

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Komunikace s pacientem/ cizincem v ošetrovatelském procesu**  
Bakalářská práce

**Vedoucí práce: Mgr Lucie Rolantová**  
**Autor: Cephise Leonie Mbuna Yemeli**

**2012**

## **Abstrakt**

Communication is the process of conveying information for the purpose of creating a shared understanding. It is simply an art and skill that is highly required by all medical practitioners (especially between a nurse and patient). With the opening of borders, Czech republic has witnessed a great turn out of foreigners (transiting and residing) and in turn a great turn out in hospital consultation by foreign patients. The title of this thesis is communication with the foreign patient during the nursing care process. The theoretical part of this thesis highlights the difficulties in communication which foreign patients encounter during the nursing care process.

The aim of this thesis is to map out the bilateral communication between a nurse and a foreign patient in the nursing care process.

In this qualitative type of research, I chose to use secondary analysis of data with a personalized standard interview. A series of five open research questions were also used as a guide to obtaining data. The research part of the thesis was done on hospital staff in Ceske budejovice in the department of traumatology, Paediatrics and intensive care, and with foreigners living in Czech republic that has once been hospitalized.

However, the results of this research revealed that communication between foreign patients and the nursing staff in Czech hospitals still remains an area to be improved. Much of the nursing staff could hardly speak English or any other European foreign language.

This work can be used as a guide to improve the communication skills of nursing staff in Czech hospitals especially with regard to caring for foreign patients.



## **Prohlašení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: **Komunikace s pacientem/cizincem v ošetrovatelském procesu** 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2012

.....

Leonie Mbuna

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce paní Mgr. Lucii Rolantové za vstřícný přístup, cenné rady a odborné vedení, které významně přispělo ke vzniku této práce. Také bych chtěla vyjádřit poděkování celé mojí rodině, která mě podporovala navzdory vzdálenosti ve všech fázích mého studia. Dále všem respondentům, kteří se účastnili výzkumného šetření k této bakalářské práci. Mé poděkování patří i všem učitelům, spolužákům a známým, kteří mě podporovali v mém studiu.

## OBSAH

Úvod .....	3
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Cizinci v České republice .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Zdravotní systém .....</b>	<b>5</b>
<i>1.2.1 Základní pojmy: péče o zdraví .....</i>	<i>5</i>
<i>1.2.2. Hodnota zdraví .....</i>	<i>6</i>
<i>1.2.3 Charakteristika systému zdravotní péče .....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.3.1 Systém zdravotní péče .....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.4 Zdravotní pojištění v České republice .....</i>	<i>8</i>
<i>1.2.4.1 Typy zdravotního pojištění v České republice .....</i>	<i>8</i>
<i>1.2.4.2 Cizinci a průkazy zdravotního pojištění .....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.4.3 Bezplatná zdravotní péče na základě mezinárodních smluv.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.5 Zdravotní péče o cizince v České republice .....</i>	<i>10</i>
<b>1.3 Multikulturní ošetřovatelství .....</b>	<b>10</b>
<i>1.3.1 Kultura.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3.2 Mezikulturní potřeby pacienty.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3.3 Interkulturní ošetřovatelství .....</i>	<i>12</i>
<i>1.3.4 Madeleine Leiningerová .....</i>	<i>13</i>
<b>1.4 Komunikace v interkulturní ošetřovatelství .....</b>	<b>15</b>
<i>1.4.1 Definice komunikace .....</i>	<i>15</i>
<i>1.4.2 Verbální komunikace .....</i>	<i>16</i>
<i>1.4.2.1 Znalost cizího jazyka .....</i>	<i>16</i>
<i>1.4.3 Neverbální komunikace .....</i>	<i>17</i>
<i>1.4.3.1 Druhy neverbální komunikace .....</i>	<i>17</i>
<i>1.4.4 Komunikační karty- piktogramy .....</i>	<i>25</i>
<i>1.4.5 Komunikace s pomocí tlumočnicka .....</i>	<i>26</i>
<i>1.4.5.1 Přínos nemocniční tlumočnické služby .....</i>	<i>27</i>
<i>1.4.5.2 Tlumočení v Českých zdravotnických zařízeních.....</i>	<i>28</i>

1.4.6 Zásady komunikace s pacientem/cizincem .....	28
1.4.7 Interkulturní komunikační bariéry .....	29
<b>2. CÍL A HYPOTÉZA .....</b>	<b>31</b>
2.1 Cíl práce .....	31
2.2 Hypotéza .....	31
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>32</b>
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	32
3.2 Použitá metoda sběru dat .....	32
<b>4. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>33</b>
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami .....	33
4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty.....	38
<b>5. DISKUZE.....</b>	<b>47</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>54</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>58</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>59</b>

## ÚVOD

Vlivem globalizace a migračním trendů stále více stoupá počet cizinců v České republice. Je pravděpodobné, že i zdravotnický personál se bude stále častěji setkávat s pacientem/ cizincem. Z důvodu jazykových bariér může docházet ke snížení efektivity poskytované ošetrovatelskou péčí. Proto je komunikace pro sestry a pacienty/ cizince nezbytná, nevratná a neopakovatelná.

Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako odevzdávání významů mezi lidmi. Může probíhat na verbální i neverbální úrovni. Jejím základem je mezilidská interakce, ve které dochází k přenosu informací od člověka k člověku. Sestra slouží jako prostředník mezi lékařem a pacientem. Musí rozumět instrukcím lékaře

a potřebám i obavám pacienta. Její komunikační schopnosti se musí soustředit, jak na přijímání, tak na podávání informací, stejně jako vytváření prostředí důvěry. Pro sestry i pro pacienty/cizince je komunikace nezbytným nástrojem pro podávání a získávání informací a v souvislosti s nedostatkem komunikace může dojít k pochybení při péči o pacienta/ cizince.

Problematika multikulturního ošetrovatelství je stále aktuální i v České republice, kde více stoupá počet cizinců.

Při své praxi i v běžném životě jsem se setkala s jazykovou bariérou při ošetrovatelské péči, proto je i mým zájmem odhalit komunikaci s pacientem/ cizincem v ošetrovatelském procesu a tyto poznatky dále využít v praxi. Výsledek této práce by mohl být použit jako indikátor potřeby vzdělávat české sestry v multikulturním ošetrovatelství, který zahrnuje možnost, kurzy konkrétní multikulturní ošetrovatelské péče a další jazykový kurz, nebo alespoň kurz anglického jazyka.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Cizinci v České republice

Po změně politického režimu čelila Česká republika (dále ČR), respektive Československo, nové problematice přistěhovalectví a migraci cizinců na svém území. V devadesátých letech ČR sloužila spíše jako tranzitní země pro ty, kteří migrovali především do západní Evropy. Reálný počet cizinců v ČR je těžké odhadnout, nicméně počtu cizích státních příslušníků odpovídá i počet pacientů-cizinců léčených v systému českého zdravotnictví (1,2).

Do roku 1989 nedocházelo k velkým změnám v počtu a složení obyvatelstva, kromě odchodu mnoha tisíc politických emigrantů. Po tomto období počty cizinců na území ČR rychle rostly, a proto je sledování multikulturnosti v ČR velmi zajímavé. Česká republika se, stejně jako další postkomunistické země ve střední a východní Evropě, za posledních 23 let změnila ze země emigrace na zemi s velkým tranzitem a imigrací cizinců. V roce 2011 bylo z celkového počtu 10,2 milionu obyvatel 406 211 cizinců (viz. příloha 1). Je možné dále říci, že z celkového počtu cizinců v ČR převládají především lidé ze sousedních států a kulturních regionů, kteří jsou obyvatelům ČR kulturně i etnicky blízcí. Z tohoto důvodu je tato skupina cizinců nejvíce zastoupena i v případě pacientů-cizinců v českém zdravotnictví (2,3).

Z důvodu takového nárůstu přistěhovalců v ČR se stát i společnost musí potýkat s celou řadou nových problematik souvisejících s imigrací a tranzitem cizích osob, především pak s problémy jako je ilegální migrace a imigrace, s žadateli o azyl a uprchlíky, ale také s diskriminací a obchody s lidmi. Protože je Česká republika součástí Evropského společenství, musí tyto otázky i svou legislativu řešit v součinnosti s ostatními evropskými zeměmi, a tak je tato problematika velice dynamická (1,2).

Díky stále rostoucímu počtu přistěhovalců musí ČR vytvářet tzv. integrační politiku, což znamená, že musí dbát na správné zařazení a soužití přicházejících cizinců do české společnosti, tak aby bylo těmto lidem umožněno plnit svoje

individuální potřeby ve všech oblastech jejich života. Nepostradatelnou součástí této politiky je i řešení azylové problematiky, která je nedílnou součástí celého procesu adaptace a integrace cizinců v ČR.

Za součást této integrační politiky je možné pokládat i problematiku cizinců v českém zdravotnickém systému a to nejen z pohledu vypořádání se s dokumenty a doporučeními z hlediska celkové koncepce. Také z hlediska zdravotních sester je v této problematice mnoho otázek k zodpovězení. Například: jak by se ošetřovatelství mělo konfrontovat s problematikou kulturních rozdílů mezi ošetřovatelem a pacientem v praxi (2,4).

## **1.2 Zdravotní systém**

V úvodu této kapitoly je vhodné si nejdříve vymezit a popsat používané termíny, neboť používání jednotlivých pojmů není vždy striktně dodržováno a v literatuře se tyto pojmy mohou lišit nebo je jejich význam nepřesně interpretován (1,2,5)

### ***1.2.1 Základní pojmy: péče o zdraví***

„Péči o zdraví“ můžeme přiřadit nejširší obsah. Tento termín může být definován jako: „soubor všech opatření (ekonomická, kulturní, sociální a zdravotnická), které pozitivně přispívají ke zdraví jednotlivce i celé společnosti“. „Péče o zdraví“ v nejširším smyslu zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a určují zdraví populace. Takto definované „Péče o zdraví“ bývá také označována jako „ochrana, podpora a obnova zdraví“. Taková péče je součástí všech složek společnosti a státu a v dnešním globalizovaném světě přesahuje mnohdy hranice států. Disciplína „Péče o zdraví“ bere zdraví jako tzv. pozitivní externalitu pozitivně ovlivňující existenci lidstva. Tato disciplína bere v potaz premis, což je podpora a prevence zdraví, která je z hospodářského hlediska efektivnější, než-li pouhé napravování zdraví již poškozeného. Je možné tedy říci, že se „Péče o zdraví“ shoduje s tzv. „Ekonomikou zdraví“.

Závěrem je celosvětově a dynamicky pojímaný koncept zdraví. Ten je výrazem změny společenské orientace od úzce medicínsky chápané prevence chorob k sociálně a ekologicky chápané ochraně a podpoře zdraví (1).

#### *Péče o zdraví – hodnotový základ*

Hodnotu bereme vždy jako nějakou vlastnost věci, jevu, bytosti nebo události, která je komplementární nějaké motivaci. Hodnotu tak můžeme nazvat „konceptí žádoucího“, která určuje výběr či volbu. Lidé se na základě vztahu k určitým hodnotám orientují ve svém životě a realitě, která je obklopuje (1,2).

#### **1.2.2 Hodnota zdraví**

Zdraví obecně je silnou a důležitou hodnotou, což se projevuje například ve zdravotní politice státu nebo zdravotnickém systému. Vymezení pojmu zdraví je poměrně složité a archaické. Zdraví patří podle Žáčka (1995, str. 7) mezi tzv. primitivní formy, tj. takové, které intuitivně dobře chápeme, ale lze je velmi obtížně exaktně definovat.

Zdraví je projevem živého organismu ve vztahu ke svému životnímu prostředí. Tento pojem je složitý a mnohorozměrný. Úplná definice by byla velmi složitá. Definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tedy nejen nepřítomnost nemoci.

Pojem zdraví by tedy měl především říci, že:

- zdraví je subjektivní a ovlivnitelný a pohyblivý proces,
- vyjadřuje konkrétní vztah mezi organismem a prostředím,
- určuje, jak se jednotlivé cíle (např. životní, sociální) jedince budou naplňovat (1,2).

#### *Solidarita a rovnost*

Princip solidarity a rovnosti je důležitý, avšak v dnešní době nejasný.

Aristoteles řekl, že má být stejně přiznáno těm, kteří si jsou rovni v charakteru. Podle Arété patří každému, co jeho jest, ale jelikož toto je dosti vágní, je potřeba stanovit podmínky rovnosti a nerovnosti, případně nějaký klíč, podle kterého má být rovnost definována. Principy k porovnávání mohou být tyto:

Každému stejný podíl, každému podle jeho potřeby, každému podle jeho práva, každému podle jeho výkonu, každému podle jeho přínosu pro společnost, každému podle jeho ctností a úsilí (2).

### ***1.2.3 Charakteristika systému zdravotní péče***

Systém je definován jako skupina prvků spolu vzájemně intereagujících, které spolu souvisí nebo jsou na sobě závislé a vytvářejí určitý komplex. Všechny systémy mají potom své finální a parciální cíle, kooperaci, ale i konflikty. Systém zdravotní péče v reálném světě má široký přesah do nejrůznějších oblastí. Do tohoto systému zasahují další resorty, orgány, instituce a úřady. Tento systém je také ovlivněn kulturou, životním prostředím a celkovou úrovní společnosti. Systém vychází ze stávajícího zdravotního stavu populace, jejích potřeb a z požadavků společnosti, jakož i ekonomické a sociální situace (5).

#### ***1.2.3.1 Systém zdravotní péče***

Pojetí péče je z hlediska systému předmětem odborné rozpravy. Základní pojetí systému je z teoretického hlediska nedostatečné a vychází se v tomto případě ze složitějších schémat.

Systémy péče o zdraví je třeba chápat vždy více abstraktně. Vždy jde o to, které aspekty systému jsou důležité a které je nutno ovlivňovat.

Systém péče o zdraví v České republice je založen na následujících principech: Solidarita; vysoký podíl samosprávy; financování z více zdrojů s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění; svobodná volba lékaře, zdravotnické zařízení; svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění; stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce (2,5).

Normy dané v České republice zákonem jsou odvozené z těchto zásad:

Péče o zdraví je zaměřena na prevenci, ochraně a upevňování zdraví, přičemž pozornost má být věnována péči o novou generaci. Dále jeden z principů předpokládá snahu každého jednotlivce o zdravý život a také snahu přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života (2).

### *Typy systémů*

Každý zdravotnický systém by měl dodržovat čtyři zásady:

- Prevenci chorob a zranění, podporu zdraví.
- Úleva od bolesti způsobenou nemocí.
- Péči o nemocné a jejich léčbu; péči i o nevléčitelně nemocné.
- Ochránění od předčasné smrti a zajištění klidného umírání (2).

### **1.2.4 Zdravotní pojištění v České republice**

Pojišťovací systém obecně pomáhá snížit nežádoucí dopady různých událostí v životě jedince či společnosti. Pojištění také může pokrývat nahodilé či nejisté potřeby jednotlivce z prostředků ostatních jednotlivců, které společně sdílí systém na základě solidarity. Jsou tedy ochotni poskytnout pomoc, kterou sami také využili nebo využijí (2).

#### *1.2.4.1 Typy zdravotního pojištění v České republice*

V České republice je poskytována zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění. Smluvní pojištění je pak jako doplňková forma.

Toto veřejné pojištění je ze zákona určeno všem osobám, které mají v České republice trvalý pobyt, ale i těm kteří ho nemají, ale jsou na území státu v zaměstnaneckém poměru se zaměstnavatelem, který má sídlo na území státu. Všichni ti, kteří tyto podmínky nesplňují, mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění, přičemž je kvalita poskytnutých služeb stejná bez ohledu na typ pojištění (2).

Rozdíly jsou nicméně v rozsahu zdravotní péče, která je pokryta veřejným nebo smluvním pojištěním a dále v podmínkách vzniku, zániku a doby pojištění.

