

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Uspokojování potřeb pacientů - cizinců hospitalizovaných na izolační jednotce určené pro léčbu tuberkulózy dle zásad holismu.

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Dita Nováková Ph.D.

Autor:

Romana Strnková

2011

Abstract

Even today tuberculosis is a major health problem all round the world. The Czech Republic belongs among countries with low incidence of tuberculosis these days. In recent years the representation of foreigners in the total number of patients suffering from tuberculosis in our country has been increasing due to migration. In practice this results in the increase of number of foreigners hospitalized at isolation wards – units for treating tuberculosis. Due to differences concerning culture, language, eating habits, customs, rituals and traditions, the stay at the isolation ward is for those patients traumatic experience for those patients. Hence, the thesis deals with the issue of meeting the needs of patients – foreigners hospitalized at isolation ward for treating tuberculosis according to holistic principles.

Two objectives were set at the very beginning. The first objective was to find out whether the needs of patients- foreigners hospitalized at isolation wards are met according to holistic principles. The other objective was to find out whether there are differences in the patients´- foreigners´ perception of the hospital environment.

The theoretical part deals with holistic approach in patients care, present multicultural nursing, communication in providing nursing care, specificities of nursing at isolation ward and cultural specificities of hospitalized patients. The research part is based on qualitative data collection. An interview, observation and content data analysis were the methods applied in the research. The research set consisted of 5 patients-foreigners, who were hospitalized at isolation wards for treating tuberculosis in Hospital of České Budějovice, plc. and in the Lung Hospital in Humpolec.

On the basis of information collected from patients during interviews, case histories were completed and these histories say that during hospitalization patient´s – foreigner´s needs are met according to holistic principles. However, meeting the needs is to some extent influenced by the necessity to follow hygienic - epidemiological standards, relating to specificities of the ward operation.

The environment of the isolation ward is perceived by the patients – foreigners, due to the cultural and language differences, very intensively. Hospitalization, where

these people are in a foreign country isolated from their relatives and friends, influences their behaviour, perception and reactions in a negative way. Language barrier makes the problem even worse. We are able to provide multicultural friendly care respecting opinions, traditions, habits and cultural specificities of an individual and non-traumatic adaptation to new environment in hospital.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Uspokojování potřeb pacientů – cizinců hospitalizovaných na izolační jednotce určené pro léčbu tuberkulózy dle zásad holismu jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne: 14.8.2011

.....
Romana Strnková

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Dítě Novákové Ph.D. za notnou dávku trpělivosti, konzultace, cenné rady a připomínky při metodickém vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	10
1. Současný stav	12
1.1 Multikultura	12
1.1.1 Holismus a multikulturní ošetřovatelství	12
1.1.2 Multikulturní výchova.....	13
1.2 Komunikace	13
1.2.1 Verbální komunikace.....	14
1.2.2 Neverbální komunikace.....	15
1.2.3 Komunikace s pacientem – cizincem.....	16
1.3 Potřeby pacientů	18
1.3.1 Klasifikace potřeb v ošetřovatelství.....	19
1.3.2 Specifika ošetřovatelské péče o pacienty – cizince.....	21
1.4 Kulturní specifika dle země původu	23
1.4.1 Pacienti z Gruzie.....	23
1.4.2 Pacienti z Mongolska.....	24
1.4.3 Pacienti z Ukrajiny	25
1.4.4 Pacienti z Vietnamu.....	26
1.5 Tuberkulóza	28
1.5.1 Historie.....	29

1.5.2 Epidemiologie.....	31
1.5.3 Etiologie, patogeneze.....	32
1.5.4 Klinický obraz.....	33
1.5.5 Diagnostika.....	34
1.5.6 Léčba.....	37
1.5.7 Preventivní opatření.....	38
1.6 Specifika ošetrovatelské péče o na izolační jednotce.....	38
1.6.1 Bariérová ošetrovatelská péče.....	39
1.6.2 Uspořádání ošetrovací jednotky.....	39
1.6.3 Izolační režim.....	40
1.6.4 Zásady při poskytování péče na izolační jednotce.....	40
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	42
2.1 Cíl práce.....	42
2.2 Výzkumné otázky.....	42
3. Metodika.....	43
3.1 Metody šetření.....	43
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
4. Výsledky.....	44
4.1 Kvalitativní výzkum – rozhovory s pacienty.....	44
4.1.1 PACIENT 1.....	44

4.1.2 PACIENT 2.....	53
4.1.3 PACIENT 3.....	62
4.1.4 PACIENT 4.....	67
4.1.5 PACIENT 5.....	75
5. Diskuse.....	79
6. Závěr.....	85
7. Seznam použitých zdrojů.....	89
8. Klíčová slova.....	94
9. Přílohy.....	95

*„Neznám schopnějšího zabijáka než je izolace.
Není destruktivnějšího vlivu na tělesné, duševní zdraví
než Vaše izolace ode mne a od ostatních.“
(Zimbardo)*

*„Tolerance je umělá květina,
která poprvé vyrostla a vykvetla na vysokém stupni mravního zrání,
kdy člověk v člověku z jiného společenství spatřil bližního,
jemuž nemá činit, co si sám nepřeje pro sebe.
Zakořenit tuto květinu v mysli zástupců byla odjakživa práce nesnadná,
stálý zápas s nepřízní půdy i podnebí,
stálá nutnost začínat znovu po bouřích a erupcích.
Ve světě kolem nás, vyzývajícím k rychlému zbohatnutí a zároveň
proniknutém obavami o budoucnost,
je to úsilí obzvlášť těžké.“
(Eduard Goldstücker, 1998)*

Úvod

Přesto, že máme již 21. století, představuje tuberkulóza stále velký zdravotnický problém na celém světě. Česká republika se v současné době řadí mezi země s nízkou incidencí tuberkulózy. V roce 2009 byla incidence tuberkulózy v České republice 6,8/100 000 obyvatel.

