



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Multikulturní přístup v přednemocniční
neodkladné péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘSTVÍ

Autor: Andrea Janová

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Drábková

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Multikulturní ošetrovatelství v přednemocniční neodkladné péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 7. 8. 2023

.....

Andrea Janová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomohli v realizaci mé bakalářské práce. Zejména děkuji své vedoucí práce, Mgr. Ivetě Drábkové, za její vstřícný přístup, pochopení, trpělivost a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a ochotně mi poskytli své zkušenosti s multikulturním ošetrovatelstvím, jemuž se tato práce věnuje.

Multikulturní přístup v přednemocniční neodkladné péči

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje multikulturnímu ošetřovatelství v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Jde o téma aktuální, neboť je v dnešní globalizované společnosti nutné, aby zdravotničtí záchranáři měli alespoň základní znalost této problematiky.

Teoretická část vymezuje základní pojmy v multikulturním ošetřovatelství, věnuje se komunikaci a charakterizuje jednotlivé minoritní skupiny žijící v České republice. Pro praktickou část byly stanoveny tři cíle: 1. Zmapovat postup zdravotnických záchranářů při poskytování péče příslušníkovi jiné národnosti v podmínkách přednemocniční neodkladné péče; 2. Zmapovat zkušenosti zdravotnických záchranářů s jedinci daných kultur v rámci přednemocniční neodkladné péče; 3: K naplnění výše uvedených cílů byl využit kvalitativní výzkumný postup pomocí metody dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořili zdravotničtí záchranáři z Karlovarského a Jihočeského kraje s různou délkou své praxe.

Výzkumné šetření došlo k závěru, že záchranáři při kontaktu s různými etnickými skupinami volí stejný postup. Jsou si sice vědomi specifik daných kultur a etnik, ale jazyková bariéra jim často nedovolí těmto své jednání přizpůsobit. S poskytováním péče minoritním skupinám mají zdravotničtí záchranáři pozitivní i negativní zkušenosti. Výzkumem bylo odhaleno, že výuka multikulturní péče je spíše nedostatečná, ale zdravotničtí záchranáři jsou ochotni se v problematice dále vzdělávat.

Na základě výzkumu byla navržena možnost vytvořit speciální aplikaci, která by v terénu rychle a přesně přeložila lékařské termíny do cizích jazyků. Také byla vytvořena informační brožurka o zásadách poskytování přednemocniční neodkladné péče různým etnickým skupinám. Dále by bylo možné informace z této bakalářské práce využít při tvorbě skript, která by byla určena k výuce multikulturního ošetřovatelství na vysoké škole.

Klíčová slova

Komunikační bariéra; kultura; minorita; multikulturní ošetřovatelství; náboženství

Multicultural approach in Pre-hospital emergency care

Abstract

The topic of the bachelor thesis is dedicated to multicultural nursing specifically in the conditions of pre-hospital emergency care. In today's globalized society it is necessary for paramedics to have basic knowledge of multicultural care.

The theoretical part defines basic concepts in multicultural treatment, it is dedicated to communication and characterizes individual minorities living in the Czech Republic. For the practical part, there were three goals set: 1. To map out the approach of paramedics while providing care to a member of another nationality in the conditions of pre-hospital emergency care. 2. To map out the experience of paramedics with the individuals of given cultures within pre-hospital emergency care. 3. Find out the opinion of paramedics on whether they were sufficiently prepared for multicultural care within the qualification study. To fulfil set goals, qualitative research method was used, via the approach of queries and semi-structured interview technique. The research sample consisted of paramedics of the Karlovy Vary and South Bohemia regions with various lengths of experience.

The research investigation found, that paramedics choose the same approach when in contact with ethnic groups. They are aware of various differences, though the most common problem is the communication barrier. The paramedics have both positive and negative experiences considering providing care to minorities. The research revealed, that the education about multicultural care is mostly insufficient and that the paramedics are willing to further educate themselves on the issue.

Based on the research, an option of developing a special application was proposed. It would be able to quickly and precisely translate even professional medical terms from different languages in action. An information brochure about the principles of providing pre-hospital emergency care to ethnic groups was also made. Furthermore, it would also be possible to compile information from the bachelor thesis into scripts, which would be intended for teaching about multicultural nursing.

Key words

Communication barrier; culture; minority; multicultural nursing; religio

Obsah

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Současný stav | 9 |
| 1.1 | Multikulturní ošetřovatelství..... | 9 |
| 1.1.1 | Základní pojmy..... | 10 |
| 1.2 | Transkulturní komunikace | 13 |
| 1.2.1 | Druhy komunikace | 14 |
| 1.3 | Sociokulturní menšiny a jejich specifika v ošetřovatelské péči | 15 |
| 1.3.1 | Ruská minorita..... | 16 |
| 1.3.2 | Ukrajinská minorita | 18 |
| 1.3.3 | Romská minorita | 19 |
| 1.3.4 | Vietnamská minorita | 21 |
| 1.3.5 | Mongolská minorita..... | 23 |
| 1.4 | Náboženství a specifika ve zdravotnické péči | 23 |
| 1.4.1 | Judaismus | 24 |
| 1.4.2 | Islám | 26 |
| 1.4.3 | Buddhismus | 28 |
| 1.4.4 | Hinduismus..... | 29 |
| 1.4.5 | Křesťanství | 30 |
| 1.4.6 | Svědkové Jehovovi..... | 31 |
| 1.4.7 | Adventisté sedmého dne..... | 31 |
| 2 | Cíle práce a výzkumné otázky | 33 |
| 2.1 | Cíle práce | 33 |
| 2.2 | Výzkumné otázky | 33 |
| 3 | Metodika | 34 |

| | | |
|-----|--|----|
| 3.1 | Použitá metoda a technika výzkumu | 34 |
| 3.2 | Charakteristika výzkumného vzorku | 35 |
| 4 | Výsledky výzkumného šetření | 36 |
| 4.1 | Identifikační údaje informantů..... | 36 |
| 4.2 | Kategorizace výsledků výzkumu | 37 |
| 4.3 | Kategorie 1: Postup v PNP u etnických skupin | 38 |
| 4.4 | Kategorie 2: Zkušenosti s etnickými skupinami..... | 42 |
| 4.5 | Kategorie 3: Vzdělání v multikulturní péči | 46 |
| 5 | Diskuze..... | 49 |
| 6 | Závěr | 55 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů | 56 |
| 8 | Seznam příloh..... | 61 |
| 8.1 | Příloha 1: Otázky k rozhovoru..... | 62 |
| 8.2 | Příloha 2: Informační brožurka pro zdravotnické záchranáře | 63 |
| 9 | Seznam zkratk | 64 |

Úvod

V současné globalizované společnosti nežijí v jedné zemi pouze zástupci tamní původní kultury. Lidé mají jednak možnost pohodlně a rychle cestovat, svobodně volit místo, kde se usadí, zároveň ve světě vznikají situace, jimiž jsou nuceni opustit svá bydliště a migrovat do cizích zemí za bezpečím, ať už na dobu nezbytně nutnou, či natrvalo. Volba, či nutnost přestěhování do nové země s sebou přináší mnohá úskalí – od zařazení potřebných dokumentů, učení se novému jazyku, až po integraci do nové společnosti a odlišného systému, který mj. zahrnuje i oblast zdravotnictví.

Lékaři a zdravotníci musí být schopni poskytovat péči nejen svým krajanům, ale i cizincům, což s sebou přináší mnohá úskalí. Komunikaci může znesnadňovat jazyková bariéra, pacienti-cizinci mohou být zvyklí na jiné standardy péče, či mít nábožensky motivované požadavky. Při větší migrační vlně je pak zdravotnický systém zatížen počtem cizojazyčných klientů, požadavky na jazykovou vybavenost zdravotníků a možným zavlečením chorob z domoviny migrantů.

Z výše uvedených faktů byla vyvozena potřeba zmapovat připravenost zdravotnických záchranářů na multikulturní ošetřovatelství. Tato práce nastíní jejich zkušenosti s poskytováním péče minoritním skupinám a postupy, které v takových situacích ve své dosavadní praxi volili. Dále bude reflektovat přípravu záchranářů na multikulturní ošetřovatelství, již se jim dostalo během kvalifikačního studia, a jejich spokojenost se znalostmi a zkušenostmi v této problematice nabytými, popř. motivaci tyto rozšiřovat a prohlubovat.

1 Současný stav

1.1 Multikulturní ošetrovatelství

Multikulturalismus spadá mezi sociální jevy, jde o soužití společnosti, jejíž příslušníci pocházejí z různých zemí, mají jiné společenské hodnoty či uznávají odlišná náboženství. Spadá pod něj také problematika znevýhodnění menšinových společenství. (Tóthová et al., 2012). Pod pojmem multikultura si lze představit idealistické soužití různých menšinových skupin, které mezi sebou vycházejí a spolupracují spolu. A i přes svou odlišnost mají stejná práva a jejich kultura není podřazená kultuře majoritní skupiny (Eriksen, 2008).

Podle Kutnohorské (2013) můžeme už od založení Československé republiky roku 1918 považovat naši společnost za multikulturní. Byla složena převážně z dvou slovanských národů, ale také ze spousty národnostních menšin jako byli Němci, Židé, Poláci, Rumuni a Maďaři.

Multikulturní ošetrovatelství se zaměřuje na respektování rozmanitosti různých kultur, zvyků a praktik v rámci zdravotnické péče. Jeho cílem je zlepšit komunikaci a porozumění mezi pacienty a zdravotníky, aby se pacienti cítili bezpečně a využívali zdravotnických služeb. Ještě dále pak jde ošetrovatelství transkulturní, jež je ještě více zaměřené na překonání kulturních bariér, snaží se porozumět rozdílům a aktivně pracovat na jejich odbourání, aby se zlepšila kvalita zdravotnické péče (Tóthová et al., 2012). Transkulturní ošetrovatelství se nadále vyvíjí jako vlastní ošetrovatelský obor, který využívá pro svůj rozvoj různé výzkumné metody.

Z historického hlediska považují Špirudová et al. (2006) za světově uznávanou zakladatelku oboru multikulturního ošetrovatelství profesorku Madeleine Leiningerovou, která se o ošetrovatelskou péči přizpůsobenou kulturním menšinám zajímala od 50. let 20. století. Leiningerová tehdy pracovala na dětské psychiatrii ve Spojených státech amerických, zde si začala uvědomovat rozdíly mezi americkými dětmi a dětmi, které pocházely například z Afriky, Mexika, nebo se řadily k náboženským menšinám. Všimla si, že děti odlišných národností jinak vyhodnocovaly chuťové vjemy, rozličným způsobem odpočívaly, lišily se jejich volnočasové aktivity a měly rozdílný postoj k terapii. Některé děti byly spíše zamlklé, druhé naopak dávaly jasně najevo své pocity (Špirudová et al., 2006).

1.1.1 Základní pojmy

V souvislosti s multikulturním ošetřovatelstvím je nutné si vymezit určité pojmy, které s danou problematikou souvisejí. Výklad termínů se částečně prolíná, pochází z kulturní antropologie, sociologie, etnologie, pedagogiky a sociální práce (Ivanová et al., 2005).

Etnikum neboli *etnická skupina* má kořeny v antické řečtině, kdy *ethnos* je v překladu kmen, rasa a národ. Je zřejmé, že k etnické rozrůzněnosti populace docházelo již ve starověku. Člověk se do určité etnické skupiny zařadí svým narozením, kdy sdílí s ostatními členy jazykové, náboženské, společenské a kulturní zvyky. Tuto skupinu navzájem spojuje barva pleti a mateřská země, ať už jejich či jejich předků (Ivanová et al., 2005).

Etnicita, úzce spjatá se znaky kultury, je termín pro systém, ve kterém daný jedinec etnické skupiny vyrůstá a formuje svou mysl. Jedná se o soubor veškerých rysů určujících etnikum. Opět se sem promítá historie, představy o společenském životě a rodný jazyk (Ivanová et al., 2005).

Etnická příslušnost definuje soužití jedince s daným etnikem podle objektivních komponentů, jimiž jsou užívání rodného jazyka a způsob zakládání si vlastního domova dle převzatého rodinného vzoru. Mezi subjektivní komponenty patří postoj k životu, dodržování tradic a nastavení životních hodnot (Ivanová et al., 2005).

Termín *národ* označuje společenství, které sdílí stejné území, jež je spjato historickými událostmi a politikou daného státu. Jsou popisována tři kritéria pro národ, která se navzájem prolínají: kultura, politika a psychologické smýšlení pro vlastenectví (Ivanová et al., 2005).

Pokud se člověk hlásí k určité národnosti či etniku, odborným termínem je *národnost*. Jde o příslušnost k určitému politickému systému nebo k etnické skupině. O státní příslušnosti lze hovořit v politickém smyslu, kdy se obyvatelé státu dají rozdělit na vlastní občany, cizince a bezdomovce bez státního občanství (Ivanová et al., 2005).

Pojem *národnostní menšiny* je důležitý k zařazení etnických skupin do státu. Jedná se o sociální, náboženské i rasové menšiny. Pro příklad Baskové nemají své vlastní

území a jsou nuceni tvořit menšinové skupiny v cizích zemích. Lze potkat také jedince, kteří se odstěhovali ze své rodné země a rozhodli se pro život v jiné společnosti. A v poslední řadě se jedná o náboženské skupiny (Ivanová et al., 2005).

Slovo *kultura* pochází z latinského slova „colere“. Základ k chápání kultury jako komplexního celku socializace položil římský filozof Marcus Tullius Cicero. Kultura zahrnuje veškeré tradice, umění, právní předpisy, náboženství, chování a jedná se o společné vnímání světa daným státem. Člověk kulturu přejímá od narození, postupnou socializací si pak skrze ni vytváří představy o světě a vlastní hodnoty. Jejím hlavním aspektem je mateřský jazyk (Ivanová et al., 2005).

Nováková (2008) rozděluje kulturu na tři základní vrstvy, jež přirovnává k cibuli. K slupce se řadí rysy, které na první pohled lidské oko vidí a všimne si jich. Jde o jazyk, styl oblékání, způsob stravování a design budov. Střední vrstvy si jde všimnout až po delším pozorování příslušné kultury, patří sem základní etické normy dané společností, zejména chápání dobra a zla, dále pak způsoby seznamování se, zdravení se, až po pravidla chování v silničním provozu. Samé jádro cibule už vyžaduje přímý, dlouhodobý styk s kulturou a vede k poznání jejích idejí, zvyků a obyčejů.

Když jedinci poznávají cizí kultury a neznámá prostředí, jež jim způsobují nepříjemné napětí a pocit zmatenosti, hovoříme o *kulturním šoku*, který jako první v roce 1951 vymezil kulturní antropolog Cora du Boise (Ivanová et al., 2005; Kutnohorská, 2013).

Dle Duttona (2012) se jedná o proces začlenění jedince nebo etnické skupiny do cizí kultury. Proces začíná hned po setkání s neznámou kulturou a záleží pouze na jedinci, zda danou kulturu přijme a v jakém časovém období bude proces probíhat. Přistěhovalec se musí přizpůsobit podnebí, způsobu stravování, místní mluvě, tradicím a celkovému způsobužití. Zakončením procesu je pak začlenění jedince do nového života a jeho přijetí okolím.

