 92 (41 %) respondentů hodnotilo své teoretické znalosti v péči o pacienta cizince za dobré, 84 (37 %) respondentů za dostatečné, 36 (16 %) respondentů za nedostatečné, 12 (5 %) respondentů za velmi dobré a 2 (1 %) respondentů za výborné.

Graf 30 Znalost některých specifík ošetrovatelské péče o pacienty cizince



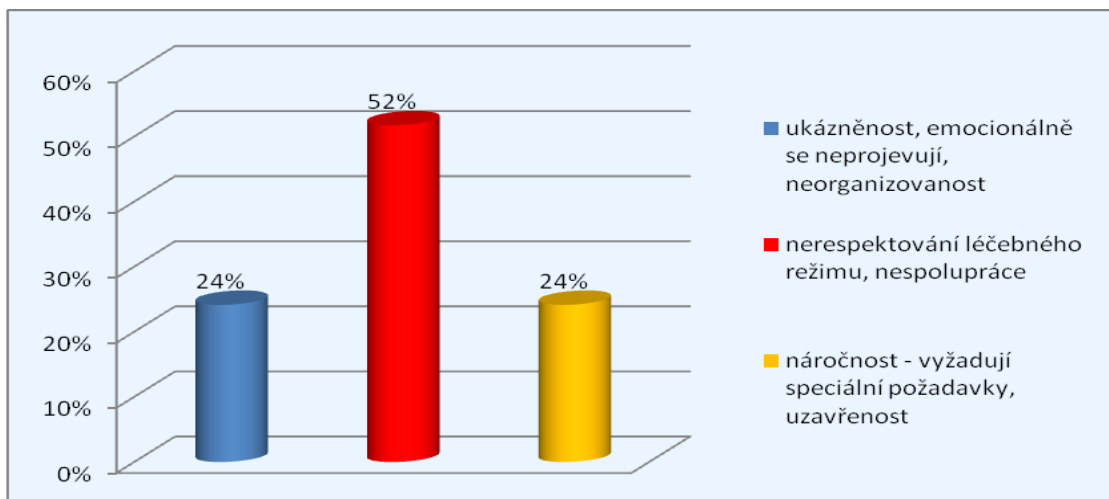
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 116 (51 %) respondentů odpovědělo, že zná některá specifika ošetrovatelské péče týkající se pacientů cizinců a 110 (49 %) respondentů uvedlo, že žádná specifika ošetrovatelské péče nezná.

Graf 31 Znalost sester obsahu židovského zákona



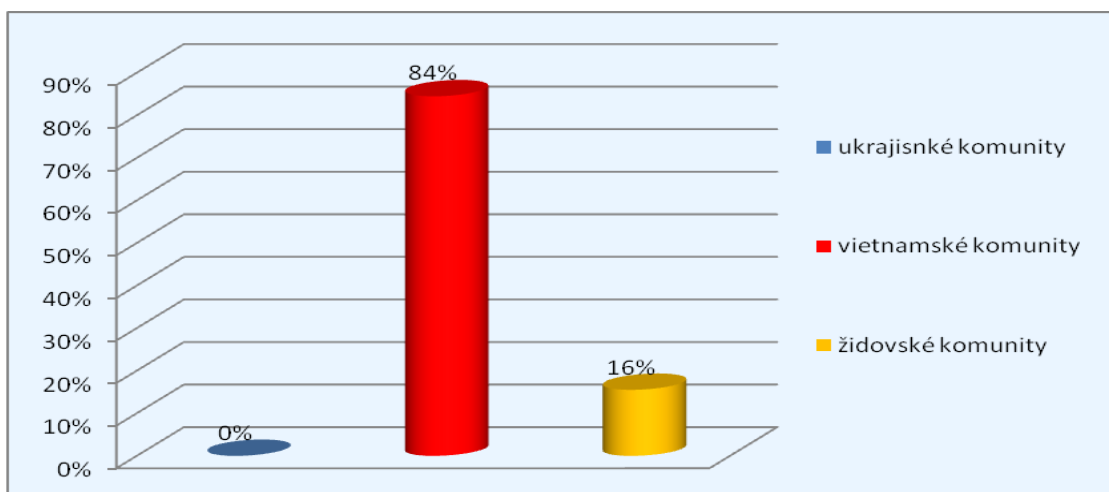
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 76 (65 %) respondentů odpovědělo, že amputované končetiny a orgány se odevzdávají rodinám k pohřbení, 24 (21 %) respondentů uvedlo, že nelze přijímat krev a vakcíny a 16 (14 %) respondentů se domnívalo, že nelze provádět biopsii a amputace.

Graf 32 Znalost sester týkající se charakteristiky pacientů ukrajinské národnosti



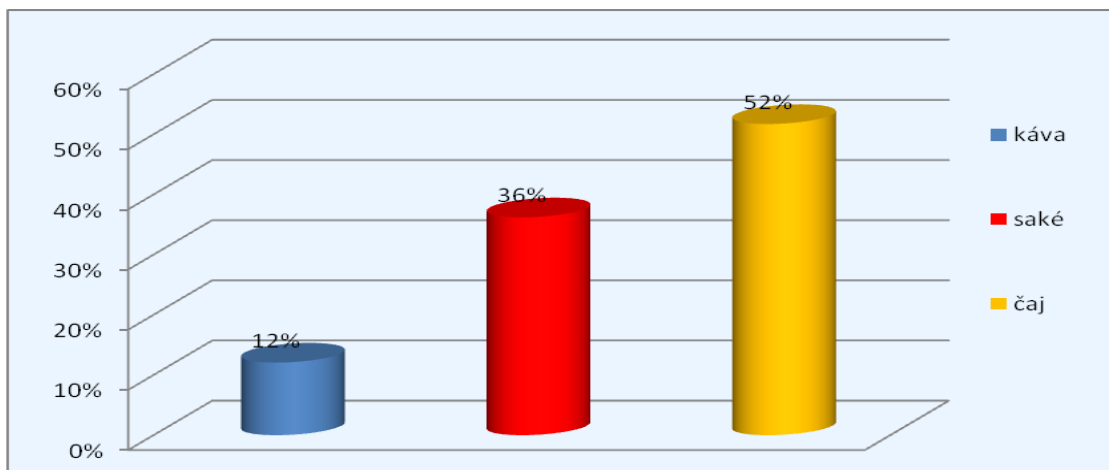
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 60 (52 %) respondentů odpovědělo, že charakteristickým znakem pacientů ukrajinské národnosti je nerespektování léčebného režimu, nespolupráce, 28 (24 %) respondentů označilo ukázněnost, emocionálně se neprojevují, neorganizovanost a 28 (24 %) respondentů uvedlo náročnost – vyžadují speciální požadavky, uzavřenost.

Graf 33 Znalost sester týkající se síly jing a jang



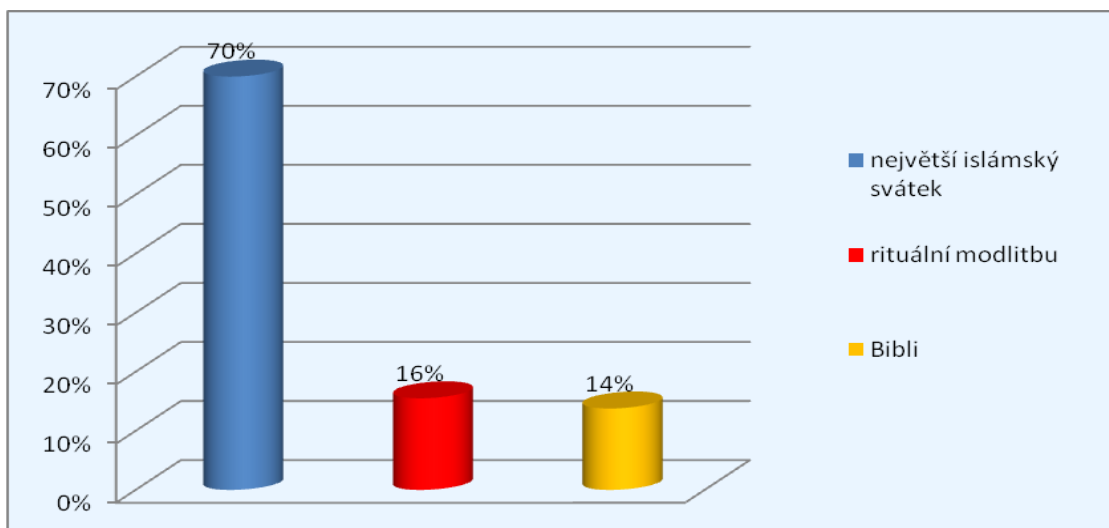
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 98 (84 %) respondentů se domnívalo, že síla jing a jang je znakem vietnamské komunity, 18 (16 %) respondentů uvedlo židovské komunity a žádný z respondentů neoznačil možnost ukrajinské komunity.

Graf 34 Znalost sester týkající se čínského národního nápoje



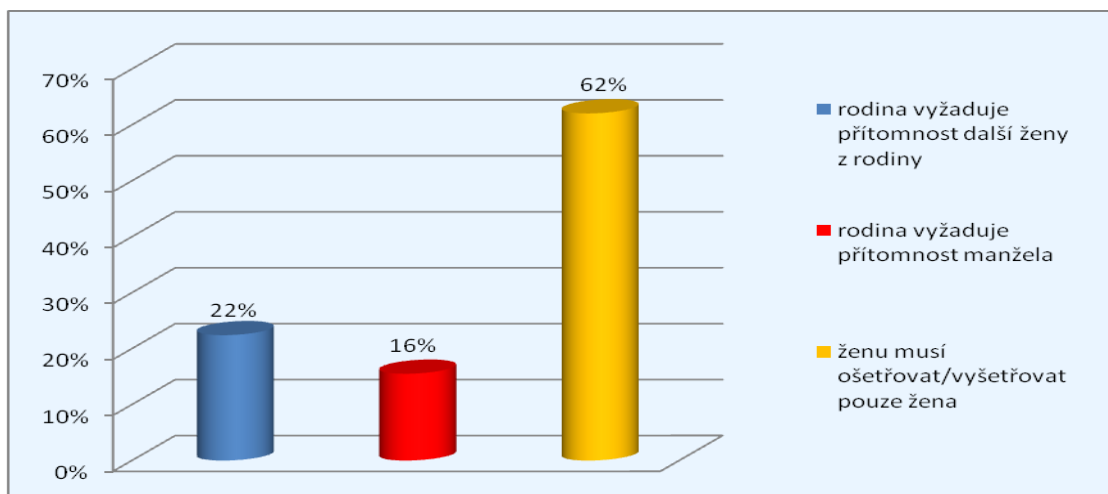
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 60 (52 %) respondentů se domnívalo, že čínským národním nápojem je čaj, 42 (36 %) respondentů označilo saké a 14 (12 %) respondentů uvedlo kávu.

Graf 35 Znalost sester týkající se slova Ramadán



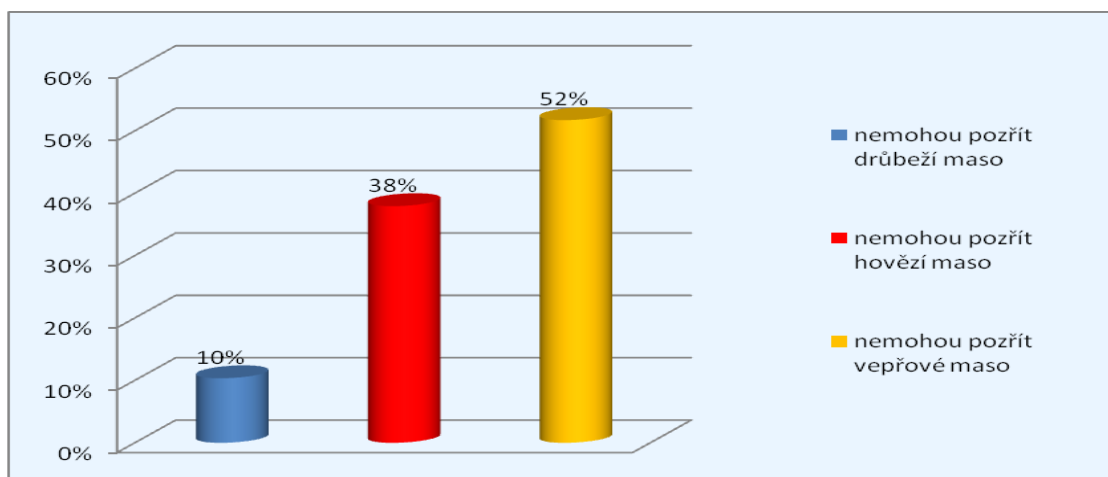
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 82 (70 %) respondentů se domnívalo, že slovo Ramadán pro muslimskou komunitu znamená největší islámský svátek, 18 (16 %) respondentů označilo rituální modlitbu a 16 (14 %) respondentů uvedlo Bibli.

Graf 36 Znalost sester týkající se zásady při ošetřování / vyšetřování muslimské ženy



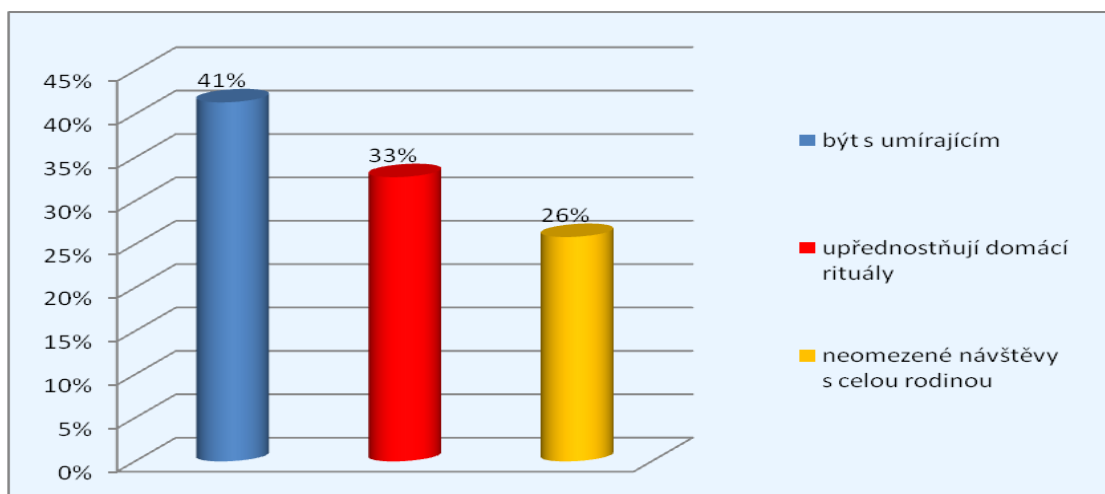
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 72 (62 %) respondentů se domnívalo, že při ošetřování/vyšetřování muslimské ženy, musí ženu ošetřovat/vyšetřovat pouze žena, 26 (22 %) respondentů uvedlo, že rodina vyžaduje přítomnost další ženy z rodiny a 18 (16 %) respondentů označilo, že rodina vyžaduje přítomnost manžela.

Graf 37 Stravovací zvláštnosti pacientů muslimské národnosti



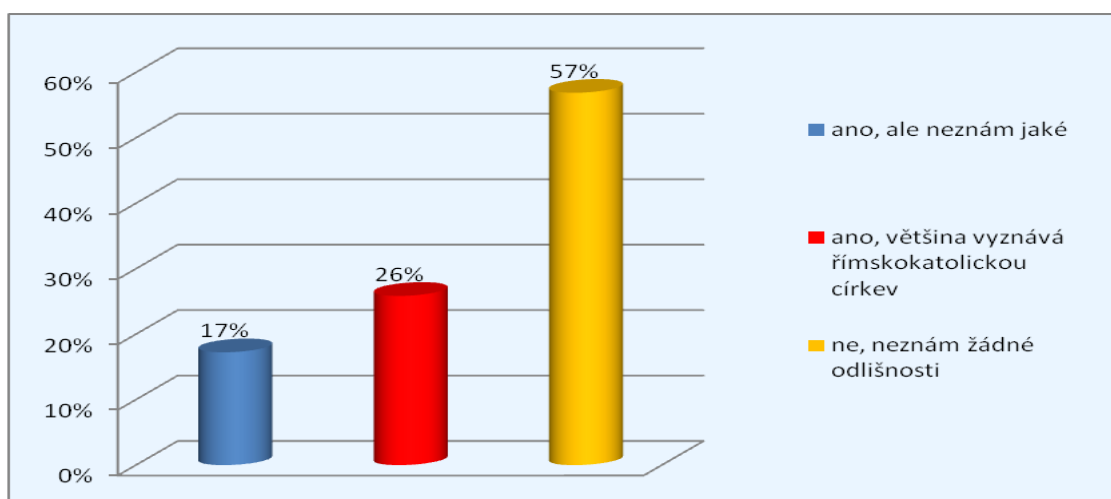
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 60 (52 %) respondentů se domnívalo, že pacienti muslimské národnosti nemohou pozřít vepřové maso, 44 (38 %) respondentů uvedlo, že nemohou pozřít hovězí maso, 12 (10 %) respondentů označilo, že nemohou pozřít drůbeží maso.