Současná doba je charakterizována migrací obyvatelstva, což má za následek příliv imigrantů či uprchlíků do prostředí, které je pro ně naprosto odlišné. Negativním vlivem migrace je zvyšující se zastoupení cizinců v počtu onemocnění tuberkulózou na našem území. Tato skupina obyvatel prochází v novém prostředí traumatizujícím procesem adaptace v důsledku odlišných klimatických podmínek, odlišné kultury, jazyka, stravy, zvyků, rituálů a tradic. Traumatizující moment adaptace je u mnohých z nich dále umocněn nutností hospitalizace. Sama hospitalizace v cizím prostředí pro ně dále představuje jeden z momentů, které v negativním smyslu mohou ovlivnit jejich chování, vnímání a reagování. Dlouhodobý pobyt na izolační jednotce může dále tento traumatizující proces prohlubovat a prodlužovat. Uzavřené prostředí a následná sociální izolace představuje pro tyto pacienty vážný ošetrovatelský problém.

Další z problémů, které mohou u těchto pacientů adaptační proces narušit a zpomalit je samo infekční onemocnění, pro které jsou na izolační jednotce hospitalizováni. Postoj společnosti k pacientům – cizincům, kteří onemocněli tuberkulózou je stále negativně ovlivňován předsudky, které toto onemocnění již odnepaměti provází. Je to pro ně jedno z dalších úskalí, kterému musí v novém prostředí čelit.

Podnětem k vypracování této práce pro mne byla vlastní zkušenost a praxe v péči o pacienty – cizince, kteří jsou hospitalizováni na izolační jednotce určené pro léčbu tuberkulózy. Ač je v současné době problematice multikulturního ošetrovatelství věnováno mnohem více prostoru než dříve, stále znovu a znovu v praxi rozkrýváme a nacházíme místa, kde je nutno pokročit dále a hlouběji ve smyslu holistického přístupu k našim pacientům. Objevují se nové skutečnosti, se kterými pacienti tiše bojují a čelí jim v prostředí izolační jednotky, které je jim tak cizí a kde jsou izolováni od ostatních svých blízkých a rodin. Na tato místa je nutno obrátit naši pozornost a prostřednictvím

včasných intervencí, tak zajistit kvalitním poskytováním multikulturní péči šetrnější adaptaci na nové prostředí.

Z těchto důvodů jsem se rozhodla věnovat problematice uspokojování potřeb hospitalizovaných pacientů - cizinců na izolační jednotce blíže. Doufám, že informace, které prostřednictvím této práce budou zjištěny mohou pomoci zkvalitnit a pokud možno i zpříjemnit pobyt těchto pacientů v izolačních zařízeních určených pro léčbu tuberkulózy.

1. Současný stav

V dnešní době, která je charakterizována prvkem migrace, se stále častěji setkáváme v péči o pacienty s příslušníky jiných kultur. Tato péče je pacientům poskytována dle zásad multikulturní i transkulturní zdravotnické péče se základním zaměřením na uspokojování jejich potřeb (9).

1.1 Multikultura

Péče poskytovaná pacientům musí vždy vycházet z holistické filozofie. Musí být zaměřena na kvalitu, efektivitu a dále musí být přísně individualizovaná. Tyto atributy ošetrovatelské péče musí být naplňovány u všech pacientů bez rozdílu odlišnosti etnika či kultury (45).

1.1.1 Holismus a multikulturní ošetrovatelství

Holismus je filozofický směr, který je nejvíce spojován s ošetrovatelstvím. Prapůvod slova holismus pochází z řeckého slova holos, které znamená celek. Holistickým přístupem je tedy myšleno vnímání jedince jako celistvé bytosti. Ta je vnímána ze všech aspektů: bio-psycho-socio-spirituálních, které jsou ve vzájemné interakci. To znamená, že porucha v jedné z jeho částí se projeví poruchou celého systému (40, 28).

Multikulturní ošetrovatelství je obor zahrnující zdravotnickou a ošetrovatelskou péči o pacienty jiných kultur. Jeho cílem je poskytování všestranné a kulturně specifické péče při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládnání nepříznivých situací. Období po 2. světové válce bylo charakteristické intenzivní migrací obyvatelstva. Ta souvisela s postupným rozvojem hospodářství a ekonomiky ve světě, což mělo za následek vytvoření nových pracovních míst a možnost uplatnění pro lidi z různých zemí. Tyto změny přiměly v 50. letech minulého století americkou sestru Madeleine Leiningerovou přemýšlet o zahrnutí problematiky přístupu k pacientům z jiných kultur do vzdělávání sester (27).

Česká republika patřila po dlouhou dobu k zemím, které byly před ostatním světem uzavřeny. Tento fakt měl za následek absenci informací a zkušeností s národy, které žily

za našimi hranicemi. Vstupem České republiky do Evropské unie však postupně došlo ke změně národnostní, kulturní a etnické skupiny naší populace. Česko se postupně stalo tranzitní zemí, což mělo za následek příliv etnických skupin migrantů na naše území. Tato skutečnost se odrazila i v poskytované péči. K tomu, aby mohla být zachována kvalita poskytované ošetrovatelské péče a jedinec byl vnímán z holistického pohledu, bylo nutné, aby sestry uměly zhodnotit nejen aktuální zdravotní stav pacientů, ale také pátrat po neuspokojených potřebách týkajících se odlišné kultury, náboženství a tradic. Tímto způsobem je pak možné v multikulturním světě zajišťovat individuální péči, jejíž kvalita je závislá na holistickém vnímání jedince a na uspokojování jeho individuálních potřeb. K tomu, aby tato péče byla poskytována profesionálně je zapotřebí ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti (38, 37, 45, 27).

1.1.2 Multikulturní výchova

Multikulturní výchova je oblast spojující přístupy pedagogiky, interkulturní psychologie, kulturní antropologie a mnohých dalších disciplín s cílem získání pozitivního postoje k příslušníkům jiných kultur, jejich hodnotám, náboženstvím a tradicím. Je to cesta jak pochopit svou vlastní kulturu, rozvíjet mezilidskou toleranci, uvědomit si předsudky týkající se vlastní kultury a rozvíjet tak interkulturní porozumění. Její význam dále spočívá v respektování jedinečnosti každého člověka, uznávání odlišných kultur, rovnosti práv, vzdělání a potřeb. Je to cesta jak nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví, které budou nepostradatelné v poskytování kulturně specifické péče (27, 45).