Kanadský antropolog Kalervo Oberg se věnoval kulturnímu šoku ve svých studiích. Popisoval úzkost a pocit nezačlenění, které prožívají zejména přistěhovalci z cizích zemí, již se vydali do cizí země v rámci dobrovolnictví, nebo vycestovali za prací, studiem či zábavou. Oberg hovoří o nemožnosti navázat a vést smysluplnou

konverzaci a smýšlet s okolím, naladit se na okolní vlnu. Často dle něj cizinec zakouší pocity neúplnosti, dezorientace a nepochopení (Jackson, 2010).

Dle Kutnohorské (2013) vymezil Oberg v roce 1953 čtyři fáze kulturního šoku. V první fázi, nesoucí název *medové týdny – Honeymoon*, cizinec zažívá pocity euforie a štěstí z poznávání neznámého. Všechny nové vjemy jsou pro něj pozitivní (Dutton, 2012). Kutnohorská (2013) popisuje první fázi jako turistickou, čímž rozumí stav, kdy je člověk fascinován a okouzlen novými vjemy z cizího prostředí.

Druhá fáze, tzv. *krize*, definuje začlenění do společnosti, při němž si jedinec takzvaně sundá růžové brýle a začne vnímat společnost bez počátečního nadšení. Dochází k negativnímu vnímání okolního prostředí, jedinec zažívá frustraci a kritizuje místní kulturu. Velice často zde dochází k etnocentrismu (Dutton, 2012). Dle Ivanové et al. (2005) v této fázi začínají na povrch vyplouvat problémy, které se stávají nevyřešitelnými. Nastává problém vést konverzaci a navazovat mezilidské vztahy. Často dochází k neúmyslné chybě v komunikaci, která vyvolá ukřivdění druhé osoby.

Ve třetí fázi, pojmenované jako *poznání*, dochází k ujištění, že věci fungují sice odlišně, ale nemusí být vždy špatné. Cizinec si začne všimnout pozitiv nové kultury a začne se postupně začleňovat do společnosti, spustí se období adaptace (Dutton, 2012). Dle Kutnohorské (2013) se jedinec během fáze poznávání odhodlá k učení nové kultury a přizpůsobení se okolí. Zdokonaluje se v řešení jednotlivých situací a začne poznávat pravidla dané kultury. Již nemá problém zařídit si potřebné dokumenty a potvrzení na úřadě, zajít si nakoupit, vykonávat pracovní povinnosti, konzumovat potraviny ve veřejných prostorách nebo zajít si k lékaři (Ivanová et al., 2005).

V poslední fázi, *přizpůsobení*, se jedinec zcela adaptuje na chod společnosti, do níž přišel jako cizinec. Novou kulturu sice nepřijme za svou vlastní, ale už ji chápe a je ochoten v ní žít a nalézat kompromisy. Došlo k jeho integraci a znovunalezení radosti z poznávání nového prostředí (Dutton, 2012). Podle Ivanové et al. (2005) se jedná o stádium, v němž už je člověk opět spokojený a může se těšit z nové kultury.

Fáze kulturního šoku se zaznamenávají písmenem „U“, ke kterému lze přidat další „U“, jež už popisuje proces adaptace po návratu domů. Křivka se nazývá „dvojitě U“.

Po návratu do rodné země, když dojde k ukončení adaptace v cizí zemi, jedinec často zažívá opakovaný kulturní šok (Kutnohorská, 2013).

Dle Pedersona (1995) nelze období kulturního šoku zcela přesně rozdělit, i přesto se taktéž pokusil vymezit reakci na stresové období. V návaznosti na Obergu ji rozčlenil do pěti fází. Jde o stádia *honeymoon*, *krize*, *začlenění* a navazuje *znovu-autonomie* a proces *provázání a přijetí* dané společnosti. Na každého jedince ovšem kulturní šok dopadá jinak a ovlivňuje celou bio-psycho-sociální složku člověka.

Proces, během něhož se člověk stává členem určité sociální skupiny, se nazývá *socializace*. Jedinec získává své postavení ve společnosti, učí se nutným dovednostem, aby byl schopen zařadit se na určitou pozici, a osvojuje si hodnoty skupiny. Socializace se dělí na primární a sekundární. S primární socializací se člověk setkává již od útlého dětství, probíhá v rodině, do níž se jedinec začlení narozením. Sekundární socializace je procesem, kdy dochází k integraci do nových sociálních skupin mimo vlastní rodinu (Ivanová et al., 2005).

Proces osvojování si cizí kultury, než je naše vlastní, prolínání dvou kultur rozlišných, při němž může dojít k proměně kultury základní (původní kultury jedince), nazýváme *akulturace* (Ivanová et al., 2005).

Minorita neboli menšina definuje určitou skupinu lidí, kteří si jsou blízcí, ať už kulturou, náboženstvím, jazykem, rasou nebo sexuální orientací. Proti menšině stojí dominantní skupina, jenž ji početně převyšuje. Často se dominantní skupina nechová vůči menšině spravedlivě a přistupuje k ní s opatrností a odtažitostí. Minoritní skupina si uvědomuje svou podřízenost a sociální nevýhodnost. Pokud si skupina stojí za svou odlišností, jsou posilovány vnitřní vztahy, zástupci skupiny dodržují svá pravidla, tradice a zvyky. Naopak, když chce menšinová skupina splynout s dominantní, je zapotřebí od svých zvyklostí opouštět a přijímat tradice z dominantní skupiny. K začlenění nejčastěji dochází pomocí sňatků, přizpůsobení a integrace (Ivanová et al., 2005).

1.2 Transkulturní komunikace

Za hlavní význam komunikace se považuje výměna informací jak mezi lidmi, tak živočichy. Pomocí komunikace je možné se dorozumívat, domlouvat se a vyhnout se

konfliktům (Vymětal, 2008). Schopnost komunikace není vrozená, je potřeba se v ní rozvíjet a zdokonalovat se. Pro zdravotnický personál jsou komunikační dovednosti velice podstatné kvůli schopnosti pochopení komplexnosti potřeb pacienta (Tomová a Křivková, 2016).

Právě komunikace mezi lidmi rozdílných kultur je náročná (Nováková, 2008). Základní faktory pro úspěšné dorozumění jsou: komunikační dovednosti, schopnost naslouchat a porozumět, kulturní vlivy a kritické myšlení. Při transkulturní komunikaci mohou nastat různé komunikační bariéry, například jazykové a kulturní rozdíly, které mohou vést ke zmatku, nedorozumění, nebo dokonce i konfliktům.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2016) pro jednodušší komunikaci s pacienty-cizinci vytvořilo dvojjazyčné komunikační karty. Tyto jsou dostupné v devíti jazycích a byly rozděleny do pěti tematických oblastí: dětské lékařství, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelství, vnitřní lékařství a seznam obtíží + strava.

Pro úspěšnou komunikaci je nutností vytvořit příjemné a otevřené prostředí. Respektování osobního prostoru je důležitým bodem multikulturní komunikace. V evropských státech se jedná o prostor vymezený cca délkou paže, zatímco v zemích Latinské Ameriky se udržuje ještě na kratší vzdálenost. Pokud se vyskytnou pochybnosti o dodržování vhodného odstupu, první komunikující utvoří prostor pro něj komfortní a druhému dá možnost ho upravit. V krizové situaci a při jazykové bariéře bychom se měli vyhnout rychlé a hlasité řeči, upřednostnit pomalé tempo řeči a srozumitelnou výslovnost. Jazykové prostředky bychom měli volit na základní, nejjednodušší komunikační úrovni. Důležité je také respektovat rozdílnosti v postavení mužů a žen u jiných kultur a dbát i na odlišnosti dané náboženským vyznáním cizinců (Vymětal, 2009).

1.2.1 Druhy komunikace

Jsou vymezeny dva základní druhy komunikace, kterých je potřeba ve zdravotnictví plně využívat – komunikace verbální a neverbální. Verbální komunikace je proces přenosu informací pomocí slov, řeči a jazyka, který využíváme každý den. Může mít formu psanou i mluvenou (Zacharová, 2016).

Většina naší běžné komunikace je však neverbální, která nevyužívá slov, ale spoléhá se na posturologii – řeč těla, mimiku, gesta, oční kontakt, intonaci hlasu a haptiku – hmat. Mimikou rozumíme souhrn pohybů obličejových svalů k vyjádření emocí a nálad. Dotekem lze vyjádřit vřelost i poděkování. Gestikulace zahrnuje pohyby rukou a paží k vyjádření emocí a také k upřesnění významu řeči. Gesta mohou být i kulturně specifická. Například v Česku využívané pokynutí ukazováčkem k přivolání někoho je ve vietnamské kultuře nezdvořilé, přivolává se tak pes (Ivanová et al., 2005).

Význam neverbální komunikace spočívá dle Linhartové (2007) především v tom, že poskytuje další vrstvu informací, které mohou pomoci upřesnit, či změnit význam vyřčených slov. Když například člověk řekne: „To je skvělé.“ s úsměvem na tváři, jeho neverbální dorozumívání může naznačovat, že to myslí upřímně a opravdu ho to těší. Naopak, pokud by stejnou větu vyslovil s cynickým výrazem a ironickým tónem, mohlo by to vyjadřovat pravý opak sdělených slov.

1.3 Sociokulturní menšiny a jejich specifika v ošetrovatelské péči

V České republice jsou práva příslušníků menšinových skupin definována zákonem 273/2001 Sb. Za člena národnosti menšiny je v České republice považován každý, kdo se hlásí k jiné národnosti, přestože je českým občanem. Národnostní menšiny se odlišují svým etnickým původem, kulturou, tradicemi a jazykem. Utvářejí si svá společenství, neboť chtějí uchovat vlastní národní zvyky a hodnoty (Úřad vlády ČR, 2017).

Hlavním znakem národnostních menšin je jejich země původu a národnost, ke které se hlásí. Uctívají svůj národ a jsou hrdí na rodnou zemi. Mezi distinktivní prvky Venclová et al. (2013) zařazují způsob komunikace, projev úcty, nastavený sociální systém a řád. Mohou se od dominantní skupiny lišit svým životním stylem, např. denním režimem, kulturou stravování, úpravou zevnějšku, hygienou, nebo pak v hlubším smyslu svou filozofií a náboženským vyznáním.

Během poskytování zdravotní péče je nutné respektovat příslušníka jiné národnosti. Pro začátek je nejdůležitější se shodnout na způsobu komunikace, který musí být srozumitelný pro oba zúčastněné. Lze využívat jak verbální, tak neverbální komunikaci, často také kombinaci uvedených. Je nutné dbát na mimiku a gestikulaci. Možná je komunikace přímá, nebo s využitím tlumočnicka (Ivanová et al., 2005).

Dle Ivanové et al. (2005) je mimo komunikaci také nutné poznat preferovanou výživu a její kulturní význam, případně umožnit tradiční styl hodování. Nepodávat jídlo, které daná etnická skupina z náboženských důvodů odmítá. Při ošetřování daných jedinců zohlednit jejich tradiční medicínu a speciální požadavky z ní vycházející. Samozřejmostí by měla být velká trpělivost ze strany zdravotnického personálu, projevená empatie a ochota naslouchat.

Česká republika byla delší čas pouze přechodnou zemí pro imigranty. V současné době se stala také cílenou destinací převážně pro přistěhovalce ze Slovenska a Ukrajiny. Ti zde před únorem 2022 hledali především lepší životní podmínky, nabídky práce a vyspělejší zdravotnický systém, v současnosti do ČR Ukrajinci prchají před válkou. Další menšinové skupiny české populace tvoří Vietnamci, Rusové, Mongolové a přistěhovalci z amerických kontinentů (Tóthová et al., 2012).

1.3.1 Ruská minorita

Rusko je rozlohou největší stát světa a je na devátém místě světového žebříčku zemí s nejvyšším počtem obyvatel. Rusové se často stěhují ze své nehostinné země a vytváří v České republice národnostní menšinu. Ruská emigrace probíhala ve čtyřech vlnách. První skupina přišla, když se na začátku 20. století dostali k moci bolševici. Po druhé světové válce se část Rusů nechtěla vrátit zpět, přesto byli někteří pod nátlakem deportováni do své rodné země. Pak přicházeli za období studené války. Kvůli vpádu vojsk Varšavské smlouvy na území Československa roku 1968 nejsou ruští přistěhovalci v tuzemsku příliš oblíbení, velkou roli v tom hraje také jejich nepřizpůsobivost, nezáměr učit se český jazyk a finanční nezávislost. Od roku 1990 se stěhují převážně studenti (Zassiedko, 2019).

Rusové používají stejně jako Češi dvojí způsob oslovení – tykání a vykání. Tykání se nabízí pouze blízkým přátelům nebo věkem stejným osobám, také se využívá při komunikaci s dětmi. Představují se nejčastěji příjmením a křestním jménem. Další možností je představení se křestním jménem a jménem po otci (druhé v pořadí), jež se nejčastěji využívá v rámci zdvořilé komunikace (např. v pracovních vztazích). Při běžné komunikaci není v Rusku zvykem oslovovat se akademickými tituly, užívá se oslovení „pane“ a „paní“. V kostele, v restauraci nebo v čekárně u lékaře hovoří ruští občané většinou tiše. Pokud si chtějí zkrátit čekání, zahájí směle rozhovor i s cizím člověkem,

ale je třeba brát v potaz, že nejsou zvyklí projevovat sympatie a doprovázet komunikaci úsměvem (Ivanová et al., 2005).

Nejrozšířenějším náboženstvím ruského obyvatelstva je pravoslavná církev. Velký vliv na smýšlení lidí má ovšem socialistická ideologie, kterou pravoslavná církev uznala a podporovala. Komunističtí představitelé jsou dodnes oblíbeni. Tradice a svátky Rusové zásadně a rádi zachovávají i na území České republiky. Nejsou ovšem dochvilní, na domluvenou schůzku klidně přijdou s několikaminutovým zpožděním, jak píše Zassiedko (2019). Dodržování pravidel také není jejich silnou stránkou, po nastavení léčebného režimu se musí kontrolovat.

Stolování je pro Rusy velice oblíbeným časem, jsou pohostinní. Strava je hutná a rozmanitá, do svých jídel dávají spoustu zeleniny a masa. Polévky jsou oblíbené, stejně jako ovesné kaše, zejména přes zimní období. V České republice však často jí nepravidelně kvůli práci, kde tráví až 16 hodin denně a vynechávají tak teplé jídlo (Dobiášová et al., 2004). Velmi oblíbený a tolerovaný je v ruské společnosti alkohol, přičemž je dokonce považován za polehčující okolnost, pokud pod jeho vlivem jedinec spáchá přestupek (Ivanová et al., 2005).

Rusové si rádi utužují zdraví saunováním, saunu pojmají jako duševní očistu, proto se tato zařízení často nacházejí i v jejich domácnostech (Svirinskajská, 2006). Tyto rituály si zpestřují masážemi a popíjením čaje z máty peprné. Nemoc se považuje za náročnou životní situaci, jejímž subjektivním projevem je bolest, kterou Rusové snášejí statečně. Ženy však vyhledávají pomoc svých mužů a hlasitě se projevují (Dobiášová et al., 2004). Během hospitalizace očekávají, že sestra bude vstřícná i profesionální, prokáže empatii a pomůže jim se vyrovnat s jejich fyzickými anebo emocionálními problémy (Giger a Haddad, 2021).