Graf 38 Zvyky čínské rodiny při umírání čínského pacienta



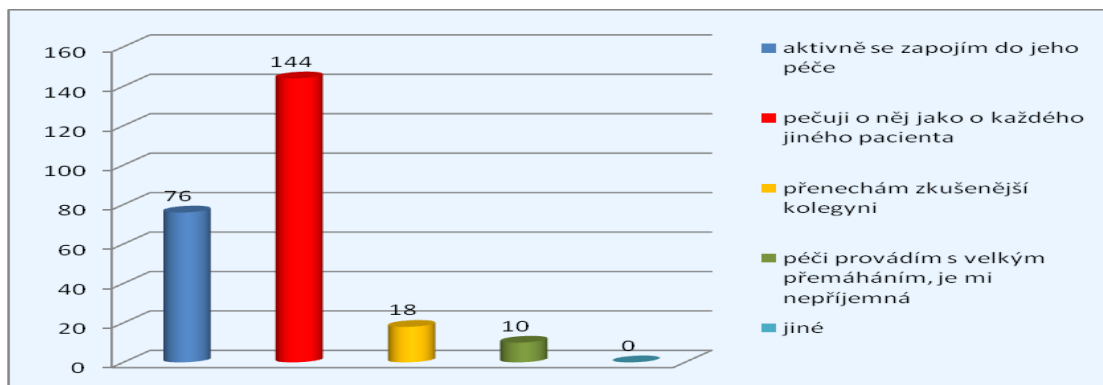
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 48 (41 %) respondentů se domnívalo, že při umírání čínského pacienta je pro jeho rodinu typické být s umírajícím, 38 (33 %) respondentů označilo, že upřednostňují domácí rituály a 30 (26 %) respondentů uvedlo neomezené návštěvy s celou rodinou.

Graf 39 Znalost odlišností pacientů slovenské národnosti



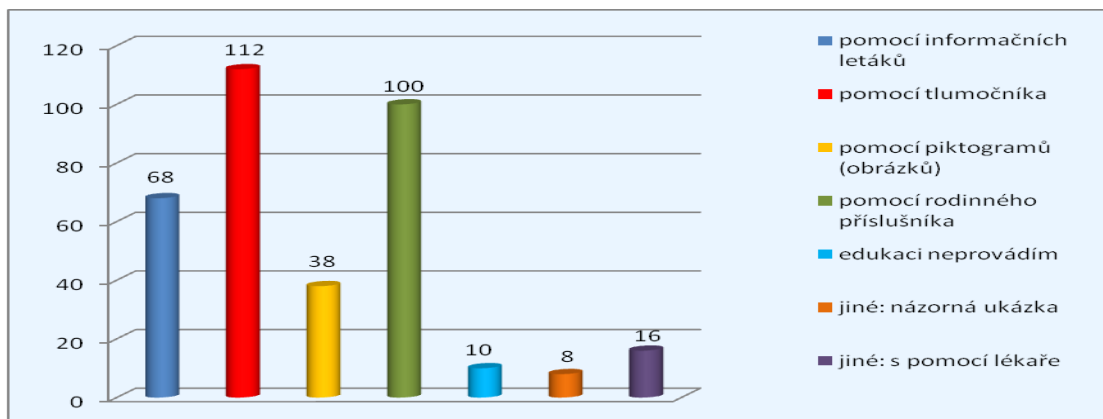
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30, kdy 66 (57 %) respondentů odpovědělo, že nezná žádné odlišnosti pacientů slovenské národnosti, 30 (26 %) respondentů označilo, že většina vyznává římskokatolickou církev, 20 (17 %) respondentů uvedlo, že odlišnosti existují, ale neví jaké.

Graf 40 Postup sester při ošetřování pacienta cizince



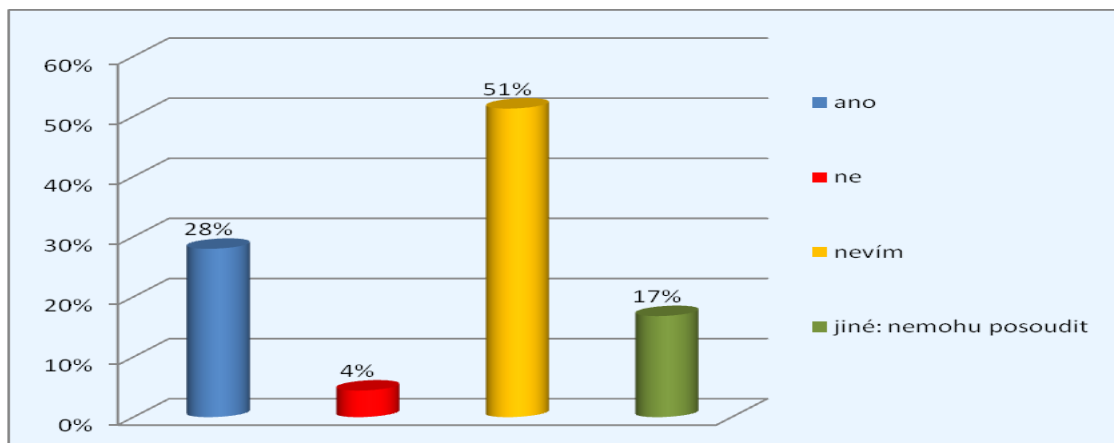
Graf znázorňuje četnost odpovědí, které obsahovaly 248 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti pečuji o něj jako o každého jiného pacienta – 144 odpovědí, aktivně se zapojím do jeho péče – 76 odpovědí, péči přenechám zkušenější kolegyni – 18 odpovědí, péči provádím s velkým přemáháním, je mi nepříjemná představovalo 10 odpovědí a žádný z respondentů neuvedl možnost jiné odpovědi.

Graf 41 Způsob edukace pacienta cizince z pohledu sester



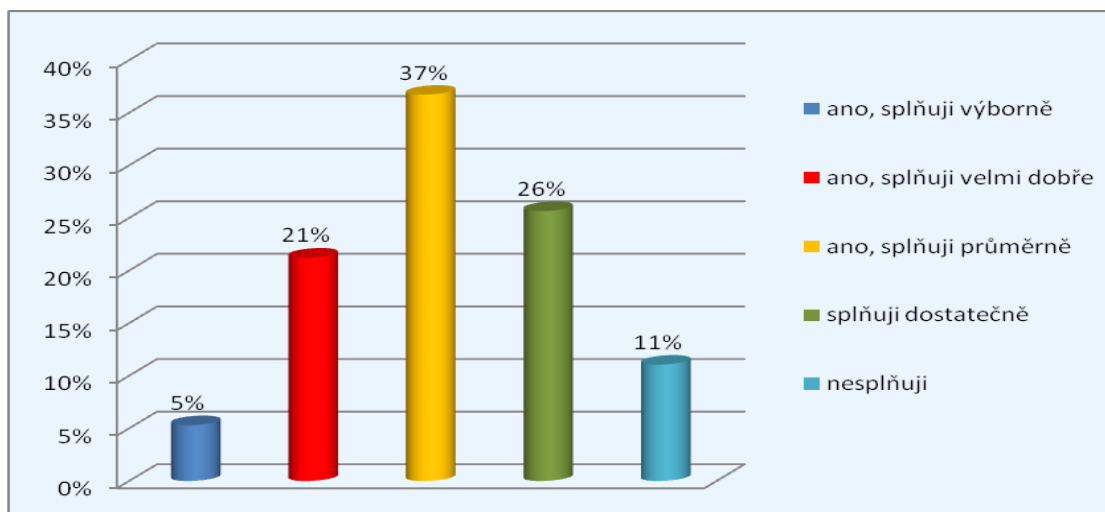
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 352 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti, že edukace pacienta cizince probíhá pomocí tlumočnicka – 112 odpovědí, pomocí rodinného příslušníka – 100 odpovědí, pomocí informačních letáků – 68 odpovědí, pomocí piktogramů (obrázků) – 38 odpovědí, pomocí lékaře – 16 odpovědí, edukaci neprovádím představovalo 10 odpovědí a pomocí názorné ukázky – 8 odpovědí.

Graf 42 Názor sester na efektivitu jejich edukace



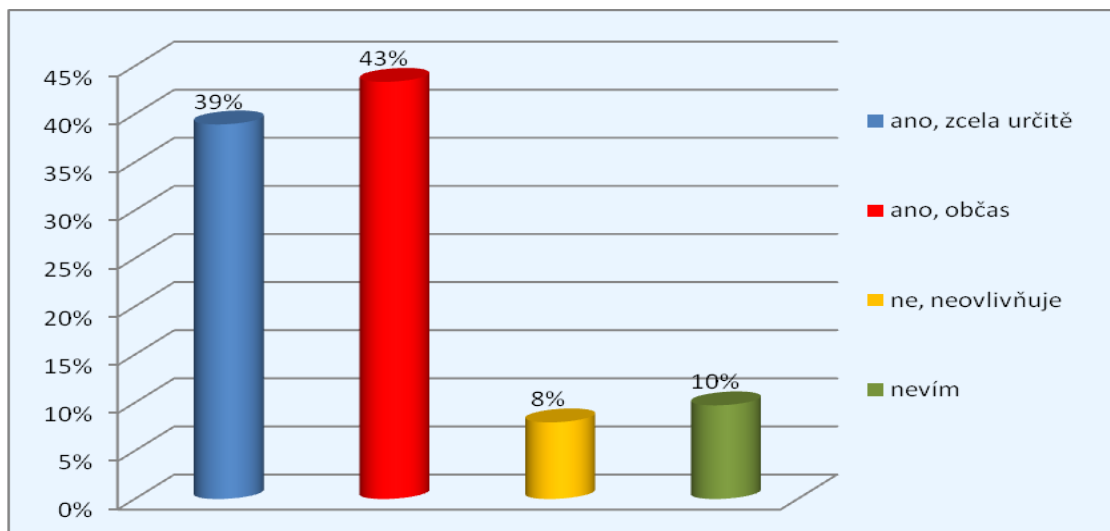
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 116 (51 %) respondentů odpovědělo, že neví, zda je jejich edukace efektivní, 62 (28 %) respondentů uvedlo, že jejich edukace je efektivní, 38 (17 %) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo, že nemohou posoudit a 10 (4 %) respondentů označilo, že jejich edukace není efektivní.

Graf 43 Názor sester na plnění role sestry edukátorky



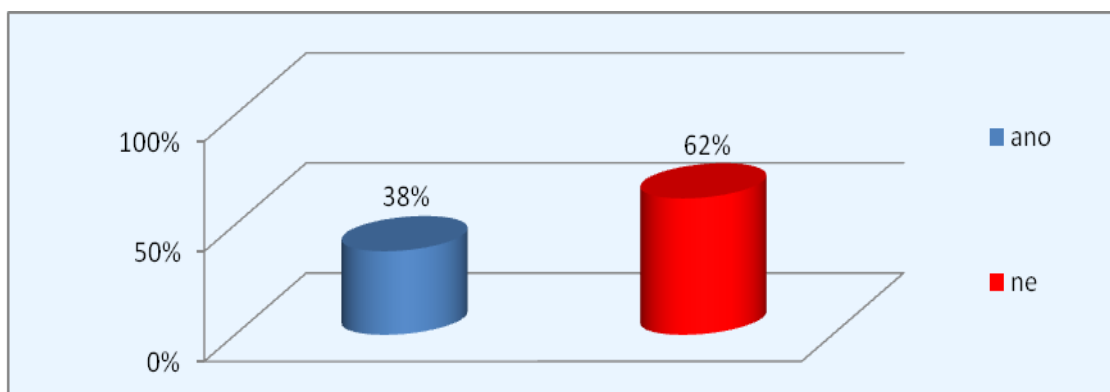
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 83 (37 %) respondentů označilo, že roli sestry edukátorky splňuje průměrně, 58 (26 %) respondentů uvedlo, že splňuje dostatečně, 48 (21 %) respondentů odpovědělo, že splňuje velmi dobře, 25 (11 %) respondentů zaznamenalo, že tuto roli nesplňuje a 12 (5 %) respondentů označilo, že roli splňují výborně.

Graf 44 Vliv neefektivní edukace na výsledek spolupráce s pacientem cizincem



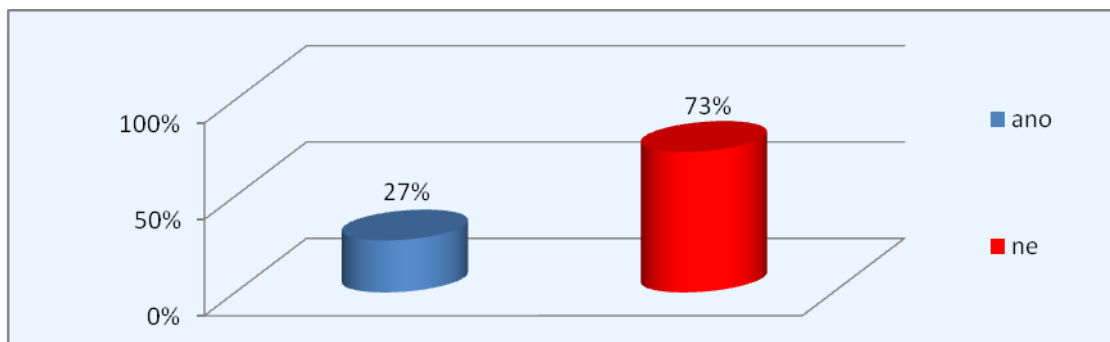
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 98 (43 %) respondentů se domnívalo, že neefektivní edukace pacienta cizince může mít vliv na výsledek spolupráce pouze občas, 88 (39 %) respondentů uvedlo, že zcela určitě, 22 (10 %) respondentů označilo, že neví a 18 (8 %) respondentů odpovědělo, že neefektivní edukace výsledek spolupráce neovlivňuje.

Graf 45 Zdokonalování sester v cizím jazyce



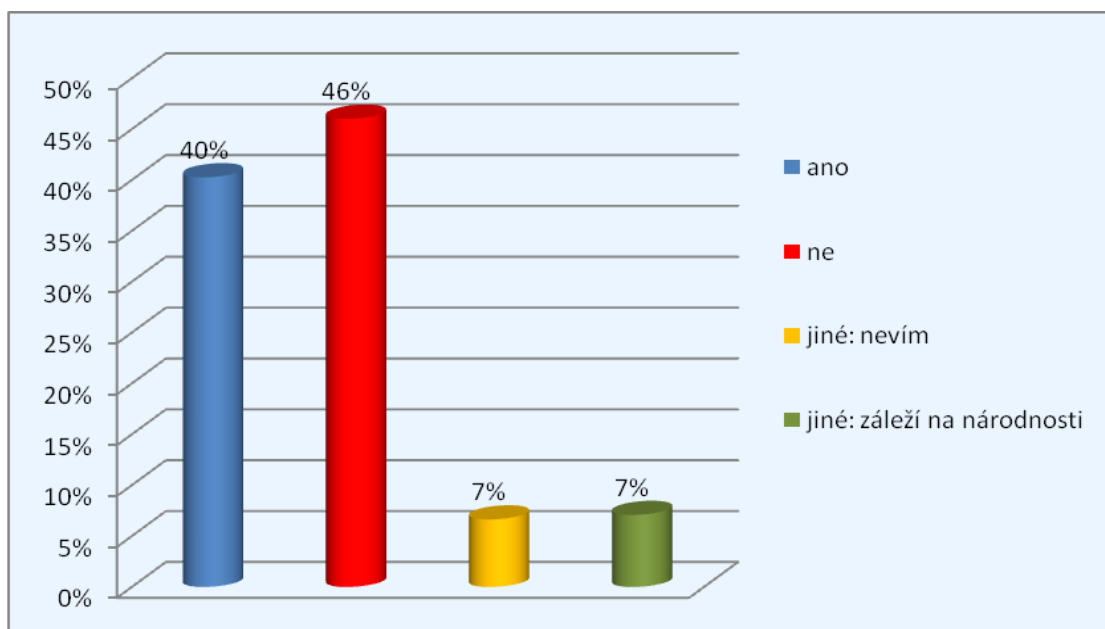
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 140 (62 %) respondentů odpovědělo, že se v současnosti nezdokonaluje ve znalostech cizího jazyka a 86 (38 %) respondentů se v cizím jazyce zdokonaluje.