1.2. Komunikace

Komunikace je nedílnou součástí našich životů. Je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. V profesi sester je dovednost komunikace s pacienty chápána jako součást jejich profesního vybavení. Je dovedností, kterou je nutno v pomáhajících profesích celoživotně rozvíjet. Sestry se během své práce setkávají s pacienty u nichž jsou komunikační dovednosti zhoršeny. Zhoršení

těchto dovedností je často způsobeno nemocí, pracovní neschopností, změnou prostředí, jazykovou bariérou či odloučením od vlastní rodiny. V této fázi nastupuje sestra jako profesionál se snahou rozvíjet komunikační dovednosti pacientů. Schopnost komunikovat vede k navázání a rozvíjení vztahu mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Prostřednictvím komunikace sestra pátrá po signálech, které by mohli využít kvalitu prožitků pacientů. Tyto signály se objevují ve všech složkách komunikace s pacientem, tedy i v těch nejdrobnějších neverbálních projevech (10, 11).

V praxi jsou rozlišovány tři druhy profesionální komunikace. Prvním druhem komunikace je sociální komunikace. Sociální komunikací máme na mysli běžný rozhovor s pacientem. Tento druh komunikace se rozvíjí při běžných denních činnostech jako je úprava lůžka pacienta, dopomoc při hygieně nebo dopomoc při jídle. Druhým druhem je specifická (strukturovaná) komunikace. Ta má v souvislosti s poskytováním péče pomáhajícími profesemi velký význam. Formou specifické komunikace můžeme sdělovat pacientům důležitá fakta, motivovat je v další léčbě a slouží také jako nástroj k efektivní edukaci pacientů (informace o nutnosti dodržování léčebného plánu, dodržování dietního opatření, efektivní používání rehabilitačních pomůcek). U toho druhu komunikace je nutno ověřovat formou zpětné vazby předané informace. Zda pacient všemu porozuměl a nové informace akceptuje. Třetím druhem je terapeutická komunikace. Je to typ komunikace, při kterém pacientům poskytujeme oporu, pomoc a pochopení ve chvílích rozhodování, sdělování důležitých informací týkající se zdravotního stavu. Pomáháme jim se vyrovnávat se změnami prostředí a pokud možno urychlit adaptaci na nemocniční prostředí (10, 11).

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je specifický proces komunikace, který je vyjadřován formou mluveného slova nebo psané řeči. Verbální komunikace je nejmladším a nejvyspělejším komunikačním spojením. Může mít svou grafickou (písmo) i zvukovou (ústní, mluvenou) podobu. Mluvení je možno definovat jako vyjádření myšlenek za pomoci

artikulované řeči konkrétního jazyka. Řeč je tedy jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace (12, 20, 33).

V ošetrovatelství má verbální komunikace nepostradatelný význam. Zdravotnický personál pomocí slov vysvětluje, edukuje, podporuje a motivuje pacienty v jejich léčebném procesu. Pokud chceme, aby komunikace byla efektivní je důležité věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou rychlost řeči, intonace, hlasitost, délka projevu, pomlky, přítomnost embolických slov (slovních parazitů) nebo výška hlasu. Při výběru slov, které během komunikace vyslovíme je nutné zvážit kritéria verbální komunikace. Mezi tato kritéria patří jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita (přizpůsobivost) (46, 47, 49).

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace bývá též nazývána komunikací bez slov nebo také řečí těla. Z historického hlediska předcházela neverbální komunikace komunikaci verbální. Tato forma komunikace se velmi těžce ovládá vůlí či skrývá. Bývá považována za upřímnější než verbální komunikace. Neverbální komunikací můžeme prostřednictvím gest, pohybů hlavy, postojů těla, výrazů tváře, pohledů očí, dotyky, volbou zóny vzdálenosti sdělovat emoce, pocity, nálady, interpersonální postoje, naznačovat zájem nebo naopak. Význam neverbálních znaků komunikace je dán a ovlivněn kulturou, dobou, sociální skupinou nebo prostředím. Do oblasti neverbálního chování patří též péče o zevnějšek, oblékání, kosmetika, vlastní image (9, 7, 33).

Při komunikaci dvou lidí je prostřednictvím slov sdělováno 7% informací, tónem hlasu 38% a řečí těla celých 55% informací. Podle dráhy, kterou komunikace probíhá rozlišujeme několik kanálů : optické (gesta, pohledy, doteky), taktilní (dotyky), akustické (prajazykové projevy), čichové (vůně, pachy) a chuťové (sladký, hořký). Neverbální komunikace se dělí podle jaká část těla danou informaci sděluje : vizika (kontakt očí, délka očního kontaktu), mimika (pohyby tváře, úst, očí, nosu), kinetika (celkový pohyb těla, chůze), gotika (pohyb rukou), haptika (dotyky, podávání rukou), chronemika (vyjadřování, strukturování a užívání času vůči jiným lidem), proxemika (vzdálenost od partnera, přibližování, vzdalování se), posturologie (poloha těla, nohou,

rukou), teritorialita (velikost prostoru, který si člověk kolem sebe vytváří jako ochrannou zónu), paralingvistika (intonace a síla hlasu, plynulost a rychlost řeči) a další jiné znaky jako oděv, písmo nebo jednání či skutky (20, 33).

Pozorování a interpretace projevů neverbální komunikace pacientů by měla patřit k základním schopnostem sester. Jako součást vstupního vyšetření pacientů sestra sleduje a zhodnocuje neverbální projevy jako celkový tělesný stav kam patří úprava zevnějšku, držení těla, chůze, výraz tváře, pohyby rukou, gestikulace. Správné zhodnocení těchto projevů může vést k odhalení průvodních symptomů některých onemocnění. Tak jako sestra hodnotí projevy neverbální komunikace pacientů, též pacienti sledují projevy neverbální komunikace sester. Toto je nutné mít stále na mysli. Sestra si musí uvědomovat své jednání a prostřednictvím něho působit klidně a ohleduplně. Z jejího jednání pacient získává pocit porozumění, pochopení a akceptace (20, 33).