Dle Krajcové (2012) dovoluje pravoslavná církev krevní transfuze i dárcovství orgánů za předpokladu neohrožení života dárce. Pravoslavná církev neschvaluje interrupci, ale ruský zákon stanovuje hranici pro potrat ze závažných důvodů na závěr 22. týdne těhotenství.

Nebožtík se musí vždy pohřbít v rakvi, je mu zakoupen nový černý oděv (dětem a slečnám bílý) a ukládá se do země bez šperků. Po úmrtí se bdí nad mrtvým po dobu

tří dnů, než se pohřbí, poté následuje hostina pro zvané. Hostina se opakuje devátý a třicátý den od pohřbu, jelikož se duše zemřelého vrací na svá oblíbená místa. Vdova se halí do černého celý následující rok, vdovec pouze půl roku (Krajcová, 2012).

1.3.2 Ukrajinská minorita

Dle Zassiedka (2019) Ukrajinci začali migrovat na území nynější České republiky už v 16. století. Jedná se o nejrozšířenější minoritní skupinu, kterou až do dnešní doby zastupovali převážně mladí ženatí muži. Na trhu práce byli často využíváni jako levná pracovní síla a vykonávali fyzicky náročné úkony, přestože měli kvalitní vzdělání nebo umělecké nadání.

Jak se můžeme dočíst na serveru lidovky.cz (2022), po vypuknutí války na ukrajinském území se výše popsaná situace změnila a do Schengenského prostoru začaly prudce migrovat ženy a děti. Po příchodu do České republiky migranti obdrželi zdravotní pojištění, jež jim zajišťuje totožnou úroveň zdravotní péče, na jakou mají nárok čeští občané. Ukazuje se, že mnoho Ukrajinců však nemá adekvátně léčené chronické nemoci, pro příklad lze uvést diabetes mellitus a hypertenzi. V důsledku toho vzniká velký tlak na české zdravotnictví, které nemá dostatečné kapacity rychle a řádně vyléčit ukrajinské pacienty. Zároveň může být překážkou komunikační bariéra mezi ukrajinským pacientem a tuzemskými lékaři. Pro zdravotníky je nemalou komplikací také překlad zdravotní dokumentace a seznamu léků z azbuky. V důsledku toho ukrajínští pacienti tráví v ordinacích více času, což si mohou čeští pacienti mylně vykládat jako nadstandardní péči, které se jim samým nedostává.

Ukrajínští pacienti během hospitalizace nekladou speciální požadavky, jsou přizpůsobiví a dodržují léčebný režim. Jejich příbuzní většinou žijí stále na Ukrajině. Velký důraz se musí klást na druh jejich pojištění. Nejčastější komplikací v péči o ně bývá komunikační bariéra (Ivanová et al., 2005).

Na Ukrajině je zvykem loučit se s nebožtíkem, jehož tělo je vystaveno v otevřené rakvi, na hřbitov je dopraven v pohřebním průvodu. Další návštěva hřbitova probíhá v určitých intervalech, kdy se k hrobu přiblíží duše zemřelých (Tóthová et al., 2005).

1.3.3 Romská minorita

Romská minorita je udávána jako nejrozsáhlejší kulturní společenství v České republice, které se dále rozděluje do pěti podskupin podle tradic, jazyka a životního stylu. Od roku 2001 funguje v České republice Rada pro záležitosti romské komunity (Tóthová et al., 2012).

Tento původně kočovný kmen, který pochází z Indie, žije od pradávna rozptýlen po celé Evropě. Nelze přesně stanovit jeho příchod do evropských zemí, ale první doklady o jejich působnosti na tomto území pocházejí z 15. století. Jisté je, že se zde Romové v minulosti živil jako kejklíři a tanečnice. Pro svůj specifický charakter a nepřizpůsobivý životní styl bývají často nepochopeni a odmítáni společností (Petráš et al., 2009).

Romština je označována jako běžný jazyk zástupců romské menšiny, avšak obvykle jsou Romové schopni komunikovat jazykem obývané země. Jejich intonace je ovšem velice hlasitá a temperamentní, doprovázená výraznou gestikulací rukou, to vše je ještě umocněno při sporu (Šlechtová a Bürgerová, 2009). Mají často velký cit pro pochopení rozhovoru a pocitů druhých, své pocity naopak neskrývají. Romské děti začínají mluvit až později a mají menší slovní zásobu (Tóthová et al., 2012).

Dle Tóthové et al. (2012) a Petráše et al. (2009) zastává v žebříčku romských priorit první místo život sám, poté rodina a zdraví. V rodině si Romové vyjadřují náklonost prostřednictvím častých doteků a objetí, žijí v blízkém kontaktu, což se projevuje v nerespektování osobního prostoru druhých. Prožívají přítomnost na plno, myslí spontánně, ale už nekladou velký důraz na následky a budoucnost. Petráš et al. (2009) také zmiňují, že Romové nenahlíželi na krádež jako na zločin, ale jako na způsob, jak zabezpečit a uživit svou rodinu. Malá část romské komunity stále učí své děti kapesním krádežím. Tóthová et al. (2012) si dále všimají, že Romové nemají smysl pro zodpovědnost, díky svému původně kočovnému způsobu života dávají přednost neuspořádanému žití, do něhož nepatří ani ctižádostivost a touha po vzdělání. Není pro ně přirozené vstávat každý den ráno do práce a orientovat se přesně podle hodin. Hmotný majetek pro ně nemá valnou hodnotu, upřednostňují svou rodinu a krátkodobé potřeby. Mají často smysl pro umění, obzvláště pro hudbu a tanec.

Při přípravě stravy Romové dodržují přísná pravidla. Zbylé jídlo ani jakkoliv znehodnocené potraviny se dále nekonzumují. Za náladu během stolování je zodpovědná hospodyně. Jídla oblíbená u Romů jsou často tučná a dospělí jedinci si rádi vychutnávají kávu. Oblíbenými pokrmy v romských komunitách jsou například holubki, bramborový guláš nebo jablečný závin po maďarsku. Romové nejedí pokrmy připravené z koňského masa (Tóthová et al., 2012).

Děti se rodí s nízkou porodní hmotností, prospívají ale dobře. Období mezi jednotlivými porody je často jen jeden rok. Těhotná žena má určité výhody. K jídlu může pozřít vše, na co dostane chuť, a ve větších skupinách ji musí ostatní ženy z komunity jídlo nabídnout. Během těhotenství ale romská žena dle tradic nesmí přihlížet ničemu znepokojivému a měla by se vyvarovat leknutí či pohledu do ohně. Pokud se výše uvedenému nedovede vyvarovat, nesmí se dotknout svého těla, neboť se věří, že by pak dítě mělo v místě doteku skvrnu. V současnosti Romové souhlasí s porodem v nemocničním zařízení. Přivítání nového potomka je výjimečnou událostí, mezi nenahraditelné začlenění do společnosti patří křtiny (Tóthová et al., 2012).

Umírání v romské komunitě je doprovázeno spoustou tradic a posléze pohřebních rituálů. Romové si potrpí na přítomnost rodiny u umírání, po skonu blízké osoby u ní vartují podle přesných pravidel, a to až do pohřbu. Během bdění se hrají karty a vyprávějí příběhy o nebožtíkovi. Je zakázáno tancovat, zpívat či cinkat o sebe skleničkami. Jsou přesvědčeni, že si pro zesnulého přichází z onoho světa rodinný příslušník, a aby zesnulý odešel a nevrátil se, ukládají s ním do rakve cenné předměty – šperky, hotovost nebo cigarety. Romské pohřby bývají nákladné a okázalé (Tóthová et al., 2012).

Romské etnikum nemá své vlastní náboženství, a proto přejímá nejrozšířenější náboženství země, v níž se usadí. V Evropě jde nejčastěji o křesťanství, jehož smýšlení a hodnoty si upraví podle svých potřeb. Jen výjimečně si Romové uchovali své rituální obřady a nadržují žádné vlastní svátky (Petráš et al., 2009).

Romové během hospitalizace nekladou nárok na žádné specifické požadavky. Český zdravotnický personál hodnotí jako profesionální, vstřícný a chápaví. Se stravou v nemocnici problémy nemají, často jim donáší jídlo rodina, se kterou chtějí být

v blízkém kontaktu. Nevidí problém ani ve sdílení pokoje se zástupcem jiné etnické skupiny (Tóthová et al., 2012).

V rámci romské komunity není příliš rozšířený pojem primární prevence, tedy opatření na podporu zdraví, a Romové jsou pak často nemocní. Za příčinu se považuje nízká úroveň vzdělání, která pak vede k nezaměstnanosti, nestandardnímu bydlení a špatným stravovacím návykům. Lékaře vyhledávají pouze při potřebě akutní zdravotní péče, po odeznění příznaků však přestanou stanovenou léčbu dodržovat (Šlechtová a Bürgerová, 2009).

1.3.4 Vietnamská minorita

Socialistická republika Vietnam se nachází v jihovýchodní Asii u pobřeží Jihočínského moře. Obyvatelé Vietnamu se nejčastěji živí zemědělstvím, pěstuje se zde rýže, káva a kešu ořechy. Hlavním náboženstvím je buddhismus. V současnosti je Vietnam považován za rozvojovou zemi, přestože bojuje proti korupci, nízké životní úrovni a nedokonalé legislativě. Migrace Vietnamců do České republiky započala díky vzájemné dohodě mezi oběma zeměmi ve 2. polovině 20. století, kdy sem přišla spousta mladých Vietnamců nejprve do průmyslových oborů, a později na univerzity (Tóthová et al., 2010).

Dle Zassiedka (2019) se Vietnamci přistěhovali ve třech vlnách, první starousedlíci přišli do roku 1989 a po sametové revoluci se z nich stali velcí obchodníci. Během devadesátých let přicházeli podnikatelé, kteří většinou vlastní jeden obchod a zaměstnávají i české občany, zástupci střední vrstvy. Poslední část Vietnamců se do Česka dostala prostřednictvím agentur.

Vietnamština nerozděluje v komunikaci vykání a tykání, jak jsme zvyklí v Česku. Zdvořilost nebo podřízenost se v rozhovoru prokazuje určitými obraty. Slovní zásoba je složena z jednoslabičných slov a klade se zde důraz na tóny, rozlišují 6 tónů řeči. Během komunikace je zdvořilé hledět si vzájemně do očí. Pokud se Vietnamci ocitnou v nekomfortní situaci, je pro ně přirozené ji zahladit úsměvem. Muž by se neměl dotýkat cizí ženy. Je považováno za neslušné stěžovat si na své osobní problémy (Ivanová et al., 2005; Tóthová et al., 2010).

Největší oslavou je příchod lunárního nového roku. Vietnamci tráví čas se svými blízkými, připravují tradiční jídla a navštěvují se. Vánoce slaví 25. prosince. Mezi další významné události patří svátek mrtvých, letní slunovrat a především pro děti je nejzábavnějším svátkem Trung Thu – Svátek dětí, během něhož děti doprovázejí lampionové průvody a jedí sladkosti z rýže ve tvaru měsíce (Tóthová et al., 2010).

Nemoc je ve vietnamské kultuře vnímána jako nerovnováha sil jing a jang, které mají vliv na harmoničnost zdraví. Před vyhledáním lékaře mají přednost tradiční léčebné postupy, jakými jsou např. baňkování nebo vypalování. Pokud už je lékařská pomoc potřeba, měl by zdravotník důkladně vysvětlit léčebný postup a ujistit se, že je srozumitelný, stvrzení pouhým přikývnutím však může vyjadřovat nejistotu. Často je vyžadována přítomnost rodiny při ošetření a závažnost stavu se ve Vietnamu nejdříve oznamuje příbuzenstvu, které rozhodne, kdo informace předá pacientovi (Ivanová et al., 2005).

Během hospitalizace se musí klást velký důraz na soukromí a respektovat jejich stud, jak během lékařských prohlídek, tak během osobní hygieny, kterou raději provádí sami. V případě jejich nesoběstačnosti upřednostňují pomoc od příbuzného stejného pohlaví, převážně se ale starají ženy. Odmítají brát analgezii ze strachu před závislostí, je potřeba léky často nabízet. Sestru raději zavolají až po zvracení, pokud nezvládnou zvratky sami uklidit a problémy s vyprazdňováním oznamují až v krajní nouzi. Únava se považuje za přirozený proces léčby. Kdyby byl pacient v ohrožení života vyžadující transfuzi, příbuzenstvo by nabídlo svou krev (Ivanová et al., 2005).

Těhotná žena musí jíst zdravě, nepřemáhat se a dostatečně odpočívat. Dávají přednost přirozenému porodu a dbají na zvýšenou hygienu, např. si čistí zuby slanou vodou. I přesto, že se rodičí ženy neprojevují hlasitě a prožívají porod v tichosti, je potřeba jim zajistit pohodlí a útěchu (Ivanová et al., 2005).

Zeleníková (2014) popisuje, že konfucianismus velmi pozitivně ovlivnil zásady chování Vietnamců. Děti uctívají své rodiče, starají se o ně a vždy o nich mohou mluvit pouze v dobrém slova smyslu. Vietnamci věří v nadpřirozeno a posmrtný život, po úmrtí blízkého je nutnost dodržet tříleté smuteční období, během něhož se oblékají do smuteční bílé barvy. Dávají přednost smrti v domácím prostředí. V každé vietnamské

domácnosti existuje oltář, prostřednictvím něhož uctívají zemřelé – zapalují vonné svíčky a modlí se (Zassiedko, 2019).

1.3.5 Mongolská minorita

Mongolsko leží ve Střední Asii a sousedí s Ruskem a Čínou. Západními zeměmi není považováno za civilizované, tamní obyvatelé se drží tradic a díky dřívějším šamanským příkazům chránit přírodu zde není mnoho měst. Pastviny zastupují až 81 % plochy. Do České republiky začali z Mongolska přicházet studenti a odborníci (např. geologové) ve 20. století na základě spolupráce s bývalou Československou republikou. Mongolové se těšili na lepší budoucnost a přívětivější pracovní podmínky, avšak nacházeli zaměstnání (pokud vůbec) pouze ve fyzicky náročných a finančně nízce ohodnocených pracovních pozicích (Tóthová et al., 2012).

Úředním jazykem Mongolska je mongolština. Nejrozšířenějším náboženstvím Mongolska je v současnosti buddhismus, ale historicky vzato převažoval šamanismus. Mongolové se živí jako kočovní pastevci, proto je maso z chovných zvířat jejich nejběžnějším pokrmem. Zakládají si na velké rodině, kdy děti běžně žijí společně s rodiči až do dospělosti, nebo zakládají vícegenerační domácnosti. Jsou pohostinní a respektují přírodu. Podle zvyklostí se pohřbívání blízkých koná na nejvyšším kopci v okolí (Ivanová et al., 2005).