Graf 46 Využívání komunikačních karet na oddělení



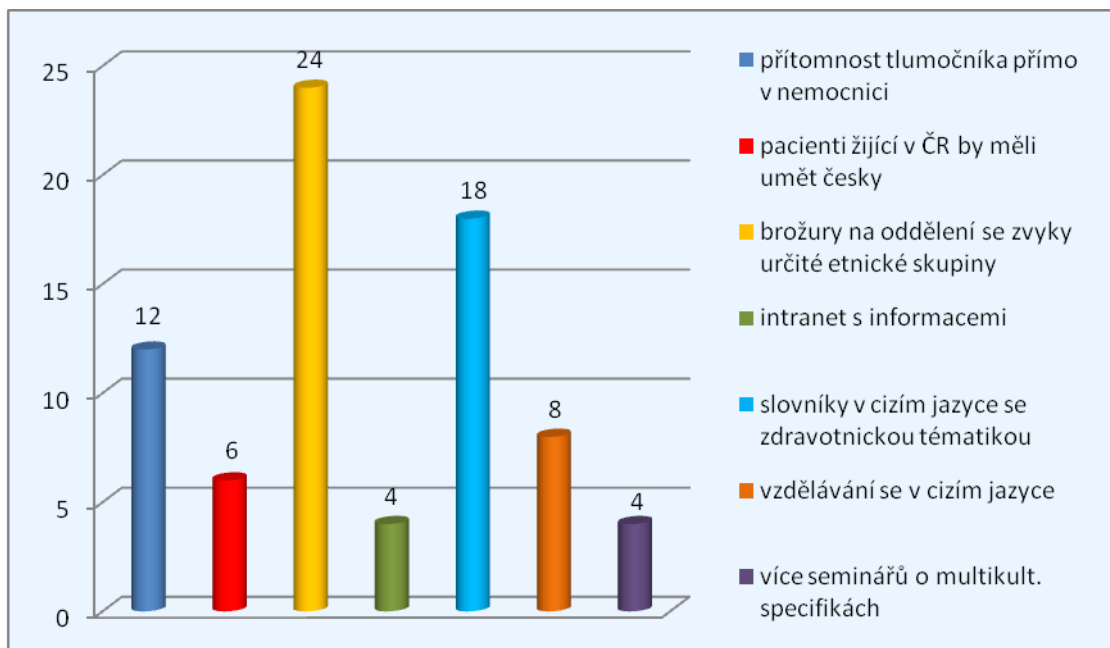
Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 164 (73 %) respondentů označilo, že nepoužívá na svém oddělení komunikační karty a 62 (27 %) respondentů komunikační karty na svém oddělení používá.

Graf 47 Teoretická připravenost sester na péči o pacienta cizince



Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů, 104 (46 %) respondentů odpovědělo, že není připravena na péči o pacienta cizince, 91 (40 %) respondentů uvedlo, že na péči o pacienta cizince je připravena, 16 (7 %) respondentů uvedlo možnost jiné odpovědi, což bylo, že záleží na národnosti a 15 (7 %) respondentů označilo, že neví, zda je na péči připravena.

Graf 48 Návrhy sester na zkvalitnění péče o pacienta cizince



Graf znázorňuje četnost odpovědí, které obsahovaly 76 odpovědí, kdy 24 respondentů by uvítalo brožury na oddělení se zvyky určité minority, 18 respondentů slovníky v cizím jazyce se zdravotnickou tematikou, 12 respondentů přítomnost tlumočnicka přímo v nemocnici, 8 respondentů vzdělávání se v cizím jazyce, 6 respondentů uvedlo, že pacienti žijící v ČR by měli umět česky, 4 respondenti intranet s informacemi a 4 respondenti více seminářů o multikulturních specifikách.

4.2 Statistické testy

Tabulka 1 Přehled o počtu platných a chybějících případů

	Případy					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta
Vzdělání sester *						
Nejvíce využívaná role sestry	226	100,00%	0	0,00%	226	100,00%

Kontingenční tabulka 2 Vzdělání sester * Nejvíce využívaná role sestry

		Nejvíce využívaná role sestry								Celkem
		poskytovatelka	edukátorka	advokátka	poradkyně	motivátorka	rozhodovatelka	nositelka změn	výzkumnice	
Vzdělání	Počet	99	3	3	0	0	0	0	0	105
	Středoškolské s maturitou	94,30%	2,90%	2,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	26	5	2	8	3	0	0	0	44
	Specializační vzdělání	59,10%	11,40%	4,50%	18,20%	6,80%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	13	3	1	4	8	3	0	0	32
	Vyšší odborné vzdělání	40,60%	9,40%	3,10%	12,50%	25,00%	9,40%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	8	1	3	0	8	3	3	4	30
	Vysokoškolské bakalářské	26,70%	3,30%	10,00%	0,00%	26,70%	10,00%	10,00%	13,30%	100,00%
	Počet	4	0	1	2	1	0	3	4	15
	Vysokoškolské magisterské	26,70%	0,00%	6,70%	13,30%	6,70%	0,00%	20,00%	26,70%	100,00%
Celkem	Počet	150	12	10	14	20	6	6	8	226
	% ze všech	66,40%	5,30%	4,40%	6,20%	8,80%	2,70%	2,70%	3,50%	100,00%

Na základě výsledků vyplývajících z kontingenční tabulky můžeme konstatovat, že sestry s dokončeným středoškolským, specializačním a vyšším odborným vzděláním odpovídaly odlišně od sester s dokončeným vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Srovnáním odpovědí je zřejmé, že role poskytovatelky ošetrovatelské péče výrazně převládala jako role nejvíce využívaná u sester se středoškolským vzděláním (94,30 %), specializačním vzděláním (59,10 %) a vyšším odborným vzděláním (40,60 %).

Tabulka 3 Přehled o počtu platných a chybějících případů

	Případy					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta
Vzdělání sester *						
Nejvíce problémová role sestry	226	100,00%	0	0,00%	226	100,00%

Kontingenční tabulka 4 Vzdelání sester * Nejvíce problémová role sestry

		Nejvíce problémová role sestry								Celkem
		poskytovatelka	edukátorka	advokátka	poradkyně	motivátorka	rozhodovatelka	nositelka změn	výzkumnice	
Vzdělání	Počet	10	17	0	6	4	20	43	5	105
	Středoškolské s maturitou	9,50%	16,20%	0,00%	5,70%	3,80%	19,00%	41,00%	4,80%	100,00%
	Počet	0	16	5	12	2	3	5	1	44
	Specializační vzdělání	0,00%	36,40%	11,40%	27,30%	4,50%	6,80%	11,40%	2,30%	100,00%
	Počet	0	1	11	2	8	1	4	5	32
	Vyšší odborné vzdělání	0,00%	3,10%	34,40%	6,30%	25,00%	3,10%	12,50%	15,60%	100,00%
	Počet	0	0	7	0	2	0	2	19	30
	Vysokoškolské bakalářské	0,00%	0,00%	23,30%	0,00%	6,70%	0,00%	6,70%	63,30%	100,00%
	Počet	0	0	3	0	0	0	2	10	15
	Vysokoškolské magisterské	0,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	13,30%	66,70%	100,00%
Celkem	Počet	10	34	26	20	16	24	56	40	226
	% ze všech	4,40%	15,00%	11,50%	8,80%	7,10%	10,60%	24,80%	17,70%	100,00%

Na základě výsledků vyplývajících z kontingenční tabulky můžeme konstatovat, že sestry s dokončeným středoškolským, specializačním a vyšším odborným vzděláním odpovídaly odlišně od sester s dokončeným vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Srovnáním odpovědí je zřejmé, že role sestry nositelky změn výrazně převládala jako role nejvíce problémová u sester s dokončeným středoškolským vzděláním (41,00 %) a role sestry výzkumnice u sester s dokončeným vysokoškolským bakalářským vzděláním (63,30 %) a magisterským vzděláním (66,70 %).

Tabulka 5 Přehled o počtu platných a chybějících případů

	Případy					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta
Vzdělání sester *						
Teoretická přípravenost sestry	226	100,00%	0	0,00%	226	100,00%

Kontingenční tabulka 6 Vzdelání sester * Teoretická připravenost sester

		Teoretická připravenost sester				Celkem
		Ano	Ne	Nevím	Záleží na národnosti	
Vzdělání	Počet	8	74	12	11	105
	Středoškolské s maturitou	7,60%	70,50%	11,40%	10,50%	100,00%
	Počet	6	30	3	5	44
	Specializační vzdělání	13,60%	68,20%	6,80%	11,40%	100,00%
	Počet	32	0	0	0	32
	Vyšší odborné vzdělání	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	30	0	0	0	30
	Vysokoškolské bakalářské	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	15	0	0	0	15
	Vysokoškolské magisterské	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Celkem	Počet	91	104	15	16	226
	% ze všech	40,30%	46,00%	6,60%	7,10%	100,00%

Na základě výsledků vyplývajících z kontingenční tabulky můžeme konstatovat, že sestry s dokončeným středoškolským a specializačním vzděláním odpovídaly odlišně od sester s dokončeným vyšším odborným, vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Srovnáním odpovědí je zřejmé, že teoretická nepřipravenost převládala u sester se středoškolským vzděláním (70,50 %) a specializačním vzděláním (68,20 %).

Tabulka 7 Přehled o počtu platných a chybějících případů

	Případy					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta
Věk sester *						
Největší problém v péči sestry	226	100,00%	0	0,00%	226	100,00%

Kontingenční tabulka 8 Věk sester * Největší problém v péči sestry

		Největší problém v péči sestry									Celkem
		Nadřazené chování	Nesprávné pochopení léčby	Potíže se stravováním	léčebného režimu	Nedůvěra k personálu	Náboženské zvyky	Sociální izolace	Žádný problém	Nevím	
Věk	Počet	3	10	0	0	6	6	10	2	22	59
	Do 25 let	5,10%	16,90%	0,00%	0,00%	10,20%	10,20%	16,90%	3,40%	37,30%	100,00%
	Počet	1	26	0	5	12	10	24	0	0	78
	26-35 let	1,30%	33,30%	0,00%	6,40%	15,40%	12,80%	30,80%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	0	12	3	5	4	5	9	0	0	38
	36-45 let	0,00%	31,60%	7,90%	13,20%	10,50%	13,20%	23,70%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	0	10	3	10	2	0	8	0	0	33
	46-55 let	0,00%	30,30%	9,10%	30,30%	6,10%	0,00%	24,20%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	0	2	0	8	2	4	2	0	0	18
	56 a více let	0,00%	11,10%	0,00%	44,40%	11,10%	22,20%	11,10%	0,00%	0,00%	100,00%
Celkem	Počet	4	60	6	28	26	25	53	2	22	226
	% ze všech	1,80%	26,50%	2,70%	12,40%	11,50%	11,10%	23,50%	0,90%	9,70%	100,00%

Na základě výsledků vyplývajících z kontingenční tabulky můžeme konstatovat, že věkové kategorie v rozmezí 26-35 let, 36-45 let, 46-55 let odpovídaly odlišně od sester ve věkové kategorii do 25 let a 56 a více let. Srovnáním odpovědí je zřejmé, že sociální izolace převládala v zastoupení věkové kategorie sester 26-35 let (30,80 %), 46-55 let (24,20 %), 36-45 let (23,70 %) a taktéž nesprávné pochopení léčby v zastoupení věkové kategorie sester 26-35 let (33,30 %), 36-45 let (31,60 %), 46-55 let (30,30 %).

Tabulka 9 Přehled o počtu platných a chybějících případů

	Případy					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta
Věk sester *						
Největší překážka v péči sestry	226	100,00%	0	0,00%	226	100,00%

Kontingenční tabulka 10 Věk sester * Největší překážka v péči sestry o cizince

		Největší překážka v péči sestry									Celkem
		Jazyková bariéra	Zvyky v rodině	Návštěvy příbuzných	Nerespektování autority	Vynucování pozornosti	Spousta dotazů	Prožívání bolesti	Žádný	Nevím	
Věk	Počet	30	0	1	0	3	0	0	3	22	59
	do 25 let	50,80%	0,00%	1,70%	0,00%	5,10%	0,00%	0,00%	5,10%	37,30%	100,00%
	Počet	59	6	6	0	1	4	2	0	0	78
	26-35 let	75,60%	7,70%	7,70%	0,00%	1,30%	5,10%	2,60%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	24	0	5	3	1	0	2	3	0	38
	36-45 let	63,20%	0,00%	13,20%	7,90%	2,60%	0,00%	5,30%	7,90%	0,00%	100,00%
	Počet	27	0	1	3	2	0	0	0	0	33
	46-55 let	81,80%	0,00%	3,00%	9,10%	6,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Počet	14	0	1	0	1	0	2	0	0	18
	56 a více let	77,80%	0,00%	5,60%	0,00%	5,60%	0,00%	11,10%	0,00%	0,00%	100,00%
Celkem	Počet	154	6	14	6	8	4	6	6	22	226
	% ze všech	68,10%	2,70%	6,20%	2,70%	3,50%	1,80%	2,70%	2,70%	9,70%	100,00%

Na základě výsledků vyplývajících z kontingenční tabulky můžeme konstatovat, že všechny uvedené věkové kategorie sester shodně uvedly jazykovou bariéru, která převládala ve věkové kategorii 46-55 let (81,80 %), 56 a více let (77,80 %), 26-35 let (75,60 %), 36-45 let (63,20 %) a do 25 let (50,80 %). V ostatních možnostech odpovědí byly minimální rozdíly, které jsou ze statistického hlediska zanedbatelné.

Tabulka 11 Přehled o počtu platných a chybějících případů

	Případy					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta
Věk sester *						
Teoretická připravenost sester	226	100,00%	0	0,00%	226	100,00%

Kontingenční tabulka 12 Věk sester * Teoretická připravenost sester

		Teoretická připravenost sester				Celkem
		Ano	Ne	Nevím	Záleží na národnosti	
Věk	Počet	17	32	5	5	59
	do 25 let	28,80%	54,20%	8,50%	8,50%	100,00%
	Počet	48	22	5	3	78
	26-35 let	61,50%	28,20%	6,40%	3,80%	100,00%
	Počet	19	14	2	3	38
	36-45 let	50,00%	36,80%	5,30%	7,90%	100,00%
	Počet	6	23	1	3	33
	46-55 let	18,20%	69,70%	3,00%	9,10%	100,00%
	Počet	1	13	2	2	18
	56 a více let	5,60%	72,20%	11,10%	11,10%	100,00%
Celkem	Počet	91	104	15	16	226
	% ze všech	40,30%	46,00%	6,60%	7,10%	100,00%

Na základě výsledků vyplývající z kontingenční tabulky můžeme konstatovat, že sestry ve věkové kategorii 26-35 let a 36-45 let odpovídaly odlišně od sester ve věkové kategorii do 25 let, 46-55 let a 56 a více let. Srovnáním odpovědí je zřejmé, že

teoretická nepřipravenost sester převládala u sester ve věkové kategorii do 25 let (54,20 %), 46-55 let (69,70 %) a 56 a více let (72,20 %).

5 Diskuse

V diplomové práci jsme se zaměřili na role sestry, jejich problémové situace a připravenost při poskytování péče pacientům cizincům.

Úvodní otázky dotazníku měly identifikační charakter. Graf 1 vyjadřuje věkovou kategorii respondentů. V největším počtu 34 % byla zastoupena věková kategorie 26-35 let, tedy sestry s již ukončenou nástupní praxí, a dále věková kategorie do 25 let, kde zastoupení činilo 26 % respondentů. Tyto výsledky naznačují přímou souvislost s délkou praxe respondentů (graf 3), kde největší skupinu tvořily sestry do 5 let, což činilo 34 %. Tento fakt se vysvětluje tím, že sestry po ukončení středoškolského vzdělání mělo nadále zájem pokračovat ve svém studiu, a tudíž nemocniční praxi započaly až po ukončení navazujícího studia nebo ještě momentálně studují. Naopak nejvyšší věkovou kategorií 56 a více let zastupovalo pouze 8 % respondentů (graf 1), což může vysvětlovat, že zájem o problematiku nebyl aktuální. Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů vyjadřuje graf 2, kde největší zastoupení tvořily sestry se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou, což představovalo 47 %. V porovnání s ostatními možnostmi je potěšující, že vzrůstá počet sester, které se dále profesně vzdělávají, kdy specializační vzdělání ukončilo 19 %, vyšší odborné 14 %, vysokoškolské bakalářské 13 % a vysokoškolské magisterské 7 % respondentů (graf 2). Z uvedených výsledků se domníváme, že v budoucnu bude počet vzdělaných sester mnohonásobně vyšší, jelikož z vlastní praxe vím, že zájem o studium každým rokem přibývá.