### *Cizinci v systému zdravotnické péče v České republice*

Postavení cizinců ve zdravotnickém systému můžeme rozdělit podle jejich statutu a délky či účelu pobytu a to na cizince pobývající na území státu jako turisté nebo jako cizince s trvalým pobytem na území ČR (2, 5).

#### *1.2.4.2 Cizinci a průkazy zdravotního pojištění*

Cizinci mající trvalý pobyt v ČR jsou pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), mají standardní zdravotní průkaz pojištěnce, označený 01-VŠEOB. Číslo pojištěnce-cizince je shodné s jeho rodným číslem nebo je vytvořeno zvláštním způsobem zdravotní pojišťovnou. Pro úhradu zdravotní péče platí stejné podmínky pro všechny pojištěnce s trvalým pobytem.

Cizinci jsou dále pojištěni na základě svého zaměstnání u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Pojistné stejně jako za každého jiného zaměstnance odvádí zaměstnavatel. Cizinec poté dostane průkaz zelené barvy s označením druhu pojištění IZ. Pojištění je pouze na dobu zaměstnání, přičemž takto zaměstnaný cizinec má stejná práva jako cizinec s trvalým pobytem. Účast na zdravotním pojištění zaniká s ukončením zaměstnání.

Cizinci bez trvalého pobytu a zaměstnání mohou uzavřít smluvní pojištění. Tato smlouva může být buď dlouhodobá nebo krátkodobá (2, 5).

#### *1.2.4.3 Bezplatná zdravotní péče na základě mezinárodních smluv*

V České republice je poskytována zdravotní péče také cizincům na základě mezinárodních smluv uzavřených mezi Českou republikou a jejich domovským státem. Jde hlavně o smlouvy k bezplatnému poskytování neodkladné zdravotní péče na území státu. Pro takovou zdravotní péči stačí prokázat občanství cestovním pasem dané země. Takovou péči hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR (2).

Podmínky a způsoby, jakými je péče poskytována, jsou uvedeny v těchto smlouvách. Tyto podmínky se však mezi jednotlivými smlouvami mohou lišit. Z tohoto důvodu by se každý cizinec měl před cestou do ČR informovat, zda splňuje podmínky

pro pojištění v rámci této smlouvy (Věstník MZ8/2002- informace o postupu při provádění mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, str. 2).

### ***1.2.5 Zdravotní péče o cizince v České republice***

Mezi osoby čerpající smluvní zdravotní pojištění se zahrnují i manželky a děti cizinců s trvalým pobytem na území ČR. Tyto rodiny mají většinou s pojišťovnou uzavřené všeobecné zdravotní pojištění, které za ně hradí zaměstnavatel.

Údaje o čerpání zdravotní péče cizinci se sledují a dodávají je pouze nemocnice. Jde především o cizince, kteří hradí zdravotní péči ze smluvního zdravotního pojištění, pojištění uzavřeného v zahraničí, hotově nebo je zdravotní péče hrazena státními orgány. Také jsou v počtu cizinců uvedeni utečenci a to ti, kteří jsou ubytováni v utečeneckých táborech. Zde je zdravotní péče hrazena Ministerstvem vnitra. V daných výkazech nejsou cizinci s dlouhodobým pobytem, kteří čerpají zdravotní péči ze všeobecného zdravotního pojištění.

Tyto údaje se uvádějí za Českou republiku a jednotlivé kraje. Nejčastějšími důvody k hospitalizaci cizinců jsou různá poranění a otravy, následně pak nemoci trávicí soustavy (2, 5).

## **1.3 Multikulturní ošetřovatelství**

Kulturní rozmanitost existuje mezi všemi lidmi. Sestry a pacienti nejsou výjimkou z tohoto obecného jevu. Kulturní zázemí jednotlivých zdravotních sester a pacientů se skládá z učených norem, hodnot, zvyků a přesvědčení. Pokud sestry mají být účinné, jak v poskytování komplexní ošetřovatelské péči pacientům z kulturně odlišných prostředí, musí být jejich technické znalosti doplněné znalostí a respektováním různých kultur. To platí zejména v situacích, kdy se sestry z kulturních a etnických prostředí odlišují od pacientů, pro něž jsou pečující. Vývoj koncepčního modelu pro multikulturní ošetřovatelství, založené na ošetřovatelské teorii s cílem dosažení, stanoví směr i praxi a výzkum v ošetřovatelství a je zásadním prvním krokem

směrem k lepší přípravě sester poskytovat komplexní péči v globální společnosti (6, 7, 8).

### ***1.3.1 Kultura***

Kultura je klíčovou součástí pacientova života, která ovlivňuje i jeho postoje ve zdravotní péči a činnosti. Kultura je vnitřní a vnější projev osoby, skupiny nebo společenství. Hodnoty a normy kultury, mohou být využity na pomoc jednotlivcům v jejich životě, protože kultura může být využita při interpretaci a porozumění životních událostí. Termín kultura je nejčastěji používán v souvislosti s etnickou kulturou. Lze ho také použít pro popis celé řady rozdílů, jako je pohlaví, sexuální orientace, věk a náboženství (8, 9, 10, 11).

S demografickými změnami v naší zemi a globalizací se i zdravotnictví musí přizpůsobit změnám, i přestože to není zcela nové téma, ale stává se stále aktuálnějším. Naše zdravotní péče, zejména ve velkých městech, se střetává s kulturní mozaikou, a tudíž i s problémy, které z toho vyplývají pro pečovatele. Jak napsal antropolog Mikhael Elbaz, stěhování národů je jev úzce související s lidskou společností. Jak se jeho dynamika mění v čase, je naším úkolem podpořit otevřenější přístup. Ve skutečnosti, jak z pohledu pacientů nebo zaměstnanců, jsou zdravotnická zařízení místem prolínání kultur, jazyků či barev pleti, což může znamenat velké obohacení, ale také problémy, jimž zdravotnictví musí čelit (2, 10, 11).

### ***1.3.2 Mezikulturní potřeby pacienty***

Pro úspěšné řešení masové imigrace v naší společnosti a zdravotnictví je důležité porozumět této specifické klientele a vytvořit vhodné způsoby komunikace. Během historie se zdravotnická péče vždy řídila lékařskými objevy, technickým pokrokem a vývojem společnosti, ale je potřeba změn, které odrážejí současnost. Kromě toho je zodpovědná za zvládnutí odlišných potřeb pacientů z přistěhovaleckých komunit (10,12).

Rozvíjet interkulturní kompetence znamená, že jde o přístup, který spojuje to nejlepší pro potřeby fyzického a psychického zdraví a který vedl k vytvoření strategie



přijatelné pro tyto komunity. I přes velké úsilí, a to i v případě, že je na takový druh služby kladen důraz, přístup v naslouchání a pochopení pečovatele není vždy to, co má být. Je pravděpodobné, že to pramení z neznalosti reality imigrace v naší zemi, z nedostatku citlivosti na takového pacienta, a tak je to pro ošetřovatele často obtížné nebo to může být bohužel zapříčiněno předsudky. Pozitivní změny v této problematice jsou u odborných pracovníků žádoucí, ale nemohou nastat, aniž by se blíže nahlédlo na realitu přistěhovalců, tedy na jejich hodnoty, kulturu, životní styl, ale i jejich zdravotní potřeby, celkovou situaci a na to, co je obzvláště důležité z hlediska jejich národnosti a jejich situace mimo domov. Takové úpravy jsou pro lepší pomoc nezbytné (9, 10, 11).

Termín interkulturní kompetence také znamená, že sestry musí pracovat s přistěhovalci se soucitem, důstojností a úctou k jedinečnosti každého jednotlivce. Jaká se za těmito slovy ale skrývá každodenní realita? Je to nepochybně velká výzva, pokud jde o pochopení jejich víry a životních návyků. Někdy se může jednat i o velmi destabilizující konfrontaci s našimi hodnotami a je potřeba sofistikovaných vědeckých metod ve zdravotnické péči (11, 13).

### ***1.3.3 Interkulturní ošetřovatelství***

Interkulturní ošetřovatelství- je ošetřovatelství, které pracuje s pojmem kultura. Interkulturní ošetřovatelství je popsáno humanisticky ve vědecké oblasti formálního studia a v ošetřovatelské praxi, které se zaměřuje na rozdíly a podobnosti mezi kulturami s ohledem na lidskou péči, zdraví a nemoci na základě kulturních lidských hodnot, přesvědčení a praktiky a využívá tyto znalosti pro specifickou kulturní nebo kulturně kongruentní ošetřovatelskou péči (13,14,15).

Existuje mnoho problémů, které padají v úvahu při poskytování ošetřovatelské péče v kontextu rasy, náboženství nebo kultury odlišné od místní. Respekt pro pacienta je ale něco, co mají všechny aspekty interkulturního ošetřovatelství společné.

Sestry se učí v rámci terapeutických vztahů účinně reagovat na emocionální tíseň pacientů. V rámci tohoto procesu jsou zahrnuty úvahy o předpokladech zkušeností a dovedností, které sestra do terapeutického vztahu přináší (13, 15, 16).

#### ***1.3.4 Madeleine Leiningerová***

Dr. Madeleine Leiningerová je zakladatelkou hnutí transkulturního ošetřovatelství a je jednou z nejplodnějších autorů v tomto oboru. Vyvinula výzkumný model tohoto ošetřovatelství a je odbornicí na kulturní péči (17).

Madeleine Leiningerová je průkopníkem teoretického ošetřovatelství. Její příspěvky do ošetřovatelské teorie zahrnují diskusi o tom, co to znamená starat se o lidi. Co je nejvíce pozoruhodné, vyvinula koncept transkulturního ošetřovatelství a přináší úlohu kulturních faktorů v ošetřovatelské praxi do diskuse o tom, jak se nejlépe starat o ty, kteří potřebují ošetřovatelskou péči (18).

Teorie Kulturní péče má za cíl poskytnout kulturně shodnou ošetřovatelskou péči prostřednictvím "kognitivně nápomocné, podpůrné, usnadňující nebo umožňující úkony nebo rozhodnutí, které jsou většinou šité na míru tak, aby vyhovovali individuálním potřebám skupin, kulturních hodnot, náboženství a životního stylu". Tato péče je určena k tomu, aby měla příznivý vliv na výsledky zdravotní péče u pacientů z různých nebo podobných kulturních prostředí (17, 19).

#### *Teoretické předpoklady a orientační definice Leiningerové*

Péče je podstata ošetřovatelství a jasné dominantní a sjednocující zaměření. Má také zásadní význam pro blaho, zdraví, léčbu, růst i přežití a snaží se zabránit postižení či smrti. Kultura péče v nejširším komplexním pojetí znamená vědět, jak vysvětlovat, vykládat a předpovídat jevy v ošetřovatelské péči a její praxi. Ošetřovatelství je vlastně multikulturní, humanistická a vědecká disciplína a profesionální péče s hlavním cílem, aby sloužila lidem po celém světě. Péče má také zásadní význam pro léčení a léčbu, neboť nelze léčit bez péče. Koncepce péče v kulturním významu představuje výrazy, vzory, procesy a strukturální formy péče,

kteře jsou řůznř (rozmanitř) a podobnř (majřcř spoleřnř prvky nebo universality) mezi vřemi kulturami svřta. Je nutnř tedy dodat, ře kařdř lidskř kultura (generickř, folk nebo přuvodnř) peřuje o vřdomosti a zkuřenosti a obvykle obsahuje nřjakou odbornou pęci, znalosti a postupy, kterř se liři mezikulturnř. Zřkladnř hodnoty kulturnř pęce jsou ovlivnřny přesvřdřenřm a praktikami a majř tendenci břt zakotveny v danřm pohledu na svřt, kterř obsahuje jazyk, nřbořenstvř (nebo duchovnř svřt), přřbuzenstvř (sociálnř aspekty), politiku (ři prřvo), vzdřlřvacř, ekonomickř, technologickř, spoleřnsko-historickř a environmentálnř souvislosti v konkrřtnř kultuře. Dřle takř prospřřnost, zdravř a kulturnř uspokojenř v ořetřovatelskř pęci přispřvř k blahobytu jednotlivcř, rodin, skupin a komunit v rřmci jejich řivotnřho kontextu. Kulturnř shodnř ři vřhodnř ořetřovatelskř pęce mřže existovat pouze, pokud jsou znřmy individuálnř, skupinovř, komunitnř hodnoty, kultura pęce, vřrazy nebo vzory a pokud jsou pouřřvřny sprřvnř a vřznamnřm zpřsobem zdravotnř sestrou i lidmi. Rozdřly a podobnosti kulturnř pęce mezi profesionálnřmi peřovateli a klienty existujř v kařdř lidskř kultuře po celřm svřtř. Je nezbytnř tedy podotknout, ře pacienti, kterř majř zdravotnř pęci, kterř nedokřže břt přimřřenř shodnř s jejich nřzory, hodnotami a řivotnřm stylem, budou vykazovat znřmky kulturnřho konfliktu, nedodrřenř pravidel a akcentaci etickřch a morálnřch otřzek vřči ořetřovateli. Na druhou stranu kvalitativnř paradigma nabřzř novř zpřsoby, jak poznat rřznř přřstupy, jak objevit epistemickou a ontologickou dimenzi lidskř interkulturnř pęce. Leiningerovř definovala ořetřovatelstvř jako vřdu a profesi v propojenř s humanistickou disciplřnou zaměřenou na lidskou pęci a aktivity na pomoc a podporu, kterř by usnadňovala nebo umořňovala jednotlivcřm nebo skupinřm zachovat nebo obnovit jejich zdravř a pohodu v kulturnř smysluplnř a prospřřnř zpřsoby nebo pomoci jednotlivci řelit postiženř ři smrti. Leiningerovř poskytuje vizuálnř pomřcku k její teorii "Sunrise model" (viz. přřloha 2) (17, 19).

## **1.4 Komunikace v interkulturním ošetrovatelství**

Pro lepší definice interkulturní komunikace je důležité pochopit některé definice a kulturní prvky, které jsou důležité ve zdravotnictví. Proto, aby sestra úspěšně zajistila péči o klienta z jiné kultury nebo etnika, musí existovat účinná komunikace. Interkulturní komunikace nastává, když se každý člověk pokouší porozumět druhému na základě jeho nebo jejího vlastního kulturního referenčního rámce. Efektivní komunikace usnadňuje sestře identifikaci oblastí společných bodů. Pro dosažení kulturního porozumění, musí sestra zvážit kulturní faktor v průběhu ošetrovatelského procesu (10, 11, 20).

### ***1.4.1 Definice komunikace***

Komunikace je akt, kterým se stanovují vztahy mezi jedinci. Dobrá komunikace přináší úspěch při jednání. Je to schopnost seznámit se, mluvit, ale také naslouchat. Pro komunikaci je důležité, že je definován vysílač (či odesílatel) a příjemce (nebo příjemce) vizuálních nebo zvukových zpráv vycházejících od jednoho k druhému (20, 21).

K navázání komunikace musí být zpráva pro příjemce srozumitelná. Zpráva (nebo znak) je vždy popisující nebo popisovaná. Popisující forma slouží k poselství: kresba, slovo, gesto, nebo k tomu, aby příjemce pochopil informaci. Znamená to, že příjemce musí zprávu pochopit. Pro komunikaci je skutečně prokázáno, že je nezbytné, aby byl význam chápán příjemcem.

Komunikace vyžaduje, aby komunikující strany sdíleli oblasti, ve kterých komunikují. Komunikační proces je kompletní, jakmile příjemce pochopil poselství odesílatele. Zpětná vazba je neodmyslitelnou součástí komunikace.

V závislosti na povaze prostředků, komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální.

Verbální komunikací rozumíme slovní komunikaci, to znamená mluvený nebo písemný projev. Neverbální komunikací myslíme komunikaci beze slov, gesty a mimikou. Pro tuto komunikaci se používá též odborný termín „řeč těla“.

V této práci budeme dělit komunikaci na verbální a neverbální jako ve většině dostupné literatury (20, 22, 23).