V současné době se mongolští lékaři snaží skloubit tradiční přírodní metody s moderní medicínou. Dříve se léky skládaly z rostlinných, živočišných i minerálních složek. Například polévka ze skopového masa posílila každého slabého a ze sušených bílých hřibů se vyráběla polévka, jež dopomohla ke stažení děložního svalstva. Nebylo výjimkou, že lékař dokázal rozpoznat až 50 lišících se pulzů, podle nichž určil onemocnění. S českou zdravotnickou péčí nemají mongolští pacienti žádné vážné problémy, vyjma komunikační bariéru (Tóthová et al., 2012).

1.4 Náboženství a specifika ve zdravotnické péči

Funda (2017) vidí význam náboženství ve způsobu, jakým ho lidé interpretují a zároveň praktikují. Někteří lidé považují náboženství za zdroj duchovního a morálního vedení, jenž jim pomáhá nalézt smysl života a správně se orientovat v mnohdy složitém světě. Věřící lidé sdružují se kolem společných hodnot a rituálů,

unikají pocitu osamělosti. Náboženství a s ním spojené rituály jsou jim zdrojem útěchy v náročných životních situacích, mezi něž se řadí i nemoci.

Podle Elizabeth Scott (2022) je spiritualita širokým konceptem víry, jenž přesahuje vlastní já. Snaží se odpovědět na otázky týkající se smyslu života. Také hledá skutečnou podstatu vesmíru a řešení dalších záhad lidské existence. Naznačuje, že existuje něco, co spojuje bytosti mezi sebou navzájem i se samotným vesmírem.

Spiritualita a náboženství jsou často považovány za synonyma, ale nalzáme mezi nimi několik zásadních rozdílů. Náboženství obvykle zahrnuje organizované rituály, víru v božstvo a tradice, které jsou sdíleny komunitou. Věřící lidé se často modlí, navštěvují svatá místa a dodržují určitá pravidla. Zatímco ve spiritualitě jde o hledání duchovního smyslu a spojení s vyšší mocí, jež nás přesahuje (Ivanová et al., 2005).

Ivanová et al. (2005) upozorňují, že i během poskytování hospitalizace je nutné věřícím umožnit dodržování jejich náboženských pravidel a rituálů. Zároveň jim poskytnout dostatek prostoru a soukromí k modlitbě. Zjistit jejich zájem o mši s nemocničním kaplanem, který by měl být dostupný v každé nemocnici. Právě kaplan se považuje za důležitou součást zdravotnické péče pro všechny umírající pacienty, již se chtějí vyzpovídat. Poskytuje své služby všem bez rozdílu, i když se jedná o křesťanského kněze, dokáže si promluvit s vyznavateli judaismu nebo islámu (Baštecká et al., 2020).

1.4.1 *Judaismus*

Historie Židů sahá až do starověku, kdy se dle biblické tradice stal Abraham prvním patriarchou Židů, kterému Bůh zaslíbil zemi Kanaán, která se později stala židovským královstvím. Komunita Židů se rozptýlila po celém světě. V průběhu 19. a 20. století se proti nim zvedly vlny nenávisti, které za druhé světové války vyvrcholily holokaustem, během nějž bylo zavražděno více než 6 milionů Židů. Po válce byl vytvořen stát Izrael jako domov pro Židy. I přes všechny perzekuce minulosti si Židé do dnešních dob udrželi svou víru, identitu a tradiční zvyklosti (Tóthová et al., 2012).

Judaismus je monoteistické náboženství, tedy víra v jednoho Boha, který je tvůrcem vesmíru a všeho živého. Zákony a přikázání obsažené ve spisech Tóry a Talmudu jsou základem židovské víry a způsobu života. Ortodoxní Židé zodpovědně

dodržují příkázání, ale v dnešním světě početně převažují Židé sekulární. Nejpodstatnějším svátkem judaismu je sabat (neboli šábés), který se slaví každou sobotu, počíná pátečním západem slunce a končí setměním následujícího dne. Během této doby se nedoporučuje provádět žádné lékařské procedury, pokud nejsou nutné pro zachování života (Ivanová et al., 2005).

Judaismus má několik symbolů, které jsou pro Židy velmi důležité. Davidova hvězda je šesticípý symbol používaný jako dekorace na židovských svících, klenotech a dalších předmětech. Dalším symbolem je menora – sedmiramenný svícen, symbol světla a moudrosti, který byl používán v jeruzalémském chrámu. Židovský modlitební šátek, talit, připomíná svátost modlitby a kipa (nebo jarmulka) je mužská pokrývka hlavy, která symbolizuje úctu před Bohem. Centrem setkávání židovské komunity jsou synagogy, v nichž probíhají bohoslužby, obřady i náboženská studia (Tóthová et al., 2012).

Jedním z nejdůležitějších rituálů judaismu je obřízka, provádí se osmý den po narození chlapce a spočívá v odstranění předkožky penisu. Tento rituál se provádí rabínem nebo tzv. mohelem (mužem určeným k rituálnímu obřezávání) a obvykle je doprovázen modlitbou a oslavou, v den obřízky je chlapec také pojmenován (Nosek, 2016).

Židé dodržující náboženské zákony mají přísné požadavky na potraviny, které mohou jíst. Pravidla se označují slovem košer a určují vhodné potraviny pro přípravu jídel. Například se nesmí jíst vepřové maso nebo mořské plody bez krunýře. Pokud Židé potřebují být hospitalizováni, je nutné zajistit, aby se jim podávaly košer potraviny (Tóthová et al., 2012).

Židé mohou během nemoci a hospitalizace potřebovat přístup ke své náboženské praxi, včetně modliteb, studia Tóry a možnosti návštěvy rabína. Měli by vyhledávat odbornou lékařskou pomoc a v případě ohrožení života mohou porušit ustanovené zákony šábésu. Židům může být podána transfuze, injekce i léky. Pokud se jedná o ortodoxní Židy, je v případě amputací potřeba zajistit navrácení odstraněné končetiny kvůli židovským pravidlům spojeným s pochováním lidských ostatků, neboť judaismus klade velký důraz na posvátnost lidského života a pohřbívání těla považuje za poslední akt úcty a lásky k zemřelému (Tóthová et al., 2012).

1.4.2 Islám

Islám uznává jediného boha, Alláha, a jeho posvátným písmem je Korán. Historie islámu sahá až do roku 610, kdy prorok Muhammad obdržel v Mekce první zjevení od Boha skrze anděla Gabriela. Z počátku se učení nelišilo od judaismu nebo od křesťanství, po útěku do Mediny však Muhammad změnil své smýšlení, našel silné spojence a založil první islámský stát. Toto období je známé jako hidžra a zároveň je to začátek islámského kalendáře (Ivanová et al., 2005).

Během svého života Muhammad rozvinul učení islámu, které zahrnuje víru v jednoho boha a v posledního proroka, závazek modlit se pětkrát denně, dodržovat půst během měsíce ramadánu, placení almužny a pokládání poutní cesty do Mekky za jednu z nejdůležitějších povinností pro věřící. Po Muhammadově smrti se islám dále rozšířil do větší části světa. V době svého největšího rozmachu islámský stát zahrnoval oblasti od Španělska až po Indii. Islám se stává nejrychleji rostoucím a dnes druhým nejrozšířenějším náboženstvím světa (Tóthová et al., 2012).

Základní zásady islámu jsou shrnuty v takzvaných pěti pilířích. Prvním pilířem je šaháda, vyznání víry v Alláha. Druhým je salát, zahrnuje povinnost modlit se pětkrát denně směrem k svatyni Kába v Mekce. Před modlitbou se muslim musí denně omývat – obličej, ruce, nohy, ústa a uši. Třetí pilíř, zvaný zakát, vymezuje měsíční odvod almužny chudým a potřebným. Předposlední pilíř, nazývaný saum, udává nutnost držet půst během měsíce ramadánu, který má symbolizovat odříkání a soucítění s těmi, kteří trpí hladem a žízní. Pátý pilíř, pojmenovaný hadždž, zahrnuje poutní cestu do Mekky, kterou by každý věřící měl podstoupit minimálně jednou v životě a zřeknout se při ní jakýchkoli hádek a neřestí (Tóthová et al., 2012; Zassiedko, 2019).

V islámské kultuře je modlitba velmi důležitou součástí života a může provázet i léčbu a hojení. Během hospitalizace se muslimští pacienti obvykle modlí na speciálních modlitebních kobercích, mají u sebe také Korán. Zdravotníci nesmí tyto předměty znečistit nebo na ně cokoliv pokládat. Pokud to situace dovoluje, muslimští pacienti by měli být schopni provádět své modlitby pravidelně a v souladu s islámskými zásadami. Pokud je pacient hospitalizován, může se modlit i na posteli. Nemocní jsou zproštěni povinnosti se modlit, ale pokud to nemoc dovolí, budou pravděpodobně chtít.

Někdy nemocnému stačí modlení pouze třikrát denně (Ivanová et al., 2005; Zeleníková, 2014).

Islám učí, že zachování čistoty a hygieny je klíčové pro zdraví a pohodu jednotlivce, proto jsou muslimové povinni očistit své tělo a oděv před prováděním modliteb. Mimo modlitby se věřící musí očistit po sexu, menstruaci a šestinedělí. Po výkonu velké potřeby je třeba omýt se vodou a mýdlem. Zuby by si měli čistit nejlépe po každém jídle, dodnes někteří muslimové používají místo kartáčku kořeny rostliny miswak (Tóthová et al., 2012; Kuba et al., 2021).

Muslimové by měli konzumovat pouze jídlo, které je připraveno a podáváno v souladu s předpisy islámu. Maso by mělo být získáváno ze zdravého zvířete, jež bylo zabito správným způsobem. Musejí se vyhýbat například vepřovému masu, alkoholickým nápojům a jídlům, která nejsou dostupná v jejich zemích. Stolování je považováno za společenskou událost, v případě hospitalizace často rodinní příslušníci chodí jíst za pacientem a raději mu připravují vlastní jídlo. Během ramadánu nesmí muslim od východu do západu slunce jíst a pít, mnohdy může odmítnout i léky, přestože je nemocen. Děti a těhotné ženy jsou povinnosti půstu zproštěny. Většina muslimů bude respektovat zvyklosti a pravidla nemocnice, ale bude klást požadavky ohledně stravy, možnosti se modlit a zakrývat své tělo (Tóthová et al., 2012; Kutnohorská et al., 2013).

Komunikace s muslimským pacientem by měla být ohleduplná a zdvořilá. Preferují komunikovat se zdravotníkem stejného vyznání. Jakýkoliv fyzický kontakt mezi mužem a ženou, kteří nejsou příbuzní, je dle víry přísně zakázán. Během poskytování zdravotní péče je ale stanovena výjimka, přesto ženy preferují ženské zdravotní pracovnice. Pokud nelze požadavkům vyhovět a ošetřující zdravotník je muž, musí být u vyšetření přítomen manžel, bratr nebo otec pacientky (Kuba et al., 2021).

Je potřeba brát na vědomí, že v muslimské kultuře jsou některá témata vnímána jako citlivá. Jedná se například o rodinné problémy, rodinný stav nebo děti. Dále pro ně není příjemné téma fyziologických funkcí, jakými jsou vylučování, zvracení nebo krvácení. Ženy nesmí o těhotenství mluvit s mužem. Muži by mohli mít určité požadavky ohledně zakrytí svého těla během zdravotních vyšetření (Gulášová, 2016).

Při umírání je v islámu doporučeno, aby se pacient cítil co nejpohodlněji a aby ho doprovázeli blízcí lidé, kteří mu mohou poskytnout duševní podporu. Umírající by měl být otočen směrem k Mekce. Po smrti se tělo pacienta považuje za svaté a nesmí být znehodnoceno. Muslimové pohřbívají tělo co nejdříve, pokud je to možné do 24 hodin, a v mnoha zemích je zvykem tělo pohřbít v bavlněném plátně bez rakve. Podle islámského práva je nutné po potvrzení klinické smrti zastavit všechny lékařské procedury, pokud není naděje na uzdravení. Po smrti příbuzní jednají často velmi emociálně (Tóthová et al., 2012).

1.4.3 *Buddhismus*

Buddhismus vznikl v 6. století př. n. l. v severovýchodní Indii. Jeho zakladatelem byl princ Gautama Buddha, který dosáhl osvícení, když mu došlo, že utrpení vychází ze žádosti po pozemských věcech a že cesta ke štěstí spočívá v osvobození se od touhy. Buddha rozvinul základní principy buddhismu – čtyři šlechtné pravdy a osminásobnou stezku, což jsou praktické pokyny k dosažení osvícení. Buddhismus se rychle rozšířil po Asii a během svého vývoje se rozdělil na mnoho směrů, z nichž nejvýznamnější jsou theraváda, mahájána a vádžraján (Zassiedko, 2019).

Meditace je jedním z hlavních pilířů buddhismu a je praktikována v mnoha různých formách. Cílem meditace je uklidnit mysl a dosáhnout hlubšího vhledu do reality. V mnoha buddhistických zemích se slaví Buddhovo narození, osvícení a jeho odchod ze světa. Tyto události jsou spojeny s různými zvyky a tradicemi, které často doprovází zpěv a tanec (Tóthová et al., 2012).

Kláštéry jsou důležitou součástí buddhistické tradice a slouží jako místo pro meditaci a studium Buddhova učení. Mniši a jeptišky se rozhodli vzdát se světského života a věnovat se duchovní cestě, studují Buddhovo učení a filozofii. To zahrnuje vzdání se majetku, rodiny a osobních cílů. Buddhisté se řídí souborem pravidel, jenž se liší v závislosti na tradici a zemi, ale často zahrnuje například zákaz konzumace alkoholu a drog, sexuálních aktivit, lhaní, krádeže a vraždy. Laičtí věřící docházejí do kláštera zejména ve dnech úplňku naslouchat Buddhově nauce (Ivanová et al., 2005).

Stravování je v buddhismu často spojeno s respektem k životu a snahou o minimalizaci utrpení ostatních bytostí. Mahájána učí, že by mniši a jeptišky měli být

vegetariány. Další tradice, jako například theraváda, toto pravidlo nemají, přesto se mniši často snaží omezit konzumaci masa, aby minimalizovali utrpení zvířat. Také se omezuje konzumace jídla ve večerních a nočních hodinách. V mnoha buddhistických společnostech se potraviny respektují jako dar, a proto se s nimi zachází s úctou (Tóthová et al., 2012).

V moderním světě se během své praxe zdravotníci nejčastěji setkávají s laickým buddhismem, kdy lidé následují nauk a rad Buddha, ale nechtějí se stát mnichy. Laici nepovažují za nutné svou víru při hospitalizaci oznamovat. Buddhismus učí, že nemoc je součástí přirozeného procesu stárnutí, zdůrazňuje, že v mnoha případech může být nemoc způsobena negativními emocemi. V případě nemoci doporučuje využití praktik pro zmírnění bolesti a utrpení, jakými jsou meditace nebo jóga (Tóthová et al., 2012).

V některých případech může být nutné, aby mnich opustil klášter a odešel do nemocnice kvůli lékařské péči. I tam by mu mělo být v rámci jeho sil umožněno pokračovat v praxi buddhismu a povoleno, aby ho jiní mniši navštěvovali a pomáhali mu v nelehké době. Cílem je zajistit, aby nemocný mnich měl dostatečnou péči a podporu k uzdravení (Tóthová et al., 2012).