Graf 4 vypovídá o zastoupení sester z jednotlivých oddělení, které se na výzkumném šetření podílely, kdy nejvyšší návratnost byla z oddělení chirurgického, což činilo 21 % respondentů a oddělení interního, což činilo 16 % respondentů. Výzkumné šetření dále zjišťovalo pracovní zařazení sester, kde největší skupinu tvořily sestry směnové, v zastoupení 84 %. Jinou odpověď uvedlo 8 % respondentů, což byla denní sestra, která většinou zastupuje pozici sestry staniční, zvláště na oddělení s menším množstvím lůžek. Prostřednictvím výzkumného šetření se zjišťovaly jazykové dovednosti sester (graf 6). Dle četnosti odpovědí, největší skupinu tvořily sestry, které by se domluvily německým jazykem (74 odpovědí), anglickým jazykem (64 odpovědí)

a ruským jazykem (50 odpovědí). Za povšimnutí stojí také možnost žádným jazykem, což obsahovalo 42 odpovědí. Navzdory tomuto faktu však znalost cizího jazyka hodnotilo 45 % respondentů jako dostatečnou a pouhých 7 % respondentů jako výbornou (graf 7). Současně ke shodě došlo také v grafu 17, kde sestry přímo hodnotí probíhající komunikaci s pacienty cizinci, kdy dostatečně svou komunikaci hodnotilo 40 % respondentů a pouze 2 % respondentů ji hodnotila výborně. To mě vedlo k zamyšlení, že může vzniknout jisté pochybení v úsudku, kdy si je člověk jistý svými schopnostmi dorozumět se cizím jazykem, ale v praxi nastává nová situace, kdy začíná o svých schopnostech pochybovat. U cizince může nízká kvalita komunikace způsobit zbytečné potíže a nežádoucí komplikace. Ve stejné situaci se nachází ale také sestra, která není schopna přijímat informace od pacienta cizince. Také Ivanová ve své publikaci praví, že sestry, které jsou do interkulturní komunikace začleněny, jsou do komunikace vtaženy prostřednictvím znalosti jazyka, který ulehčuje sociální kontakt. Dále uvádí, že podstatou znalosti cizího jazyka je schopnost sestry mluvit v jiném jazyce, pochopit význam slov, číst a komunikovat (18).

Graf 45 dále vypovídá, že v současnosti nemělo zájem zdokonalovat se cizím jazyku až 62 % respondentů. Dle četnosti odpovědí z grafu 16 taktéž vyplynulo, že při dorozumívání s pacienty cizinci nejvíce sester využilo nonverbální komunikaci, a to pomocí posunků (126 odpovědí), možnost verbálně (102 odpovědí), pomocí tlumočnicka (92 odpovědí) a prostřednictvím rodinného příslušníka (84 odpovědí). Tyto výsledky korespondují s tím, že velkým významem se stávají informace, které se získají z prvních okamžiků neverbální komunikace a ze způsobu sesterského chování, kdy se jedná především o mimiku, která vyjadřuje vstřícnost, pochopení, zájem, ochotu a snahu pomoci (49) (Příloha 3). Zvláštností je, že naopak využití komunikačních karet a piktogramů tvořilo pouhých 40 odpovědí (graf 16), o čemž vypovídá také graf 46, kdy 73 % respondentů nikdy na svém oddělení nevyužilo žádné komunikační karty a piktogramy. Takové zjištění bylo pro mě velice překvapující, jelikož jsem byla přesvědčená, že tento styl dorozumívání v nemocničních zařízeních již existuje a je sestrami využíván. Jelikož v současnosti pracuji na urologickém oddělení v Písku, mohu konstatovat, že komunikační karty, které se týkají běžných činností člověka, jsou

na tomto oddělení běžným standardem. Naopak do budoucna plánujeme rozšíření komunikačních karet se zdravotnickou tematikou specifickou pro urologické oddělení. K problematice komunikačních karet také Špidurová uvádí, že v případě, kdy není možné komunikovat řečí, používají se náhradní a doplňkové způsoby komunikace, kdy se vytváří sada komunikačních karet. Dále, že piktogram musí být jednoduchý, jednoznačný, výstižný a sloužit tak k snadnějšímu porozumění (49). Graf 24 vyjadřuje možnost zajištění kontaktu s tlumočnickem. Bylo zjištěno, že 62 % respondentů odpovědělo kladně a 33 % respondentů nevědělo, zda tato možnost existuje. Podobné výsledky obsahoval graf 25, který vypovídá o přítomnosti tlumočnicka přímo v nemocnici. Bylo zjištěno, že tlumočnick není trvale v nemocnici přítomen, což tvrdilo 54 % respondentů a 33 % respondentů odpověď neznalo. Graf 21 dále poukazuje na největší překážku v péči o pacienta cizince, kdy zcela jednoznačně byla uvedena jazyková bariéra, což činilo 66 % respondentů, což vyplynulo také z tabulky 10, kde jsme porovnali věkovou kategorii sester s největší překážkou v péči o pacienty cizince, kdy všechny uvedené věkové kategorie jednoznačně uvedly jazykovou bariéru. Zbylé možnosti byly ze statistického hlediska zanedbatelné. Možnost jiné odpovědi z grafu 21 zvolilo 10 % respondentů, což bylo nevíme z důvodu nulové zkušenosti s pacientem cizincem. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že třetí hypotéza **Nejčastější překážkou při poskytování ošetrovatelské péče pacienta cizince je jazyková bariéra**, se potvrdila.

Další část výzkumného šetření byla směřována na ošetrování pacientů cizinců a připravenost sester k této problematice, kdy možnost ošetrování pacienta cizince mělo 83 % respondentů a 13 % respondentů takovou možnost ještě nemělo (graf 8). Dle četností odpovědí z grafu 9 vyplynulo, že největší skupinu ošetřených pacientů, tvořili pacienti vietnamské národnosti (102 odpovědí), slovenské národnosti (100 odpovědí), německé národnosti (88 odpovědí) a ukrajinské národnosti (82 odpovědí) (graf 10), což odpovídá rozložení cizinců v ČR, kdy český statistický úřad uvádí počet cizinců v ČR podle typu pobytu, který k 30.4 2011 tvořil celkový počet 422 225, kdy nejvyšší skupinu tvořili občané z Ukrajiny (117 104), Slovenska (78 617), Vietnamu (58 015), Ruska (30 618), Polska (18 877) a Německa (15 158) (9)

(Příloha 6). Výsledky ukazují, že zvýšený počet cizinců na našem území má zřejmý vliv na počet pacientů cizinců v českých nemocnicích. Z tohoto důvodu sestra, která ošetřuje pacienta z odlišné kulturní oblasti, kterou nezná, se musí informovat nebo znát určitá specifika ošetrovatelské péče, kdy největší roli hrají zejména stravovací specifika, komunikační zvyklosti mezi mužem a ženou, dodržovaný osobní prostor, pohřební zvyklosti, odívání a náboženské potřeby (56). Bylo pro mě překvapující, jak jednoznačné odpovědi byly zastoupeny v otázce zájmu sester o specifika ošetrovatelské péče pacienta cizince (graf 10), kdy 62 % respondentů o tyto specifika zájem neprojevovalo, ale naopak zájem o informace již projevovalo 55 % respondentů (graf 14). S uvedenými výsledky souvisí také graf 11, kdy 43 % respondentů by zohledňovalo pouze občas kulturní zvyklosti pacienta cizince, což mě dovedlo k domněnce, že sestry sice informace rády vyposlechnou, ale podstatně horší je zájem a představa, která se týká zavádění těchto specifíků do nemocniční praxe, přičemž váhu důležitosti, která se týkala informovanosti považovalo za důležité 53 % respondentů (graf 13). Dle četností odpovědí v grafu 15, by takové informace uvítaly ve formě informačních brožur na oddělení, což představovalo 88 odpovědí, forma semináře 62 odpovědí a forma přednášky 46 odpovědí. Poznatky sester o zvyklostech a hodnotách pacientů cizinců vyjadřuje graf 12, kdy 30 % respondentů již mělo určité poznatky ze své praxe, ale naopak 29 % respondentů žádné poznatky nemělo a 21 % respondentů se o tuto problematiku nikdy nezajímalo.

Z hlediska hodnocení svých praktických zkušeností v péči o cizince, hodnotilo 37 % respondentů jako dobré a jako dostatečné hodnotilo 33 % respondentů (graf 28). Podobně tomu bylo v následujícím grafu 29, který vyjadřuje hodnocení teoretických znalostí, které jako dobré hodnotilo 41 % respondentů a dostatečné 37 % respondentů. Další výzkumné šetření souvisí s otázkami následujícími, tedy znalostními, kde znalost o některých specifických péčích mělo 51 % respondentů (graf 30), kdy je nutné podotknout, že na znalostní otázky odpovídala téměř polovina respondentů, jelikož ostatní, tedy 49 % respondentů neznalo specifika žádná. Následující výzkumné šetření tedy hodnotilo 51 % respondentů (graf 30). V otázce znalosti sester, co je obsahem židovského zákona, mělo povědomost 65 % respondentů (graf 31), což představovalo,

že amputované končetiny a orgány se odevzdávají rodinám k pohřbení. Vždyť také Ivanová a Vymětal ve své publikaci uvádí, že některá skupina Židů vyžaduje pochování jakéhokoliv tělesného orgánu a dárcovství transplantátů považují za nepřijatelné. Úkolem sestry je proto zabezpečit amputované končetiny a orgány a odevzdat je židovským rodinám k pohřbení (18,56). Graf 32 vyjadřuje znalost sester v problematice charakteristiky pacientů ukrajinské národnosti, kdy 52 % respondentů uvedlo nerespektování léčebného režimu a nespolupráci, což se neslučuje s literaturou, kdy Ivanová uvádí, že ukrajinský pacient se charakterizuje svou přizpůsobivostí, neorganizovaností, nenáročností, ukázněností, spokojeností a vděčností za péči, při které nemá žádné speciální požadavky (18). V otázce znalosti sester, která se týkala začlenění pojmu síly jing a jang, mělo povědomost 84 % respondentů, což byla vietnamskou národností (graf 33). Také Tóthová ve své publikaci praví, že vlastnosti jin a jang představují podstatu zdraví a nemoci u vietnamské komunity, kdy jin charakterizuje ženské vlastnosti a ovládá vnitřek těla, naopak jang charakterizuje mužské vlastnosti a ovládá povrch těla. Síly jin a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Vietnamci proto věří, že nerovnováha těchto sil způsobí nemoc (51). Graf 34 vyjadřuje znalost sester, která se týkala čínského národního nápoje, kdy 52 % respondentů uvedlo čaj. Také Tóthová a Scholz ve své publikaci uvádí, že čínským národním nápojem je čaj, který podávají vždy teplý, jelikož studené tekutiny vnímají jako negativní energii (43, 51). V otázce znalosti sester v pojmu Ramadán celých 70 % respondentů mělo povědomí o největším islámském svátku (graf 35). Také Gombárová uvádí, že Ramadán je největší islámský svátek, který trvá 28 až 30 dní, kdy začíná povinnost půstu. Dále sděluje, že půst dodržuje každý dospělý a zdravý muslim. Smyslem Ramadánu je upevnění komunity a uvědomění si islámu (15). Graf 36 vyjadřuje znalosti sester v otázce ošetřování/vyšetřování muslimské ženy, kdy 62 % respondentů mělo povědomí o skutečnosti, kdy muslimskou pacientku musí vždy ošetřovat/vyšetřovat pouze žena. Vymětal také uvádí, že při poskytování ošetřovatelské péče sestra musí dodržovat přísnou intimitu muslimského pacienta, kterého vyšetřuje pouze muž a muslimskou pacientku pouze žena, kdy vyšetření u žen povoluje její manžel nebo otec a současně ji doprovází na vyšetření v doprovodu matky nebo sestry

pacientky (56). V otázce znalostí stravovacích zvláštností pacientů muslimské národnosti, mělo 52 % respondentů povědomost, že nemohou pozřít vepřové maso (graf 37). Pilečková a Gombárová dále uvádějí, že složení stravy v islámských zemích vychází z islámských předpisů a místních zvyklostí, kdy se jedná především o striktní zákaz konzumace vepřového masa, kdy Korán výslovně zakazuje požívat krev, vepřové maso a obětní zvířata. Z tohoto důvodu má muslim k vepřovému masu hluboký odpor (15,39). Graf 38 vyjadřuje znalosti sester, které se týkaly zvyků čínské rodiny při umírání čínského pacienta, kdy mělo povědomost 41 % respondentů, což představovalo být s umírajícím (graf 38). Tóthová a Scholz ve své publikaci sdělují, že o umírajícího pacienta projevuje čínská rodina velký zájem a přeje si být s ním co nejvíce v kontaktu. V případě úmrtí převlékají zemřelého do nových šatů, ve kterých se následně pohřbívá (43, 51). Následující graf 39 se týkal znalosti odlišností pacientů slovenské národnosti, kdy 57 % respondentů neznalo žádné odlišnosti. Znalostní otázky zakončil graf 47, který vyjadřuje názor sester na jejich teoretickou připravenost na péči o pacienta cizince. Bylo zjištěno, že nepřipravenost sester byla zastoupena v 46 %, což potvrzuje také tabulka 6, kde jsme porovnali vzdělání sester s jejich teoretickou připraveností. Výsledky potvrdily mojí domněnku, že sestry s dokončeným středoškolským a specializačním vzděláním odpovídaly odlišně od sester s dokončeným vyšším odborným, vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Srovnáním výsledků je zřejmé, že teoretická nepřipravenost převládala u sester s dokončeným středoškolským vzděláním (70,50 %) a specializačním vzděláním (68,20 %). Na základě výše uvedených výsledků jsme ještě srovnali věk sester s jejich teoretickou připraveností (tabulka 12), kdy sestry ve věkové kategorii 26 - 35 let a 36 - 45 let odpovídaly odlišně od sester ve věkové kategorii do 25 let, 46 - 55 let a 56 a více let. Srovnáním odpovědí teoretická nepřipravenost sester převládala u sester ve věkové kategorii do 25 let (54,20 %), 46 - 55 let (69,70 %) a 56 a více let (72,20 %). Vzhledem k výše uvedeným výsledkům musíme konstatovat, že z důvodu polovičního zájmu sester o vyplňování vědomostních otázek s přihlédnutím na nezáměr o specifika ošetrovatelské péče a na základě výsledků obsažených v grafech 10, 11, 12, 28, 29, 30,

32, 39, 47 a tabulky 6, 12 lze konstatovat, že pátá hypotéza: ***Sestry jsou teoreticky připraveny na péči o pacienta cizince***, se nepotvrdila.

Další část výzkumného šetření byla zaměřena na role sestry a problematiku edukace. Bylo zjištěno, že nejvíce využívanou rolí byla role poskytovatelky ošetrovatelské péče, což tvořilo 66 % respondentů (graf 18). Ostatní role měly zastoupení v minimálním počtu. Z výše uvedeného výsledku považujeme za nutné naučit sestry přemýšlet jiným způsobem, kdyby jako sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče začaly efektivněji využívat své další role, kdy příkladem uvádíme roli sestry edukátorky a motivátorky. Jelikož k poskytování a plnění kvalitní ošetrovatelské péče jsou potřebné všechny role sester a jejich dovednosti, které pomáhají zvládnout určité situace a stavy pacienta cizince, uskutečnila jsem porovnání vzdělanosti sester s nejvíce využívanou rolí (tabulka 2). Tabulka 2 poskytla informace, že roli sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče uvedlo 94,30 % sester, které mělo středoškolské vzdělání. Důvodem je skutečnost, že na středních zdravotnických školách se ošetrovatelský proces jako samostatný předmět nevyučuje, naopak zvýšený důraz a pozornost je mu věnována při vysokoškolské přípravě sester. Tabulka 2 v této souvislosti zjistila, že roli motivátorky využily sestry s ukončeným vyšším odborným vzděláním v zastoupení 25,0 % a sestry s ukončeným bakalářským vzděláním 26,70 %. Roli výzkumnice uvedly sestry s ukončeným magisterským vzděláním v zastoupení 26,70 %. Z tohoto důvodu jsem přesvědčená, že čím více budou ošetrovatelskou péčí poskytovat vysokoškolsky vzdělané sestry, tím více rolí se bude v praxi využívat, což se jistě projeví na kvalitě ošetrovatelské péče. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že první hypotéza: ***Nejčastější vyskytovanou rolí sestry v péči o pacienty cizince je role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče***, se potvrdila.