#### ***1.4.2 Verbální komunikace***

Verbální komunikace je znakový jazyk zprostředkované komunikace. Jedná se o unikátní lidský způsob komunikace, který má podobu mluveného nebo psaného jazyka, tj. formu jazyka. Z hlediska historického vývoje je verbální komunikace nejmladší komunikační kanál, a proto nejpokročilejší. Postupně získala dominantní postavení

(22, 23, 24).

K verbální komunikaci patří:

- orální komunikace (ústní, mluvená)
- grafická komunikace (písemná)

#### ***Jazyk***

Jazyk je soubor specifických předpokladů jazykového zákona, který je také zosobněním jednotlivců určité sociální skupiny. Kultura, etnikum a jazyk jsou vzájemně propojeny do mnoha vztahů. Rozdíly mezi etnickými skupinami a kulturami bývají charakterizovány různými jazyky. Jednotlivé jazyky se tvoří v čase dlouhou dobu, jak ve stejných, tak i v různých přírodních, geografických a sociálních podmínkách (21).

##### ***1.4.2.1 Znalost cizího jazyka***

Znalost cizího jazyka je schopnost hovořit cizím jazykem.

Pochopení významu slov v cizím jazyce.

Schopnost číst v cizím jazyce.

Schopnost písemně komunikovat v cizím jazyce.

Rozdíl mezi pojmy jazyk a řeč je takový, že zatímco jazyk má jen jeden rozměr, řeč má čtyři rozměry. Jazyk je průvodce, řeč je praktické použití jazyka v komunikaci. Jazyk a řeč je třeba chápat jako vzájemně propojené.

### *Některé interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci*

Způsob řešení; Množství vtipů používaných na začátku komunikace; Vytvoření názvu; Množství pravdy v ústních svědectvích; Rozdíly v tykání a vykání; Rozdíly ve slovní zásobě (10, 12).

### **1.4.3 Neverbální komunikace**

Pokud si lidé nerozumí při verbální komunikaci, mohou si pomáhat množstvím různých příznaků, které mohou být kolektivně nazývány nonverbální komunikací či neverbální komunikací, tedy všechny projevy komunikace mimo řeč. Tato komunikace je velmi živým výrazem sociální komunikace. Neverbální komunikace je nejvíce původní společenské chování (25).

#### *1.4.3.1 Druhy neverbální komunikace*

Druhy neverbální komunikace jsou: prostředí, ve kterém se herec vyjadřuje; výraz obličeje; proxemika; haptická; posturologie; kinetika; gesto; zobrazení; paralingvistika; upravení vzhledu.

V závislosti na komunikačním kanálu můžeme sledovat, kde dochází ke komunikaci. Pro dekódování nonverbální zprávy příjemcem rozlišujeme následující kanály: Optická gesta, pohledy, doteky; Dotykové (cit); Akustické parajazykové události; Čichové (zápach); Chuťové (chuť)(21).

V interkulturní komunikaci můžeme rozlišit dvě úrovně. První je spojená s jazykem, kterým je možné komunikovat a druhá úroveň je neverbální, občas také nazývána komunikační etika. Tato neverbální komunikace je spojena s rituály a zvyky, které jsou spojeny s komunikací. V případě, že účastníci interkulturní komunikace znají daný jazyk, ale neznají nebo nerespektují nonverbální komunikaci, tedy komunikační etiku svých protějšků, vznikají komunikační problémy. K těmto problémům či rozporům v komunikaci dvou kultur patří například soužití v jednom státě. Přestože tyto kultury používají k vzájemné komunikaci stejný jazyk, tak jejich kultura výrazně určuje jejich neverbální komunikaci. Například přímý pohled do očí je u některých

kultur pokládán za výraz neúcty, kdež to u jiných kultur je vyhýbání se přímému očnímu kontaktu pokládáno za výraz neúcty, projevem lhaní nebo nečestnosti (21, 23, 26).

Některé typy neverbální komunikace budou dále uvedeny.

#### *Mimiky - komunikace mimikou*

Lidská tvář je bohatý komunikační prostředek. Slovo je řeckého původu.

Slovo "Mimosa", "= cit napodobit, napodobení.

Výraz obličeje může vyjádřit sedm základních emocí, kterým říkáme primární výrazy obličeje: štěstí, neštěstí, překvapení; splněné očekávání; strach a bázeň – pocity jistoty; radost - smutek ; klid - rozrušení ; spokojenost - nespokojenost a odpor; zájem – nezájem (21,27).

#### *Lidská tvář má tři základní oblasti na obličeji*

- Oblast čela a obočí – jde o nejvyšší část obličeje, může ukazovat například překvapení.
- Oblast kolem očí a očních víček – hlavní, nejdůležitější část obličeje, vyjadřující strach a smutek (21).
- Menší plochy obličeje, včetně tváře, nosu a úst - dolní část obličeje, které dominují ústa.

#### *Charakteristika výrazu tváře*

Reflexe lidských emocí. Vyjádření instrumentálních pohybů.

Zveřejňování kulturně cenného gesta jako dovolení se usmívat (21).

Mimické projevy jsou odrazem emocí osoby, vyjádřením instrumentálních pohybů a sdělování kulturně tradovaných gest, například úsměv vyjadřující zdvořilost.

Pro vztah a komunikaci sestry a pacienta je z mimických projevů nejdůležitější úsměv. Pacient je většinou závislý na péči a má submisivní postavení. Naproti tomu sestra nebo personál obecně jsou v roli dominantního postavení. Úsměv v tomto případě napomáhá snižovat sociální nerovnováhu. Úsměv evokuje atmosféru uvolnění, důvěry,

sdílnosti a také optimismu. Funkce úsměvu je takto chápána v evropském a anglosaském prostředí. Úsměv v těchto společnostech vyjadřuje sympatie, přátelství, dobrou náladu a pozitivní úmysly. Naproti tomu v Asii, v kulturách Korejců, Japonců a Vietnamců, je úsměv pokládán často za projev nejistoty, omluvy a rozpaků. V těchto společnostech je úsměv často pokládán za projev omluvy v případě, že dotyčný nerozuměl tomu, co mu bylo řečeno. To v praxi vypadá tak, že účastník komunikace pocházející z této kultury, se při konverzaci začne usmívat a pokyvovat hlavou jako znamení toho, že nerozumí, co je mu sdělováno a cítí se rozpačitý. Evropan tuto mimiku pochopí jako potvrzení, že mu bylo porozuměno a až posléze zjišťuje, že dotyčným nerozuměl ani slovo (21, 25).

Kulturní zvyklosti determinují i další mimické projevy. V Rusku je projevem nepřátelství nebo neupřímnosti snaha mimiku potlačit (21).

#### *Haptika – kouzlo podání ruky a doteku*

Termín haptika přinesl do sociální psychologie lingvista William Austin. Je to výraz pro doteky, které mají charakter "kůže na kůži." Řecké slovo "haptain" znamená dotýkat se. Komunikace je zprostředkována dotykem. Jedná se o stimulaci receptorů, které mají své zakončení v kůži (21).

Dotýkání se v ošetrovatelství a medicíně je nenahraditelné. Je to nejen základní forma vyšetření, ale také se používá pro uklidňující účinek.

Objetí je obecně projev lásky v rodině a u nejbližších přátel. Obsahuje touhu a vztahuje se k našemu dětství (21, 25).

Podání ruky jako nonverbální gesto je známo již z dob starého Říma. Toto gesto bylo výsadou mužů a symbolizovalo uzavření dohody. U žen se podání ruky stalo samozřejmostí až v minulém století. Význam podání ruky je ovlivněn kulturou a tradicí dané společnosti. U Vietnamců je zvykem podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknout. Toto gesto znamená výraz přátelství a dobrých úmyslů. V evropské kultuře toto utvrzení podání ruky však může znamenat snahu o dominanci a násilné přesvědčení partnera o své důvěryhodnosti (21).



Tradičně se k potřesu rukou podává pravice. V islámské společnosti je rozdělena pravá ruka pro podání čistých věcí a levá těch nečistých. Podání čehokoli levou rukou druhé osobě je považováno za nevychované a urážlivé. Ve zdravotnictví to může znamenat, že bychom se měli vyvarovat podávat např. léky levou rukou lidem vyznávajícím islám (10, 21).

Podání ruky od nepaměti symbolizuje, že oba účastníci komunikace nemají v ruce zbraň a nechtějí zaútočit nebo jeden druhého obelstít. V současné době jde o vyjádření zdvořilosti a potvrzení dohody.

Polibek je jedna z nejvíce intimních haptických forem komunikace. Tato forma je silně ovlivněna kulturou. Ve Francii je polibek běžný na obě tváře při přivítání a loučení jako znamení pozdravu. Důležitost bezprostřední komunikace se liší v závislosti na tom, koho a jaké části těla se dotýkáme, jak se dotýkáme a v jaké situaci. Dotyková komunikace je nejjednoznačnější a patří k základním formám komunikace (21, 23, 25).

#### *Proxemika - komunikace přiblížení a oddálení*

Mezilidská komunikace vždy probíhá v určité vzdálenosti. Proxemita pojednává o tom, za jakých okolností a proč se tato vzdálenost mezi osobami při komunikaci může měnit. Proxemitas znamená latinsky blízkost. Proxemitou se myslí určitá vzdálenost, kterou mezi sebou zaujímají osoby při vzájemné komunikaci (25).

Při neverbální komunikaci rozlišujeme čtyři “proxemické” zóny:

*Intimní sféra* – tuto sféru můžeme vymezit mezi těsný dotek partnerů až po vzdálenost 15-30 cm. V této vzdálenosti vnímáme pachy a dotyky nejvíce.

*Osobní sféra* – tuto sféru tvoří spodní hranice dvou těl od sebe vzdálených 45-75 cm, což je vzdálenost “na dosah ruky”. Horní hranici potom tvoří vzdálenost 75-120 cm. Takovou vzdálenost dodržujeme zpravidla při setkání s neznámým člověkem. V této vzdálenosti se nacházíme v dosahu dotyku, ale můžeme také sledovat mimiku partnera, jeho pohledy a pohyby. Velikost těchto osobních zón je podmíněna kulturou, ze které člověk vychází. Japonci a Vietnamci mají většinou svoji

osobní zónu menší, kdežto Angličané, Kanadčané a Australané si rádi udržují větší osobní zónu.

*Sociální sféra*- spodní hranice této sféry je obvykle 120 – 210 cm. Horní hranice pak končí okolo 3,6 m. Takovou vzdálenost lidé nejčastěji používají při obchodním styku a jednání. Tato vzdálenost dovoluje větší zorný úhel a komunikaci s více partnery najednou.

*Veřejná sféra* – Tato sféra má rozmezí od 3,6 do 7,6 m. Takovou vzdálenost využívají lidé, kteří mluví veřejně nebo k větší skupině lidí. Příkladem může být školní třída, či veřejný projev. V této vzdálenosti jsou zřejmé všechny gesta a pohyby a je možné zaujmout velkou skupinu posluchačů.

Vzdálenost při vzájemné komunikaci se v každé kultuře liší. V některých kulturách jde žena vždy až za mužem, nikdy ne před ním nebo vedle něho. Tímto způsobem se vyjadřuje rodinná hierarchie. V takových kulturách ženy často i při jídle či odpočinku sedí odděleně. Toto chování je zřetelné především v patriarchálních společnostech.

U arabských kultur je vzdálenost při konverzaci dvou osob poměrně blízká. Tímto způsobem se udržuje oční kontakt mezi partnery. Pohledy očí mohou leccos v komunikaci napovědět. Dále také Řekové a Francouzi udržují blízkou vzdálenost při konverzaci. Naopak Angličané a lidé ze severovýchodních států si udržují větší vzdálenosti. U některých kultur je nepřijatelné, aby se mezi konverzujícími osobami nacházela nějaká překážka (21).

### *Posturologie – řeč těla*

Slovo je francouzského původu a vyjadřuje fyzické držení těla. Posturologie, je věda, která se zabývá přenosem informace prostřednictvím polohy a držení těla a jednotlivými konfiguracemi jeho částí (21).

V každé kultuře je postoj člověka vnímán odlišně. V evropské kultuře je postoj člověka s rukama zkříženými přes hrudník postojem obranným, naopak pro obyvatele Fidži je tento postoj výrazem respektu. Francouzi pokládají postoj s rukama v kapsách za projev horšího vychování, ale u severovýchodních států je tento postoj velmi nezdvořilý. V indonéské kultuře je postoj s rukama v bok až morálním prohřeškem (26, 27).

### *Kinezika – řeč pohybů a gestikulace – řeč rukou*

Kinezika nebo kineziologie se zabývá všemi druhy pohybů lidského těla. To může být pohyb jak celého těla nebo jen jeho části. Pohyb může obsahovat až 65% neverbální informace. Stejná část mozku, která ovládá řečovou produkci, kontroluje i pohyb. Slovní projev a pohyb jsou úzce spojeny a jsou projevem stejného procesu. Nejdříve vždy dochází k pohybu, až teprve jedinec začíná mluvit. Jedná se především o pohyby takových částí těla, které mají silné komunikační účely. Často doprovázejí slovní projevy nebo je reprezentují. Pohybem se myslí jakákoliv část těla, ne jen rukama (21).

Při komunikaci hodnotí lidé druhého člověka také podle jeho pohybů. U Vietnamců jsou pomalé a klidné pohyby pokládány za slušné. Položení si nohou na stůl nebo přehození nohy přes nohu, případně smrkání na veřejnosti, je neslušné (25, 26).

### *Gesta*

Gesty se rozumí pohyby tváře a různých částí těla, které doprovázejí komunikaci. Gesta jsou ovlivňována především:

*vědomím,*

Vědomé gesto je například prst položený na rtech. Nevědomé gesto je tzv. mimovolné, například položení si ruky na srdce při leknutí atd. Dalším typem gest mohou být gesta automatická.

*kulturou,*

Například rozdíl mezi gestikulací Angličanů a Italů. Zatímco Angličané jsou ve svých gestech umírnění. Italové používají velmi živou gestikulaci. V naší kultuře je neslušné na někoho ukazovat prstem, ale ve vietnamské kultuře je gesto ukazováčku, kterým naznačujeme druhé osobě, aby přišla blíže, považováno za velmi neslušné, protože je toto gesto určeno jenom na přivolání psa. Místo tohoto, námi často používaného gesta, obrátí ruku hřbetem nahoru a pohybují zápěstím. Nám to může připadat jako gesto pro odchod nebo odhánění, ale v tamější kultuře je to naopak

- *sociálními vlivy*: Sociální učení na základě pozorování svého okolí.
- *Dědičností*: Určitá gesta, především pak spontánní gestikulace, jsou vrozeným chováním, protože je můžeme vidět i u dětí, které jsou od narození slepé (21, 27, 28).

### *Pohledy*

Pohledy očí jsou nejhlubším neverbálním vyjádřením v sociální interakci. Oči fungují jako přijímač i jako vysílač. Oční kontakt během rozhovoru vytváří 30 až 40% sociální interakce.

Oční kontakt se v evropské a anglosaské kultuře hodnotí jako projev upřímnosti a pozitivního vnímání, zájmu o druhé a věnování pozornosti partnerovi. V Německu je oční kontakt v rozhovorech vyžadován a je vnímán jako doklad pozornosti a koncentrace. Finové se na sebe dívají zpříma, ale oční kontakt je často přerušován. Rusové oční kontakt při vzájemné komunikaci také udržují. Neudržení očního kontaktu je projevem netečnosti. Australané naopak oční kontakt střídají s pohledem mimo hovořícího, což je doklad zájmu. Úplně jinak se oční kontakt chápe například v arabském a islámském světě. Od muslimské ženy se požaduje skromnost, kterou žena projevuje i tím, že se vyhýbá očnímu kontaktu s jiným mužem, kromě svého vlastního. Na veřejnosti má muslimská žena po celou dobu komunikace sklopené oči. V Íránu je přímý oční kontakt dovolený jen osobám stejného pohlaví. V případě navazování očního kontaktu íránské ženy s mužem, je toto považováno za projev zájmu či v promiskuity ženy. Angličané naopak pokládají strnulý pohled za doklad zájmu. Mrknutí očima pak znamená souhlas. Mrkání jako známka souhlasu během komunikace je běžná taktéž ve Vietnamu a dlouhý pohled do očí při komunikaci je považován za nezdvorný. Číňané pokládají za zdvořilé naznačení zájmu, pokud se během komunikace dívají druhému mimo obličej a stále na jednu stranu.