Dle Víta Kuntoše (2016) buddhisté věří, že smrt není konec, ale pouze další krok v karmickém cyklu známém jako samsára. Podle Buddhova učení nese každý jedinec odpovědnost za svůj osud a za svůj budoucí život v dalších reinkarnacích. Celkově je smrt chápána jako přirozený proces, který má být přijat s klidem a rozvahou. Rituální obřad během pohřbu zahrnuje modlitby a meditace, které mají pomoci zemřelému při přechodu do dalšího života. Běžně se zemřelému ke zlepšení jeho karmy darují almužny.

1.4.4 Hinduismus

Hinduismus je považován za nejstarší polyteistické náboženství světa, někdy se o něm hovoří spíše jako o filozofickém systému. Vznikl v Indii a vyvinul se z různých prvků, jakými jsou kmenová náboženství, staroindická filozofie a kultura (Zassiedko, 2019).

Hlavní myšlenkou hinduismu je koncepce karmy a reinkarnace. Každý jedinec si vytváří svůj osud prostřednictvím svých činů, které ovlivňují jeho další životy. Tento

cyklus reinkarnace může být přerušeno osvícením, což znamená dosažení vyšší úrovně vědomí a osvobození ze samsáry, tedy z cyklu rození se a umírání. Hinduisté uctívají vícero božstev, z nichž každé představuje určitou kvalitu a má své vlastní specifické funkce v životě jednotlivce (Zassiedko, 2019).

V hinduismu existují různé tradiční léčebné praktiky, které mohou pomoci při uzdravování, jsou jimi jóga, meditace a tradiční bylinná medicína, jde ale spíše o podpůrnou léčbu. Hinduismus hospitalizaci nezakazuje, v samotné Indii existují nemocnice, které nabízejí moderní lékařskou péči. (Demjančuková, 2003).

1.4.5 Křesťanství

Křesťanství má své kořeny v židovské tradici a vzniklo v prvním století našeho letopočtu. Po Kristově smrti a vzkříšení začali po světě šířit jeho učení apoštolové. V průběhu následujících staletí se křesťanství stalo největším a nejvlivnějším náboženstvím světa. Během své historie se rozdělilo do několika větví, z nichž nejvýznamnějšími jsou: římskokatolická církev, která sídlí v Římě a jejím hlavním představitelem je papež, pravoslavná církev – ortodoxní bez centrální organizace. Protestantství vzniklo jako důsledek hnutí, které se snažilo vrátit k původním křesťanským kořenům (Ivanová et al., 2005). Rozdělení křesťanství na tyto větve mělo historické a politické důvody a vedlo k vytvoření církevních organizací s různými tradicemi. Nicméně všechny mají společné křesťanské učení o spasení skrze víru v Ježíše Krista a důraz na hodnotu lásky, služby a spravedlnosti (Tóthová et al., 2012).

Křesťanství je monoteistickým náboženstvím, věří tak v jediného Boha, který je považován za stvořitele světa. Kniha Bible je vnímána jako Boží slovo a zdroj pravdy, který může vést k životu v souladu s Boží vůlí. Křesťané se modlí k Bohu pro vyjádření vděčnosti a prosby o pomoc. Křest je rituál, který symbolizuje vstup do křesťanského společenství (Ivanová et al., 2005).

Církev neurčuje žádná omezení ve výběru a přípravě pokrmů. Během některých svátků a před nimi se drží půst. Dle Tóthové et al. (2012) se jedná o Velikonoce a Vánoce.

V křesťanské tradici je kladen důraz na hodnotu lidského života. Věřící nekladou během hospitalizace žádné specifické požadavky a využívají veškerou dostupnou léčbu.

Mohou mít u sebe některé pomocné modlitební předměty, jimiž jsou Bible, růženec nebo modlitební knížka (Eing, 2019).

1.4.6 Svědkové Jehovovi

Svědkové Jehovovi jsou náboženskou skupinou, která vznikla v USA v 19. století. Jejich kořeny sahají do křesťanského hnutí. Jsou známí svou evangelizační činností, při které se snaží přesvědčit ostatní o svých učeních a nabídnout jim možnost připojit se k jejich společenství. Mají odmítavý postoj k postavě Krista, proto neslaví Velikonoce a Vánoce, neslaví ani narozeniny. Svědkové Jehovovi používají vlastní překlad Bible, nazývaný Nový svět. Odmítají vojenskou službu, jelikož Bible zakazuje zabíjet (Braunová, 2009).

Dále věří, že moderní medicína může být dobrým nástrojem pro léčbu nemocí a úlevu od bolesti. Mají ale specifický postoj k transfuzím krve a transplantacím orgánů. Podle jejich víry Bible zakazuje příjem krve, protože krev symbolizuje život a pouze Bůh má právo život dávat a brát. V případě, že se dostanou do situace, kdy ošetření vyžaduje transfuzi krve či transplantaci, dostávají se do dilematu. Někteří transfuzi odmítnou a spoléhají se na alternativní způsoby léčby, zatímco jiní se rozhodnou pro transfuzi krve s vědomím, že mohou být ze své církve vyloučeni (Braunová, 2009).

1.4.7 Adventisté sedmého dne

Adventismus sedmého dne lze v české historii zaznamenat už v 90. letech 19. století, kdy i přes snahu komunistické strany rozvoj potlačit, docházelo k navyšování počtu členů. Církev se v dnešní době rozpíná po celém světě a je součástí mnoha charitativních projektů. Vyznačuje se vírou v druhý příchod Ježíše Krista. Adventisté ctí své tělo a dbají o své zdraví (Votrubová, 2016).

Do svého jídelníčku smí zařadit pouze „čisté“ maso z přežvýkavců s rozdělenými kopyty, ryby se šupinami a pouze vybrané ptactvo. Doporučuje se vegetariánství. Dle Votrubové (2016) by měli dodržovat program pro podporu zdraví nesoucí název Newstart – plus, který dbá na všechny důležité aspekty vedoucí ke zdraví. Důležité jsou každodenní procházky a dostatek vitamínu D. Na rozdíl od ostatních křesťanských směrů považují, na základě vlastní interpretace Bible, za den odpočinku sobotu. Tento

zvyk jim může bránit při výběru povolání, jelikož striktně odmítají v sobotu pracovat. Samozřejmostí je zákaz nemravných povolání, např. prostituce.

Problematika umělého přerušení těhotenství je adventisty vnímána negativně. Dříve by byla žena vykázána z církve, v současné době už se církev stala shovívavější kvůli úbytku členů. Dle výsledků diplomové práce paní Votrubové (2016) adventisté během hospitalizace dbají na dodržování diety, vykonávají modlitby a ocenili by si vyhrazené modlitební místnosti.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

S příslušníky odlišných etnických skupin se zdravotničtí záchranáři setkávají denně. Cíle bakalářské práce jsou stanoveny s přihlédnutím k této problematice, kdy je kladen důraz na postup zdravotnických záchranářů při poskytování péče příslušníkovi jiné národnosti a na jejich zkušenosti s cizinci. Opomenuta není ani příprava na multikulturní péči během kvalifikačního studia. Stanoveny jsou následující cíle:

Cíl č. 1: Zmapovat postup zdravotnických záchranářů při poskytování péče příslušníkovi jiné národnosti v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

Cíl č. 2: Zmapovat zkušenosti zdravotnických záchranářů s jedinci daných kultur v rámci přednemocniční neodkladné péče.

Cíl č. 3: Zjistit názor zdravotnických záchranářů na to, zda byli v rámci kvalifikačního studia dostatečně připraveni na multikulturní péči.

2.2 Výzkumné otázky

Pro splnění cílů bakalářské práce jsou stanoveny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jak postupují zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči při poskytování péče příslušníkovi jiné národnosti?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké mají zdravotničtí záchranáři zkušenosti s jedinci daných kultur v rámci přednemocniční neodkladné péče?

Výzkumná otázka č. 3: Považují zdravotničtí záchranáři přípravu na multikulturní péči v rámci kvalifikačního studia za dostatečnou?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda a technika výzkumu

V praktické části bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření, které bylo realizováno metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickými záchranáři. Otevřené otázky k rozhovoru (viz příloha 1) byly vytvořeny v návaznosti na teoretickou část a v případě nesrovnalostí upřesněny doplňujícími podotázkami.

Rozhovory byly vedeny s informanty z Karlovarského a Jihočeského kraje. Informanti z Karlovarského kraje byli osloveni po souhlasu ředitelství zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) během jejich pracovní doby, zatímco informanti z Jihočeského kraje byli kontaktováni telefonicky a po seznámení se s podmínkami rozhovoru tento proběhl v jejich volném čase. Výzkumné šetření se realizovalo v době od 1. března do 30. dubna 2023.

Před zahájením výzkumného šetření všichni dotazovaní informanti souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon a byli seznámeni s tématem a cíli práce. Mohli předem nahlédnout do otázek rozhovoru. Zároveň se jim dostalo ujištění, že rozhovor je důvěrný, bude dbáno ochrany osobních údajů a získaná data budou využita pouze pro zpracování této bakalářské práce.

Polostrukturovaný rozhovor pro zdravotnické záchranáře obsahoval 25 otázek (viz příloha 1). Prvních pět otázek bylo orientováno na demografické údaje informantů. Následujících osm otázek se zaměřovalo na postup zdravotnických záchranářů v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP) při poskytování péče etnickým skupinám. Dalších osm otázek zjišťovalo zkušenosti zdravotnických záchranářů s těmito skupinami. A zbylé čtyři otázky cílily na zhodnocení povahy a dostatečnosti vzdělání v multikulturní péči.

K zachování anonymity byly informantům přiděleny kódy I1-I12. Všechny rozhovory byly následně přepracovány do písemné podoby a zvukové záznamy vymazány. Při analýze odpovědí byla použita metoda tzv. otevřeného kódování a byly stanoveny hlavní kategorie. K lepší přehlednosti odpovědí posloužilo tabulkové znázornění.

3.2 *Charakteristika výzkumného vzorku*

Výzkumný soubor byl tvořen 12 zdravotnickými záchranáři z Karlovarského a Jihočeského kraje, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor. Informanti reprezentovali různé věkové kategorie a disponovali rozličnou délkou praxe na ZZS. Mezi dotazovanými převažovali záchranáři s vysokoškolským vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které bylo realizováno se zdravotnickými záchranáři. Výzkumný soubor je tvořen 12 informanty s různou délkou praxe u záchranné služby (viz tabulka 1).

4.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka 1: Identifikační údaje zdravotnických záchranářů

| Informanti (I) | Pohlaví | Věk | Nejvyšší dosažené vzdělání | Doba praxe u ZZS | Výjezdový kraj |
|---------------------------|----------------|------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| I1 | Muž | 30 let | Bc. | 7 let | Karlovarský |
| I2 | Žena | 42 let | Bc. | 15 let | Karlovarský |
| I3 | Muž | 55 let | Dis. | 22 let | Karlovarský |
| I4 | Muž | 38 let | Dis. | 10 let | Karlovarský |
| I5 | Žena | 50 let | Bc. | 9 let | Karlovarský |
| I6 | Muž | 36 let | Dis. | 9 let | Karlovarský |
| I7 | Žena | 26 let | Ing. | 2 roky | Karlovarský |
| I8 | Muž | 36 let | Dis. + Super- záchranář | 8 let | Karlovarský |
| I9 | Muž | 49 let | Dis. | 12 let | Karlovarský |

| | | | | | |
|------------|------|--------|------|--------|-----------|
| I10 | Muž | 54 let | Dis. | 20 let | Jihočeský |
| I11 | Žena | 57 let | Bc. | 27 let | Jihočeský |
| I12 | Žena | 37 let | Dis. | 13 let | Jihočeský |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Tabulka 1 popisuje demografické údaje o informantech. Do výzkumného šetření bylo vybráno 12 informantů, kteří jsou v tabulce vyznačeni kódem I1-I12. Větší zastoupení mají muži, a to v počtu sedmi mužů a pěti žen. Věkové rozmezí se pohybuje od 26 let do 57 let. Nejmladší informant (I7) má pouze dvouletou praxi na ZZS, ale nejvyšší dosažené vzdělání, a to inženýrské. I1, I2, I5 a I11 uvádějí jako nejvyšší dosažené vzdělání bakalářské studium, zbylých sedm informantů dostudovalo vyšší odbornou školu s titulem diplomovaný specialista. I8 v letošním roce absolvoval specializační obor *zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu*. Další informací zaznamenanou v tabulce je délka praxe u záchranné služby, která se pohybuje v rozmezí od 2 let do 27 let. Poslední sloupec udává údaje o výjezdovém kraji informantů, přičemž osm informantů pracuje v Karlovarském kraji a I10-I12 v Jihočeském kraji.

4.2 Kategorizace výsledků výzkumu

Výsledky šetření byly pro lepší přehlednost rozděleny do kategorií, které navazují na tematickou strukturalizaci otázek kladených informantům. Po analýze dat získaných z odpovědí informantů byly vytvořeny tři kategorie výsledků (viz tabulka 2) a to: Postup v PNP u etnických skupin; Zkušenosti v PNP s etnickými skupinami; Vzdělání v multikulturní péči.

Tabulka 2: Kategorie výsledků rozhovoru

| Kategorie |
|---|
| 1. Postup v PNP u etnických skupin |
| 2. Zkušenosti v PNP s etnickými skupinami |
| 3. Vzdělání v multikulturní péči |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

4.3 Kategorie 1: Postup v PNP u etnických skupin

Kategorie **Postup v PNP u etnických skupin** zahrnuje odpovědi na otázky týkající se přístupu k poskytování PNP etnickým skupinám a její metodiky. Důraz byl kladen na problematiku komunikace s příslušníky etnických a národnostních menšin a řešení komunikační bariéry. Odpovědi na otázku č. 1: **Máte při výjezdu informaci, že jedete k pacientovi jiné národnosti?** jsme rozdělili do pěti kódů (viz tabulka 3).

Tabulka 3: Informace o výjezdu k pacientovi jiné národnosti

| Kódy – odpovědi | Počet odpovědí | Informanti |
|-----------------|----------------|-----------------|
| Ano | 2 | I1, I2 |
| Často | 3 | I5, I10, I12 |
| Většinou | 2 | I6, I7 |
| Výjimečně | 4 | I3, I4, I9, I11 |
| Ne | 1 | I8 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

S výjimkou informanta I8, který uvedl, že není informován nikdy, jen pokud to pozná na základě pacientova jména, uvedli všichni informanti, že jsou v určité míře případů informováni o národnosti pacienta, ke kterému vyjíždí. Tato míra byla nejčastěji definována jako „výjimečně“, kdy I4 dodal podmínku vytěžení dispečinkem. Informanti I5, I9 a I2 definovali míru případů, kdy jsou informováni o národnosti pacienta, jako „často“, I6 a I7 jako „většinou“. Informant I1 pouze uvedl, že je o národnosti pacienta informován, nevyjádřil se však k míře případů.

V odpovědi na otázku č. 2: **Jaký volíte postup v případě, že pacient není české národnosti?** všichni dotázaní uvedli, že přistupují k pacientům jiné národnosti stejně jako k pacientům národnosti české. I9 odpověď rozvinul: *„Já osobně volím přístup úplně stejný, vždy závisí na tom, zda se zvládnou s dotyčným domluvit, nebo nikoliv. Komunikační bariéra hraje základní roli, základ postupu vyšetřování je stejný.“* I4 potvrdil, že základních kroků se člověk musí držet, ale také dodal, že se setkal pouze s národnostmi Vietnamců nebo Mongolů, kteří nevyžadovali odlišný postup.