Naopak v otázce nejvíce problémové role v péči o pacienta cizince byla zjištěna role sestry nositelky změn, což tvořilo 25 % respondentů a role výzkumnice, což bylo 18 % respondentů (graf 19). K předchozímu výsledku se váže graf 26, který vyjadřuje samostatnost sester při vyhledávání potřebných informací, kdy 65 % respondentů odpovědělo kladně, ale následující graf 27 objasňuje způsob zjišťování těchto informací. Dle četností odpovědí bylo zjištěno, že přímo od pacienta tvořilo

116 odpovědí, od rodinných příslušníků 98 odpovědí a pomocí internetu pouhých 32 odpovědí. Výsledky mě vedou k úsudku, že beze změn se v ošetrovatelství nezvyšuje kvalita péče, ale pouze se udržuje na stejné úrovni, což uvádí také Farkašová s Jarošovou. Sestra ve funkci vrchní a staniční je většinou formální nositelkou změn, je tedy pověřená systémem, ale neformální nositelkou změn se může stát každá sestra, která má víru v samotnou změnu a podílí se na její následné realizaci. Literatura dále uvádí, že jen taková sestra projevuje zájem o novinky v ošetrovatelské péči o pacienta cizince a tyto novinky se snaží vnášet do každodenní ošetrovatelské péče o pacienty odlišné kultury (13, 19). Role sestry nositelky změn těsně souvisí s výzkumem v ošetrovatelství, což také uvádí Farkašová společně s Drdulovou, kdy jediné sestra, která je na úrovni, přijímá pozitivní změny v ošetrovatelství a podporuje výzkum v ošetrovatelství (10, 13). S rolí sestry edukátorky se ztotožnilo pouhých 15 % respondentů. Na základě výsledků jsme uskutečnili porovnání vzdělanosti sester s nejvíce problémovou rolí, kdy role edukátorky byla zastoupena v 36,40 % pouze u sester s ukončeným specializačním vzděláním (tabulka 4). Sestry se středoškolským vzděláním viděly jako problémovou roli sestru v roli nositelky změn, kde zastoupení bylo 41,0 %. Ve shodě se ocitly sestry s již ukončeným bakalářským a magisterským vzděláním, kde problém vidělo v roli sestry výzkumnice, která u bakalářského vzdělání měla zastoupení 63,30 % a magisterského 66,70 % (tabulka 4). Z důvodu tak vysokého počtu je patrné, že počet dotazovaných respondentů s ukončeným vysokoškolským vzděláním byl nižší než počet respondentů s ukončeným středoškolským vzděláním. S rolí edukátorky souvisí také graf 41, který vyjadřoval způsob edukace. Dle četnosti odpovědí bylo zjištěno, že největší skupinu tvořily odpovědi pomocí tlumočnicka, což činilo 112 odpovědí a rodinného příslušníka, což bylo 100 odpovědí (graf 41). Názor sester na efektivitu jejich edukace mapoval následující graf 42, kdy 51 % respondentů nevědělo, zda byla jejich edukace efektivní a 28 % respondentů ji hodnotilo kladně (graf 42). Také názor sester na plnění role sestry edukátorky (graf 43) splňovalo průměrně 37 % respondentů, dostatečně 26 % respondentů a 21 % respondentů velmi dobře. Ještě bychom zmínili názor sester, zda neefektivní edukace má vliv na výsledek spolupráce (graf 44). Bylo zjištěno, že 43 % respondentů mělo kladný názor

a 39 % respondentů uvedlo, že zcela určitě. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že druhá hypotéza: *Nejčastější problémovou rolí sestry v péči o pacienty cizince je role sestry edukátorky*, se nepotvrdila.

Další část výzkumného šetření se zabývala nejčastějším problémem v péči o pacienta cizince (graf 20), kdy 27 % respondentů vidělo problém v nesprávném pochopení léčby a 23 % respondentů v sociální izolaci (graf 20), kterou také částečně vysvětloval graf 22, kdy 53 % respondentů uvedlo jen občasné návštěvy příbuzných pacientů (graf 22). Tento fakt je ale také podmíněn tím, že příbuzní ve většině případů do nemocnice nedorazí, poněvadž chybí jejich přítomnost v ČR. Naopak ale Špidurová uvádí, že pacienti, kteří pocházejí z kultur, kde existují velmi silné vazby v rodině, se v nemocnici projeví hojnou frekvencí návštěv ze strany svých rodin (49). Také graf 23 mapuje projevy pacienta cizince při pobytu na oddělení. Z četností odpovědí vyplynulo, že pacient cizinec trávil převážnou část dne ve svém lůžku, což činilo 88 odpovědí, ale přesto se o svůj zdravotní stav zajímal, což tvořilo 70 odpovědí. Předpokládám, že zájem o svůj zdravotní stav projevoval především o vizitě ve spolupráci s lékařem, jelikož pouze lékař podává informace o zdravotním stavu každého pacienta. Také Ivanová, Košková a Průcha se shodují, že z pohledu ošetřovatelství vnikají s pacientem cizincem určité problémy, které se mohou týkat nedostatečné nebo žádné spolupráce, poruchy sociální interakce, sociální izolace a nesprávného přístupu k léčebnému režimu (18, 29, 40). Z tohoto důvodu jsme uskutečnili porovnání věkové kategorie sester s nejčastějším problémem, kdy sociální izolace převládala v zastoupení věkové kategorie sester 26 - 35 let (30,80 %), 46 - 55 let (24,20%), 36 - 45 let (23,70 %) a taktéž nesprávné pochopení léčby převládalo v zastoupení věkové kategorie sester 26 - 35 let (33,30 %), 36 - 45 let (31,60 %), 46 - 55 let (30,30 %) (tabulka 8). Překvapující bylo pro mě zjištění, že žádný z respondentů nevyužil možnosti jiné odpovědi, kde jsem předpokládala, že problém nastal také v souvislosti se zdravotním pojištěním cizinců. Vysvětlením může být skutečnost, že tuto problematiku zajišťují pověření administrativní pracovníci ve zdravotnictví. Současně také literatura odkazuje na problém, který nastane, když se na jednu kartu pojištěnce ošetří více pacientů najednou nebo v případě, kdy na kartách pojištěnců chybí vyznačená doba splatnosti.

Jestliže nastane tato situace, pacient cizinec je ošetřen po ukončení jeho zdravotního pojištění, čímž vzniká problém při vyúčtování péče (18). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že čtvrtá hypotéza: ***Nejčastější problém při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům je sociální izolace***, se potvrdila.

Grafem 48 jsme umožnili prostor pro návrhy, které by vedly ke zkvalitnění péče o pacienty cizince, kdy z celkového počtu 76 odpovědí by nejvíce respondentů uvítalo brožury na oddělení se zvyky určité minority (24 odpovědí), slovníky v cizím jazyce se zdravotnickou tematikou (18 odpovědí), přítomnost tlumočnicka přímo v nemocnici (12 odpovědí) a vzdělávání se v cizím jazyce (8 odpovědí).

6 Závěr

Problematika poskytování ošetrovatelské péče je v současnosti velmi aktuální, jelikož pacientů cizinců v našich zdravotnických zařízeních stále přibývá a žádá si nejen dobrou připravenost sester, ale také jejich znalost různých forem kulturní identity. V souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům cizincům přibývá také sesterských rolí, které se liší svou intenzitou a mírou naplňování. Z tohoto důvodu se sestra musí na své role adaptovat, což vyžaduje jejich neustálé vzdělávání a zdokonalování, jelikož sestry a jejich jednotlivé role tvoří základ moderního ošetrovatelství.

Cílem práce bylo zjistit role sestry, které jsou dominantní v péči o pacienta cizince, zmapovat problémové situace sester v péči o pacienty cizince a zmapovat připravenost sester v péči o pacienty cizince. Cíle práce byly splněny. Prostřednictvím výzkumného šetření bylo ověřováno pět hypotéz. První hypotéza předpokládala, že nejčastější vyskytovanou rolí sestry v péči o pacienty cizince je role poskytovatelky ošetrovatelské péče. První hypotéza se potvrdila. Druhá hypotéza předpokládala, že nejčastější problémovou rolí sestry v péči o pacienty cizince je role edukátorky. Druhá hypotéza se nepotvrdila. Třetí hypotéza předpokládala, že nejčastější překážkou při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům je jazyková bariéra. Třetí hypotéza se potvrdila. Čtvrtá hypotéza předpokládala, že nejčastějším problémem při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům je sociální izolace. Čtvrtá hypotéza se potvrdila. Pátá hypotéza předpokládala, že sestry jsou teoreticky připraveny na péči o pacienty cizince. Pátá hypotéza se nepotvrdila.

Výsledky šetření by mohly významně ovlivnit kvalitu poskytované péče pacientům cizincům a zároveň vést sestry k zamyšlení, jakou cestou by se dalo v budoucnu více využít sesterských rolí při ošetrování pacientů cizinců a odstranit tak jejich nepřipravenost v péči o tyto pacienty. Na základě zjištěných informací byl vytvořen program vzdělávacího semináře pro sestry, jehož obsah byl zpracován formou prezentace, kde byly zahrnuty výsledky práce s následnou diskusí a navrhovanými tématy.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABRAM, U. Péče v multikulturní společnosti. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 9, s. 367. ISSN 1801-464X.
2. ANASTASSIADOU, H. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 21 s. ISBN 80-247-0536-2.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
5. BOTÍKOVÁ, A., ILIEVOVÁ, L. Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 6, s. 27. ISSN 1210-0404.
6. CAMUS, J. Y., DERCZANSKY, A. P. *Svět Židů*. Brno: Centa, 2008. 64 s. ISBN 978-80-7309-501-7.
7. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
8. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
9. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství*. [online] [cit. 2011-7-10] . Dostupné z:
[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/A2002F0B0A/\\$File/c01t01.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/A2002F0B0A/$File/c01t01.pdf)

10. DRDULOVÁ, A. Ošetrovatelství založené na důkazech. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 4, s. 58. ISSN 1801-464X.
11. ELLIS, J., HARTLEY, C. *Managing and coordinating nursing care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 479 s. ISBN 0-78174106-8.
12. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
13. FARKAŠOVÁ, D., UHROVÁ, J., NOVOTNÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
14. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
15. GOMBÁROVÁ, J. Islám. *Florence*. Praha: Ambit Media, 2009, roč. 5, č. 2, s. 34-37. ISSN 1801-464X.
16. GROHAR-MURRAY, M., DiCROCE, H. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Přel. J. Heřmanová, V. Topilová. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
17. HORŇÁKOVÁ, A. Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
18. IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

19. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85-866-55-2.
20. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
21. JECHOVÁ, K. Ošetrovatelství a židovská víra. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 10, s. 33. ISSN 1801-1349.
22. JÍLKOVÁ, V. *Specifika ošetrovatelské péče u klienta židovského vyznání*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009.
23. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
24. KILÍKOVÁ, M. *Základy manažmentu v ošetrovatel'stve I*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.
25. KOBER, L. *Specifika ošetrovatelské péče o cizince*. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
26. KOLEKTIV AUTORŮ. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sestry, Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
27. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.

28. KOSTŮVÁ, T. Obhajoba práv – sestra ochránkyň práv pacientů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2007, roč. 17, č. 5, s. 12. ISSN 1210-0404.
29. KOŠKOVÁ, J. Komunikační a jazykové bariéry. In: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetřovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Repronis, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.
30. KŘIVÁNKOVÁ, M. Multikulturní ošetřovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistentek. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč.18, č. 3, s. 10. ISSN 1210-0404.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
32. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
33. KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2006, roč. 8, č. 2, s. 96-98. ISSN 1212-7299.
34. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
35. MLÝNKOVÁ, J. Vietnamská kultura v ošetřovatelské péči. *Florence*. Praha: Ambit Media, 2009, roč. 5, č. 10, s. 33-35. ISSN 1801-464X.

36. NARAYANASAMY, A. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*, February 2003, vol. 12, no. 3, p. 185-194. ISSN 0966-0461.
37. NESVATBOVÁ, L., VANIŠTA, J. *Péče o cizince v ordinaci praktického lékaře v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: SV, 2003. 23 s. ISBN 80-86625-12-5.
38. PAVELOVÁ, L., NÁDASKÁ, I., LÍŠKOVÁ, M. Výživa a multikulturní ošetrovatelství. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. 15, č. 3, s. 28-30. ISSN 1210-0404.
39. PILEČKOVÁ, R., SEDLÁKOVÁ, G. Některé výživové zvyky a tradice ve vybraných kulturách. *Florence*. Praha: Ambit Media, 2009, roč. 5, č. 11, s. 36-37. ISSN 1801-464X.
40. PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
41. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 264 s. ISBN 80-7254-866-2.
42. SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J. Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, roč. 9, č. 2, s. 230-239. ISSN 1212-4117.
43. SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V. Čínský pacient v českém zdravotnictví. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, roč. 10, č. 2, s. 283-287. ISSN 1212-4117.

44. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
45. ŠEDINOVÁ, J. *České zdravotnictví a judaismus. Florence*. Praha: Ambit Media, 2009, roč. 5, č. 5, s. 34-37. ISSN 1801-464X.
46. ŠIŠKOVÁ, T. a kol. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
47. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
48. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
49. ŠPIDUROVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
50. THOMPSON, D., MOORE, K., ESTABROOKS, C. Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. *Evidence-Based Nursing*. Aberystwyth: 2008, vol. 11, no. 2, p. 35–39. ISSN 1367-6539.
51. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN: 978-80-7387-414-8.
52. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

53. URÍČKOVÁ, A. Josepha-Campinha-Bacote-Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, roč. 20, č. 4, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
54. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: UK Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
55. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
56. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
57. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 2002. 117 s. ISBN 80-8063-108-5.

8 Klíčová slova

Cizinec

Multikulturní

Ošetrovatelská péče

Pacient

Role

Sestra

Transkulturní

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Pojmy v multikulturní společnosti

Příloha 3 Druhy neverbální komunikace v péči o pacienty cizince

Příloha 4 Obecná doporučení pro komunikaci s cizincem

Příloha 5 Základní aspekty sestry v péči o příslušníky jiných etnik, menšin a kultur

Příloha 6 Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství

Příloha 7 Kulturní tlaky

Příloha 8 Multikulturní a transkulturní

Příloha 9 Kulturní cibule

Příloha 10 Výživa a multikulturní ošetřovatelství

Příloha 11 Lauderova škola v Praze

Příloha 12 Školní kuchařka – Lauderova škola v Praze

Příloha 13 Prezentace pro sestry

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, kolegové,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky poskytování péče pacientům – cizincům v současném zdravotnictví. Výsledky šetření použiji pro svou diplomovou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor ošetrovatelství.

Vyplněním celého dotazníku mi pomůžete dosáhnout stanovených cílů. Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity jen pro účely práce. Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů a pokud nebude uvedeno jinak označte pouze *jednu* odpověď (v případě označení možnosti *jiné* doplňte vlastními slovy).

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Bc. Renata Kousalová

1. Kolik je Vám let?

- a) do 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou
- b) specializační vzdělání
- c) vyšší odborné vzdělání
- d) vysokoškolské bakalářské
- e) vysokoškolské magisterské
- f) jiné (prosím vypište).....

3. Jako sestra pracujete?

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21-25 let
- f) 26-30 let
- g) 31 a více let

4. Na jakém oddělení pracujete?

- a) chirurgickém
- b) interním
- c) ortopedickém
- d) neurologickém
- e) urologickém
- f) gynekologickém
- g) oddělení následné péče
- h) infekčním
- i) porodnickém
- j) jiné (prosím vypište).....

5. V jaké pozici pracujete?

- a) směnová sestra
- b) staniční sestra
- c) vrchní sestra
- d) jiné (prosím vypište)

6. Jakým jazykem se domluvíte (můžete označit více možností)?

- a) anglicky
- b) německy
- c) rusky
- d) francouzsky
- e) žádným jazykem
- f) jiné (prosím vypište).....

7. Vaší znalost cizího jazyka hodnotíte jako?

- a) výbornou
- b) velmi dobrou
- c) dobrou
- d) dostatečnou
- e) nedostatečnou

8. Ošetřoval(a) jste na svém oddělení pacienta cizince?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji si

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, označte, jakých pacientů cizinců se Vaše ošetrovatelská péče týkala (můžete označit více možností)?

- a) pacient německé národnosti
- b) pacient ukrajinské národnosti
- c) pacient vietnamské národnosti
- d) pacient čínské národnosti
- e) pacient slovenské národnosti
- f) pacient francouzské národnosti
- g) jiné (prosím vypište).....

9. Zajímal(a) jste se sám (sama) jako sestra o specifika ošetrovatelské péče týkající se pacientů cizinců?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (prosím vypište).....