1.2.3 Komunikace s pacientem – cizincem

Vlivem migrace se mnohem častěji setkáváme ve své profesi s pacienty různých kultur. Jejich samotné začlenění do naší společnosti je velmi náročný proces, který pro ně spolu s hospitalizací představuje velké psychické vypětí. Profesionálně vedená multikulturní komunikace dokáže ulehčit sociální interakci těchto pacientů a vede k jejich vzájemnému porozumění. Nejedná se v této komunikaci pouze o uplatňování cizího jazyka, ale také o znalosti týkající se projevů neverbální komunikace a respektování komunikační etikety. Vzhledem ke skutečnosti, že nemáme všichni stejné historické a kulturní kořeny, pocházíme z jiných míst, vyznáváme jiná náboženství a máme jiná očekávání, představy a cíle, nereagujeme všichni během komunikace stejně. V praxi toto znamená, že nemusíme detekovat přijaté informace našeho partnera během rozhovoru stejně jako on. V literatuře jsou popsány čtyři hlavní faktory, které ovlivňují komunikaci. Jsou to hodnoty, vnímání (percepce), předpojatost (až předsudek) a komunikační styl. Tyto čtyři faktory doprovázejí každou komunikaci. Znamená to, že pokud bude komunikace mezi dvěma jedinci odlišná ve více než jednom z výše uvedených faktorů, vzniká tak prostor pro to, aby si neporozuměli.

K tomu, aby naše komunikace s těmito pacienty byla přínosná pro obě strany, je nutné dodržovat určitá pravidla. Mezi tato pravidla patří nalézt vhodný způsob komunikace, rozpoznat a vážit si kulturních odlišností, chápat kulturní důvody chování pacienta, naslouchat a učit se dříve, než začneme radit, vcítit se do pacientů odlišných kultur, projevit úctu k pacientům i jejich kultuře, mít trpělivost a analyzovat zpětně své vlastní chování (7, 9, 19, 39).

Hodnoty, které přejímáme v rámci socializačního procesu se učíme od malička. Zrcadlí se v nich odkazy našich prarodičů, rodičů a společnosti ve které vyrůstáme. Tyto hodnoty nám v průběhu života ukazují co je správné, důležité a naopak. Jsou také zrcadlem naší společnosti, kultury a tradic. Do našich hodnot patří také náboženství. Vlivem rozdílného hodnotového vzorce pak často vznikají konflikty mezi lidmi. Někteří z nás považují rozdílné hodnoty lidí za ohrožení své vlastní osoby. I národnostní minority a etnické skupiny žijící na našem území mají odlišné hodnoty. Ty by však neměly stát v cestě komunikaci v multikulturním ošetřovatelství. Mohou ji, ale do jisté míry ovlivnit (37, 39, 49).

Percepce je dalším ze čtyř faktorů ovlivňující komunikaci. Percepce rozumíme to, jak vidíme druhé lidi a naopak jak oni vidí a vnímají nás. Znamená to, že neexistuje jediný pohled, jediná pravda na danou situaci, problém, zážitek nebo věc. Naše vnímání je ovlivněno nejen zkušenostmi, ale také dostupnými informacemi a hodnotovým systémem, který přebíráme z okolí. Opět to znamená, že to mi považujeme za normální, mohou odlišné kultury vnímat v negativním slova smyslu a naopak. Prevencí k tomu, aby nedocházelo ke konfliktům v komunikaci s pacienty odlišných kultur je bezpodmínečně nutné hovořit o vzniklých situacích, na které máme odlišné názory. Je potřeba podívat se vždy na danou situaci očima našeho partnera. Jen tak je možné dojít pozitivnímu řešení vzniklých situací (37, 39, 49).

Předsudek nebo také jinak řečeno předpojatost vyplývá z hodnotových vzorců chování, zkušeností, tradic, sociální percepce a dezinformací vedoucích k falešným závěrům a interpretacím. Tyto interpretace jsou akceptovány jako pravdivé bez jakýchkoliv důkazů či ověření jejich skutečnosti. Předsudek je ve své podstatě komplex nezdůvodněných postojů a stanovisek. Tyto postoje a stanoviska si lidé

nenápadně pod vlivem prostředí osvojují nebo je přejímají od jiných autorit. V souvislosti s respektováním menšin, jejich odlišností týkající se kulturních, sociálních či náboženských rozdílů je fenomén předsudků velmi nebezpečný. Především v situacích, kdy vlivem předsudků hodnotíme někoho na základě jeho barvy kůže, chování, náboženského vyznání nebo oblečení. Tento ukvapený a rychlý náhled na určitou skupinu lidí se v dané situaci může jevit jako ideálním a rychlým řešením dané situace, ale opak je pravdou. Mezi skupinami takto smýšlejících lidí dochází dříve či později k vytvoření bariéry, která má na jejich soužití negativní vliv. Menšinám není mnohdy dán v těchto situacích prostor k tomu, aby mohly tyto dezinformace, které se v jejich okolí tradují vyvrátit nebo se k nim určitým způsobem vyjádřit. Jen komunikace však může vést k osvětlení problematických míst v soužití dvou a více odlišných skupin (37, 39, 49).

Komunikační styl je u každého člověka různý. Během komunikace nezpracovávají posluchači pouze slova, ale působí na ně i tón hlasu, držení těla, naše pohyby a energie, která během komunikace na ně působí. Rozdílnost komunikačních stylů je dána též kulturními zvyklostmi a tradicemi. Proto je velice důležité znát tyto rozdíly v komunikačních stylech což může vést k pochopení odlišností v komunikaci a chování menšin (37, 39, 49).

1.3. Potřeby pacientů

Základním rysem charakteristickým pro dnešní moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb jak zdravého, tak nemocného člověka. V centru zájmu ošetrovatelské péče se nachází člověk, jako bio-psycho-sociální celek. Tento přístup vnímání jedince je nazýván holistický. Pochopení a odhalení desaturovaných lidských potřeb a vnímání jedince jako celku, vede při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče k dosažení cíle, kterým je uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny i komunity s následným zachováním nebo udržením optimálního zdravotního stavu. Po lokalizaci neuspokojených potřeb nemocných se mohou sestry lépe orientovat v jejich chování, které je vlivem nemoci, změny prostředí a izolace od rodiny v mnohých případech pozměněno. V aktivní spolupráci

s pacientem pak sestry prostřednictvím ošetrovatelského procesu pomáhají naplňovat tyto neuspokojené potřeby, což má v konečném výsledku za následek zlepšení kvality života. Na uspokojování potřeb člověka má vliv mnoho faktorů, které ho v jistém smyslu ovlivňují nebo na něho působí. Tyto faktory můžeme rozdělit na fyzické (demografické charakteristiky, vývojová etapa, tělesná konstituce, zdravotní stav, nemoc), psychické (osobnost), sociálně-kulturní, duchovní, faktory životního prostředí a životní styl (3, 21, 22, 4).