Na otázku č. 3.: **Zjišťujete, zda má pacient speciální požadavky ohledně zdravotnické péče?** osm informantů odvětilo, že nekladou dopředu otázku ohledně speciálních požadavků. I9 však potvrdil: *„Nezjišťoval bych dopředu, ale reagoval bych na jeho požadavky, a pokud by to šlo, poradil bych se s dispečinkem.“* Ostatní informanti by už danou informaci zjišťovali dopředu. I4 odpověděl: *„Pokud bych věděl, že jsou to třeba muslimové, tak bych se zeptal.“* Podobně odpověděl i I7, který by jednal subjektivně, podle toho, o co si dotyčný požádá nebo řekne, případně co naznačí.

Otázkou č. 4: **V případě požadavků, který by neumožňoval poskytnutí zdravotnické neodkladné péče, jaký volíte postup?** jsme zjišťovali, jak by záchranáři reagovali, pokud by nemohli speciálním požadavkům etnických skupin vyhovět. Osm dotázaných odpovědělo totožně, a to že by požadovalo podepsání negativního reverzu pacientem. I4 by omezil péči na to, jak by mohl i přes požadavky pacienta vyšetřit. I9 vyhodnotil: *„Pokud by to šlo, poradil bych se s dispečinkem. Například že chce vyšetřit, ale ne od muže, zkusil bych zjistit, zda mi mohou poskytnout posádku se ženou. Pokud by to byly nesplnitelné požadavky, tak bych žádal podepsat negativní revers.“* Také I5 by se poradil s dispečinkem. I6 a I12 by se pacientovi pokusili vysvětlit závažnost situace a případně by navrhli kompromisní řešení. Pouze I2 uvedl, že by vše zapsal do

zdravotnické dokumentace. I8, který dodal: „*Ještě jsem se s tím nesetkal, tak si nejsem jistý*“, by pravděpodobně reagoval dle situace.

V reakcích na otázku č. 5: **Jaký volíte postup v případě komunikační bariéry?** jsme zaznamenali opakující se odpovědi popsané v tabulce 4.

Tabulka 4: Postup v případě komunikační bariéry

| Kódy – odpovědi | Počet odpovědí | Informanti |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Překladatel | 8 | I1, I2, I3, I4, I5, I7, I8, I9 |
| Komunikační karty | 2 | I6, I9 |
| Překladač | 4 | I7, I10, I11, I12 |
| Gestikulace | 2 | I4, I7 |

Zdroj: Vlastní zdroj, 2023

Osmdesát informantů z dvanácti dotázaných by se obrátilo na překladatele. Čtyři informanti by využili mobilního překladače. Pouze I6 a I9 by sáhli po komunikačních patientských kartách. I7 na otázku odpověděl: „*Překladatelku, překladač nebo ruce-nohy*“. Zatímco I4 uvedl pouze gestikulaci nebo překladatele.

Osmdesát informantů z dvanácti v otázce **zabývající se jazykovou vybaveností záchranářů** (otázka č. 6) uvedlo schopnost komunikace s pacientem z národností menšiny v německém jazyce. Druhým nejčastěji uváděným jazykem byla angličtina, kterou dokáže komunikovat sedm z dvanácti informantů. Mezi další uvedené jazyky patří ruština, slovenština a maďarština (viz tabulka 5).

Tabulka 5: Jazyková vybavenost informantů

| Odpovědi – Kódy | Počet odpovědí | Informanti |
|------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Německý jazyk | 8 | I2, I3, I5, I6, I7, I8, I11, I12 |
| Anglický jazyk | 7 | I1, I2, I4, I7, I9, I10, I11 |
| Ruský jazyk | 2 | I1, I11 |
| Slovenský jazyk | 2 | I1, I2 |
| Maďarský jazyk | 1 | I2 |

Zdroj: vlastní zdroj, 2023

Komunikační patientské karty, kterých se týkala sedmá otázka: **Vozíte a využíváte v sanitních vozech komunikační karty pro cizince?** Jsou aktivně využívány pouze dvěma informanty, a to I5 a I8. Záchranáři z Jihočeského kraje (I10, I11 a I12) disponují pouze komunikačními kartami v ukrajinském jazyce, kterými byli vybaveni v rámci reakce na masivní migraci uprchlíků z Ukrajiny. Zbytek dotázaných s sebou komunikační karty v sanitních vozech má, ale nevyužívají je.

Poslední, osmá otázka této kategorie rozhovoru: **Ocenili byste podporu od zaměstnavatele nebo státu pro rozvoj komunikačních schopností?** přinesla tato zjištění: s výjimkou I1, I3 a I6 by všichni dotázaní informanti ocenili rozvoj v komunikačních schopnostech, který by jim byl zprostředkován zaměstnavatelem. I2 a I5 uvádí skutečnost, že již v rámci zaměstnání měli možnost absolvovat konverzační kurzy. I10 odpověděl: „*Spíše bych to ocenil od České republiky, když máme všechny filmy předabované, zaměstnavatel to nespasí.*“

4.4 Kategorie 2: Zkušenosti s etnickými skupinami

Kategorie **Zkušenosti s etnickými skupinami** je věnována otázkám týkajícím se osobních zkušeností zdravotnických záchranářů s členy etnických a národnostních menšin při výkonu služby. Byly zjišťovány pozitivní a negativní zkušenosti s etnickými skupinami, stejně jako případné zkušenosti s odmítnutím péče zástupci těchto etnických skupin a jeho odůvodněním.

Odpovědi na otázku č. 9: **Už jste poskytovali zdravotní péči pacientovi z národností menšiny?** a 10: **Jednalo se akutní výjezd?** jsme zpracovali do přehledné tabulky (viz tabulka 6), která je zaznamenává ve dvou kódech: ano a ne.

Tabulka 6: Výjezdy k pacientům etnických skupin

| Kódy – odpovědi | Otázka č.9 | | Otázka č.10 | |
|--------------------|------------|----|-------------|----|
| | Ano | Ne | Ano | Ne |
| I1 | Ano | | Ano | |
| I2 | Ano | | Ano | |
| I3 | Ano | | Ano | |
| I4 | Ano | | Ano | |
| I5 | Ano | | Ano | |
| I6 | Ano | | Ano | |
| I7 | Ano | | Ne | |

| | | |
|------------|-----|-----|
| I8 | Ano | Ne |
| I9 | Ano | Ano |
| I10 | Ano | Ne |
| I11 | Ano | Ano |
| I12 | Ano | Ano |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Všichni informanti potvrdili zkušenost s výjezdem k jedincům menšinových skupin v České republice. Z velké části už byli i u akutního výjezdu, výjimkou jsou I7, I8 a I10, kteří u výjezdu nebyli, nebo si jej nepamatují.

Na otázku č. 11: **Jaká je vaše nejzajímavější zkušenost s multikulturním ošetřovatelstvím?** jsme zaznamenali různorodé odpovědi. Polovina informantů nevyhodnotila žádné své setkání s etnickými skupinami za mimořádné či překvapivé. Dotazovaní I1, I8, I9 a I11 zmínili překvapivou zkušenost s romskou komunitou:

I1 uvedl: *„Podmínky, ve kterých bydleli. Romská komunita je jednodušší a žije v bídě.“*

I8 uvedl: *„Napadení romskou občankou.“*

I9 uvedl: *„Byli jsme NI bezvědomí nedýchá, přijeli jsme rovnou s doktorem, který konstatoval smrt. Přijeli jsme do romské rodiny, kde umřel starý pán, a rodina nás poprosila, abychom pozdrželi zavolání koronera a pohřební služby, aby si mohli splnit povinnost omýt ho, uložit do postele a zapálit mu svíčky.“* Byl naopak zaskočen a dojat, že se Romové chtěli řádně a v klidu rozloučit se svým blízkým.

I11 uvedl: *„Pacient romské národnosti byl v bezvědomí a kvůli velkému počtu přihlížejících působil výjezd velice depresivně vůči nám, lidé hodně prožívali stav blízkého a nebylo to příjemné.“*

I3 se dostal do tíživé situace, když jako muž nemohl poskytnout PNP muslimce z důvodu jejího náboženského vyznání, uvedl: „*Muslimka zásadně nechtěla být ošetřována muži.*“

Pouze informant I4 uvedl zkušenost s vietnamskou komunitou, kdy byl překvapen, jak se prostřednictvím své víry a rituálů vyrovnávají s úmrtím svých dětí. Situaci popsal následovně: „*Jako intervent jsem poskytoval psychickou podporu pro vietnamskou rodinu, která přišla o dvě děti naráz. Vyznávali buddhismus a zjišťovali si informace ohledně svého truchlení, tedy přesný čas a přesné místo úmrtí, aby mohli provést obřad.*“

Pomocí otázky č. 12: **Byly na Vás kladeny od příslušníků menšinových skupin zvláštní požadavky?** jsme chtěli zmapovat, zda už zdravotničtí záchranáři museli v terénu respektovat specifické požadavky pacientů. Sedm informantů odpovědělo záporně. Dotazovaní I3, I4, I6 a I9 se již setkali s neobvyklým požadavkem, když přijeli poskytnout odbornou pomoc pacientce vyznávající islám, která kvůli striktním pravidlům své víry musela zdravotní péči poskytovanou mužem-zdravotníkem odmítnout. Dotazovaný I9 se zároveň setkal s požadavkem pozdržení příjezdu koronera a pohřební služby, aby se pozůstalí mohli řádně rozloučit. I6 odpověděl: „*Ano, před transportem do zdravotnického zařízení jsme s sebou museli vzít Bibli a růženec.*“ Pouze tázaný I10 uvedl jako zvláštní požadavek skutečnost, že si pacient dopředu zjišťoval podmínky hospitalizace s ohledem na specifickou dietu a možnosti modlení.

Otázka č. 13: **Máte negativní zkušenost s poskytováním PNP pro menšinové skupiny?** je zodpovězena obsírněji. Devět informantů z dvanácti uvedlo negativní zkušenost s romskou komunitou. Dotazovaní I4, I8 a I11 poukázali na jejich vznětlivější povahu, informant I8 dokonce popsal napadení romskou ženou během poskytování zdravotní péče. Zbýlých šest informantů zmiňovalo obtížnou komunikaci s Romy a jejich neochotu naslouchat.

I4 uvedl: „*Romská komunita je emočnější a výjezdy můžou být vyhocenější.*“

Dotazovaný I8 uvedl: „*Ano, jednou se mi stalo, že na mě byl Rom nepříjemný a nadával mi, že mám makat. A také jsem byl napaden, když občanka Romka pod vlivem*

drog napadla naši posádku, ostatní se schovali do sanitky a já tam zůstal sám před ostatními Romy.“

I11 uvedl: *„Ano, v případě romské komunity, nechtěli přijmout současnou situaci a chtěli po nás, aby se stal zázrak, sice v dobré víře, ale pro zasahující posádku je to trochu stresující. Romové ve větším počtu si strašně vymýšlejí a lžou.“*

Informanti I1 a I7 se zmínili o ruské menšině, která žije v Karlových Varech, u níž se setkali s nadřazeným chováním a neochotou mluvit jiným než ruským jazykem. I1 uvedl: *„Ano, s Rusy. Často se vůči nám chovali nadřazeně, nechtěli se bavit jiným než svým jazykem a nelíbil se jim náš postup.“* A I7 uvedl: *„Starat se o ruský mluvící Němce je náročné.“*

Dotazovaný I6 upozornil také na problém s Vietnamci, kteří kvůli své uzavřenosti často plně nepopíší povahu svých obtíží, uvedl: *„Vietnamci ti neřeknou, co vše je trápí, a zastírají příznaky.“*

Pouze informant I12 nemá žádné negativní zkušenosti.

Otázka č. 14: **Máte pozitivní zkušenost s poskytováním PNP pro menšinové skupiny?** je informanty opět podrobněji rozvedena. Dotazovaní I1, I7, I8, I10 a I11 vypověděli, že mají dobrou zkušenost s vietnamskou minoritou. Záchranář I8 řekl: *„Vietnamci jsou milí a skromní.“* V odpovědích zavládla shoda, že s Vietnamci je většinou snadná a rychlá domluva. Informant I4 popisuje situaci, kdy přihlížel, jak se díky víře v buddhismus vietnamská rodina velmi důstojně vyrovnala s úmrtím blízkého, uvedl: *„Při pomáhání Vietnamcům mi přišel zajímavý směr buddhismus, kdy díky němu paní zvládala truchlení, a přišlo mi, že má ve víře velkou podporu.“*

Dva informanti se vyjádřili i k romské komunitě, I9 popisuje svůj zážitek s loučením romské rodiny se svým zemřelým, vypověděl: *„Když se chtěli Romové rozloučit se zemřelým. Tak to se mi moc líbilo, jak se s ním tradičně rozloučili. Byl to pro mě silný zážitek a takhle by se mělo podle mého názoru loučit se svými blízkými. Ne jak v naší společnosti, kdy se do půl hodiny odváží tělo pryč.“* Informant I11 ještě podotkl, že v případě, kdy s Romy jedná jako s jednotlivci, je s nimi snazší domluva.

Dotazovaní I3 a I12 nemají žádnou pozitivní zkušenost. Informanta I2 překvapila klidná spolupráce se Španěly. Dotazovaní I5 s I6 se přiklánějí k názoru, že když pacient potřebuje pomoc, je většinou ochotný spolupracovat a v případě absence zdravotního pojištění péči dokonce uhradit.

V odpovědi na otázku č. 15: **Odmítl se od Vás pacient jiné národnosti vyšetřit a pokud ano, proč?** pět informantů uvedlo, že pacient nikdy neodmítl vyšetření, ostatních sedm pak odpovědělo kladně – I12: *„Ano, šlo o pacienta romské národnosti, ale domluvili se s ním policisté, jelikož šlo o alkohol a zadržení do cely.“* Dotazovaný I1 také odmítl péči pacient pod vlivem alkoholu. Informanti I3, I4, I6 a I9 byli odmítnuti muslimskou ženou z důvodu jejího náboženství, I10 neuvedl důvod odmítnutí, ale setkal se s ním.

Na otázku č. 16, zda záchranáři **již museli během praxe využít tlumočnicka přes operační středisko**, odpověděli záporně pouze tři informanti. Ostatní již měli příležitost překladatele využít. I1 potřeboval překládat rozhovor s pacientem z Kazachstánu a I6 využil možnost překladu při podepisování negativního reversu s rusky mluvícím mužem. Dotazovaný I7 odpověděl: *„Ano, při záchrane 90leté babičky, která mluvila pouze ukrajinsky.“* Informant I9 má s využitím tlumočnicka negativní zkušenost: *„Ano, nedávno, nedopadlo to dobře. Naši nasmlouvání překladatelé nebyli k dispozici, tak mi přepojili hasiče. A chtěl jsem vysvětlit podepsání negativního reversu a vysvětlit všechny mé podmínky, proč by měl (rozuměno pacient – pozn. A. J.) odjet do nemocnice. Ale i se svými malými základy v německém jazyce jsem poznal, že překladatel dost podstatných informací vynechává, a tak jsem to ukončil.“* I10 využil překlad přes linku 112 v momentě, kdy mu ošetřovaný v žertu tvrdil, že nerozumí.