10. Myslíte si, že je potřeba zohledňovat kulturní zvyklosti v péči o pacienta cizince?

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne, není to důležité
- d) ne, není na to časový prostor
- e) jiné (prosím vypište)

11. Máte Vy sám (sama), jako sestra, nějaké poznatky o zvyklostech (hodnotách) jiných pacientů cizinců?

- a) ano, zajímám se o problematiku
- b) ano, ze své praxe
- c) ne, nezajímám se o problematiku
- d) ne

12. Myslíte si, že je důležitá informovanost sester o zvyklostech (hodnotách) při ošetřování pacientů cizinců?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdy jsem o tom nepřemýšlel(a)

13. Uvítal(a) byste více informací týkající se specifík péče o pacienta cizince?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, v jaké formě byste uvítal(a) tyto informace (můžete označit více možností)?

- a) informační brožura na oddělení
- b) zavedení standardů ošetrovatelské péče na oddělení
- c) semináře
- d) přednášky
- e) intranetové stránky
- f) literatura
- g) jiné (prosím vypište).....

14. Jakým způsobem se dorozumíváte při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům (můžete označit více možností)?

- a) verbálně (slovně)
- b) verbálně (slovně) s pomocí slovníku
- c) nonverbálně (posunky)
- d) poprosím lékaře
- e) poprosím zkušenější kolegyni
- f) prostřednictvím rodinného příslušníka pacienta
- g) prostřednictvím tlumočnicka
- h) použiji komunikační karty, piktogramy (obrázky)
- ch) symbolickou kresbou
- i) jiné (prosím vypište).....

15. Jak byste hodnotil(a) komunikaci mezi Vámi a pacientem cizincem?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

16. Specifikujte, jakou roli sestry v péči o pacienta cizince nejvíce využíváte (označte prosím jednu odpověď)?

- a) poskytovatelka ošetrovatelské péče
- b) edukátorka (*mění chování pacienta z hlediska prevence a uchování zdraví*)
- c) advokátka (*zajišťuje pocit jistoty, pomáhá poznat práva pacienta*)
- d) poradkyně (*nabízí, pomáhá, navrhuje řešení*)
- e) motivátorka (*dodává sílu, vyjadřuje podporu*)
- f) rozhodovatelka (*rozhoduje a plánuje ošetrovatelskou péči*)
- g) nositelka změn (*prosazuje a zavádí změny*)
- h) výzkumnice (*aplikuje získané poznatky do praxe, objevuje skutečnost*)
- ch) jiné (prosím vypište).....

17. Specifikujte, jakou roli sestry byste označil(a) za nejvíce problémovou (označte prosím jednu odpověď)?

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| a) poskytovatelka oš. péče | f) rozhodovatelka |
| b) edukátorka | g) nositelka změn |
| c) advokátka | h) výzkumnice |
| d) poradkyně | ch) jiné (prosím vypište) |
| e) motivátorka | |

18. Za největší problém v péči o pacienta cizince považujete

(označte prosím jednu odpověď)?

- a) nadřazené chování pacienta
- b) nesprávné pochopení léčby
- c) potíže se stravováním
- d) nerespektování léčebného režimu
- e) nedůvěra k personálu
- f) náboženské zvyky pacienta
- g) sociální izolace (osamělost, uzavřenost) pacienta
- h) žádný
- ch) jiné (prosím vypište).....

19. Za největší překážku v péči o pacienta cizince považujete

(označte prosím jednu odpověď)?

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| a) jazyková bariéra | f) spousta dotazů |
| b) zvyky rodiny | g) prožívání bolesti |
| c) návštěvy příbuzných | h) žádný |
| d) nerespektování autority | ch) jiné (prosím vypište) |
| e) vynucování pozornosti | |

20. Navštěvují pacienta cizince jeho blízcí?

- a) ano, každý den
- b) ano, občas
- c) ne, nenavštěvuji

21. Specifikujte, jak se pacient cizinec při pobytu na Vašem oddělení projevuje (můžete označit více možností)?

- a) aktivně spolupracuje s ošetřovatelským personálem
- b) snaží se dorozumět s ostatními pacienty na pokoji
- c) zajímá se o svůj zdravotní stav
- d) domáhá se samostatného pokoje
- e) převážnou část dne tráví ve svém lůžku
- f) nemá zájem spolupracovat
- g) nevychází z pokoje
- h) vyhýbá se kontaktu s ostatními
- ch) jiné (prosím vypište).....

22. Máte možnost na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočnickem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. Je tlumočnick přítomen přímo v nemocnici?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Přijímáte-li pacienta cizince, zjišťujete si sám (sama) potřebné informace k uspokojení jeho potřeb?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, jakým způsobem tyto informace získáváte (můžete označit více možností)?

- a) přímo od pacienta
- b) od rodinných příslušníků pacienta
- c) pomocí internetu
- d) pomocí literatury
- e) z televizních pořadů
- f) z časopisů
- g) z výuky ve škole
- h) jiné (prosím vypište).....

25. Vaše praktické zkušenosti v péči o pacienta cizince byste označil(a) jako?

- a) výborné
- b) velmi dobré
- c) dobré
- d) dostatečné
- e) nedostatečné

26. Vaše teoretické znalosti v péči o pacienta cizince byste označil(a) jako?

- a) výborné
- b) velmi dobré
- c) dobré
- d) dostatečné
- e) nedostatečné

27. Znáte nějaká specifika ošetrovatelské péče týkající se pacientů cizinců?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, vyberte z následujících otázek jedno správné tvrzení?

A. Židovský zákon vyžaduje?

- a) nelze přijímat krev a vakcíny
- b) nelze provádět biopsii a amputace
- c) amputované končetiny a orgány se odevzdávají rodinám k pohřbení

B. Charakteristickým znakem pacientů ukrajinské národnosti je?

- a) ukázněnost, emocionálně se neprojevují, neorganizovanost
- b) nerespektování léčebného režimu, nespolupráce
- c) náročnost - vyžadují speciální požadavky, uzavřenost

C. Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Jsou typickým znakem?

- a) ukrajinské komunity
- b) vietnamské komunity
- c) židovské komunity

D. Čínským národním nápojem je?

- a) káva
- b) „saké“
- c) čaj

E. Slovo Ramadán pro muslimskou komunitu znamená?

- a) největší islámský svátek
- b) rituální modlitbu
- c) Bibli

F. Při ošetřování/vyšetřování muslimské ženy platí zásada?

- a) rodina vyžaduje přítomnost další ženy z rodiny
- b) rodina vyžaduje přítomnost manžela
- c) ženu musí ošetřovat/vyšetřovat pouze žena

G. Jaké stravovací zvláštnosti mají pacienti muslimské národnosti?

- a) nemohou pozřít drůbeží maso
- b) nemohou pozřít hovězí maso
- c) nemohou pozřít vepřové maso

H. Při umírání čínského klienta je pro čínskou rodinu typické?

- a) být s umírajícím
- b) upřednostňují domácí rituály
- c) neomezené návštěvy s celou rodinou

CH. Myslíte si, že mají pacienti Slovenské národnosti nějaké odlišnosti od naší většinové populace?

- a) ano, ale neznám jaké
- b) ano, většina vyznává římskokatolickou církev
- c) ne, neznám žádné odlišnosti

28. Specifikujte, jak postupujete v péči o pacienta cizince vyžadující odlišnou kulturní péči (můžete označit více možností)?

- a) aktivně se zapojím do jeho péče
- b) pečuji o něj jako o každého jiného pacienta
- c) přenechám zkušenější kolegyni
- d) péči provádím s velkým přemáháním, je mi nepříjemná
- e) jiné (prosím vypište).....

29. Jakým způsobem edukujete pacienta cizince (můžete označit více možností)?

- a) pomocí informačních letáků
- b) pomocí tlumočnicka
- c) pomocí piktogramů (obrázků)
- d) pomocí rodinného příslušníka
- e) edukaci neprovádím
- f) jiné (prosím vypište).....

30. Myslíte si, že byla Vaše edukace efektivní?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné.....

31. Myslíte si, že splňujete roli sestry edukátorky?

- a) ano, splňuji výborně
- b) ano, splňuji velmi dobře
- c) ano, splňuji průměrně
- d) splňuji dostatečně
- e) nesplňuji

32. Domníváte se, že neefektivní edukace pacienta cizince může ovlivnit výsledek spolupráce?

- a) ano, zcela určitě
- b) ano, občas
- c) ne, neovlivňuje
- d) nevím

33. Zdokonalujete se v současnosti ve znalosti cizího jazyka?

- a) ano
- b) ne

34. Používáte na svém oddělení komunikační karty?

- a) ano
- b) ne

35. Myslíte si, že jste teoreticky připraven(a) na péči o pacienta cizince?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (prosím vypište).....

36. Máte nějaké návrhy, které by přispěly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta cizince?

.....

.....

.....

Zdroj: vlastní

Příloha 2 Pojmy v multikulturní komunikaci

Kulturní povědomí je vědomý poznávací proces, ve kterém se komunikátor stává citlivým a vnímavým k hodnotám, náboženství, životnímu stylu, zkušenostem a způsobu řešení problémů v cizí kultuře.

Kulturní šok vzniká při kontaktu s odlišnou kulturou a to v případě, že vnější pozorovatel se snaží pochopit cizí kulturu a přizpůsobit se jí.

Kulturní vnučování je způsob jednání, při kterém je příslušníkům jiných kultur vnučován hodnotový a názorový systém dominantní kultury.

Kulturní univerzálie jsou společné, shodné prvky mezi různými kulturami

Kulturní diverzita je rozmanitost kulturních skupin a rozdíly mezi nimi.

Kulturní kompetence je způsobilost k poskytování kulturně senzitivní péče

Kulturní slepota je stav, kdy jedinec nedokáže vnímat svoje chování jako kulturně předpojaté

Etnoošetřovatelství se zabývá studiem postojů, zvyků a hodnot, které se vztahují k ošetřovatelství tak, jak je vnímají klienti dané kultury prostřednictvím přímé zkušenosti nebo kognitivních procesů.

Zdroj:

HORŇÁKOVÁ, A. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

Příloha 3 Druhy neverbální komunikace v péči o pacienty cizince

+ Mimika obličeje – umí vyjádřit sedm základních emocí

- štěstí a neštěstí
- neočekávané překvapení a splněná očekávání
- strach a pocit jistoty
- radost a smutek
- klid a rozčilení
- spokojenost a nespokojenost
- zájem a nezájem

+ Haptika

- dotek kůži na kůži, znamená hmat a dotek
- nejzákladnější forma dorozumívání sestry

+ Proxemika

- přiblížení a oddálení, tedy prostorová blízkost
- může vyvolávat pocity nepřátelství, zlost, obavy nebo nepochopení
- čtyři základní proxemické zóny - zóna intimní, osobní, sociální a veřejná

+ Posturologie

- držení těla, vyjádřené nejen polohou a držením těla, ale také konfigurací jeho částí

+ Kinezika

- druhy pohybů lidského těla

+ Gestika

- řeč rukou
- ovlivňována vědomím, kulturou, sociálními vlivy a dědičností.

+ Oboustranný zrakový kontakt

- nejhlubší neverbální projev v sociální interakci sestry pacient
- v ošetřovatelství velmi důležitý faktor

Paralingvistika

- soubor vokálních a hlasových projevů na hranici mezi mluvenou řečí a mimohlasovými prostředky
- nejdůležitějším projevem je barva, melodie, síla, výška hlasu a časové charakteristiky hlasového projevu

Komunikace vzhledem nebo také úpravou svého zevnějšku

- způsob oblečení, kosmetika, bydlení, účes, značka auta nebo preference barev

Zdroj:

KOŠKOVÁ, J. Komunikační a jazykové bariéry. *In: Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství.* 1.vyd. Ostrava: Repronis, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.

Příloha 4 Obecná doporučení pro komunikaci s cizincem

- ✚ Udělejte si na cizince čas, nesnažte se záležitost vyřídit „co nejrychleji“.
- ✚ Počítejte s jazykovými i kulturními bariérami, uvažujte o možných předsudcích na obou stranách, tedy i na vaší straně.
- ✚ Hovořte pomalu, zřetelně artikulujte, nezvyšujte hlas. Používejte jednoduché věty, vyhýbejte se složitým souvětím.
- ✚ Pokud přicházíte často do kontaktu s příslušníky jedné a téže kultury, naučte se v jejich jazyce alespoň základní pozdrav. Projevujete tak o ně zájem.
- ✚ Pokud není jasné, co cizinec chtěl říci, nechejte jej problém zopakovat ještě jednou, případně jinými slovy.
- ✚ Nechejte cizince vyložit jeho pohled na (zdravotní) problém.
- ✚ Naslouchejte mu se sympatiemi a snažte se pochopit jeho pohled na problém. Odhadněte i důvody, které ho k němu pravděpodobně vedou. Vysvětlete mu svůj názor na diskutovaný problém a argumenty, které za ním stojí.
- ✚ Upozorněte cizince na shody a rozdíly v jeho a vašem stanovisku a diskutujte podrobněji o rozdílech.
- ✚ Doporučte nejvhodnější způsob řešení daného problému i s ohledem na etické, etnické a kulturní zvláštnosti cizince. Rozumná míra kompromisu z obou stran je lepší než vyhrocování neshod, zesměšňování, vyhrožování či otevřený konflikt s vážnými důsledky pro cizince a ostatní (pacienta, zdravotníky i zdravotnický personál).
- ✚ Platí zásada, že když je výraz naší tváře nebo tón hlasu v rozporu s našimi slovy, posluchač obvykle vnímá a přijímá to, co mu sdělujeme neverbálně.

Zdroj:

KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. 2006, roč. 8, č. 2, s. 96-98. ISSN 1212-7299.

Příloha 5 Základní aspekty sestry při péči o příslušníky jiných etnik, menšin a kultur

+ etnický a rasový původ

- místo narození, bydlení a rasová příslušnost pacienta

+ hodnotová orientace sestry

- očekávání, přesvědčení, hodnoty a zvyky pacienta ve vztahu ke zdraví a zdravotní péči, jeho zaměstnání, očekávání změn, spolupráce a komunikace s příslušníky jiných etnik

+ kulturní postihy a omezení

- emoce, pocity, duchovnost a náboženství pacienta, jeho rituály a zvyky při umírání, smrti, odlišnosti postojů a projevů podle pohlaví, vztah k sexualitě

+ komunikace

- mateřský jazyk, potřeba tlumočnicka, nonverbální komunikace, pocity pacienta ve vztahu k zdravotní péči v odlišné kulturní společnosti

+ přesvědčení a praktiky ve vztahu ke zdraví

- příčinnost onemocnění, praktiky podpory zdraví, využívání přírodní léčby a tradičních léčitelů

+ výživa

- názory na výživu a stravování, zvyklosti, tradiční jídla, příprava jídla, vliv náboženství

+ socioekonomické faktory

- sociální síť, rodina, vrstevníci, zapojení rodiny při nemoci, vliv rodiny na reakci pacienta ke zdraví a nemoci, finanční zabezpečení rodiny, dostupnost zdravotní péče, plánování při propouštění

+ vzdělání

- dosažené vzdělání pacienta, edukace, jazykové schopnosti, vliv vzdělání na znalosti o zdraví

+ náboženská příslušnost

- vliv náboženství na zdraví a nemoc, náboženské praktiky, rituály

 **kulturní aspekty incidence nemoci**

- specifická genetická onemocnění, prevalence v etnické skupině, rezistence

 **biokulturní rozdílnosti**

- charakteristické prvky příslušnosti k etnické nebo rasové skupině

Zdroj:

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

Příloha 6 Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství

Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství - k 30. 4. 2011

Foreigners: by type of residence, sex and citizenship; 30 April 2011

Pramen: Odbor azylové a migrační politiky Ministerstva vnitra ČR

Source: Department for Asylum and Migration Policy; Ministry of the Interior of the CR