I v medicíně a zvláště v ošetrovatelství je pohled také důležitým faktorem. Vyšetřování pohledem je jednou ze základních diagnostických metod v medicíně. Pohled v tomto případě otevírá komunikační kanál mezi lékařem, ošetřovatelem a pacientem a zároveň je to nejhlubší forma sociálního kontaktu (21, 25, 28).

### *Paralingvistika*

Paralingvistickými projevy se zabývá lingvistická disciplína zvaná paralingvistika. Jde o soubor vokálních a hlasových projevů, které leží na hranici mezi verbální a neverbální komunikací. Mezi nejdůležitější paralingvistické projevy patří barva, výška, melodie, síla a časové charakteristiky hlasu a jeho projevu. V každém jazyce najdeme vlastní způsob používání paralingvistických projevů. Například albánská nebo italská konverzace může Středoevropanovi připadat jako hádka, nicméně čím je národ pokládán za temperamentnější, tím více používá paralingvistických projevů během komunikace. Některé kultury však během komunikace výraznější paralingvistické projevy nepoužívají. Vietnamci považují ostrou a hlasitou komunikaci za velmi obtěžující a nepříjemnou. V Dánsku je příhodné dělat během konverzace pauzy ticha (25, 28, 29).

### *Komunikace úpravou zevnějšku*

I způsob oblékání a odhalování určitých částí těla silně ovlivňuje kultura. Odhalené rameno nebo horní část ruky je v Indii pokládáno za neslušné. Velká část muslimských žen i dnes nosí oděv, zvaný čádor, který jim zahaluje celé tělo kromě očí. Také většina muslimek, které nejsou ortodoxní, si alespoň zahalují vlasy. I ve střední Evropě si vdané ženy ještě před několika desítkami let zahalovaly šátkem vlasy. Odhalené a rozpuštěné vlasy byly společensky přijatelné jen pro svobodné dívky. V komunikaci úpravou vzhledu myslíme vše, co sem náleží, tedy to jak se oblékáme, jaký máme účes, jakou kosmetiku používáme, jakou značku auta vlastníme, kde a jak bydlíme, jaké máme barevné preference oblečení. Kultura se výrazně podepsala na stylu oblékání člověka. Zevnějšek odráží osobnost nositele. Lidé se dle zevnějšku řadí do určité sociální skupiny, prezentují svou image a vyjadřují své citové rozpoložení.

Oděv je také známkou společenského postavení daného jedince. Projevem slušného vychování a společenské úrovně je obecně slušné a čisté ošacení. Na Balkáně se od vnějšího vzhledu silně odvozuje společenské postavení. Drahé oblečení a značkové doplňky jsou preferované více než jinde. V České republice je značkové

oblečení projevem majetnosti, ovšem Albánec je ochotný na nákup luxusního oblečení nebo automobilu spořit i několik let.

Zevnějšek o člověku napovídá velmi mnoho. Lidé tím poukazují na svoje sociální začlenění a příslušnost k určité společenské skupině či vyznání. Tím, jak se lidé oblékají, také vyjadřují svoje momentální psychické rozpoložení (21, 29).

#### ***1.4.4 Komunikační karty- piktogramy***

Pro komunikaci s pacienty-cizinci existují ještě další možnosti komunikace. V situacích, kdy není možné komunikovat řečí, je možné použít náhradní způsoby. Mezi tyto další typy komunikace patří především využití mimiky, gestikulace, demonstrace či dramatizace. Doplňkovými možnostmi mohou být také slovníky nebo texty, v případě pacientovi způsobilosti číst text (viz. Příloha 3).(2, 25, 29).

V případě, že je pacient negramotný, nehovoří ani jedním jazykem jako zdravotník a není k dispozici tlumočnick, je třeba, aby si zdravotník pomohl vhodnými pomůckami. Mezi takové pomůcky patří například obrázky, fotografie, video apod. Jednou z možností, jak efektivně řešit takové situace, je použití tzv. komunikačních karet. Využití těchto karet s sebou nese několik nevýhod, jako je například zdoluhavost takové komunikace, ale často přináší větší efektivitu do vzájemné komunikace. Použití těchto karet se liší podle specifikace daného zdravotnického zařízení. Použité piktogramy by měly být jednoduché a výstižné natolik, aby jim pacienti-cizinci dobře porozuměli.

Na použití komunikačních karet je dobré pacienta-cizince předem připravit, a to ve spolupráci s překladatelem nebo rodinným příslušníkem, který mu tuto formu komunikace vysvětlí. Tato forma komunikace vždy vyžaduje spolupráci pacienta, v opačném případě je tato metoda nepoužitelná (2, 12, 28).

V současnosti je možné pro komunikaci s pacientem-cizincem využít další prostředky pro komunikaci, jako je například speciální software nebo videonahrávky (2).

#### ***1.4.5 Komunikace s pomocí tlumočnicka***

Zdravotnická zařízení by měla přistupovat k pacientům-cizincům tak, aby uspokojili jeho potřeby a zajistili správný výkon péče i přes danou jazykovou bariéru. Péče o cizince, kteří neovládají jazyk, kterým se mluví v dané zemi, ve které se zdravotnické zařízení nachází, je často finančně náročnější, a to z důvodu prodloužené délky pobytu, vyššího procenta komplikací, finančně náročnějších vyšetření, ale i častější opakovaná hospitalizace z důvodu nedostatečné informovanosti takového pacienta. Zdravotní pojišťovny zpravidla nezohledňují práva pacientů být dostatečně informováni, a tudíž náklady na tlumočnicka nehradí. Řešením může být zavedení tlumočnické služby v daném zdravotnickém zařízení.

Jelikož v dnešním zdravotnictví pracují také cizinci anebo jsou někteří pracovníci již dobře jazykově vybaveni, je možné využít i těchto pracovníků pro efektivnější komunikaci s daným pacientem-cizincem.

U takových pracovníků se předpokládá pozitivní přístup ke svým krajanům, také z důvodu znalosti problémů pacienta-cizince s jazykem a kulturními podmínkami. Takový tlumočnick se nejlépe uplatní především při ústním tlumočení, případně pro zpracování krátkých textů, které ovšem nemají právní podklad. Takového tlumočnicka zpravidla využijí především lékaři, a to pro získání anamnézy, přetlumočení výsledků, vysvětlení plánovaných vyšetření, případně při získání souhlasu k operaci nebo zákroku, ale také při propouštění pacienta-cizince. Takové tlumočení by mělo být pro tlumočnicka nějakým způsobem ohodnoceno (2, 30).

#### ***Typy tlumočení***

Tlumočení můžeme rozlišit na akutní tlumočení a normální tlumočení. Při akutním tlumočení, které se musí uskutečnit okamžitě, je potřeba, aby se daný pracovník-tlumočnick vzdálil ze svého normálního pracoviště nebo oddělení. V praxi se to řeší oznámením o tlumočení na jiném oddělení, například staniční sestře. Při normálním tlumočení zná pracovník dopředu termín a čas tlumočení, a tudíž to může sdělit předem i svému nadřízenému (2).

### *Příprava tlumočnicků*

Vybraní pracovníci zdravotnického zařízení, kteří budou fungovat také jako tlumočníci, by měli být náležitě proškoleni. Takové školení může v praxi probíhat jako vzájemná setkání vybraných tlumočnicků s jejich vedoucím a příprava na praxi pomocí modelových situací a podávání aktuálních informací, které při tlumočení daní pracovníci mohou využít (2,30).

### *Tlumočení*

Tlumočení se sestává z několika fází. Nejdříve se tlumočnick představí pacientovi-cizinci a vysvětlí mu, že je zaměstnancem nemocnice. Důležitým aspektem při této komunikaci je udržení očního kontaktu tlumočnicka s pacientem. Nasazení tlumočnicka by nemělo přesáhnout daný čas, po který může být mimo své oddělení. V případě potřeby by měl mít tlumočnick právo tlumočení přerušit (30).

#### *1.4.5.1 Přínos nemocniční tlumočnické služby*

Zavedení takové služby pro pacienty-cizince znamená zlepšení léčebného procesu či hospitalizace po stránce kvality služeb a porozumění léčbě. Pro zdravotnické zařízení pak tato služba může znamenat snížení vedlejších nákladů na léčbu a hospitalizaci takového pacienta, protože dochází k efektivnějšímu přenosu informací. Zlepšení péče o cizince se může projevit po stránce humánní. Pracovníci-překladaelé, kteří jsou sami cizinci, mohou svého krajana ujistit o kvalitě a poskytovaných službách v daném zdravotnickém zařízení. Přijímání léčby pacienty-cizinci pak může být podstatně lepší. V neposlední řadě dochází ke zrychlení vyšetření a léčby. Na straně pracovníka daného zařízení, který tlumočí, můžeme očekávat i větší angažovanost a nasazení, protože se využívá také jeho dalších dovedností a znalosti jazyka. V neposlední řadě je podpořeno transkulturní vnímání dalšího personálu (2,9,30).



#### *1.4.5.2 Tlumočení v Českých zdravotnických zařízeních*

V České republice je potřeba vycházet ze základních charakteristik zdejších zdravotnických zařízení. Národnostní skladba zaměstnanců, není tak různorodá jako v okolních zemích (Německo, Rakousko). Kromě legislativní stránky této problematiky, by bylo třeba vytvořit konkrétní projekty a skupiny, které by mohli vytvořit tuto tlumočnickou službu v daném zařízení. Důležitou součástí takového projektu by bylo definovat, na základě daných kritérií, kdo může být do této služby zařazen. Mezi těmito kritérii by neměla chybět úroveň znalosti cizího jazyka, způsob odměňování tlumočnicků a jejich kompetence (2, 30).

Výběr těchto tlumočnicků by se měl v první řadě zaměřit na zaměstnance zařízení, kteří jsou cizími státními příslušníky. V případě zařízení, jako jsou fakultní nemocnice, by bylo možné využít zahraniční studenty, případně české studenty studující některý z cizích jazyků. V neposlední řadě je možné vybírat z řad zaměstnanců, kteří absolvovali zahraniční stáže, případně studují cizí jazyk. Možností je vytvoření spolupráce s místními jazykovými školami nebo institucemi podobného typu. Pokud by se jednalo o zaměstnance daného zařízení je možné tyto tlumočnický ohodnotit formou náhradního volna nebo v případě tlumočnicků mimo zdravotnické zařízení by tato práce mohla být založena na dobrovolnictví, případně by se dalo využít různých dotací nebo dalších finančních zdrojů (30).

#### *1.4.6 Zásady komunikace s pacientem/cizincem*

Je důležité rozhodnout, zda je možné komunikovat ve třetím jazyce a do jaké míry pacient tento jazyk ovládá. Dále je nezbytné mluvit pomalu, zřetelně artikulovat a mluvit nahlas. S cílem zlepšit pochopení klienta je možné také použít gesta a obrázky. Pokud klient nerozumí, je třeba opakovat slova znovu. Při komunikaci je lepší používat jednoduché věty, předejít souvětím. Je také nezbytné si vytyčit určitá slova, která jsou pro pacienta nejlepší a použít je. Pokud je to možné, je dobré se naučit alespoň základní pozdrav v pacientově jazyce. Takto ukážeme zájem o pacienta a to evokuje atmosféru důvěry. Pokud nevíme, co přesně pacient řekl, měli bychom se ho opakovaně ptát

jinými slovy. Měli bychom také dopřát pacientovi čas, zvláště pokud máme problém dorozumět se v cizím jazyce. Důležité je nespěchat. Je nutné také pečlivě sledovat neverbální projevy strachu, nepohodlí a bolesti, protože jeho verbální projev může být kulturně předpojatý. Pokud pacient rozumí, co nejdříve zjistit informace o tom, co ho trápí. Měli bychom se také raději vyhnout lékařským termínům a zdravotnickému žargonu, kterým pacient nerozumí. Pro další informace je možné používat obrazy a symboly (21, 31, 32).

Při komunikaci s cizincem přes tlumočnicka musí být dodrženy následující pravidla:

Je nezbytné mluvit pomalu v krátkých větách, aby měl interpret čas věty přeložit. Také pokládat otázky přímo pacientovi, ne se obracet na tlumočnicka. Zdravotní personál by měl zjistit, zda překladatel zná nejen jazyk samotný, ale i kulturní specifika či dialekty. Od tlumočnicka je nutné požadovat překlad přesně toho, co říká klient. Na závěr je vhodné si ještě jednou získané informace zopakovat a tlumočnickovi poděkovat (21, 31).

#### **1.4.7 Interkulturní komunikační bariéry**

Zdravotní rizika plynoucí z migrace můžeme rozdělit na tři hlavní:

- *Vnější příčiny*: klima, časová pásma, mezikulturní rozmanitost, životní prostředí a vztahy místních obyvatel k migrantům.
- *Vnitřní příčiny*: problémy komunikace v cizím jazyce, sociální izolace, změny ve způsobu rekreace, omezené možnosti pro rozvoj neformálních vztahů, zvýšená potřeba změn.
- Riziko nebezpečí pro veřejný zájem z hlediska přenosu infekčních a parazitárních onemocnění, možnosti zhoršení zdravotního stavu pacientů vzhledem k měnícím se životním podmínkám (21).

Zdravotní problémy pacientů způsobené jazykovou a kulturní bariérou ve zdravotnictví.

Je možné říci, že související zdravotní problémy pacientů - cizinců se promítají na obou stranách. Projevy onemocnění pacienta jsou často podmíněny jeho jazykem,

a kulturou. Pacient subjektivní obtíže prezentuje jinak, což je dáno rozdíly ve vnímání tělesných struktur, nemocí a jejich příčin a toto vše způsobuje problémy při jejich popisu. Pacient může být také zatížen svými vlastními zkušenostmi se zdravotní péčí v jeho zemi. Obzvláště těžké je vyhodnotit subjektivní příznaky jako bolest, únava, strach nebo nepohodlí.

Z hlediska zdravotní péče je obecně nedostatečný důraz na schopnost pacienta komunikovat problémy, což je zapříčiněno chybějícími zkušenostmi s jeho kulturou. Kultura výrazně ovlivňuje to, jak se vyjadřují emoce a také jejich verbální a neverbální projevy. Ve zdravotnictví to můžeme jasně vidět například v prezentaci bolesti pacienta navenek (21, 33).

Mezikulturní komunikace v ošetrovatelství se uskutečňuje schematizovaným chováním v systému, který umožňuje a řídí interakce mezi sestrou a pacientem. To je důležité pro výměnu zpráv a vytváření jejich významů, protože tento proces předkládání zpráv a jejich významu se děje ve stejnou dobu, komunikace a kultura spolu úzce souvisí. Efektivní komunikace znamená vzájemné pochopení významů spojených s přenášenou zprávou. Překážky v komunikaci jsou například rozdíly v jazyce, pohledu na svět a jiný systém hodnot. Zdravotní sestra a klient vstupující do vzájemné interakce, jsou ovlivněni několika faktory. Podrobný přehled faktorů, které ovlivňují vzájemnou komunikaci v ošetrovatelství, obsahuje konceptuální model sociální interakce mezi sestrou a pacientem (10, 20, 29, 31, 33).