4.5 Kategorie 3: Vzdělání v multikulturní péči

Skrz odpovědi na tuto kategorii otázek zdravotničtí záchranáři reflektují své osobní vzdělání v oblasti multikulturní péče, jeho obsah, kvalitu, relevanci pro praxi a jsou vedeni k návrhům možných zlepšení jeho dosavadní podoby.

První otázka (č. 17) zjišťovala, zda dotázaní vůbec **absolvovali během svého kvalifikačního studia předmět zaměřený na multikulturní ošetřovatelství**. Odpovědi jsme rozdělili do tří kódů (viz tabulka 7).

Tabulka 7: Absolvování předmětu multikulturní ošetrovatelství

| Kódy – odpovědi | Počet odpovědí | Informanti |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Ne | 5 | I2, I3, I5, I6, I8 |
| Ano | 4 | I4, I10, I11, I12 |
| V rámci jiného předmětu | 3 | I1, I7, I8 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pět dotázaných uvedlo, že si žádný předmět s názvem multikulturní ošetrovatelství nepamatuje. Nejdéle sloužící záchranář I11 dodal: „*V době mého studia žádný takový předmět neexistoval.*“ Kolega I4 absolvoval během studia lekce znakové řeči. Zbývající informanti uvedli, že během studia tuto problematiku probírali, ovšem pouze okrajově, jako součást předmětů ošetrovatelství, komunikace a psychologie. Informant I1 na otázku odpověděl: „*Nevzpomínám si, ale pravděpodobně jsme se o tomto tématu v rámci předmětu komunikace bavili.*“

Na otázku č. 18: **Byla podle vás výuka přínosná a dostatečná?** odpověděli všichni informanti, kteří tuto problematiku v rámci studia probírali, vyjma tázané I1 a I8 kladně. I6 se zmínil, že probírali pouze základy potřebné pro praxi, I9 svou odpověď rozvinul: „*Bylo to zajímavé, ale mě to tak moc nepřidalo, jelikož jsem předtím pracoval na pozici řidiče a základní přehled už jsem o tomto tématu měl. Pro začínající záchranáře si myslím, že byla dostačující. V případě, kdy se s touto situací setkáme, nás volají pacienti, protože potřebují pomoci. Dle mého názoru by měli slevit ze svých požadavků.*“

Žádný z informantů, který se problematikou multikulturního ošetrovatelství v rámci studia zabýval, by systém výuky neměnil. Dle jejich názoru stačí základní znalosti pro péči v PNP. V odpovědi otázka č. 19: **Změnil/a byste systém výuky**

multikulturního ošetrovatelství? informant I1 navrhl: „*Bylo by dobré se spíše zaměřit na daná města, případně oblasti, kde by záchranáři danou problematiku využili.*“ Všichni informanti, již výuku multikulturního ošetrovatelství za studií neabsolvovali, se shodli, že by ji ocenili a že je potřeba být v této problematice orientovaný. Záchranář I11 odpověděl: „*Myslím, že by nebylo špatné výuku mít, jsou to situace, které se stávají, a bylo by to vhodné.*“ Také I12 by výuku ocenil, neboť ji zpětně hodnotí jako přínosnou pro praxi.

Potřebu se v této problematice dále vzdělávat (otázka č. 20) cítí polovina informantů. Například záchranářka I7 by se ráda rozvíjela v jazykové vybavenosti, ale ve specifické péči o cizince už ne. Dotazovaný I4 odpověděl: „*Necítím tuto potřebu, vždy se zvládnou domluvit na místě.*“

5 Diskuze

V dnešní globalizované společnosti se zdravotničtí záchranáři čím dál tím více setkávají se situací, kdy poskytují PNP lidem jiné než české národnosti. Multikulturní ošetrovatelství se tak stává stále důležitějším tématem. Počet obyvatel České republiky s jinou než českou národností se dle údajů Českého statistického úřadu (2021) mezi lety 2001-2021 více než zčtyřnásobil. Stejný nárůst lze pozorovat také u počtu obyvatel s cizí státní příslušností.

Tato bakalářská práce mapovala problematiku multikulturního ošetrovatelství v PNP. Pro praktickou část byl využit kvalitativní výzkum, který byl realizován metodou dotazování a technikou hloubkového rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo dvanáct zdravotnických záchranářů, kteří měli zkušenosti s péčí o pacienta z menšinové etnické či náboženské skupiny. Ve výzkumném souboru byla zastoupena obě pohlaví, obsáhl různé věkové kategorie i rozličně dlouhou praxi informantů na zdravotnické záchranné službě (dále jen ZZS). Většina informantů absolvovala vyšší odbornou školu, nejvyšším dosaženým vzděláním dotazovaných bylo vysokoškolské zakončené inženýrským titulem. Ukázalo se však, že spíše, než vysokoškolský titul přináší zajímavé a pro náš výzkum relevantní informace bohatá praxe informantů v oboru.

V praktické části jsme se zabývali postupem, který záchranáři volí při poskytování PNP různým etnickým skupinám, a možnými překážkami v komunikaci zdravotníků s cizojazyčným pacientem. Dále jsme zjišťovali zkušenosti informantů s poskytováním PNP národnostním a jiným menšinám. Poslední otázky obsažené v praktické části této práce zjišťovaly rozsah vzdělání zdravotnických záchranářů v multikulturním ošetrovatelství.

Výsledky kvalitativní studie demonstrují, že všichni dotázaní se již setkali s poskytováním PNP pacientům jiné než české národnosti. Tyto údaje odpovídají nárůstu obyvatel ČR hlásících se k jiné než české národnosti, kterých bylo při sčítání lidu v roce 2021 4,49 miliónu, tedy téměř 43 % veškerého obyvatelstva (ČSÚ, 2021). Tento stav s sebou nese větší rizika vzniku komunikační bariéry, jež může komplikovat porozumění mezi ošetrovaným a ošetrujícím. Například jen rusky a ukrajinsky mluvící část obyvatelstva se na našem území za posledních 20 let rozrostla z necelých 19 tisíc jedinců na více než 148 tisíc (ČSÚ, 2021).

Ministerstvo vnitra (2023) k měsíci dubnu roku 2023 poskytlo dočasnou ochranu více než 504 tisícům migrantů, kteří utíkají před válečným konfliktem na Ukrajině. Z těchto se přibližně jedna třetina již vrátila do své země. Z rozhovorů vyplynulo, že na zmíněný rapidní nárůst cizinců reagovala jihočeská ZZS tvorbou komunikačních karet pro ukrajinské pacienty.

V důsledku státem dlouhodobě podporovaného „Programu Ukrajina“ se do českého zdravotnictví dostávají lékaři i nelékařští pracovníci z postsovětských zemí. Nejvíce příchozích pochází ze Slovenska, dále je zaznamenán velký počet lékařů z Ukrajiny (Zdravotnický deník, 2022). Díky lékařům z ciziny by se v tuzemsku mohla zlepšit komunikace s pacienty-cizinci, pro české pacienty však nemusí být zdravotnický personál z ciziny mnohdy výhodou. Přestože jsou lékaři z ciziny povinni před započítím své praxe na území České republiky složit odborné zkoušky v českém jazyce, nejsou vždy kompetentní pacientovi srozumitelně sdělit diagnózu a plně mu porozumět.

Jazyková vybavenost informantů praktické části této práce zahrnovala převážně anglický a německý jazyk. Ruština jako jeden z jazyků, kterými se dokáže informant dorozumět, byla uvedena pouze ve dvou případech. Vietnamštinu, ukrajinštinu či romštinu neuvedl žádným z informantů. U relativně velkého procenta potenciálních pacientů by se tak náš výzkumný vzorek musel obrátit na jiný než na přímý verbální způsob komunikace.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je třeba očekávat, že se nároky na komunikační zdatnost zdravotnických záchranářů, či na komunikační pomůcky dostupné výjezdovým posádkám budou zvyšovat. Tuto skutečnost reflektuje také Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2016), které v roce 2016 vydalo sérii dvoujazyčných komunikačních karet, jež měly zjednodušit komunikaci mezi českým zdravotnickým personálem a cizojazyčnými pacienty. Většina informantů naší studie s sebou komunikační karty na výjezdy vozí, ovšem nevyužívá jich. Námi zpovídaní zdravotníci naopak uvedli, že se v případě komunikační bariéry obracejí spíše na překladatele. Využití této možnosti skrze operační středisko mohou záchranáři ve všech krajích České republiky. Otázkou ovšem zůstává, zda se jedná o nejefektivnější a nejrychlejší způsob komunikace ve výjezdové situaci.

Čtyři dotázaní uvedli jako jeden z hlavních komunikačních prostředků jimi užívaných v případě komunikační bariéry mobilní překladač. S rapidním pokrokem v oblasti umělé inteligence a jejího využití v překladatelství se komunikace skrze mobilní překladač stává stále jednodušší a spolehlivější. Přesnost překladu zdravotnické terminologie je ovšem stále poměrně nedostatečná. Sledovat a případně podpořit vývoj překladatelských technologií by mohlo zefektivnit a zrychlit komunikaci mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty-cizinci či pacienty z národnostních menšin.

Neexistuje přesně daný postup, jak se chovat při péči o pacienta z minoritní etnické skupiny. Tóthová et al. (2012) doporučují zaměřit se převážně na věcně správnou komunikaci a v případě komunikační bariéry se ujistovat, že nám ošetřovaný vše rozumí. Dále je zapotřebí být trpělivý, shovívavý a pokud možno respektovat speciální požadavky pacientů. Na uvážení záchranářů však záleží, jak dalece a v jakém rozmezí jsou ochotni těmto vyhovět.

Všichni informanti sdělili, že při poskytování péče etnickým skupinám volí prvotně stejný postup jako při ošetření českých a česky hovořících pacientů. Nadto jsou ochotni na pacientovu žádost prodiskutovat formu poskytované péče a hledat možnosti, jak vyhovět pacientovým specifickým požadavkům. Pokud by nebylo v jejich možnostech požadavky splnit, osm informantů by pacienta nechalo podepsat negativní reverz. K tomuto úkonu mohou zdravotníci přistoupit až tehdy, když pacientovi vysvětlí závažnost jeho zdravotního stavu a možná rizika s ním spojená (Franěk, 2022). Opět se zde odráží problematika možné komunikační bariéry, kdy zdravotník musí zajistit bezchybné přetlumočení všech relevantních informací a nabýt jistoty, že pacient těmto informacím rozumí.

Informantů jsme se dále ptali na jejich zkušenosti s multikulturním ošetřovatelstvím, zajímalo nás, zda se s ním za svou praxi setkali, např. v rámci speciálních požadavků kladených na ně pacienty, a zda jsou jejich případné zkušenosti pozitivní, či negativní. Čtyři informanti mužského pohlaví popsali zkušenost s odmítnutím péče muslimskou ženou, které bylo z její strany motivováno náboženskými důvody. Toto jednání potvrzuje v teoretické části zmíněné teze Kuby et al. (2021), že muslimská žena nesmí přijít do fyzického kontaktu s cizím mužem.

I přestože v rámci poskytování zdravotnické péče islám dovoluje výjimku, některé muslimské ženy zdravotníky opačného pohlaví odmítají.

Kuba ve své bakalářské práci, později publikované v časopise *Urgentní medicína*, zjišťoval znalosti specifické péče a zkušenosti zdravotníků (pracujících na urgentním příjmu nebo ZZS) s poskytováním péče muslimským pacientům. Z jeho výzkumného šetření vyplynulo, že pouze 3 respondenti ze 100 dotazovaných měli zkušenost s nespolupracujícím muslimským pacientem. Nejsou zde ale uvedeny podrobnosti. Na druhé straně se 13 % dotazovaných nedokázalo s pacientem samostatně domluvit (Kuba et al., 2021). Na výše zmíněné výsledky lze navázat naším výzkumným šetřením, jelikož čtyři informanti z dvanácti zaznamenali odmítnutí zdravotní péče stranou muslimské pacientky, zdravotníci přitom byli mužského pohlaví. Ve všech čtyřech případech však nešlo o stav přímého ohrožení života, což bylo patrně důvodem, proč ona muslimka nevnímala svůj nárok na výjimku z náboženského pravidla za opodstatněný.

Pokud by se do budoucna zvýšila četnost výjezdů k muslimským pacientům, nabízí se k úvaze možnost zavést pohlavně smíšené posádky sanitních vozů, nebo dát pacientovi možnost výběru pohlaví zasahujícího zdravotníka ještě před výjezdem. Jak ale zmínil informant I5, daní pacienti od zdravotníků potřebují pomoc a jistá míra přizpůsobivosti i z jejich strany je na místě.

Jak zmiňují Tóthová et al. (2012), Romové jsou původem kočovný národ s jinou genovou predispozicí, než má národ český. Jsou zvyklí žít volným způsobem života, jednájí i komunikují spontánně a emoce projevují bez rozpaků. Z těchto důvodů bývá komunikace s nimi, zvláště pak umocněná stresem, velmi náročná a může eskalovat. Tento fakt potvrzuje i náš výzkum, neboť deset z dvanácti našich informantů vypovědělo negativní zkušenost právě s romskou komunitou. Nejčastěji dotazovaní popisovali obtížnou komunikaci s pacienty a jejich sníženou schopnost klidně a racionálně jednat. Někteří informanti zakusili i verbální a fyzickou agresi ze strany romských pacientů, viz záchranář I7, jenž byl v rámci výjezdu Romem napaden.

Romové bohužel také prokazují jistou dávku nedůvěry vůči zdravotníkům samým. Jedná se o komplexnější problém, který zjevně nevyřeší záchranáři sami. Pokud by se zvýšila četnost Romů na zdravotnických pozicích, byla by zde šance na zlepšení

komunikace a prohloubení důvěry mezi Romy a zdravotníky. Jak zmínil informant 10, s romským jednotlivcem je komunikace příznivá, ale se skupinou Romů nastávají komplikace.

Výsledky studie Pálkové (2012) ukazují, že zástupci vietnamské minority jsou většinou milí, skromní a čistotní lidé. Problém tvoří komunikační bariéra, kdy Vietnavec často ze studu nepřizná, že zdravotníkovi nerozumí, a nadto jej mate úsměvem a bezduchým přikyvováním. Ivanová et al. (2005) dále hovoří o negativním postoji Vietnamců k užívání léků proti bolesti, zatajování trávících obtíží a o nelibosti konkrétně a otevřeně hovořit o svých problémech. Pravdivost těchto výsledků potvrzuje i naše výzkumné šetření, jelikož polovina informantů odpověděla na otázku ohledně pozitivní zkušenosti s multikulturním ošetřovatelstvím kladně právě v souvislosti s Vietnamci. Jeden informant poté uvedl, že mu vietnamský pacient zastíral příznaky svých obtíží. Při jednání s vietnamskými pacienty se doporučuje poskytnout jim komfortní prostor pro vyšetření a ujistit se verbální odezvou, zda pacient zdravotníkovi rozumí.