Státní občanství	Cizinci celkem/ <i>Foreigners, total</i>	Trvalý pobyt / <i>Permanent stay</i>			Ostatní typy pobytu / <i>Other types of stay</i>		
		celkem / <i>Total</i>	muži / <i>Males</i>	ženy / <i>Females</i>	celkem / <i>Total</i>	muži / <i>Males</i>	ženy / <i>Females</i>
Celkový součet	422 225	192 028	101 388	90 640	230 197	142 072	88 125
Afghánistán	325	237	143	94	88	58	30
Albánie	289	152	102	50	137	90	47
Alžírsko	631	511	466	45	120	90	30
Angola	171	139	112	27	32	21	11
Argentina	89	50	27	23	39	22	17
Arménie	2 022	1 343	699	644	679	373	306
Austrálie	478	292	196	96	186	114	72
Ázerbájdžán	631	138	80	58	493	297	196
Bahrajn	14	5	4	1	9	8	1
Bangladéš	109	38	35	3	71	58	13
Barbados	1	-	-	-	1	1	-
Belgie	504	181	146	35	323	237	86
Belize	3	3	2	1	-	-	-
Bělorusko	4 226	2 612	1 029	1 583	1 614	735	879
Benin	42	35	27	8	7	4	3
Bhútán	1	1	-	1	-	-	-
Bolívie	64	38	29	9	26	19	7
Bosna a Hercegovina	2 110	1 506	869	637	604	509	95
Botswana	75	-	-	-	75	44	31
Brazílie	326	111	60	51	215	132	83
Bulharsko	7 073	3 150	1 940	1 210	3 923	2 530	1 393
Burkina Faso	16	10	8	2	6	1	5
Burundi	4	3	3	-	1	1	-
Čad	10	7	6	1	3	1	2
Černá Hora	116	91	62	29	25	13	12
Čína	5 288	3 367	1 833	1 534	1 921	1 026	895
Dánsko	305	93	77	16	212	147	65
Dominikánská republika	29	18	14	4	11	5	6
Džibutsko	3	3	1	2	-	-	-

Egypt	547	272	258	14	275	238	37
Ekvádor	80	44	32	12	36	16	20
Eritrea	4	2	2	-	2	2	-
Estonsko	105	32	14	18	73	34	39
Etiopie	93	49	39	10	44	33	11
Fidži	2	-	-	-	2	1	1
Filipíny	257	63	7	56	194	46	148
Finsko	255	61	41	20	194	111	83
Francie	2 685	778	575	203	1 907	1 317	590
Gambie	8	6	5	1	2	2	-
Ghana	116	65	57	8	51	42	9
Grenada	5	2	1	1	3	2	1
Gruzie	788	349	190	159	439	256	183
Guatemala	18	13	5	8	5	3	2
Guinea	67	42	31	11	25	17	8
Guinea-Bissau	16	14	13	1	2	1	1
Guyana	6	5	5	-	1	1	-
Haiti	1	1	1	-	-	-	-
Honduras	15	4	4	-	11	3	8
Hongkong	14	3	-	3	11	3	8
Chile	95	42	21	21	53	35	18
Chorvatsko	2 434	2 009	1 309	700	425	316	109
Indie	1 074	325	245	80	749	551	198
Indonésie	151	66	29	37	85	26	59
Irák	423	272	177	95	151	107	44
Írán	298	109	83	26	189	116	73
Irsko	609	134	106	28	475	367	108
Island	35	8	5	3	27	17	10
Itálie	2 846	1 243	1 027	216	1 603	1 346	257
Izrael	786	410	264	146	376	241	135
Jamajka	5	3	3	-	2	1	1
Japonsko	1 282	208	60	148	1 074	576	498
Jemen	210	149	98	51	61	34	27
Jihoafriická republika	250	124	72	52	126	71	55
Jordánsko	206	138	117	21	68	50	18
Kambodža	19	5	1	4	14	10	4
Kamerun	80	44	35	9	36	30	6
Kanada	838	446	263	183	392	227	165
Kapverdy	10	8	6	2	2	2	-
Kazachstán	4 219	1 908	827	1 081	2 311	1 075	1 236
Keňa	46	12	7	5	34	20	14
Kolumbie	170	79	38	41	91	51	40
Kongo	49	37	25	12	12	5	7
Kongo, demokratická republika	96	62	43	19	34	19	15
Korea	1 167	85	37	48	1 082	587	495

KLDR	12	-	-	-	12	10	2
Kosovo	592	319	221	98	273	174	99
Kostarika	38	14	9	5	24	15	9
Kuba	373	238	162	76	135	93	42
Kuvajt	19	8	6	2	11	11	-
Kypr	91	36	31	5	55	39	16
Kyrgyzstán	589	298	116	182	291	134	157
Laos	20	15	9	6	5	2	3
Lesotho	1	-	-	-	1	1	-
Libanon	291	210	174	36	81	56	25
Libérie	9	9	7	2	-	-	-
Libye	169	95	79	16	74	50	24
Lichtenštejnsko	6	1	1	-	5	3	2
Litva	476	165	54	111	311	172	139
Lotyšsko	216	66	26	40	150	60	90
Lucembursko	18	6	6	-	12	5	7
Madagaskar	29	24	17	7	5	2	3
Maďarsko	781	396	248	148	385	226	159
Makedonie	1 800	1 009	786	223	791	588	203
Malajsie	371	13	8	5	358	158	200
Maledivy	2	2	2	-	-	-	-
Mali	27	17	12	5	10	7	3
Malta	20	8	4	4	12	9	3
Maroko	212	158	142	16	54	41	13
Mauricius	24	10	3	7	14	9	5
Mauritánie	4	2	2	-	2	2	-
Mexiko	304	87	53	34	217	141	76
Moldavsko	8 054	2 712	1 512	1 200	5 342	3 371	1 971
Mongolsko	5 167	2 310	841	1 469	2 857	1 248	1 609
Mosambik	3	3	2	1	-	-	-
Myanmar	106	103	61	42	3	1	2
Namibie	22	6	1	5	16	9	7
Německo	15 158	4 437	2 928	1 509	10 721	9 057	1 664
Nepál	146	29	21	8	117	97	20
Niger	3	2	2	-	1	1	-
Nigérie	542	359	312	47	183	137	46
Nikaragua	13	9	7	2	4	2	2
Nizozemsko	2 632	653	498	155	1 979	1 310	669
Norsko	160	42	33	9	118	87	31
Nový Zéland	128	55	38	17	73	52	21
Omán	6	-	-	-	6	6	-
Pákistán	469	283	226	57	186	125	61
Palestina	131	85	71	14	46	39	7
Panama	23	5	5	-	18	8	10
Paraguay	29	5	5	-	24	12	12

Peru	172	88	58	30	84	44	40
Pobřeží slonoviny	69	52	50	2	17	14	3
Polsko	18 877	10 932	3 311	7 621	7 945	5 800	2 145
Portugalsko	191	41	32	9	150	108	42
Rakousko	3 125	1 180	846	334	1 945	1 613	332
Rumunsko	4 559	2 262	1 243	1 019	2 297	1 693	604
Rusko	30 618	13 800	6 239	7 561	16 818	7 817	9 001
Rwanda	2	1	1	-	1	1	-
Řecko	900	651	442	209	249	192	57
Salvador	14	3	2	1	11	8	3
San Marino	1	1	1	-	-	-	-
Saúdská Arábie	43	19	19	-	24	19	5
Senegal	55	41	39	2	14	13	1
Seychely	2	1	-	1	1	1	-
Sierra Leone	17	7	4	3	10	9	1
Singapur	25	5	1	4	20	13	7
Slovensko	78 617	29 709	14 354	15 355	48 908	28 858	20 050
Slovinsko	285	155	106	49	130	79	51
Somálsko	33	22	10	12	11	5	6
Spojené arabské emiráty	6	3	3	-	3	3	-
Spojené království	4 754	1 327	1 123	204	3 427	2 565	862
Spojené státy	6 188	2 786	1 847	939	3 402	1 927	1 475
Srbsko	2 064	1 494	993	501	570	405	165
Srbsko a Černá Hora	1 718	1 505	1 058	447	213	150	63
Srí Lanka	91	46	32	14	45	29	16
Súdán	70	42	35	7	28	25	3
Surinam	1	1	1	-	-	-	-
Svatá Lucie	2	2	1	1	-	-	-
Svatý Tomáš	1	1	1	-	-	-	-
Svatý Vincenc a Grenadiny	1	-	-	-	1	1	-
Sýrie	547	387	287	100	160	102	58
Španělsko	713	202	132	70	511	347	164
Švédsko	602	283	171	112	319	221	98
Švýcarsko	538	292	184	108	246	182	64
Tádžikistán	120	48	24	24	72	63	9
Tanzánie	17	13	9	4	4	3	1
Thajsko	634	106	11	95	528	38	490
Tchaj-wan	324	19	3	16	305	147	158
Togo	14	10	6	4	4	3	1
Tonga	3	3	1	2	-	-	-
Trinidad a Tobago	5	1	1	-	4	2	2
Tunisko	608	385	360	25	223	202	21
Turecko	1 252	502	395	107	750	519	231
Turkmenistán	39	15	2	13	24	11	13
Uganda	20	8	3	5	12	7	5

Ukrajina	117 104	47 659	23 845	23 814	69 445	42 533	26 912
Uruguay	15	9	5	4	6	3	3
Uzbekistán	1 607	207	101	106	1 400	1 139	261
Vanuatu	1	-	-	-	1	-	1
Venezuela	80	38	17	21	42	23	19
Vietnam	58 015	36 863	20 701	16 162	21 152	12 961	8 191
Zambie	40	17	14	3	23	11	12
Zimbabwe	17	5	4	1	12	5	7
Bez státního občanství + Nezjištěno	688	610	371	239	78	44	34

Zdroj:

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství*. online cit.2011-7-10 . Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/A2002F0B0A/\\$File/c01t01.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/A2002F0B0A/$File/c01t01.pdf)

Příloha 7 Kulturní tlaky

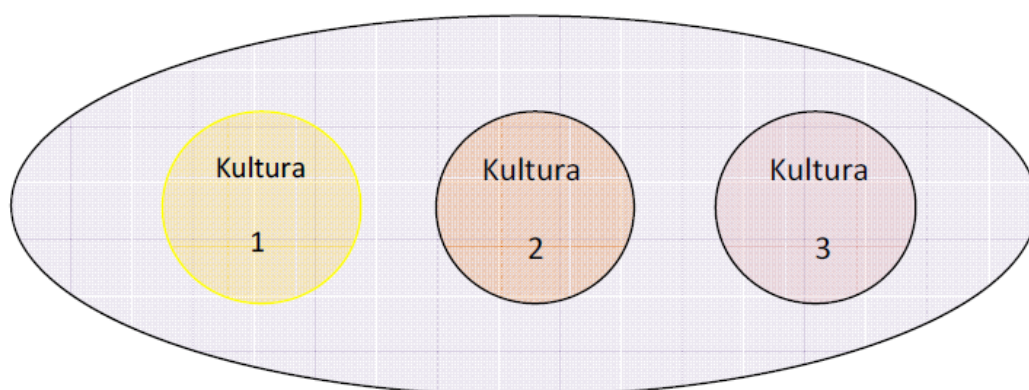


Zdroj:

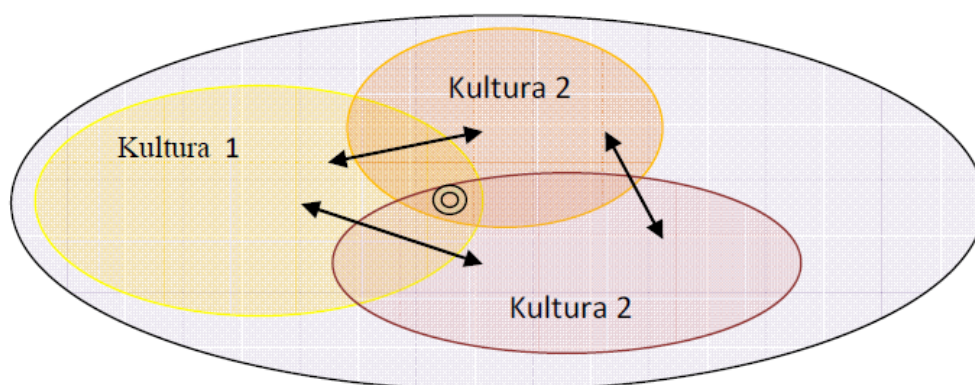
IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství*
I. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

Příloha 8 Multikulturní a transkulturní

Multikulturní



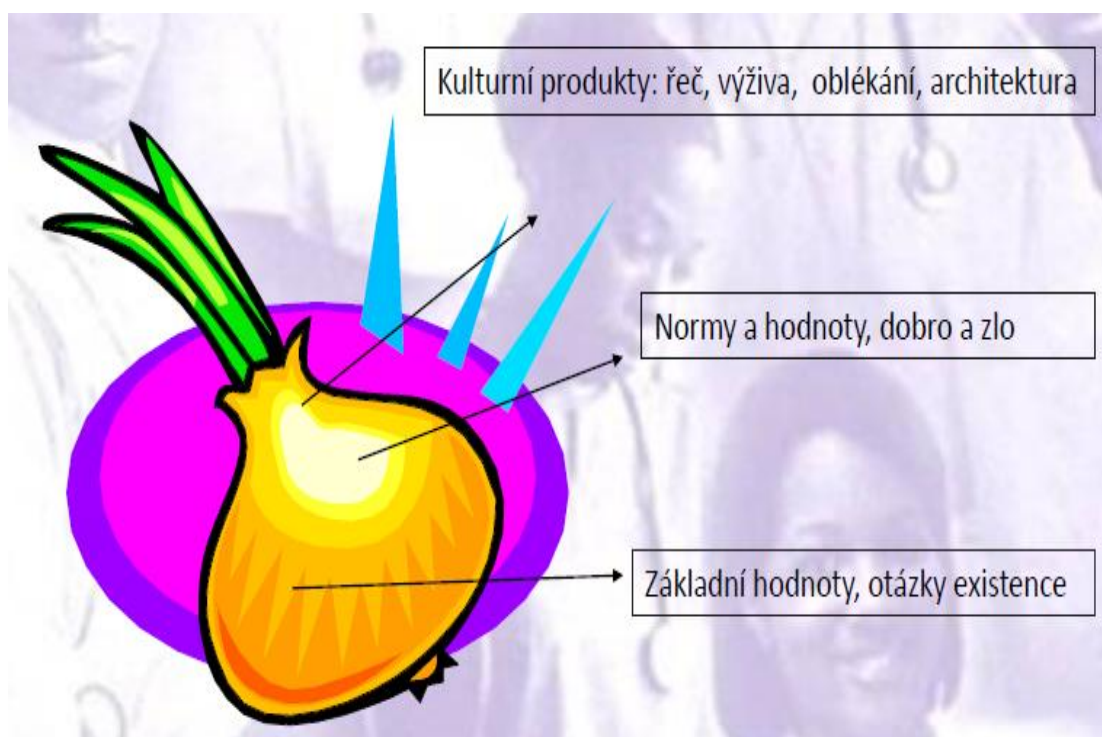
Transkulturní



Zdroj

IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství*
I. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

Příloha 9 Kulturní cibule



Zdroj:

IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství*
I. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

Příloha 10 Výživa a multikulturní ošetrovatelství

Stručná charakteristika vybraných světových kuchyní

Pět gastronomických oblastí světa

- ✚ evropská kuchyně
- ✚ asijská kuchyně a kuchyně Dálného východu
- ✚ africká kuchyně
- ✚ americká kuchyně
- ✚ kuchyně Tichomoří, Austrálie a Nového Zélandu

Evropská kuchyně

Francouzská kuchyně se pokládá za nejdokonalejší a nejlepší na světě. Ve Francii se podává chutná snídaně a bohatý oběd o několika chodech, kdy nepostradatelnou je sýr. Nejoblíbenější je hovězí, telecí, skopové a drůbeží maso. Z tuků zásadně používají olej a máslo v čerstvém stavu. Pýchou kuchyně jsou paštiky, které připravují náročným způsobem. Francouzská kuchyně je vzorem racionální výživy, je velmi bohatá a pestrá.

Italská kuchyně se podobá francouzské. Je to výtazně národní kuchyně. Strava je těžší, bohatá na joul, ale na druhou stranu má přednost v bohatém používání ryb, mořských živočichů, zeleniny a ovoce. Prosazuje se spíše cenou než kvalitou, kde převládají původní jednoduchá venkovská jídla. Typické jsou těstoviny, rýže, kukuřičná kaše nebo halušky, které se podávají jako samostatný chod před masitým jídlem. Všechna jídla jsou připravena narychlo a podávají se jen čerstvě připravené. Z tuků používají máslo a olivový olej. Italská kuchyně je známá různými těstovinami, ale nejpopulárnějším jídlem je pizza. Po každém jídle konzumují velké množství čerstvého ovoce.

Ve **Velké Británii** se konzumuje značné množství masa a ryb. Z masa převládá hovězí a skopové. K masu podávají jednoduše upravenou zeleninu. K snídani podávají bohatou

a pestrou kaši, ryby, vejce, slaninu a silný čaj, který podávají s mlékem. K prvnímu chodu snídaně patří pohár čerstvé ovocné nebo rajčatové šťávy. Typické je různým způsobem upravené hovězí, skopové a moučná jídla. Tradičním anglickým nápojem zůstává čaj.