#### *Důsledky komunikační bariéry*

Z hlediska ošetrovatelské péče mohou vzniknout při komunikaci s pacientem/cizincem tyto problémy:

Při komunikaci s pacientem/ cizincem může dojít k poruchám verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou. Může nastat nedostatečná nebo žádná spolupráce ze strany pacienta, desinterpretace zásahu do soukromí a dále sociální izolace. V neposlední řadě také špatný přístup k léčebnému režimu (31,33).

## **2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1 Cíl práce***

Zmapovat vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem/cizincem v ošetrovatelském procesu

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Jakým způsobem sestra komunikuje s pacientem/cizincem?

Jaké jsou základní chyby při komunikaci s pacientem/ cizincem?

Jaké jsou nejčastější komunikační bariéry při poskytování ošetrovatelské péče?

Jak pociťují komunikační bariéru sestry při poskytování ošetrovatelské péče?

Jak pociťují komunikační bariéru pacienti/cizinci při poskytování ošetrovatelské péče?

### **3. METODIKA**

#### ***3.1 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořily celkem čtyři sestry ze standardního traumatologického oddělení a dvě sestry z traumatologického JIP. Dvě sestry z dětského oddělení. v nemocnici v Českých Budějovicích. Další výzkumné soubory v Praze a v Českých Budějovicích s příslušníky cizojazyčných minorit rakouské, norské, bolivijské, německé, thajské, guinejské, anglické, americké, vietnamské, afgánské národnosti žijící v České republice, kteří byli již hospitalizováni v českých nemocnicích. Se všemi respondenty byly uskutečněny strukturované rozhovory.

#### ***3.2 Použitá metoda sběru dat***

Bylo zvoleno kvalitativní šetření technikou individuálního strukturovaného rozhovoru. Rozhovory s oslovenými respondenty probíhaly jednotlivě, kdy respondenti odpovídali na předem připravené otázky. První tři otázky při rozhovoru (viz příloha č. 4) se sestrami byly identifikační, pomocí kterých jsme zjišťovali u jednotlivých respondentů délku zaměstnání na pozici sestra, věkovou kategorii, nejvyšší dosažené vzdělání, a na kterém oddělení sestry pracují. Identifikační otázky byly do rozhovoru zařazeny z důvodu získání informací, které nám umožnily podrobněji specifikovat výzkumný soubor respondentů. Další otázky byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči o pacienty-cizince a na problematiku komunikace v multikulturním ošetrovatelství. Dále strukturované rozhovory (viz. Příloha č. 5) byly provedeny s 10-ti cizinci, kteří žijí v České republice. Rozhovory obsahovaly identifikační otázky týkající se národnosti, délky a druhu pobytu v České republice. Dále byly rozhovory vedeny na téma českého zdravotnictví a na problematiku multikulturní komunikace ve zdravotnictví. Cizince, které jsme získali na rozhovory, byli nalezeni díky sociální síti a známým.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Rozhovory se sestrami

#### *Respondent 1*

Respondentce je mezi 21-30ti lety. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Nastoupila na vysokou školu, ale bohužel ji nedokončila, protože nedokázala zkombinovat studium a práci. Na traumatologickém oddělení pracuje už pět let. V budoucnu by ráda znovu absolvovala bakalářské studium, ale neví, zdá to zvládne. S pacientem/cizincem se setkala ve své praxi již dvakrát. První pacient byl německé národnosti a druhý rakouské. Oba pacienti byli v Čechách na dovolené a kvůli nehodě skončili na traumatologii.

Přiznává, že pečovat o pacienta-cizince je složitější než pečovat o česky mluvící pacienty. Podle jejího názoru je péče o cizince daleko složitější nejen časově, ale i z psychického hlediska. Na oddělení není také dostatek sester, aby každá mohla mít na starosti jednoho pacienta. Podle ní je největší překážka, při péči o česky nemluvícího pacienta, jazyková bariéra. V jejím případě to nebylo tak složité, neboť mluví dobře německy a už dříve měla na starosti německé pacienty, takže sama získala potřebné informace k uspokojení péče o pacienta. Po celou dobu hospitalizace spolupracovala s ošetřovatelským týmem, aby nedošlo k nějakému nedorozumění.

I přestože už pečovala o pacienty cizí národnosti, neví, zda je dostatečně teoreticky připravena na péči s cizinci. Pokud by bylo možné absolvovat specifický kurz ošetřovatelské péče týkající se pacientů -cizinců, ráda by osobně tento kurz využila. Osobně ví, že zdravotní sestry na oddělení nejsou teoreticky připravené na péči o cizince, protože nemají žádné pomůcky- jako například komunikační karty. Komunikační karty a jiné pomůcky (např. piktogramy) zná osobně jen učebnic. Myslí si, že v nemocnici by bylo potřeba přítomnosti tlumočnicka.

### ***Respondent 2***

Respondentce je ve věku mezi 31-40ti lety. Vystudovala bakalářské studium a nastoupila na traumatologické oddělení. Hned po ukončení školy chtěla pracovat na chirurgii, ale tam neměli volné místo, a proto šla na traumatologii.

S pacientem/cizincem se setkala ve své praxi jednou. Byl to pacient z Holandska, který byl v Čechách na zimní dovolené. Během pobytu měl nehodu a skončil na traumatologii se zlomenou nohou.

Přiznává, že pečovat o pacienta-cizince je složitější, než pečovat o česky mluvící pacienty. Podle ní je to pro sestru časově a psychicky náročnější. Na oddělení není dostatek sester, aby mohla jedna sestra mít na starosti jednoho pacienta. Podle ní je největší překážka, při péči o česky nemluvícího pacienta, jazyková bariéra. V jejím případě to nebylo tak složité, protože mluví dobře anglicky a mohla se domluvit s pacientem. Díky její plynulé angličtině získala potřebné informace od pacienta. Během celé hospitalizace spolupracovala s ošetřovatelským týmem, aby nedošlo k nějakému nedorozumění ohledně léčby.

Tato respondentka je teoreticky připravena na péči o cizince, protože absolvovala předmět multikulturní ošetřovatelství ve škole. Sama ale potvrzuje, že není ale psychicky připravena na péči o pacienta, který vůbec nemluví česky nebo anglicky. Dále také podotýká, že by ráda absolvovala specifický kurz ošetřovatelské péče týkající se pacientů/cizinců. Osobně také ví, že na oddělení nejsou teoreticky připraveni na péči o cizince, neboť nemají žádné komunikační pomůcky, jako například komunikační karty. Myslí si, že je nutné přítomnosti tlumočníka v nemocnici.

### ***Respondent 3***

Respondentce je mezi 41-50ti lety. Vystudovala střední zdravotnickou školu

Do práce nastoupila hned po maturitě. Pracovala dva roky na oddělení následné péče, potom na kožní oddělení a nyní pracuje na traumatologickém oddělení už devět let.

S pacientem/ cizincem se setkala ve své praxi jednou. Byly to manželé z Indie. Oba pacienti byli v Čechách na dovolené a byli převezeni na traumatologické oddělení po nehodě.

Hned po přijetí nastaly komplikace s péčí, protože manželé chtěli být na stejném pokoji, což nebylo možné, jelikož pokoje jsou odděleny podle pohlaví. Přiznala, že pečovat o tyto pacienty bylo těžké, neboť neovládá anglicky a pacienti česky. Neznalost anglického jazyka byla pro ni velká překážka. Mohla získat potřebné informace díky jinému pacientovi, který ten den byl také hospitalizován na oddělení a ovládal anglický jazyk. Další komplikací byla strava, protože pacienti byli vegani. Nejedli žádné maso a ani potraviny živočišného původu. Nahlásila to v kuchyni, ale tam nevěděli, co jim připravit k jídlu. Jejich řešením byla jejich kamarádka, žijící v Českých Budějovicích, která jim nosila jídlo do nemocnice.

Během celé doby hospitalizace řešili problém jazykové bariéry. S tímto problémem jim pomáhala jejich známá, když přišla do nemocnice na návštěvu. S tímto jazykovým problémem jim také pomáhali lékaři a ostatní pacienti.

Respondentka přiznala, že sama by to nezvládla. Bylo to pro ni časově náročné a stresující. Měla štěstí, že se pacienti snažili spolupracovat a měli vždy po ruce slovník. Ví jistě, že není teoreticky připravena na péči o cizince a také by ráda absolovala specifický kurz ošetrovatelské péče týkající se pacientů/ cizinců. Tato respondentka jako předchozí potvrzuje, že na oddělení nejsou žádné komunikační pomůcky a shoduje se na přítomnosti tlumočnicka v nemocnici.



#### ***Respondent 4***

Respondentce je mezi 21-30ti lety, vystudovala střední zdravotnickou školu a pak nastoupila na chirurgické oddělení, kde pracovala tři roky. Pro zvýšení své kvalifikace se rozhodla individuálně vystudovala Vyšší zdravotnickou školu, obor Všeobecná sestra. Po bakalářském studiu nastoupila na JIP, kde pracuje dodnes a práce se jí líbí, neboť zde mají velmi dobrý kolektiv. V budoucnu by ráda pracovala na operačním sále jako anesteziologická sestra.

S pacientem/ cizincem se setkala ve své praxi jednou. Byl to pacient vietnamské národnosti a na JIP byl hospitalizován, když už žil v České republice tři roky.

Tato zdravotní sestra mluví anglicky a německy, ale bohužel jí to nepomohlo, protože tento pacient nemluvil ani česky a ani jiným cizím jazykem. V den přijetí nemohla u pacienta provést ošetřovatelskou anamnézu. Mohla akorát doplňovat údaje o pacientovi díky jeho dokladům totožnosti. Druhý den po přijetí měl pacient návštěvu a díky ní mohli na oddělení doplnit nejdůležitější informace o pacientovi. Tento pacient byl hodně uzavřený a bylo těžké poznat a zjistit, jestli trpí bolestmi či ne. Sestry se ho musely ptát každou hodinu, jestli ho něco nebolí, nebo jestli něco nepotřebuje. Po celou dobu hospitalizace se sám od sebe na nic nezeptal. Respondentka přiznala, že je složité pečovat o pacienta/cizince, ale také potvrdila, že ještě horší je pečovat o pacienta, který trpí sociální izolací. Když pacient trpí sociální izolací, sestry musí u něj trávit více času. Tato respondentka je teoreticky připravena na péči o cizince, protože ve škole absolvovala předmět multikulturní ošetřovatelství. Přiznává, že je psychicky a časově velmi náročné pečovat o pacienta/ cizince. Stále má zájem o specifické vzdělání v oblasti multikulturní péče. Ráda by se v této problematice vzdělávala.

#### ***Respondent 5***

Respondentce je mezi 31-40ti lety. Vystudovala střední zdravotnickou školu, nastoupila na traumatologickém oddělení hned po ukončení školy. Chtěla pracovat na interně, ale tam neměli volné místo, a proto šla na traumatologii, kde pracuje už patnáct let.

S pacientem cizincem se setkala ve své praxi jednou. Byl to pacient ze Španělska. Byl v Čechách na dovolené, ale kvůli otravě jídlem a zlomené noze skončil na traumatologii.

Přiznává, že pečovat o pacienta/ cizince je složitější než pečovat o pacienty mluvící česky. Práci s cizincem shledává složitější nejen psychicky, ale i časově. Také přiznává, že na oddělení není dostatek sester. Podle ní je největší překážka, při péči o cizího pacienta, jazyková bariéra. V jejím případě to nebylo tak složité, protože měla na pomoc tlumočníka, který jí pomáhal s případnou jazykovou bariérou. Po celou dobu hospitalizace spolupracoval tlumočnick s ošetrovatelským týmem.

Přiznává, že není teoreticky připravena na péči o cizince, ale pokud by bylo možné absolvovat specifický kurz ošetrovatelské péče týkající se pacienta /cizince, ráda by ho absolvovala k dispozici žádné pomůcky jako komunikační karty. Potvrzuje také nezbytnost tlumočníka v nemocnici.

### ***Respondent 6***

Respondentce je mezi 31-40ti lety. Po ukončení střední zdravotnické školy nastoupila na interní oddělení, kde pracovala čtyři roky. Poté pracovala na neurologickém oddělení tři roky. Následně nastoupila na traumatologické oddělení, kde pracuje dodnes.

S pacientem/ cizincem se setkal ve své praxi- byla to pacientka z Afriky, ale už si nepamatuje přesně jaké národnosti. Byla hospitalizována na traumatologickém oddělení se zlomeninou nohy. Přiznává, že práce s ní nebyla vůbec složitá, protože pacientka již mluvila česky a stejně tak ovládala anglický jazyk. Tudiž mezi pacientkou a sestrou nebyla žádná jazyková bariéra.

Ví jistě, že není teoreticky připravena na péči o cizince, protože nikdy nepečovala přímo o pacienta, který vůbec neovládá český nebo anglický jazyk. Pokud by to bylo jen trochu možné, ráda by absolvovala specifický kurz ošetrovatelské péče týkající se pacientů/ cizinců. Tato respondentka také potvrzuje, že na oddělení nejsou žádné pomůcky- komunikační karty a dále pokládá přítomnost tlumočníka v nemocnici za nezbytnou.

### ***Respondent 7***

Respondentce je mezi 31-40ti lety, vystudovala střední zdravotnickou školu a teď studuje vyšší zdravotní školu, obor Všeobecná sestra v kombinované formě. Po maturitě nastoupila hned jako sestra na oddělení následné péče, kde pracovala sedm let. Poté nastoupila na dětském oddělení, kde stále pracuje.

Na oddělení už měli pacienta cizince. Byl to šestiletý malý kluk z Holandska. Byl v Čechách s otcem a sestrou na zimní dovolené. Při lyžování se mu stal úraz-měl zlomenou nohu a poraněnou pánev. Z tohoto důvodu byl hospitalizován na dětském oddělení. Na oddělení přišel v doprovodu své sestry, která byla starší než on. V den přijetí byl v doprovodu i otce, ale nikdo z nich nemluvil česky. Naštěstí tam byl lékař, který ovládal anglický jazyk. Hned po odchodu otce, začal tento malý kluk panikařit. Tento malý pacient měl strach ze všech. Jeho doprovod- sestra byla nervózní, a proto se neustále ptala, co děláme anebo co budeme dělat. Bohužel nikdo nemohl na tu otázku odpovědět. Tato respondentka zkusila použít komunikační karty, ale vůbec to nepomohlo. Celou dobu hospitalizace tato zdravotní sestra komunikovala s pacientem jen díky lékařům. Z důvodu komunikační bariéry a nedůvěry otce dítěte byl chlapec lékařskou dopravou převezen do Holandska.

Uznává, že není teoreticky připravena na péči o cizince, ale také přiznává, že je to psychicky a časově velmi náročné pečovat o pacienta /cizince. Stále má zájem o vzdělávání v oboru specifické multikulturní péče. Ráda by také absolvovala jakékoliv ošetřovatelské kurzy týkající se péče o cizince.

### ***Respondent 8***

Respondentce je mezi 31-40ti lety. Vystudovala Vyšší zdravotnickou školu, obor Všeobecná sestra. Po bakalářském studiu si chtěla zvýšit odbornou kvalifikaci a rozhodla se pro individuální magisterské studium, obor ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech- ošetřovatelství v chirurgii, které nyní studuje v kombinované formě. Nastoupila na JIP, kde nyní pracuje a je spokojena.

S pacientem/ cizincem se setkala ve své praxi jednou. Byl to pacient ukrajinské národnosti a na JIP byl hospitalizován, když v České republice žil už rok.

Tato zdravotní sestra mluví anglicky a španělsky. V den přijetí pacienta měl doprovod, a díky ní mohla u pacienta provést ošetrovatelskou anamnézu a doplnit nejdůležitější informace o pacientovi. Tento pacient byl hodně uzavřený a vůbec nespolupracoval. Sestry se ho musely ptát každou hodinu, jestli ho něco nebolí, nebo jestli něco nepotřebuje. Respondentka přiznala, že je složité pečovat o pacienta/cizince, ale také potvrdila, že ještě horší je pečovat o pacienta, který trpí sociální izolací. Když pacient trpí sociální izolací a nespolupracuje, sestry musí u něj trávit více času.