Pod pojmem potřeba je možno si představit něco, co je potřebné, užitečné a nepostradatelné pro zachování existence jedince. Potřeby jednotlivce musí být vždy v rovnováze. Pokud dojde k narušení této rovnováhy, dochází ke vzniku nemoci. Jelikož je jedinec při poskytování ošetrovatelské péče vnímán holistickým přístupem, je zjevné, že narušení rovnováhy potřeb dokáže ovlivnit jeho fungování jako celku. Potřeba je považována za základní formu motivu a to ve smyslu, jak nějakého nedostatku, tak nadbytku. Sám motiv nabádá a usměrňuje chování a činnost jedince k dosažení cíle nebo uspokojení potřeby. Potřeba tedy sama o sobě vyjadřuje stav narušení vnitřní rovnováhy, fyziologického deficitu nebo vnitřního napětí. Pokud se jedinci nedostává uspokojení jeho potřeb, ovlivňuje tento stav jeho psychické procesy. V negativním smyslu je ovlivněno myšlení, city, pozornost, vůle. Chování a jednání jedince se pak stává tímto dějem ovlivněno. Z hlediska kvantity i kvality se lidské potřeby během života mění a vyvíjejí se (3, 21, 22, 44).

1.3.1 Klasifikace potřeb v ošetrovatelství

Jedinec je chápán jako bytost biologická a společenská zároveň. Zdrojem jeho motivací jsou tedy potřeby, jak biologické, tak i potřeby spojené se sociálně-kulturními podmínkami existence a vlastního bytí. Oba tyto zdroje nelze od sebe striktně rozdělit, z toho důvodu, že člověk je vnímán jako celistvá jednotně fungující bytost. V psychologii se nejčastěji používá třídění potřeb na biogenní, fyziologické a psychogenní, sociogenní a psychologické. Z pohledu ošetrovatelství odpovídá rozdělení potřeb holistickému pojetí člověka, jako bytosti současně vnímané z aspektu biologického, psychologického i sociálního (21, 41).

Během minulých let sestavují různí psychologové různé indexy potřeb. Nejvíce využívanou klasifikací potřeb se stala klasifikace podle Maslowa (příloha 1). Humanista Abraham Maslow vyvinul tuto klasifikaci ve 40. letech 20. století. Podle jeho názoru potřeby motivují chování jedince. Do svého modelu potřeb člověka zahrnul fyziologické, psychologické i sociální potřeby. Ty ve své stupnici hodnotí podle významu pro přežití. Maslow vytvořil pět kategorií úrovní potřeb, které seřadil do tvaru pyramidy v tomto hierarchickém pořadí : fyziologické potřeby, bezpečnost a jistota, láska a pocit příslušnosti, sebeúcta, seberealizace. Základnu pyramidy tvoří fyziologické potřeby, kam Maslow řadí vzduch, vodu, potravu, přístřeší, udržení teploty, činnost, odpočinek a spánek. Když člověk dosáhne uspokojení těchto základních potřeb, stává se pro něho důležitá potřeba bezpečnosti v jeho prostředí. Je to potřeba vyvarovat se nebezpečí, ohrožení a zároveň také touha po důvěře, jistotě a spolehlivosti. Na třetí úrovni Maslowovi teorii potřeb se nachází potřeba lásky a pocit příslušnosti. Ta vystupuje nejčastěji v situacích osamocení a opuštění. Potřeba lásky je chápána v tomto případě ve dvou aspektech, jak v roli dárce, tak v roli příjemce lásky. Čtvrtou úroveň je potřeba úcty. Člověk jako jedinec pociťuje touhu po respektu druhých lidí, po prestižním postavení uvnitř sociální skupiny. Touží po kompetencích, důvěře a respektu okolního světa. Když je uspokojena potřeba sebeúcty, usiluje člověk o pátou kategorii potřeb. Ta je umístěna na samém vrcholu pyramidy a je jí seberealizace. V této fázi si člověk uvědomuje všechny své schopnosti a kvality. Překonává sám sebe a plně rozvíjí svůj potenciál. Těchto pět kategorií bylo ještě dále Maslowem rozděleno na potřeby nižší a potřeby vyšší. Mezi potřeby nižší patří fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty. K vyšším se řadí potřeba lásky, pocitu příslušnosti, sebeúcta a seberealizace (21, 41, 42, 44).

Maslow ve svých tézích zjistil, že lidé, kteří mají uspokojené své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci s neuspokojenými potřebami. Dle Maslowa jsou vyšší potřeby pozdější etapou fylogenetického a ontogenetického vývoje. Čím vyšší potřeba, tím menší má význam v otázce přežití. Maslow později k vyšším potřebám zařadil potřeby růstu, které nazýval metapotřebami. Tyto metapotřeby pouze připomínají potřeby a jsou ve své podstatě méně naléhavé.

Jejich uspokojování však někteří lidé připisují životní význam. V případě jejich neuspokojení popisují nemocnou duši. Maslow mezi tyto metapotřeby řadí 14 pseudohodnot. Některými z nich jsou pravda, dobrota, krása, celistvost, rovnováha, harmonie, individualita, dokonalost, spravedlnost a další. Maslowovu teorii modifikoval Richard Kalish, který navrhl další kategorii potřeb, kterou umístil v pyramidě do prostoru mezi potřeby fyziologické a potřeby bezpečí a jistoty (příloha č.1). Do této kategorie zahrnul sexuální potřebu, potřebu pohybu, činnosti, zkoumání, manipulace a novosti (3, 21, 41, 44).