Dotazovaný I4 sdílel svou zkušenost s vietnamskou rodinou, která se díky buddhismu dokázala důstojně a statečně vyrovnat se ztrátou svých dětí. Velký vliv měla pravděpodobně víra buddhistů v reinkarnaci a vnímání smrti jako začátku nové cesty. Smrt by dle buddhistické víry měla být přijata s klidem a s nebožtíkem by se jeho blízcí měli důstojně rozloučit (Kuntoš, 2016).

Vzhledem k současnému konfliktu odehrávajícímu se na Ukrajině, kvůli němuž přicházejí na území našeho státu velké počty uprchlíků, jsme očekávali výpovědi o četných zkušenostech našich zdravotníků s ukrajinskými pacienty. Práce s ukrajinskými pacienty však v našich informantech nezanechala hlubší stopu, nezmínili je ani v pozitivním, ani v negativním módu.

Naposledy jsme se informantů ptali, zda během kvalifikačního studia absolvovali předmět zahrnující informace o multikulturním ošetřovatelství a zda byli s jeho náplní spokojeni. Výsledky Kuby et al. (2021) ukazují, že 50 % respondentů považuje výuku o menšinových skupinách za nedostatečnou a 66 % dotazovaných má zájem se dále v této problematice rozvíjet. Tyto výsledky můžeme potvrdit jako pravdivé. Většina našich informantů absolvujících tento předmět sice považuje výuku za dostatečnou, ale

pět informantů výukou multikultury vůbec neprošlo, dva ji pak označili přímo za nedostatečnou. Dále by se v této problematice chtěla vzdělávat polovina informantů. Jako možné východisko navrhujeme zprostředkování přednášek či školeních o specifických potřebách etnických skupin jednotlivým krajům dle jejich potřeb odvíjejících se od procentuálního zastoupení menšin v jejich obyvatelstvu.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se věnovali problematice multikulturního ošetrovatelství v přednemocniční neodkladné péči. Teoretická část byla sepsána z dostupných odborných zdrojů a informace ohledně současné situace byly čerpány z odborných článků. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy z prostředí multikulturního ošetrovatelství, je zde nastíněna historie jednotlivých kultur a náboženství, jsou v ní popsány formy komunikace a definován kulturní šok.

Praktická část byla zpracována na základě polostrukturovaných rozhovorů vedených se zdravotnickými záchranáři. Cílem této části bylo popsat postup zdravotnických záchranářů při péči o pacienty z etnických minorit, uvést nabyté zkušenosti zdravotníků s jednotlivými etnickými skupinami a předložit názory zdravotnických záchranářů na výuku multikulturního ošetrovatelství. Všechny cíle byly naplněny a výzkumné šetření zodpovědělo všechny výzkumné otázky.

Zjistili jsme, že zdravotničtí záchranáři volí při kontaktu s etnickými skupinami běžný postup, jsou ale nakloněni vyhovět určitým speciálním požadavkům pacientů. Všichni informanti měli zkušenosti s poskytováním péče minoritním skupinám. Výuku multikulturní péče zdravotnický záchranáři vyhodnotili spíše jako nedostatečnou, a proto byla navržena možnost rozšíření znalostí v této problematice.

Výsledky našeho výzkumného šetření lze využít v praxi jako podklad pro zlepšení péče o příslušníky etnických skupin, např. vývojem a zavedením speciálních aplikací, které by přesněji překládaly odborné zdravotnické termíny. Na základě analýzy výsledků byla vytvořena informační brožurka (viz příloha 2) pro zdravotnické záchranáře, která zahrnuje doporučené zásady poskytování zdravotní péče příslušníkům etnických skupin. Další možností je využití struktury teoretické části této práce k vytvoření skript multikulturního ošetrovatelství pro studenty oboru zdravotnický záchranář.

7 Seznam použitých zdrojů

BAŠTECKÁ, B., DOSKOČIL, O., JANEČKOVÁ H., 2020. *Nemocniční kaplan-ka: Kdo to je, co dělá a s čím může pomoci* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci [cit.2020-10-2]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/nemocnicni-kaplan-ka-kdo-to-je-co-dela-a-s-cim-muze-pomoci/>

BRAUNOVÁ, A., 2009. *Ošetrovatelský přístup k Jehovovým svědkům na ošetrovacích jednotkách*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

DEMJANČUKOVÁ, D., 2003. *Teorie a dějiny náboženství*. Nakladatel: Aleš Čeněk, s.r.o. 176 s. ISBN 80-86473-43-0.

DLUBALOVÁ, K., 2023. *V České republice je aktuálně 325 tisíc uprchlíků z Ukrajiny* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky [cit.2023-04-01] Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/v-ceske-republice-je-aktualne-325-tisic-uprchliku-z-ukrajiny.aspx>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2021. *Sčítání 2021* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.2023-06-05]. Dostupné z: <https://www.scitani.cz/vysledky>

DOBIÁŠOVÁ, K., 2004. *Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR*. In: VYSKOČILOVÁ. O. et al., *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými lesy, 97 s. ISSN 1213-8096.

DUTTON, E., 2012. *Culture shock and multiculturalism: reclaiming a useful model from the religious realm*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars, 265 s. ISBN 978-1-4438-3526-8.

EING, P., 2019. *Transcultural nursing: a comparison between patients of Christianity and Islam*. München: GRIN Verlag. 20 s. Medical Science. ISBN 978-3-668-92267-9.

ERIKSEN, T., 2008. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-465-6.

FRANĚK, O., 2022. *Z deničku soudního znalce: negativní revers v přednemocniční péči a pacient "pod vlivem"* [online]. Zachrannaslužba.cz [cit.2022-12-12]. Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/z-denicku-soudniho-znalce-negativni-revers-v-prednemocnicni-peci-i-u-pacienta-pod-vlivem/>

FUNDA, O., 2017. *K filozofii náboženství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 104 s. ISBN 978-80-246-3748-8.

GIGER, J., HADDAD L., 2021. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. Eighth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier. 722 s. ISBN 978-0-323-69554-1.

GULÁŠOVÁ, I., 2016. *Špecifiká komunikácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s moslimským vyznaním*. Bratislava: Humanum, 6 s. ISSN 1898-8431.

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

Jackson, R. L., 2010. *Encyclopedia of Identity*. United States of America: SAGE Publications, Inc, 1000 s. ISBN-13: 978 – 1412951531.

KRAJCOVÁ, T., 2012. *Ošetrovateľská péče o klienta s ruskou národností*. Olomouc. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd

KUBA, M., ÁGHOVÁ M., KUBOVÁ L., 2021. *Multikulturní ošetrovatelství se zaměřením na muslimy v neodkladné péči*. Urgentní medicína roč. 24, č. 3, s. 18–26. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2021_3.pdf.

KUNTOŠ, V., 2016. *Buddhistický pohled na smrt* [online]. Česká republika: BuddhaWeb.cz [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <https://www.buddhawebsite.cz/buddhisticky-pohled-na-smrt/>

KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2016. *Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky* [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví české republiky [cit. 2020-08-04]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky/>

NOSEK, B., DAMOHORSKÁ P., 2016. *Židovské tradice a zvyky*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 276 s. ISBN 978-80-246-2996-4.

NOVÁKOVÁ, I., 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.

PÁLKOVÁ, Z., 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/3781/1/Specifika_osetrovatelske_pece_u_vietnamske_minority.pdf

PETRÁŠ, R., PETRŮV H., SCHEU H., 2009. *Menšiny a právo v České republice*. Praha: Auditorium. 512s. ISBN 978-80-87284.00-1.

Pedersen, P., 1995. *The Five Stages of Culture Shock*. United States of America: Greenwood Press, 296 s. ISSN 0736 – 2714.

Úřad vlády České republiky., 2017. *Průvodce právy příslušníků národnostních menšin v České republice II*. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát Rady vlády pro národnostní menšiny, 90 s. ISBN 978-80-7440-207-4.

SCOTT, E., 2022. *What Is Spirituality? How Spirituality Can Benefit Your Health and Well-Bein*. [online]. New york: Verywellmind [cit. 2022-11-14]. Dostupné z:

<https://www.verywellmind.com/how-spirituality-can-benefit-mental-and-physical-health-3144807>

SVIRINSKAYA, Alla, 2006. *Tajemství energie: jak dosáhnout tělesné a duševní pohody*. V Praze: Metafora. 333 s. ISBN 80-7359-042-5.

ŠPIRUDOVÁ. L., TOMANOVÁ. D., KUDLOVÁ. P., HALMO. R., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠLECHTOVÁ, D., BÜRGEROVÁ O., 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 11(1), 187-192. ISSN 1212-4117.

TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

TÓTHOVÁ, V., 2012. *Kulturní kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

VAŠEK, T. 2022. *Vážně chorých uprchlíků je moc, říkají lékaři. Ukrajinci nemají často podchycené běžné nemoci* [online]. Praha: Lidovky.cz [cit. 2022-05-21].

Dostupné z: <https://www.lidovky.cz/domov/uprchlici-bezenci-ukrajina-ukrajinci-nemoci->

[lekar.A220520_201513_ln_domov_vag?_gl=1*1si2dvc*_ga*MTEzNDQwMDYyNi4xNjg2NzQ5NzQ5*_ga_N7BYSDJ0DC*MTY4Njc0OTc0Ny4xLjEuMTY4Njc0OTk0MS42MC4wLjA](https://www.lidovky.cz/domov/uprchlici-bezenci-ukrajina-ukrajinci-nemoci-lekari.A220520_201513_ln_domov_vag?_gl=1*1si2dvc*_ga*MTEzNDQwMDYyNi4xNjg2NzQ5NzQ5*_ga_N7BYSDJ0DC*MTY4Njc0OTc0Ny4xLjEuMTY4Njc0OTk0MS42MC4wLjA).

VENCLOVÁ, K., ŠTÝRSKÝ J., ŠÍPEK, J., 2013. *Multikulturní rozdíly návštěvníků: multikulturalismus jako problém, komunikace a etiketa v odlišném kulturním prostředí, interkulturní rozdíly a jejich překonávání v turistice*. Chrudim: Vodní zdroje Chrudim, 143 s. ISBN 978-80-905154-8-2.

VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.

Zacharová, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZASSIEDKO, Ruslan, 2019. *Sociokulturní a náboženská specifika menšin*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 80 s. ISBN 978-80-7394-740-8.

ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Transkulturní ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 73 s. ISBN 978-80-7464-549-5.

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. 2022. *Lékařů z Ukrajiny v ČR přibývá, proti roku 2010 je jich osmkrát více*. [online]. Praha: Media Network s.r.o. [cit. 2022-02-16]
Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/02/lekaru-z-ukrajiny-v-cr-pribyva-proti-roku-2010-je-jich-osmkrat-vice/>

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

Příloha 2: Informační brožurka pro zdravotnické záchranáře

8.1 Příloha 1: Otázky k rozhovoru

Demografické údaje

- pohlaví
- věk
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Délka praxe u ZZS
- Vjezdový kraj

A) Jak postupují zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči při poskytování péče příslušníkovi jiné národnosti?

1. Máte při výjezdu informaci, že jedete k pacientovi jiné národnosti?
2. Jaký volíte postup v případě, že pacient není české národnosti?
3. Zjišťujete, zda má pacient speciální požadavky ohledně zdravotnické péče?
4. V případě požadavků, který by neumožňoval poskytnutí zdravotnické neodkladné péče, jaký volíte postup?
5. Jaký volíte postup v případě komunikační bariéry?
6. Jakými jazyky se s cizinci dorozumíte?
7. Vozíte a využíváte v sanitních vozech komunikační karty pro cizince?
8. Ocenili byste podporu od zaměstnavatele či státu pro rozvoj komunikačních schopností?

B) Jaké mají zdravotničtí záchranáři zkušenosti s jedinci daných kultur v rámci přednemocniční neodkladné péče?

9. Už jste poskytovali zdravotní péči pacientovi z národnostní menšiny?
10. Jednalo se o akutní výjezd? N1-N2
11. Jaká je vaše nejzajímavější zkušenost s multikulturálním ošetrovatelstvím?
12. Byli na Vás kladeny od příslušníků menšinových skupin zvláštní požadavky?
13. Máte negativní zkušenost s poskytováním PNP pro menšinové skupiny?
14. Máte pozitivní zkušenost s poskytováním PNP pro menšinové skupiny?
15. Odmítl se od Vás pacient jiné národnosti vyšetřit a pokud ano, proč?
16. Museli jste někdy využít tlumočnicka přes operační středisko?

C) Považují zdravotničtí záchranáři přípravu na multikulturální péči v rámci kvalifikačního studia za dostatečnou?

17. Měli jste v rámci kvalifikačního studia předmět zaměřený na Multikulturální ošetrovatelství?
18. Byla podle Vás výuka přínosná a dostatečná?
19. Změnila byste systém výuky Multikulturálního ošetrovatelství?
20. Máte potřebu se v této problematice dále vzdělávat?

Zdroj: Vlastní zdroj, 2023

8.2 Příloha 2: Informační brožurka pro zdravotnické záchranáře

|  |  <p>ETNIKUM → NÁROD/KMEN</p> |  <p>MENŠINOVÉ SKUPINY V ČR</p> |  <p>DESÁTERO POSKYTOVÁNÍ PNP MENŠINOVÝM SKUPINÁM</p> |  <p>JAK POSTUPOVAT V PŘÍPADĚ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY?</p> |
|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Skupina lidí žijící ve společném souznění, kteří v České republice vytváří menšinové skupiny. - Objektivní kritéria pro vymezení: <ul style="list-style-type: none"> - Jazyk - fyzické rysy - původ - náboženství - tradice - dějiny | <p>Národnostní menšiny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Romská - Ukrajinská - Vietnamská - Ruská - Německá - Slovenská - Mongolská <p>Náboženské menšiny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Islám - Judaismus - Buddhismus - Hinduismus - Křesťanství - Svědkové Jehovovi - Adventisté sedmého dne | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jednat v klidu a s rozvahou. ➤ Volit stejný ošetřovatelský postup. ➤ Respektovat pacientovo jednání ve stresu. ➤ Respektovat, že pacient nemusí znát některé naše zvyky a gesta - nejedná se o nezdvořilost, ale o neznalost. ➤ Pozor na jejich osobní prostor - pokud to lze. ➤ Voli si ho pacient sám. ➤ Vybudovat si důvěru. ➤ Pokud vznikne podezření ohledně specifických požadavků, vždy se informovat u pacienta. ➤ Snažit se specifickým požadavkům vyhovět. ➤ Při odmítnutí vyšetření - opakovaně vysvětlit rizika neposkytnutí péče ➤ Snažit se najít kompromis. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mluvit pomalu. ➤ Řádně gestikulovat. ➤ Srozumitelnost a jednoduchost slov - mluvit jako s dítětem. ➤ Využít papír na důležité informace - např. číslo pojištění, seznam léků. ➤ Ujistit se, že pacient rozumí - pokyvnování hlavy je nedostatečující. ➤ Ověřit domluvu doplnujícími otázkami. ➤ Pozorovat pacientovo chování a neverbální komunikaci. <p>Nemožnost se domluvit?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Využít komunikační karty, překladač nebo tlumočnicka přes operační středisko. | |

Zdroj: Vlastní zdroj, 2023

9 Seznam zkratek

PNP – přednemocniční neodkladná péče

ZZS – Zdravotnická záchranná služba