Tato respondentka je teoreticky připravena na péči o cizince, protože ve škole absolvovala předmět multikulturní ošetrovatelství. Přiznává, že je psychicky a časově velmi náročné pečovat o pacienta/ cizince. Stále má zájem o specifické vzdělání v oblasti multikulturní péče. Ráda by se v této problematice vzdělávala.

## ***4.2 Rozhovory s pacienty cizinci***

### ***Respondent 1***

Rozhovor s cizincem anglické národnosti.

Respondent 1 žije už 6 let v České republice. Jeho bydliště je v Praze. Český jazyk příliš neovládá, většinou rozumí základním konverzačním tématům. Dokáže česky i hovořit, ale ne zcela plynule. Písemnou formu češtiny vůbec neovládá. V Praze v listopadu 2009 byl hospitalizován na ortopedickém oddělení kvůli operaci pravého kolene. První komunikační problémy nastaly už u příjmu pacienta. Bylo nutné vyplnit ošetrovatelskou diagnózu, ale pacient dobře nerozuměl zdravotní sestře, a proto nemohli kompletně doplnit jeho ošetrovatelskou diagnózu. Se základními osobními údaji (např. bydliště, kontaktní osoba, zaměstnání atd.) při vyplňování nenastalo žádné úskalí. K

prvnímu většímu nedorozumění došlo při zjišťování např. zrakového či sluchového onemocnění, alergie, léků, které pacient užívá. Po operaci byl zaskočen velmi odlišnými postupy v léčbě než jsou praktikovány v Anglii, kde například podstoupil operaci levého kolene a po výkonu mu nedali do rány drén a tento postup byl pro něj šok, když se probudil a viděl, že má nějakou hadičku v ráně. Hned zavolal sestru, ale ta bohužel nevěděla, jak mu to má vysvětlit, protože neovládala anglický jazyk a on ne ten český. Musel čekat na příchod lékaře a ten mu vysvětlil, že v české nemocnici pacienti mají v ráně drén několik dnů po operaci, i když šlo

o běžný zákrok. Pacient se navíc necítil v nemocnici v bezpečí, protože většina personálu v českých nemocnicích nehovoří anglicky, nebo ovládají jen základní slova a fráze, takže často nevěděl, co s ním provádějí, protože mu to anglicky nikdo nevysvětlil. Dále také respondent nebyl zvyklý na léčebný postup a po celou hospitalizační dobu se bál možných komplikací. Vzhledem k tomuto problému se tedy necítil bezpečně.

### ***Respondent 2***

Rozhovor s cizincem norské národnosti

V Čechách žije 8 let. V současné době češtinu ovládá v komunikační i písemné formě. V roce 2006 ležela v české nemocnici na gynekologickém oddělení po porodu. Bylo to dva roky po jejím příjezdu do České republiky, tudíž v té době neuměla ještě dobře česky. Kromě komunikace se zdravotnickým personálem v nemocnici řešila ještě problém s chováním některých členů zdravotního personálu, kteří se vůči problémům a potřebám pacienta zachovali lhostejně. Když něco potřebovala a nevěděla, jak to říct, sestry pro ni neměly trpělivost a pochopení.

Kvůli komunikačnímu úskalí se cítila velmi frustrovaná, neboť to byl její první porod a nevěděla, co má dělat- např. při kontrakcích, které se stále stupňovaly. Měla velké bolesti zad, také nemohla dojít sama ani na toaletu a nevěděla, jak požádat o pomoc. Jedinou její spásou byl její křik na sestry, aby pochopily, že se něco děje. Zdravotní sestry braly tento její projev komunikace velice negativně a navíc si myslely, že je hysterická. Ještě před porodem musela na “monitor kvůli poslechu dítěte” a ani

zde stoprocentně nevěděla, zda je dítě v naprostém pořádku. Na druhou stranu byla překvapená zvláště lékaři, kteří se snažili o vzájemnou domluvu a jelikož někteří ovládali anglický jazyk, domluvila se s lékaři lépe v angličtině. Sestry s ní mluvily pouze česky, i když jim několikrát řekla, že neumí dobře česky. Tudíž při vizitě nebo při vyšetření lékařům rozuměla, ale normálně na oddělení během ošetrovatelské péče sestřím skoro nic nerozuměla nebo vždy jen s pomocí spolupacientky či lékařů .

### ***Respondent 3***

Rozhovor s cizincem thajské národnosti.

V České republice žije už 6 let a má zde trvalý pobyt. Pracuje jako kuchař. Český jazyk již ovládá v komunikační i písemné formě. Ale když byl v roce 2008 hospitalizován v české nemocnici na neurologickém oddělení, ještě nemluvil česky tak dobře. Řekl, že na zdravotnictví v České republice si nemůže stěžovat, protože je na mnohem lepší úrovni, než-li je tomu v Thajsku. V nemocnici měl největší problém se stravou, ještě nebyl totiž zvyklý na česká jídla a navíc vůbec nejlí vepřové maso, které podle něj tvoří asi 80% české stravy. Problémy s komunikací měl v českých nemocnicích, ale nebylo to nic dramatického, protože měl vždy po ruce své kamarády nebo známé, kteří pro něj tlumočili. Největší problémy a nedorozumění nastávalo v době nepřítomnosti jeho známých např. při komunikaci ohledně složení jídla, při podávání léků. Dá se tedy říci, že celkově nemusel řešit velké komunikační problémy a byl zcela spokojen s pobytem v nemocnici.

### ***Respondent 4***

Rozhovor s cizincem guinejské národnosti.

V České republice žije už 4 roky a má zde dlouhodobý pobyt. Je studentka. V české nemocnici byla hospitalizována na chirurgickém oddělení kvůli operaci žlučníku. Komplikace začaly přímo první den hospitalizace před operací. První den hospitalizace pacientka nedostala najíst ani napít, a to od večera až do příštího

po operaci. Zde došlo totiž k nedorozumění kvůli jazykové bariéře. V ranních hodinách, těsně před operací měla takovou žízeň, že se napila vody. To byla komplikace. První den hned po operaci, když se probudila, se jí sestra zeptala, jestli byla schopná močit a respondentka odpověděla, že ne jen proto, že nepochopila přesně, na co se jí zdravotní sestra tázala. Druhý den po operaci se stejná nedorozumění opakovala. Problém byl vyřešen až třetí den po operaci, kdy sestra řekla doktorovi, že pacientka ještě před operací močila. Doktor se jí zeptal v angličtině, zda byla schopna se od operace vymočit. To už pacientka rozuměla. Další problém nastal s jídlem. Pacientka je muslimka a nejí vepřové maso. Z tohoto důvodu v průběhu celé hospitalizace nemohla jíst normálně, protože se bála, že všechno, co vypadá jako maso, by mohlo být vepřové. V důsledku špatného stravování během hospitalizace dost zhubla. Na oddělení žádná zdravotní sestra nemluvila anglicky a pacientka nemluvila česky. Nemohla pochopit, co od ní chtěl ošetřovatelský tým a ona zase nemohla přesně říci, co cítila a co chtěla. Z důvodu jazykové bariéry měla tato pacientka komplikace během hospitalizace i po ní.

### ***Respondent 5***

Rozhovor s cizincem německé národnosti

Tento rozhovor byl uskutečněn s německým pacientem ve věku 26 let. Pacient je student ERASMU a žije v České republice už rok. Kromě základních slov v češtině tento pacient česky nemluví. V české nemocnici byl hospitalizován minulý rok na traumatologickém oddělení kvůli zlomené noze. Po jeho příchodu na oddělení byl v bolestech a začal panikařit, když k němu přišla sestra získat nějaké informace k dokončení své zdravotnické dokumentace a respondent musel vyplnit několik formulářů a odpovědět na některé otázky. Sestra nemluvila německy ani anglicky a německý pacient nemluvil česky. Naštěstí byl na pokoji s jiným pacientem, který plynně hovořil německy a pomohl jim. Měl také více problémů s léčbou, protože nedokázal pochopit, co přesně od něj ošetřovatelský tým očekává. Tak s ním sestry musely strávit více času než s ostatními pacienty a to nebylo snadné, protože měly hodně práce a mnoho pacientů k péči. Naštěstí druhý den hospitalizace na oddělení byla

zdravotní sestra, která mluvila trochu německy. Vysvětlila mu, co potřebuje vědět a co měl udělat, a tím velmi pomohla ošetrovatelskému týmu. Kromě jazykové bariéry se u tohoto pacienta nevyskytl žádný jiný problém během hospitalizace. Respondent 5, je člověk pocházející ze sousední země, tudíž znal českou mentalitu, zvyky, jídlo, které není tak odlišné od německého. Tento pacient byl v nemocnici po dobu tří týdnů a po celou dobu hospitalizace nemusel čelit jiným problémům. Léčba byla úspěšná, lékařský tým byl dobrý a jazyková bariéra mezi ním a lékaři nebyla tak velká jako u zdravotních sester.

### ***Respondent 6***

Rozhovor s cizincem francouzské národnosti.

Francouzský respondent je ženatý a žije už tři roky s manželkou v České republice. Po čtyřech měsících pobytu v Čechách byl hospitalizován na chirurgickém oddělení. Po jeho příchodu na oddělení nemusel skoro nic řešit, protože byl s manželkou a ta mu pomáhala získat všechny nezbytné informace, které zdravotní personál potřeboval k dokončení své zdravotnické dokumentace. I přesto se cítil být izolován, protože bez manželky nemohl s nikým mluvit a nemohl se sám personálu na nic zeptat. Když sestry něco potřebovaly, používaly pouze piktogramy, a proto komunikace se sestrami byla náročná. Když neměl manželku vedle sebe, nebylo to vůbec možné. Na jeho pokoji nemohl vůbec komunikovat se spolupacienty a mohl tedy po celou dobu hospitalizace pouze číst. Hned na začátku hospitalizace byl překvapen, neboť postup ve zdravotnictví je v Čechách trochu jiný než ve Francii. Také si vždy myslel, že úroveň zdravotnictví v Čechách je nízká, ale byl mile překvapen. Během svého pobytu v nemocnici zjistil, že úroveň zdravotnictví je skoro na lepší než ve Francii. Během hospitalizace, kromě sociální izolace, měl také komunikační bariéru, ale manželka mu vždy pomohla a sestry komunikovaly díky komunikačním kartám. Byl spokojen jak se sestrami, tak i s lékaři.



### ***Respondent 7***

Rozhovor s cizincem americké národnosti.

Americký občan žije v České republice jen patnáct měsíců a kromě základních slov v češtině tento pacient zatím česky nemluví. Byl hospitalizován v české nemocnici na chirurgickém oddělení.

Na oddělení ho přijímala sestra, která mluvila anglicky, a tím pádem bylo snadné získat informace, které potřebovala k dokončení své zdravotnické dokumentace. V průběhu hospitalizace ostatní sestry anglicky nemluvily, ale používaly pro komunikaci komunikační karty. Všichni lékaři byli schopni mluvit anglicky.

Kvůli své operaci nemohl jíst všechno, a proto měl speciální dietu, ale kromě toho neměl žádný problém v průběhu hospitalizace. Jen ze začátku byl trochu ve stresu.

Pro tohoto pacienta bylo všechno v naprostém pořádku během hospitalizace i po samotné operaci. Byl spokojen s péčí a chováním ošetřovatelského a lékařského týmu.

### ***Respondent 8***

Rozhovor s cizincem afgánské národnosti

V České republice žije už 8 let a má tu trvalý pobyt. Je vdaná a je žena v domácnosti. Český jazyk již ovládá v komunikační i písemné formě. Ale když byla hospitalizována v české nemocnici na gynekologickém oddělení, ještě nemluvila plynule česky. Na zdravotnictví v České republice si nemůže stěžovat, je zde na mnohem lepší úrovni, než-li je tomu v Afganistanu. V nemocnici měla největší problém se stravou. Nebyla ještě zvyklá na česká jídla a také její víra zakazuje jíst vepřové maso, které podle ní tvoří asi 80% české stravy. Další problém byl s jejími zvyky, protože jako muslimka není zvyklá, že jí může, vyšetřoval lékař mužského pohlaví. Bylo to pro ni velmi nepříjemné. Problémy s komunikací měla v českých nemocnicích, ale oproti problémům s jídlem a zvyky, tato komunikační bariéra nebyla tak velká. Domů odcházela tato respondentka s velmi smíšenými pocity. Na jedné straně byla velmi spokojena s léčbou, ale na druhé straně měla mnoho důvodů být nespokojena. Důvodem

nespokojenosti pramenil ze zdravotnického týmu, který její zvyky ani víru nerespektoval.

### ***Respondent 9***

Rozhovor s cizincem vietnamské národnosti.

V České republice žije 10 let a má zde trvalý pobyt. Český jazyk ovládá v komunikační formě. V české nemocnici byl hospitalizován již třikrát na interním oddělení. Pokaždé byl hospitalizován kvůli komplikaci s hypertenzí. V nemocnici na začátku musel řešit problémy, které se týkaly komunikace se zdravotnickým personálem. Zdravotnický personál mu moc nerozuměl už při příjmu, dále při vyplňování ošetrovatelské diagnózy. Dále kvůli verbální komunikaci nemohl přesně vysvětlit jeho aktuální zdravotní stav. Správně neporozuměl ani dalším postupům jeho léčby, nevěděl, proč má dané léky užívat. Během hospitalizace se mu přitížilo a nemohl to přesně vysvětlit, jak se právě cítí. Nechápal také své stavy – jeden den se cítil velmi dobře a myslel si, že by mohl jít domů, ale druhý den bylo vše naprosto jinak a pacientovi nebylo vysvětleno proč. Po celou dobu pobytu v nemocnici se cítil nejistý, neboť 100% nebyl seznámen se svým zdravotním stavem a jeho následnou prevencí. I přestože u tohoto respondenta nastala jazyková bariéra, byl spokojen hlavně s léčbou. Spíše mu vadilo hrubé chování k němu ze strany lékařů a některých sester, které pramenilo zřejmě z jazykové bariéry.

### ***Respondent 10***

Rozhovor s cizincem bolivijské národnosti

V Čechách žije 2 roky a pracuje v nejmenované zahraniční firmě. Česky moc dobře neumí. V české nemocnici byl hospitalizován na traumatologickém oddělení před šesti měsíci, po autonehodě. V nemocnici neřešil komunikační problém se sestrami, protože po přijetí na oddělení měla naštěstí směnu sestra, která mluvila anglicky. Největší problémy nastaly také s ostatními sestrami, se kterými se snažil domluvit, ale marně. Pobyt v nemocnici vnímal velmi negativně, neboť měl dvě zlomená žebra a také zlomenou nohu. Celou dobu pobytu trpěl bolestmi a ještě často

zvracel. Díky svému špatnému zdravotnímu stavu a nevysvětlení daných příčin jeho stavu se cítil velmi frustrován a v beznaději. Lékaři na něj vůbec nemluvili anglicky, pouze česky. Pacient se domníval, že zdravotní personál nechce mluvit schválně anglicky. Tudíž lékařům při vizitě moc dobře nerozuměl. Pobyť v nemocnici po odborné stránce hodnotí kladně, ale po komunikační stránce velmi negativně.

## 5. Diskuze

Cílem této práce bylo odhalit komunikaci mezi sestrou a pacientem cizincem v ošetrovatelském procesu. Velkým pomocníkem kromě studia teoretických znalostí bylo i výzkumné šetření, které jsme prováděli u sester a pacientů, zabývajících se komunikací mezi sestrami a cizími pacienty. Výzkumné šetření jsme prováděli u sester pracujících na lůžkovém traumatologickém a dětském oddělení a také na oddělení jednotky intenzivní péče. Celkem bylo osloveno osm sester k rozhovoru. Dále jsme šetření zaměřili také na cizince, kteří žijí v České republice a byli hospitalizováni v české nemocnici. Bylo osloveno deset cizinců k rozhovoru.