1.3.2 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty – cizince

Základem pro poskytování kvalitní multikulturní ošetrovatelské péče je nejen správné posouzení a odhalení neuspokojených potřeb, ale také ovládání zásad multikulturního ošetrovatelství. Česká republika patřila po dlouhá léta k zemím, které neměly zkušenosti s větším počtem národností respektující jiné hodnoty, vyznávající jiná náboženství, jinak se chovající, opírající se o jiné tradice, jinak komunikující a mající naprosto jiná očekávání od života než my. Nejen sestry, ale i ostatní personál poskytující péči ve zdravotnických zařízeních všech typů musí u všech těchto pacientů umět zhodnotit nejen aktuální zdravotní stav, reakce na neuspokojené potřeby, ale také vyhledávat ty neuspokojené potřeby, které souvisejí at' přímo nebo nepřímo s jejich odlišnou kulturou. Měly by znát a chápat kulturní důvody jejich odlišného chování, vcítit se do nich a respektovat je. Zdravotníci se často vzhledem k nedostatku informací o cizincích a jejich kultuře či sociálních odlišnostech zaměřují častěji na uspokojení základních potřeb, ale jejich specifické problémy a neuspokojené vyšší potřeby zůstávají neodhaleny. K tomu, abychom porozuměli a lépe pochopili jejich potřeby, je nutné znát základní informace o hodnotách a tradicích etnických skupin migrantů, kteří v posledních letech pobývají na území české republiky. Jen takto znalostně vybavený personál je schopen detekovat neuspokojené potřeby a zajišťovat tak pacientům individuální péči. Respektování jejich kultury by mělo být v péči o tyto pacienty samozřejmostí. Tím by se předešlo mnoha možným konfliktům, které se týkají některých specifických kulturních požadavků v oblasti rituálních praktik souvisejících

se stravováním, vyšetřováním pacienta, náboženstvím nebo prováděním diagnosticko-terapeutických výkonů (7, 17, 30, 39).

Evropské porada WHO, která se konala v Amsterdamu v roce 1994, schválila dokument Principy práv pacientů v Evropě. V tomto dokumentu je na několika místech zmíněn požadavek, který se týká respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Sama multikulturní péče a s tím související přístup k těmto pacientům by měl být především o úctě k člověku jako takovému. Výsledkem ohleduplné ošetrovatelské péče respektující názory, tradice, kulturní specifika jednotlivce, rodiny a komunity je kulturně senzitivní ošetrovatelství. Specifičnost a odlišnost potřeb pacientů jiných národnostních menšin pobývajících na našem území vychází nejen z jejich kultury, ale také z náboženství či historických kořenů. Specifické potřeby se týkají především komunikace, výživy, spirituality a kultury (25, 35, 37, 39, 45).

Komunikace, která je nepostradatelnou součástí péče o pacienty - cizince, představuje obzvlášť velké riziko nepochopení v důsledku možné jazykové bariéry nebo kulturních rozdílů (35, 39).

Výživa má v různých zemích světa různou úroveň, která je ovlivněna kulturními, zeměpisnými, klimatickými, hospodářskými či náboženskými faktory. Z hlediska zeměpisného a hospodářského můžeme rozlišit pět gastronomických oblastí světa. Je to evropská kuchyně, asijská kuchyně a kuchyně Dálného východu, africká kuchyně, americká kuchyně a poslední je kuchyně Tichomoří, Austrálie a Nového Zélandu. I toto rozdělení má dále svou odlišnost dle států v těchto lokalitách. Z multikulturního hlediska by tedy měl být volen individuální přístup v souvislosti s dietoterapií, stolováním a stravovacími návyky dle zvyklostí pacientů a zemi jejich původu. Sestry by se měly snažit citlivým a individuálním přístupem získat co nejvíce podrobných informací, týkajících se stravovacích návyků, stolování, tabuizovaných složek potravy, denního harmonogramu příjmu stravy, alergií a dalších důležitých informací týkajících se stravování (14, 15).

Spiritualita představuje v multikulturním světě soubor zvyků, přesvědčení, postojů a způsobů vyjádření svého já prostřednictvím náboženství a víry. Z holistického

hlediska vnímání pacientů a respektování nejen jejich tělesné, psychické, ale i duchovní stránky si vždy klademe otázku o jejich spiritualitě. (14, 23, 35)

1.4 Kulturní specifika dle země původu

Cílem multikulturního ošetřovatelství je poskytování kulturně specifické péče s cílem nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví. K tomu, aby byla multikulturní péče efektivně poskytována je nutná výchova nové generace sester v této problematice. Sestry musí být vybaveny znalostmi týkající se odlišností a kulturních specifik různých národů a etnických skupin. Dále pak sestry nesmí postrádat vnímavost, úctu a pochopení v péči o tyto pacienty (9).

1.4.1 Pacienti z Gruzie

Oficiální název země je Gruzínská republika (საქართველო). Národnostní složení v této zemi je tvořeno z 80% Gruzínci, 7% Azerbajdžánci a 6% Armény. K dalším menšinám patří Rusové, Ukrajinci, Kurdové a další etnické skupiny. Náboženské zastoupení v zemi je následující. Pravoslavní tvoří v zemi 75% obyvatelstva (z toho 65% tvoří gruzínská pravoslavná církev a 10% ruská pravoslavná církev), 11% obyvatelstva vyznává islám, 8% arménskou apoštolskou církev a další zastoupení v menší míře zde má také židovská církev. Většinou obyvatelstva vyznávaná Gruzínská pravoslavná církev má jako jediná právní statut v zemi. Úředním jazykem v zemi je gruzínština. K dalším nejrozšířenějším jazykům v zemi patří ruština a angličtina (u mladé populace) (1, 4).

Po rozpadu Sovětského svazu a osamostatnění Gruzie došlo v této zemi k poklesu životní úrovně. Následná občanská válka a válečný konflikt s Ruskem v roce 2008 donutil některé obyvatele k útěku za hranice. Jiní hledali alespoň možnost výdělků na západ od vlasti, aby mohli finančně podporovat své rodiny, které v Gruzii zůstaly. Dle českého statistického úřadu pobývá ke dni 31.5.2011 na území České republiky 771 obyvatel z Gruzie (Příloha 4) (1, 4).