V **dánské kuchyni** se odráží vysoká úroveň živočišné produkce a přímořská poloha. Vedle mořských ryb dominuje maso, slanina, drůbež, smetana, vejce a sýry.

V **norské kuchyni** má rozhodující význam rybolov. Norové jsou největšími konzumenty mořských ryb. Spotřeba masa je malá, převážně vaří skopové a sobí maso.

Švédská kuchyně je ze všech skandinávských kuchyní nejbohatší. Převažují v ní sladkosti, zmrzlina, moučníky – zejména ovocné. Typické jsou švédské studené mísy a švédský studený stůl, kde se musí dodržet pořadí jídel. Nejprve jsou ryby, maso, sýry, zelenina, saláty, ovoce a nakonec sladkosti.

Ve **finské kuchyni** se nachází vliv ruské a švédské kuchyně, kde na prvním místě jsou ryby, hodně zvěřiny, houby, řepa, kopr a petržel. Finové jsou známí dobrým chlebem a libují si v těžkých masitých jídlech.

Maďarská kuchyně má mnoho jídel společných s českou kuchyní. Vyznačuje se širokým výběrem jídel, které jsou připravované z vepřového, hovězího a telecího masa nebo zvláštními druhy těstovin. V oblibě mají smetanu a slaninu.

Rumunská kuchyně je jednodušší. Typické jsou vydatné polévky s masem, některá jídla z kukuřice a moučníky.

Bulharskou kuchyni charakterizuje značné používání zeleniny, ovoce, rýže a rostlinného oleje. V oblasti posouzení podle zásad zdravé výživy, je hodnocena hodně vysoko.

Řecká kuchyně je specifickým typem balkánské kuchyně, kde vzrůstá podíl mořských produktů v každodenní stravě. Preferují skopové, kozí, hovězí a drůbeží maso. Jídla obsahují hodně koření a ochucují se citrónem. Zeleninu podávají ve formě pestrých salátů.

V **Rusku** má každá oblast vlastní národní kuchyni a svá tradiční jídla, kde převládají tradiční jídla jako je například boršč, pirohy a bliny. Pro celou oblast jsou typické bohaté snídaně a později podávaný oběd. K snídani podávají různé druhy ryb, studená masa a kaši. Oběd obohacují masité předkrmy a ryby. Polévka je výživná s čerstvým pečivem, následuje kompot nebo kyselý salát. Více než v české kuchyni používají smetanu. Večeři mají lehkou a podávají ji později. Do čaje přidávají mléko nebo různé sirupy a zavařeniny, kterými čaj současně sladí. Přes léto je velmi oblíbeným nápojem kvas. Lahůdkou ruské kuchyně je černý a červený kaviár, který má vysokou energetickou hodnotu.

Asijská kuchyně a kuchyně Dálného východu

V **indické kuchyni** se zakazuje konzumace hovězího masa z důvodu náboženství. Celkově konzumují málo masa, tudíž také spotřeba bílkovin je velmi nízká. Tento problém souvisí nejen se stavem zdraví člověka, ale také s jeho výkonností. Nejčastější přílohou je rýže, kterou připravují také jako samostatné jídlo, nebo pšeničný chléb. Velkou spotřebu mají v zelenině atropickém ovoci ve spojení s jogurtem. Typická jsou silně kořeněná jídla, kdy nejznámější je kari koření. Konzumují také jídla z luštěnin a mouky. Většina vyznává budhismus, který hlásá skromnost, což projevují převážně vegetariánskou stravou a hlavním nápojem je čaj.

Čínská kuchyně je značně exotická. Důležitou složkou čínské stravy jsou ryby a velká spotřeba zeleniny, kterou připravují krátce z důvodu zachování vitamínů a minerálních látek. Hlavní plodinou je rýže, která doplňuje téměř každé čínské jídlo. Máslo používají velmi málo a hlavními tuky je sójový olej a vepřové sádlo. V čínské kuchyni hraje

důležitou úlohu sójová omáčka a do stravy přidávají tradiční černé čínské aromatické houby. Čínská kuchyně nabízí několik set druhů čajů, do kterých přidávají sušené lístky jasmínu, kamélií nebo magnólií. Čaj pijí neslazený, bez mléka, citrónu a rumu. Typická je nízká spotřeba masa a jemné polévky, které jsou součástí každého jídla.

Americká kuchyně

V severoamerické oblasti jsou hlavní složkou ryby, vepřové maso a drůbež. Z obilovin kukuřičná mouka, ze zeleniny různé druhy fazolí a rajčata, z ovoce banány, avokádo, fíky a tropické ovoce. Z koření zaujímají první místo čili papričky. Jihoamerická kuchyně je typická velkou spotřebou hovězího masa, které upravují nad ohněm nebo se dusí. Prvním nápojem dne je silná černá káva, snídaní tvoří chléb natřený máslem a marmeládou. Součástí jídelníčku jsou také ryby a konzumace moučnicků.

Zdroj:

PAVELOVÁ, L., NÁDASKÁ, I., LÍŠKOVÁ, M. Výživa a multikulturní ošetrovatelství. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 3, s. 28-30. ISSN 1210-0404.

Příloha 11 Lauderova škola v Praze



Zdroj:

JECHOVÁ, K. Ošetřovatelství a židovská víra. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 10, s. 33. ISSN 1801-1349.

Příloha 12 Školní kuchařka – Lauderova škola v Praze



Zdroj:

JECHOVÁ, K. Ošetřovatelství a židovská víra. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 10, s. 33. ISSN 1801-1349.

Příloha 13 Prezentace pro sestry

<p style="text-align: center;">Multikulturní ošetřovatelství Teoretický úvod</p> <p style="text-align: right;">Bc. Renata Kousalová</p>	<p style="text-align: center;">Základní pojmy</p> <ul style="list-style-type: none">• KULTURA<ul style="list-style-type: none">- propracované, sdílené a předávané chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení určité skupiny osob• SUBKULTURA<ul style="list-style-type: none">- dílčí skupina osob v rámci dominantní kultury, která se zřetelněji odlišuje svými normami a způsobem života• RELIGIOZITA<ul style="list-style-type: none">- orientace k Bohu nebo duchovním společenstvím v užším slova smyslu
<p style="text-align: center;">Základní pojmy</p> <ul style="list-style-type: none">• KULTURNÍ SLEPOTA<ul style="list-style-type: none">- vystihuje stav, kdy jedinec nedokáže zřetelně vnímat, že jeho vlastní konání je kulturně předpojaté• KULTURNÍ BOLEST<ul style="list-style-type: none">- postup nebo některé výroky zdravotnického personálu, vyvolávají diskomfort, pocit ponížení- poznámky týkající se věku, tělesné konstituce, tmavší pleť• KULTURNÍ ŠOK<ul style="list-style-type: none">- vzniká při vstupu jedince do zcela odlišného kulturního prostředí	<p style="text-align: center;">Základní pojmy</p> <ul style="list-style-type: none">• KULTURNÍ UNIVERZÁLIE<ul style="list-style-type: none">- společné, shodné prvky mezi různými kulturami• KULTURNÍ DIVERZITA<ul style="list-style-type: none">- rozmanitost kulturních skupin a rozdílů mezi nimi• KULTURNÍ KOMPETENCE<ul style="list-style-type: none">- způsobilost k poskytování kulturně senzitivní péče• KULTURNÍ VNUCOVÁNÍ<ul style="list-style-type: none">- způsob jednání, při kterém je příslušníkům jiných kultur vnucován hodnotový a názorový systém dominantní kultury
<p style="text-align: center;">Základní pojmy</p> <ul style="list-style-type: none">• NÁRODNOST<ul style="list-style-type: none">- příslušnost k určitému národu, etniku• NÁRODNOSTNÍ MENŠINA, MINORITA<ul style="list-style-type: none">- shodné s vymezením etnika či etnické skupiny• ASIMILACE<ul style="list-style-type: none">- postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury, znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní přijímané kultury• INTEGRACE<ul style="list-style-type: none">- úplné včlenění se do jiné kultury	<p style="text-align: center;">Základní pojmy</p> <ul style="list-style-type: none">• ETNIKUM<ul style="list-style-type: none">- skupina lidí, mající společný rasový původ, společný jazyk, sdílejí společnou kulturu- etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou• ETNOCENTRISMUS<ul style="list-style-type: none">- přesvědčení, že vlastní osobní založení je nejkvalitnější, nejpřijatelnější v celém výběru životních cest

Základní pojmy

- **XENOFOBIE**

- strach z cizího, neznámého

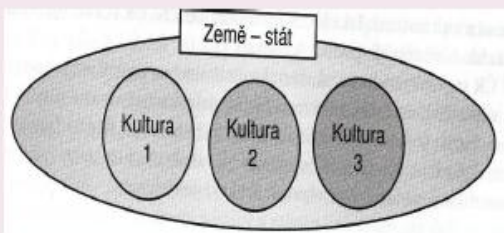
- **DISKRIMINACE**

- rozlišování /znevýhodňování/ mezi osobami v podobných situacích na základě: rasy, pohlaví, náboženství, politického názoru, národnosti, sociálního původu, osobní antipatie nebo ve spojení s národností menšinou

Multikulturalismus = multikulturní

- mnohokulturní
- více kultur se svými zvyky a odlišnostmi
- tolerance, nedochází k prolínání kultur do sebe
- podpora : zachovat, respektovat kulturní a náboženskou identitu cizinců
- vede : k izolovanosti, znevýhodňování, diskriminaci

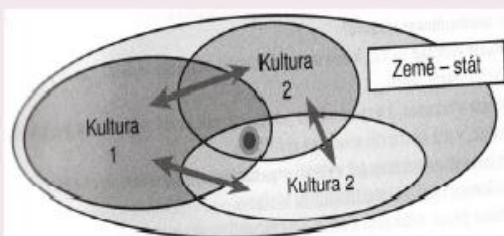
Multikulturní



Transkulturalismus = transkulturní

- oboustranné kulturní prolínání (majoritní společnost X cizí minoritní skupina)
- mísení se kultur, vzájemné ovlivňování, přebírají do své kultury prvky jiných kultur
- poznání kulturních a náboženských zvyklostí a jejich respektování

Transkulturní



Význam slova kultura



Pacient cizinec v nemocničním zařízení



Kulturní tlaky pramení

- neznalost jazyka
- odlišný způsob komunikace
- neznalost vyšetřovacích metod
- odlišnosti ve způsobu ošetřování
- nerespektování základních norem a hodnot
- nemožnost dodržovat své náboženské a kulturní rituály

Transkulturní ošetřovatelství

- dodržování kulturních a náboženských zvyklostí
= základní životní potřeby jedince
= udržení, obnova psychického a fyzického zdraví jedince
= respektování potřeb zakotveno v právech nemocných

Důvod vzniku transkulturního ošetřovatelství

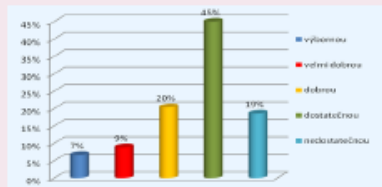
- Populační migrace - důvody ??
- chudoba, války, hlad, pronásledování, přírodní katastrofy...
- Holistický přístup k nemocnému
- Rozšíření elektronické komunikace , cestování
- Nárůst kulturního vědomí klientů
- Nárůst agresivity (nerespektování kulturních specifik)
- Nárůst žalob na zdravotníky (nerespektování kulturních práv)
- Pohyb zdravotnického personálu po celém světě
- Zavádění moderní zdravotnické techniky
- Přesouvání ošetřovatelské péče do domácího prostředí
- Větší respektování a využívání alternativní zdravotní péče
- Větší požadavek národnostních menšin na adekvátní ošetřovatelskou péči

Role sestry při poskytování péče pacientům cizincům

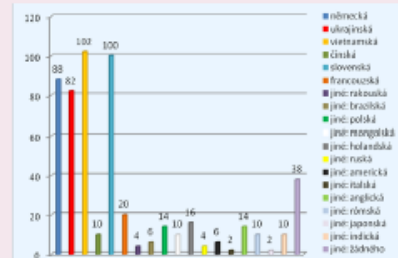
- aktuální problematika
- stále zvyšující se počet = dobrá připravenost sester
- role sester + vzdělávání = základ moderního ošetřovatelství
- seznámení s výzkumným šetřením
- role sester, problémové situace a připravenost na péči o pacienta cizince

Zdokonalujete se v současnosti v cizím jazyce ?

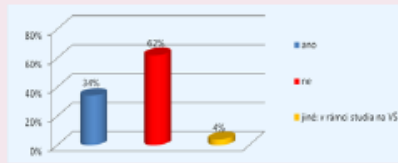
Hodnocení znalosti cizího jazyka z pohledu sester



Specifika ošetřených pacientů cizinců



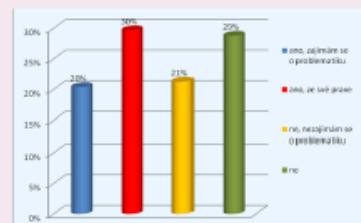
Jaké informace sděluje český statistický úřad ?



Zájem sester o specifika ošetrovatelské péče

Z jakého důvodu si myslíte, že sestry nemají zájem o specifika ošetrovatelské péče pacientů cizinců ?

Poznanky sester o zvyklostech/hodnotách/pacientů cizinců



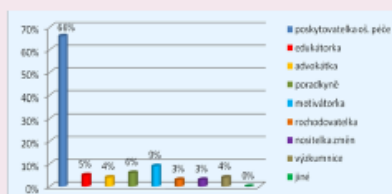
Jakým způsobem byste obohatili poznatky sester v péči o pacienty cizince ?

Jaké znáte role sester ?

Využíváte role sester ve své praxi ?

Myslíte si, že vzdělání sestry má vliv s využíváním jejich jednotlivých rolí ?

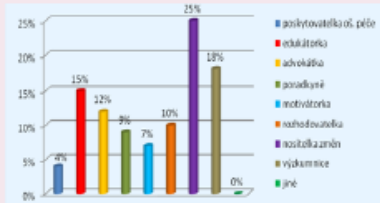
Nejvíce využívaná role sestry v péči o pacienta cizince



Vzdělání sester X Nejvíce využívaná role

Sestry s dokončeným středoškolským, specializačním a vyšším odborným vzděláním odpovídaly odlišně od sester s dokončeným vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Role poskytovatelky ošetrovatelské péče převažovala jako role nejvíce využívaná u sester se středoškolským vzděláním (94,30 %), specializačním vzděláním (59,10 %) a vyšším odborným vzděláním (40,60 %).

Nejvíce problémová role sestry v péči o pacienta cizince

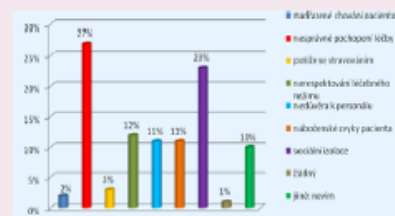


Vzdělání sester X Nejvíce problémová role sestry

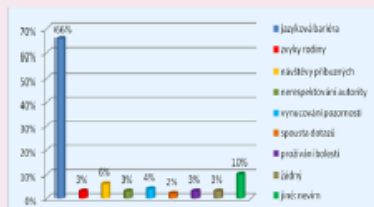
Sestry s dokončeným středoškolským, specializačním a vyšším odborným vzděláním odpovídaly odlišně od sester s dokončeným vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. Role sestry nositelky změn výrazně převládala jako role nejvíce problémová u sester s dokončeným středoškolským vzděláním (41,00 %) a role sestry výzkumnice u sester s dokončeným vysokoškolským bakalářským vzděláním (63,30 %) a magisterským vzděláním (66,70 %).

V jaké oblasti péče o pacienta cizince vidíte největší překážku nebo problém ?

Největší problém v péči o pacienta cizince



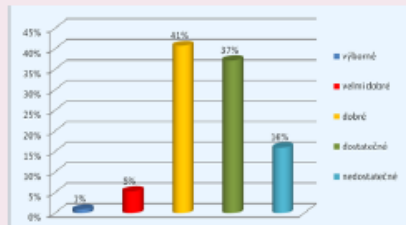
Největší překážka v péči o pacienty cizince



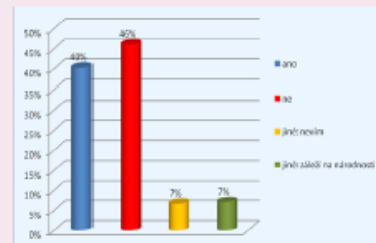
Jakým způsobem bychom mohli tento problém (překážku) vyřešit ?

Nápady ? Názory ?

Hodnocení teoretických znalostí sester v péči o pacienty cizince



Teoretická připravenost sester na péči o pacienta cizince



DĚKUJI ZA POZORNOST

Zdroj: vlastní