Předmětem této práce bylo zmapovat komunikační bariéru mezi sestrou a pacientem-cizincem během ošetrovatelského procesu. Během výzkumu jsme zjistili, že sestry, které měly na starosti pacienty/cizince, jsou schopny lépe odpovědět na otázky než ty, které nemají žádné zkušenosti týkající se multikulturní péče. Z provedených rozhovorů je patrné, že sestry s mnohaletou praxí odpovídaly na otázky přirozeněji, než respondentky, které pracují krátce. Výsledky šetření byly částečně ovlivněny velikostí zařízení, kde se výzkumné šetření provádělo, charakterem či vnímáním vlastní osoby a zkušenostmi sester. Předmětem této práce bylo pochopit, jak sestry vnímají samotného pacienta nemluvící českým jazykem a jak postupují při provádění ošetrovatelských intervencí v rámci příjmu pacienta až do jejich propuštění. Důležitým bodem bylo také vnímání rozdílů a jejich jazykové překážky.

První výzkumná otázka se zabývala odhalením, jakým způsobem sestra komunikuje s pacientem/cizincem v ošetrovatelském procesu. Komunikace je klíčem každého vztahu bez výjimky i vztahu sester a pacientů. Je nezbytným nástrojem pro získávání informací o povaze obtíží pacienta. Přesto dochází ke špatnému přenosu informací, které může vést, až ke špatnému postupu v léčbě jak popisuje Bernard (2009). V našem výzkumu šetření jsme se zabývali zjišťováním, jaké problémy v komunikaci s pacienty mají sestry. Komunikace je velmi důležitá, jak pro pečovatele, tak i pro pacienty, a proto je důležité zjistit, jak sestry mohou komunikovat s pacienty, kteří neovládají český jazyk. Čtyři z celkového počtu osmi sester, potvrdily, že znají

cizí jazyk, který jim pomáhá čas od času v jejich práci, když dostanou do péče pacienty, kteří nemluví česky. Jedna sestra z osmi uvedla, že jednou využila pomoci profesionálního tlumočnicka pro komunikaci se španělským pacientem. Další sestry, které se zúčastnily těchto rozhovorů, říkaly, že používají hlavně non-verbální komunikaci při styku s pacientem jiné národnosti neovládající český jazyk. Jak je uvedeno v teoretické části: neverbální komunikace je komunikací gest, obrázků (nákrasy nebo piktogramy). Neverbální komunikace je jedna z metod komunikace používaných ve většině případů multikulturní péče a také jedna z nejefektivnějších. Po rozhovorech se sestrami a pacienty-cizinci lze říci, že nejpoužívanější a nejefektivnější komunikací mezi sestrami a pacienty-cizinci je neverbální komunikace. Pět z celkového počtu deseti cizinců potvrdilo tezi, že nejefektivnější komunikace mezi zdravotními sestrami a pacienty jiné národnosti je neverbální komunikace. Tři cizinci z deseti potvrdili, že během jejich hospitalizace některé sestry byly schopny komunikovat v jejich jazyce. Dva z celkového počtu deseti pacientů-cizinců potvrdili, že mohli komunikovat se sestrami během jejich hospitalizace díky pomoci jiných pacientů a lékařů.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jaké jsou základní chyby při komunikaci s pacientem-cizincem. Komunikace je výchozím bodem pro práci s pacientem. Jazykové bariéry ve zdravotnictví jsou projednávány na několika úrovních. Často je diskutován jejich vliv na léčbu. Po rozhovorech se sestrami můžeme odpovědět na otázku, jaké jsou základní chyby při komunikaci pacientů-cizinců. Šest z osmi dotazovaných sester nám umožňuje pochopit, že pro ně je náročné starat se o česky nemluvící pacienty. Je to náročné, protože nemají dostatek času, a pro efektivní a úspěšnou péči o tyto pacienty, musí mít sestry trpělivost a více času než na ostatní pacienty. Čtyři z celkového počtu osmi dotazovaných sester uvedly, že pacienti, kteří český jazyk neovládají, jsou uzavření, tím pádem je těžké zjistit konkrétní informace. Ve zkratce lze říci, že chyby při komunikaci s česky nehovořícím pacientem, hlavní překážkou je netrpělivost a nespolupráce. V multikulturní péči nejsou tyto překážky žádoucí, jelikož pacienti jsou více citlivější a je s nimi náročnější práce. Jak popisuje Sevigny (2008). Tito pacienti jsou citlivější, protože jsou daleko od svého domova

a také se cítí více ohrožení, tím pádem jsou nedůvěřivější, a je nutností, aby si sestra získala jejich důvěru, na což je zapotřebí dostatek času. Nedůvěra pacienta k sestře se může negativně projevit na procesu léčení, jak popisuje Tison (2007). Další chyba, která jsme našli během našeho výzkumu je strach: Pacient se bojí dotýkat neznámých osob. Můžeme říci, že potřeba účinné komunikace není závislá pouze na zaměstnanci s dobrou vůlí, ale také na právních požadavcích na poskytování zdravotní péče.

Třetí výzkumná otázka se zabývala zjištěním nejčastější komunikační bariéry při poskytování ošetrovatelské péče. Komunikace je součástí ošetrovatelské péče. Zdravotní problémy pacientů způsobené jazykovou a kulturní bariérou ve zdravotnictví. Je možné říci, že související zdravotní problémy pacientů/cizinců se promítají na obou stranách. Projevy onemocnění pacienta jsou často podmíněny jeho jazykem a kulturou jak popisuje Hanssen (2010). Pacient subjektivní obtíže prezentuje jinak, což je dáno rozdíly ve vnímání tělesných struktur, nemoci a její příčiny a způsobuje to problémy při jejich popisu. Pacient může být také zatížen svými vlastními zkušenostmi se zdravotní péčí v jeho zemi. Obzvláště těžké je vyhodnotit subjektivní příznaky jako bolest, únava, strach nebo nepohodlí. Šest z celkového počtu osmi sester při rozhovorech tvrdí, že největší problém, se kterým potkaly v multikulturní ošetrovatelské péči, byla jazyková bariéra. Tato hypotéza byla potvrzena sedmkrát z celkového počtu deseti cizinců. Takže můžeme říci, že největším problémem multikulturní péče je jazyková bariéra.

V multikulturní péči při přijímání informací se nejčastěji vyskytují komplikace subjektivní a objektivní. Těmito překážkami jsou tzv. komunikační bariéry. U každého z nás je nezbytné sebeovládání a využívání znalostí a komunikace ve vztahu k jiným kulturám. Takový způsob komunikace je multikulturní komunikace, která je spojena nejen s cizími jazyky, ale také s konvencemi a rituály jiných kultur, které bychom měli všichni znát a respektovat. Seznámení s historií, zvyky, tradicemi, postoji ke zdraví a nemoci je základem pro multikulturní přístup v jednání s pacienty z jiné kultury popisuje Kopp, Rethy a Chapuis (2006).

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala zjištěním, jak pociťují komunikační bariéru sestry při poskytování ošetrovatelské péče. Komunikace je pro profesi sestry velmi důležitá. Díky ní získává řadu důležitých informací, které jí napomáhají v péči o pacienty. Přesto nemoc pacienta a i naše schopnost komunikace před nás staví řadu překážek, které nám správnou komunikaci znemožňují. Jedna sestra z celkového počtu osmi respondentů uvedla, že neměla problém s jazykovou bariérou, protože nikdy neměla na starosti pacienta jiné národnosti, který nemluví česky, a proto to nikdy nezažila, ale domnívá se, že je to velmi náročné. Dvě z osmi dotazovaných sester uvedly, že bylo pro ně velmi náročné pečovat o pacienty, se kterými nesdílely žádný společný jazyk a také proto, že neměly žádné zkušenosti z minulosti. Pět z osmi sester potvrdily, že měly problémy s jazykovou bariérou, ale naštěstí všechno dobře dopadlo a nedošlo k žádné komplikaci při léčbě. K léčbě pacienta-cizince z celkového počtu osmi zdravotních sester jich odpověděly tři, že mají dostatečné znalosti cizího jazyka, tím pádem neměly žádné problémy a nedošlo ke komplikaci při léčbě, když měli na oddělení hospitalizovaného pacienta-cizince.

Pro sestry jsou komunikační bariéry faktory stresu v práci, ale většinou měly spíše pozitivní a konstruktivní zkušenosti.

Pátá výzkumná otázka měla zjistit, jak pociťují komunikační bariéru pacienti-cizinci. Problém jazykové bariéry činí více problémů u pacientů než u sester. I když ani pro zdravotní sestry toto není jednoduchá situace, pacienti jsou více vystaveni stresu, protože jsou v nemocnici, protože mají problém a vyhledávají řešení u lékařů. Takže když dorazí do nemocnice, potřebují větší podporu a porozumění sester, aby jim mohli jim důvěřovat. Jeden z celkového počtu deseti dotázaných cizinců tvrdil, že byl traumatizovaný během své hospitalizace

z důvodu jazykové bariéry. Nemohl vyjádřit to, co cítil ani co potřeboval, došlo ke komplikaci v léčbě. Komplikace léčby měla velmi negativní vliv na její duševní a fyzický stav, protože se rozhodl, že se nevrátí do nemocnice v České republice, dokud nebude mluvit plynule česky. Čtyři pacienti z celkového počtu deseti uvedli, že byli spokojeni během hospitalizace, i přesto, že byli konfrontováni jazykovou bariérou, neměli žádné komplikace v léčbě. Tři z celkově počtu deseti cizinců byli konfrontováni

problémem jazykové bariéry, ale díky vzájemné pomoci, našli cestu k vyřešení problému a dosáhli oboustranné spokojenosti.

Česky nemluvící pacienti jsou ovlivněni stavem, v němž se nacházejí, schopnost komunikace se tím pádem snižuje. Pro sestry je péče o pacienta-cizince těžká, vzhledem k časové náročnosti a další stresové faktory, které nepotřebují, protože mají na jejich péči tolik pacientů a spolu s nimi hodně práce. Musíme souhlasit se Zacharovou (2010), když píše, že komunikace, která je mezi sestrou a pacientem je nezbytná, nevratná a neopakovatelná. Protože bez efektivní komunikace, sestry nemohou dobře vykonávat svou práci a pacient se nemůže cítit dobře v průběhu ošetrovatelského procesu.

Interkulturní komunikace má velký vliv na porozumění mezi lidmi, je nesmírně důležitou při kontaktu s cizince, proto je pochopení verbální komunikace i neverbálních projevů v dnešním multikulturním světě velmi významné jak popisuje Amar, Gueguen (2005). Když pacient neví co se děje nebo nerozumí řečenému, se cítí nepochopený, ztracený. Stejně sestry mohou také se cítit bezmocně, když je jejich sdělení nesrozumitelné nebo nemohou rozumět pacientovi. Komunikace je základem ve vztahu mezi sestrou a pacientem.



## 6. ZÁVĚR

Tato práce zjišťuje důležitost komunikace v multikulturní ošetrovatelské praxi a identifikuje různé aspekty, jako je verbální a nonverbální komunikace nebo bariéry, které se mohou vyskytnout, a ukazuje způsoby, jak je překonat. Práce zkoumá a vysvětluje různé formy komunikace a význam dobrých komunikačních a společenských dovedností v multikulturních ošetrovatelské praxi. Efektivní komunikace je v podstatě jednou z nejdůležitějších dovedností, které je v praxi potřeba a často rozděluje sestry do různých stupňů způsobilosti. Jedná se o jednu z nejcennějších dovedností, která může být využita s cílem zajistit pacientovi odpovídající léčbu, zatímco je ve zdravotní péči. Jedná se o komplexní mnohostrannou dovednost, která se musí neustále zdokonalovat. Cílem této práce bylo odhalit komunikaci mezi sestrou a pacientem/ cizincem v ošetrovatelském procesu a k tomuto cíli byly stanoveny tyto výzkumné otázky.

Jakým způsobem sestra komunikuje s pacientem/cizincem?

Jaké jsou základní chyby při komunikaci s pacientem/ cizincem?

Jaké jsou nejčastější komunikační bariéry při poskytování ošetrovatelské péče?

Jak pociťují komunikační bariéru sestry při poskytování ošetrovatelské péče?

Jak pociťují komunikační bariéru pacienti/cizinci při poskytování ošetrovatelské péče?

Na základě mých získaných výsledků mohu říci, že jsem splnila cíl této práce, který jsem měla na začátku zadaný

Z výsledků výzkumného šetření práce vyplývá znalost českých sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Znalost multikulturního ošetrovatelství je u zdravotních sester na nízké úrovni a je ji třeba zlepšit.

Výsledek této práce by mohl být použit jako indikátor potřeby vzdělávat české sestry v multikulturním ošetrovatelství, které musí nezbytně zahrnovat kurz konkrétní

multikulturní ošetrovatelské péče a další jazykové kurzy, nebo alespoň kurz anglického jazyka, který je jeden z mezinárodních nejvíce užívaných jazyků na celém světě.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ ZDROJŮ

1. IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1. 103
2. ŠPIDUROVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství*. [online] [cit. 2010-12-31] . Dostupné z:  
[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/C0004CF34B/\\$File/c01t03.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/C0004CF34B/$File/c01t03.pdf)
4. Ministerstvo vnitra České republiky. (on-line).  
Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/udeleni-statniho-obcanstvi-ceske-republiky.aspx>, cit. 2010-07-22.
5. Průvodce systémem zdravotní péče České republiky. *Informační příručka pro cizince*. (on-line). 3. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 44 s. ISBN 80-86625-22-2.
6. . KŘIVÁNKOVÁ, M. *Multikulturní ošetrovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistentek*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 3, s. 10. ISSN 1210-0404.
7. ABRAM, U. *Péče v multikulturní společnosti*. Florence. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 9, s. 367. ISSN 1801-464X.
8. 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.

9. KOBER, L. *Specifika ošetrovateľskej péče o cizince*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
  
10. 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.
  
11. SEVIGNY, A. *Multiculturalisme - Vers un renouvellement de l'interculturalisme québécois*. *Le Devoir*, 9 mai 2008 : <http://www.ledevoir.com/2008/05/09/188897.html> dans Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien 2006–2007 <http://www.cic.gc.ca/multi/rpt/104-fra.asp>.
  
12. TISON, B. *Soins et cultures Formation des soignants à l'approche interculturelle*. ELSEVIER / MASSON: 2007. P. 247. ISBN 13 : 9782294082856.
  
13. HANSEN, I. *Facing Differentness: Ethical challenges in intercultural nursing*. VDM Verlag Dr. Müller: 2010. P. 268. ISBN - 13: 978-3639193411
  
14. KOPP, R., RETHY, M. P. et CHAPUIS, F. *Article « Ethique médicale et interculturelle » de dans Ethique et Santé n°3. 2 année 2006/05. P. 115-120, ISSN 1765-4629.*
  
15. AMAR, B., GUEGUEN, J-P., *Nouveaux cahiers de l'infirmière n°2 soins infirmiers concepts et theories démarche de soins*. Paris: 2005. Masson. ISBN neuedeno
  
16. HOERNI, B. KANTOR, G. MORTUREUX A., *Nouveaux cahiers de l'infirmière n°19 Cancérologie et Hémopathies soins infirmiers*. Paris, 2005 Masson. ISBN neuedeno

17. LEININGER, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. New York: 2002. P. 46, McGraw Hill., ISBN neuvedeno
18. N 207 GROUP F PUBLICATION . *Madeleine Leininger's nursing theory*. [cit. 2010-7-16] [online] dostupné z: [http://n207groupf.blogspot.com/2010/07/trial-3\\_16.html](http://n207groupf.blogspot.com/2010/07/trial-3_16.html).
19. WIKIPEDIA. *Madeleine leininger* [online] [cit. 2011-11-29]. Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Madeleine\\_Leininger](http://en.wikipedia.org/wiki/Madeleine_Leininger)
20. HORŇÁKOVÁ, A. *Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury*. Sestra. Praha: 2008. roč. 18, č. 9, str. 23-24. ISSN 1210-0404
21. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
22. . KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní/transkulturní komunikace. Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2006, roč. 8, č. 2, s. 96-98. ISSN 1212-7299.
23. PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
24. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
25. MEHRABIAN, A. *Nonverbal communication*. United States Of America, 2009. 16s. ISBN 978 – 0 – 202 – 30966 – 8.