Gruzínci jsou velmi pohostinným národem. Je pro ně typické společné stolování a pronášení „tostů“. Jsou to přípitky, které jsou vyslovovány v předem daném pořadí.

Při komunikaci používají často oslovení pane/paní a následně použijí křestní jméno toho koho oslovují. Specifika při ošetřování pacientů z Gruzie nejsou velká. Hlavním problémem je komunikační bariéra. Většina Gruzínců ovládá pouze vlastní jazyk, někteří navíc ruštinu. Mladá generace Gruzínců ovládá anglický jazyk. Mezi nejvýznamnější dny v zemi patří 1. – 2. leden – Nový rok, 7. leden – Pravoslavné vánoce, 19. leden Křest Páně – Epifanie, pravoslavné velikonoce (výpočet podle juliánského kalendáře), 9. duben (vyhlášení suverenity), 26. květen – Den nezávislosti a 23. listopad – Den sv. Korgi, patrona Gruzie (1, 4).

Ve vztahu k ošetrovatelské péči nemají tito pacienti speciální požadavky. Dokáží se dobře přizpůsobit režimovým opatřením daného zdravotnického zařízení a řídit se jimi (1, 4).

1.4.2 Pacienti z Mongolska

Oficiálním názvem Stát Mongolsko, Монгол Улс (Mongol Uls). V souvislosti se špatnou hospodářskou situací v zemi přijíždí Mongolští obyvatelé na našem území nejčastěji za účelem výdělků. Převážnou většinu jich tvoří dělníci, podnikatelé a studenti. Dle Českého statistického úřadu pobývá k 31.5.2011 na našem území 5 180 obyvatel z Mongolska (Příloha 4) (36).

Úředním jazykem v Mongolsku je chalch mongolština. Světové jazyky, kterými je možno se v zemi domluvit jsou angličtina a ruština. Mongolština se řadí mezi jazyky, které jsou našemu českému jazyku velmi vzdálené jak svou strukturou, slovní zásobou i výslovností. Národnostní složení mongolska je tvořeno dvěma skupinami etnik. První skupinu obyvatel tvoří z 87,7% mongolské etnikum (Chalchove, Durvudove, Bajadi a ostatní) a druhá skupina je tvořena z 5,9% nemongolským etnikem (Kazaši) (36).

Mongolská společnost je velice tolerantní k různým druhům náboženství. Dominantním náboženstvím vyznávaným v zemi je v 94% buddhismus a v dalších 6% je to islám. Specifické zvyky a tradice jsou spjaty s náboženskými a národními svátky. Mezi nejdůležitější svátky, které se v Mongolsku slaví patří Nový rok – 1. leden,

Lunární Nový rok – leden/únor, Tradiční svátek Nádam – 11 – 13. července, Den ústavy – 25. října a Den republiky – 26. listopadu (36).

Při přijímání nebo předávání předmětů je nutno tyto předměty přijímat oběma rukama. Je to projev úcty. Mongolci jsou velmi pracovití, důvěřiví a pohostinní lidé. Rodina hraje v jejich životě důležitou roli (36).

Tradiční mongolská kuchyně je vzhledem k tamním podmínkám velmi jednoduchá. Mezi potraviny, které v této kuchyni převažují, patří maso, mléčné výrobky, živočišné tuky. Vzhledem k poloze státu je tato kuchyně významně ovlivněna kuchyní ruskou a čínskou. Mezi tradiční jídlo patří knedlíčky a placky na mnoho způsobů. Tradičním nápojem v zemi je ajrag, což je zkvašené kobyli mléko. Dále pak teplý lehce osolený čaj s mlékem. Ve vztahu k ošetřovatelské péči a dodržování léčebného režimu jsou trpělivými pacienty (36).

1.4.3 Pacienti z Ukrajiny

Oficiální název země Ukrajina (Україна). Po roce 1989 se ukrajinská menšina stala jednou z nejpočetnějších skupin migrantů na našem území. Odchod z jejich domovského území souvisel a nadále souvisí se špatnou ekonomickou situací v zemi. Díky poměrné blízkosti našich států, malým kulturním i jazykovým rozdílům byla Česká republika první volbou Ukrajinců na cestě ke zlepšení své ekonomické situace. Dle českého statistického úřadu pobývá ke dni 31.5.2011 na území České republiky 115 496 obyvatel z Ukrajiny (Příloha 4) (37).

Národnostní složení obyvatel Ukrajiny je tvořeno 72,7% Ukrajinci, 22,1% Rusy a dále pak minoritami jako jsou Krymští Tataři, Moldavané, Bulhaři a ostatní. Náboženství a celá ukrajinská kultura vyrůstala z křesťanských tradic, především z pravoslaví a z řeckého katolictví. Věřící se hlásí převážně k ukrajinskému pravoslaví. Jsou to tři navzájem konkurenční patriarcháty (kyjevský, moskevský a autokefální). Menší část obyvatel tvoří uniaté (ukrajínští katolíci), židé a muslimové. Značná část obyvatel Ukrajiny je bez vyznání. Úředním jazykem je ukrajinština. Mezi další rozšířené jazyky v zemi patří ruština a u mladé generace angličtina (37).

Specifické zvyky a tradice ukrajinské minority na našem území jsou spjaty především s významnými církevními svátky a významnými dny, které se týkají postav z jejich národní historie. Tyto svátky jsou hluboce zakořeněny v mentalitě ukrajinského národa. Míra religiozity a národní hrdosti je u obyvatel Ukrajiny díky jejich historii velmi vysoká. Mezi nejvýznamnější svátky patří Nový rok – 1. ledna, Pravoslavné vánoce – 7. ledna, Den svornosti Ukrajiny – 22. ledna, Velikonoce – datum se mění, Den vítězství – 9. května, Den ústavy – 28. června a Den nezávislosti – 24. srpna (37).

Ve vztahu k ošetrovatelské péči nemají tito pacienti speciální požadavky. Jejich přizpůsobení se režimovým opatřením bývá někdy obtížné. Specifickým problémem, který se velmi často v souvislosti s touto minoritou vyskytuje, je problematika v oblasti zdravotního pojištění (8, 37).