26. ZACHAROVÁ, E. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2010, 07-08,s. 28-29  
Dostupné také z WWW: <<http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/643.pdf>>. ISSN 1210-0404.
27. BURNARD,P., GILL, P. *Culture, Communication and Nursing*. 1. Ed. Pearson Education, 2008. P. 300. ISBN 978-0132328920.
28. BERNARD, P., GILL, P. *Culture, Communication and Nursing*. Harlow: pearson Education Limited, 2009, ISBN 978-0-13-2328921.
29. KANITZ, A. *Umění úspěšné komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1222-9.
30. Jednota tlumočnicků a překladatelů. (on-line). Dostupné z: <http://www.tlumoceni-preklady.cz/o-prekladatelstvi/tlumocnik-sluzby-tlumocnika/>, cit. 2010-07-21.
- 31 . 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.
32. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
33. ELBERTOVÁ, Z. *Jazykové bariéry v českém zdravotnictví*. ( on-line). Dostupné z: <http://www.alfacz-preklady.cz/novinky/jazykove-bariery-v-ceskem-zdravotnictvi/>, cit. 2010-07-20.

## **8. Klíčová slova**

Cizinec

Pacient

Multikulturní

Jazyk

Komunikace

Neverbální komunikace

Ošetrovatelská péče

Jazyková bariéra

## **9. PŘÍLOHY**

**Příloha 1: Vývoj počtu cizinců s pobyty trvalými a dlouhodobými pobyty nad 90 dní v ČR**

**Příloha 2: Leininger's sunrise model**

**Příloha 3: Komunikační karty**

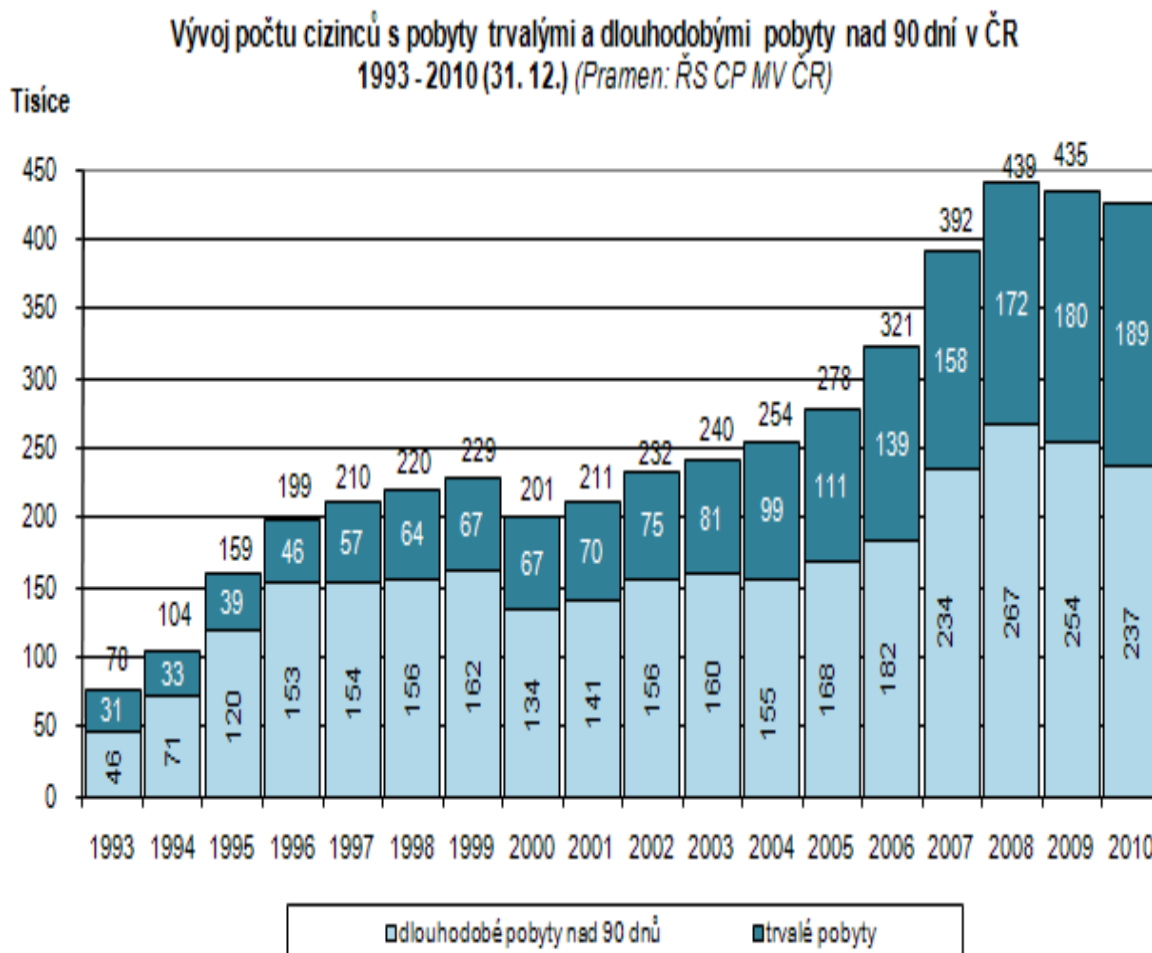
**Příloha 4: Rozhovor pro sestry**

**Příloha 5: Rozhovor pro pacienty**



## Příloha 1

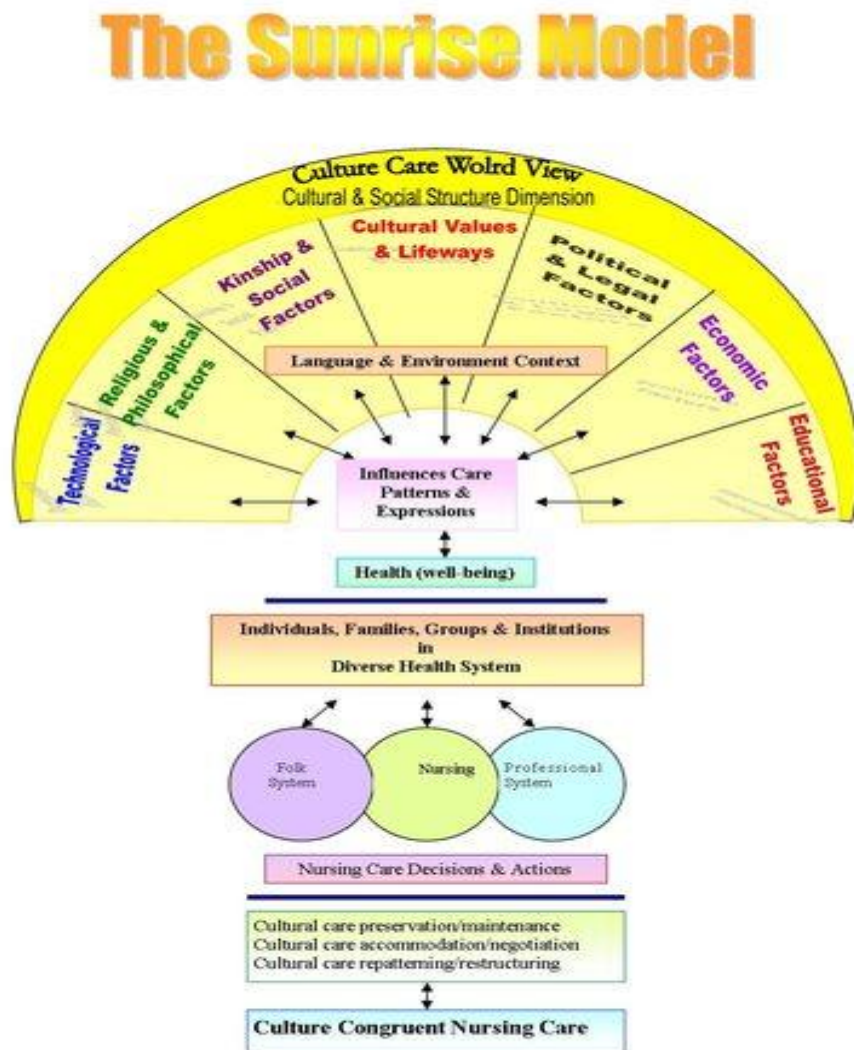
### Vývoj počtu cizinců s pobyty trvalými a dlouhodobými pobyty nad 90 dní v ČR



**Zdroj:** ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství.* [online] [cit. 2010-12-31]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz\\_pocet\\_cizinc](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizinc)

## Příloha 2










### Leininger's sunrise model.



**Zdroj:** N 207 GROUP F PUBLICATION . *Madeleine Leininger's nursing theory*. [cit. 2010-7-16] [online] dostupne z: [http://n207groupf.blogspot.com/2010/07/trial-3\\_16.html](http://n207groupf.blogspot.com/2010/07/trial-3_16.html)

## Příloha 3

### Komunikační karty

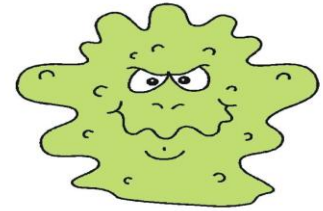
	I will be communicating with you by means of these cards.
	Ich werde mit Ihnen durch diese Karten kommunizieren.
	Мы с вами поговорим с помощью этих карточек.
	Je vais communiquer avec Vous à l'aide de ces cartes.
	ще разговарям с вас с помоща на тези карти
	Би тантай энэхүү хүснэгтийн тусламжтай харилцана.
	Beęę z panem/panią rozmawiać za pomocą tych kart.
	Ми з вами розмовлятимемо за допомогою цих карток.
	Tôi sẽ hội thoại với anh bằng sự giúp đỡ của những tấm thẻ Noy



	hygiiena
	hygiene
	die Hydienne
	гигиена
	higiiena
	vệ sinh
	ة، حصل اظفاح



-  hlad
-  hunger
-  der Hunger
-  голод
-  głod
-  đói
-  ،عوج



-  hlen
-  expectoration
-  der Schleim
-  мокрота
-  śluz
-  đờm
-  ،طاخم



-  jídelna
-  dining room
-  das Speisesaal
-  столовая
-  jadalnia
-  nhà ăn
-  ،ماعط قرح



-  injekce
-  injection
-  die Injektionen
-  инъекция
-  zastrzyki
-  tiêm
-  ،نقح



-  odběr
-  collection
-  die Blutentnahme
-  взятие
-  odbiór
-  sự lấy đi
-  ،ذخأ



-  operace
-  operation
-  die Operation
-  операция
-  operacja
-  mổ
-  ،ةي حارج ةيلمع





-  nejíst
-  don't eat
-  nicht essen
-  не кушать
-  nejedzenie
-  không ăn
-  ،لأكل امدع



-  nekouřit
-  don't smoke
-  nicht rauchen
-  не курить
-  nepalić
-  không hút thuốc lá
-  ،ن يخذتل امدع




-  nepít
-  don't drink
-  nicht trinken
-  не пить
-  nepić
-  không uống
-  ،برشل امدع



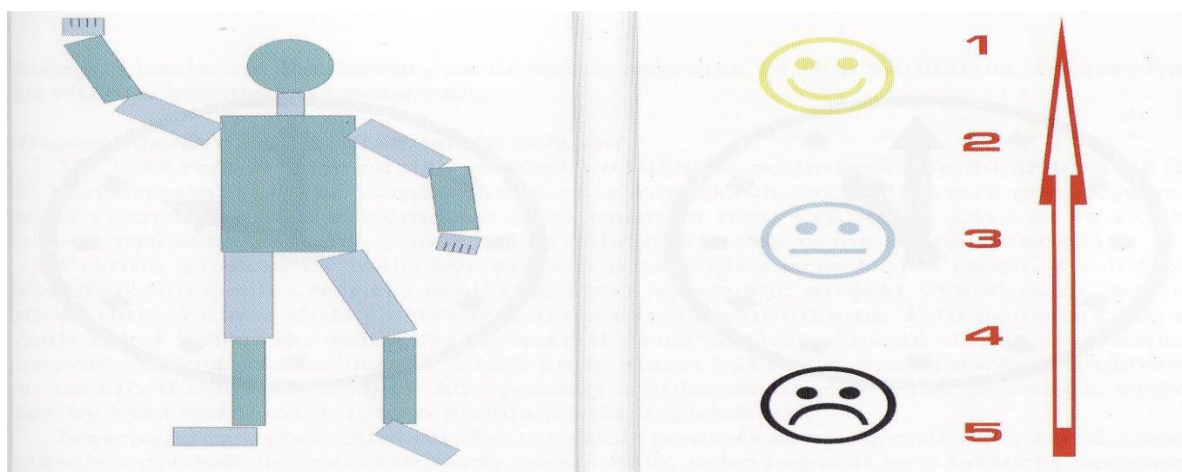
-  průjem
-  diarrhoea
-  die Durchfall
-  понос
-  rozvolnienie
-  ãa chảy
-  ،لأحسا



-  nepravidelná
-  irregular
-  unregelmäßig
-  нерегулярная
-  nieregularny
-  không thường xuyên
-  ،قلص اوتم ريغ



-  převaz rány
-  redress
-  die Verbindung
-  перевязка раны
-  preszewężz rany
-  băng vết thương
-  ،دامض



-  léky
-  medicaments
-  die Medikamenten
-  лекарства
-  lekarstva
-  thuốc
-  دواء



-  maso
-  meat
-  das Fleisch
-  мясо
-  mäso
-  thịt
-  لحم

**Zdroj:** ŠKRABOVÁ, H. *komunikace s cizinci* (online). Dostupné z:

[http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Komunikace\\_s\\_cizinci.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Komunikace_s_cizinci.pdf) [cit.

2010- 08]

## **Příloha 4**

### **Rozhovor pro sestry**

1. Jak dlouho pracujete jako sestra?
2. Věková kategorie
3. V jakém oddělení pracujete?
4. Ošetřoval (a) jste na svém oddělení pacienta cizince? Pokud ano, jakou                      byl národností?
5. Jakým způsobem se dorozumíváte při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů cizinců?
7. Jak hodnotíte Vaší znalost cizího jazyka?
8. Jak hodnotíte komunikaci mezi Vámi a pacientem cizincem?
9. Přijímáte-li pacienta cizince, zjišťujete si sama potřebné informace k uspokojení její péče.
10. Co považujete za největší problém v péči o pacienta cizince?
11. Máte možnost na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočnickem?
12. Je tlumočnick přítom v nemocnici?
13. Používáte na svém oddělení komunikační karty?
14. Jste teoreticky připraven(a) na péči o pacienta cizince?
15. Zajímala jste jako sestra o specifický ošetrovatelský péče týkající pacientů cizinců?

**Zdroj: vlastní**

## **Příloha 5**

### **Rozhovor pro pacienty**

1. Odkud jste?
2. Jak dlouho žijete v ČR?
3. Mluvíte český?
4. Už jste někde byl(a) hospitalizován (a) v nemocnici?
5. Pokud ano na jakém oddělení?
6. Jak dlouho jste byl(a) hospitalizován (a)?
7. V jakém jazyce jste komunikoval (a) s ošetřovatelského týmu?
8. V případě, že nemluvíte česky byla ošetřovatelská tým schopný mluvit vaším jazykem?
9. Měl(a) jste možnost zajistit kontakt s tlumočnickem?
10. Jaká byla vaše pocity v nemocnici?
11. Jak byste hodnotil (a) komunikace mezi vámi a sester?
12. Byl(a) jste spokojen (a) během hospitalizace?

**Zdroj: vlastní**