1.4.4 Pacienti z Vietnamu

Oficiální název země, ze které její obyvatelé přijíždějí do České republiky, je Socialistická republika Vietnam (Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam). Do České republiky přijíždějí nejčastěji z důvodu zlepšení svého sociálně-ekonomického postavení a dále z důvodu získání kvalitního vzdělání. Vzdělání dítěte je ve Vietnamu do jisté míry prvek, který určuje prestiž celé rodiny. Úcta ke vzdělanosti je v tradičních vietnamských rodinách předávána odnepaměti. Vietnamské rodiny a komunity jsou uzavřená společenství, která jsou spolu velmi úzce spjata. Dle českého statistického úřadu pobývá ke dni 31.5.2011 na území České republiky 57 779 obyvatel z Vietnamu (viz Příloha 4). Národnostní složení obyvatel Vietnamu je tvořeno z 86% etnickými Vietnamci (národnost Kinh), 12% tvoří etničtí Číňané a zbytek populace tvoří Khmerové, Čamové a další národnostní menšiny (2, 37).

Úředním jazykem v zemi je vietnamština. Mezi další nejrozšířenější jazyky patří angličtina, čínština (kantonská a mandarínská), ruština a francouzština. Vietnamština je tonální, jednoslabičný jazyk, který rozlišuje 6 tónů. Je tedy nesmírně důležité, jak se která hláska vysloví vysoko, či nízko. Tento jazyk se píše latinkou. Ve vietnamštině neexistuje ve verbální komunikaci používání tykání nebo vykání,

jak je známe u nás. K vyjádření zdvořilosti je zde používáno zdvořilostních obrátů. Tyto zdvořilostní obraty nebo jejich absence určují úroveň vzájemné komunikace. Další zvláštností v tomto jazyce je téměř úplná absence používání záporu během komunikace. Je to z důvodu vlivu buddhistické filosofie, která považuje nesouhlas s vyjádřeným stanoviskem druhé osoby, za akt nezdvořilosti (2, 37).

Náboženství zde má pevné kořeny již v dávné historii. Život, náboženské a morální hodnoty Vietnamců jsou ovlivňovány několika učením. Nejzákladnější z těchto učení je konfucianismus, buddhismus a taoismus. Ve Vietnamu vyznává 60 – 85% obyvatel buddhismus mahájánového typu. Charakteristickým rysem tohoto typu buddhismu je víra ve spasení, nauka o duši, modlitba a vyzývání k Bohu. Asi 10% populace se hlásí ke křesťanství. Tradiční vírou Vietnamců je víra v posmrtný život. Z toho také vyplývá jejich tradiční uctívání předků, které je neodmyslitelnou součástí života každé rodiny. Téměř v žádné vietnamské rodině nechybí oltářík, ke kterému se modlí, duším zemřelých přináší dary a pálí vonné tyčinky. Vietnamci dbají na dodržování a oslavování svátků, které jsou spjaty s jejich náboženstvím, historií a kulturou. Mezi nejvýznamnější dny patří Svátek Tet – začátek nového lunárního roku, Svátek studeného jídla – 3. den 3. měsíce (dle lunárního kalendáře), Svátek mrtvých – 5. den 3. měsíce, Buddhovo zrození, osvícení a smrt – 8. den 4. měsíce (dle lunárního kalendáře), Den letního slunovratu – 5. den 5. měsíce, Den toulajících se duší – 15. den 7. měsíce (dle lunárního kalendáře), Svátek středu podzimu – 15. den 8. měsíce (dle lunárního kalendáře) a Konfuciovy narozeniny – 28. den 9. měsíce (2, 31, 48).

Vzhledem k odlišnosti historie, kultury, náboženství, zvyků a tradic je také komunikace s těmito pacienty doprovázena určitými specifiky. Především v oblasti jazykové bariéry a možnosti využití neverbálních složek komunikace existují jistá specifika, která je nutno znát, aby se předešlo případným nedorozuměním. Mezi tato specifika můžeme řadit zvyky související s podáním ruky. To je prováděno tak, že podání pravé ruky a stisk ruky druhé osoby by měl být doprovázen též lehkým stiskem levé ruky. Znamená to, že v danou chvíli je ruka druhé osoby lehce stisknuta dlaněmi obou rukou. Toto podání rukou symbolizuje vzájemnou úctu. Také pokud podáváme nějaký předmět druhé osobě, měl by být podáván oběma rukama. Podání

předmětu jednou rukou může být chápáno jako nezdvořilé. Během komunikace není zdvořilé hledět přímo do očí druhé osobě, se kterou hovoříme. Noha přes nohu, pokud špička přehozené nohy ukazuje na partnera sedícího naproti, může být vnímána jako projev nadřazenosti. Gesto přivolání druhé osoby dlaní ruky musí být prováděno tak, že dlaň musí směřovat vždy směrem k zemi a prsty se pohybuje směrem k sobě. Dlaň směřující směrem vzhůru symbolizuje nadřazenost. Ruce zkřížené na prsou mohou signalizovat rozčilení nad obsahem dialogu během komunikace. Projevem neúcty může být vnímáno hlazení po vlasech nebo jiné doteky na hlavě na veřejnosti. Dlouhý nehet na ruce u mužů symbolizuje, že dotyčný nemusí pracovat a tudíž je tento znak vnímán jako projev bohatství a intelektuální výše. Ve Vietnamu není slušné smrkat do kapesníku, proto se často můžeme setkat s popotahováním, které v tomto případě není projevem nevychovanosti. Jedním z dalších specifík chování Vietnamců je odlišné vnímání jejich úsměvu ve tváři. Úsměv pro ně neznamena pouze projev pocitu radosti, veselosti či humoru, ale má i jiný význam. Úsměv může vyjadřovat omluvu v situacích, kdy během komunikace dotyčný nerozumí projevu mluvčího. Při oslovování Vietnamce používáme české oslovení paní, pane, slečno a vlastní jméno. To je poslední slovo uvedené ve jméně. Jméno je tvořeno většinou ze tří slabik. První slovo ve jméně můžeme označit jako příjmení. Jako druhé slovo ve jméně se nachází slovo, které může pomoci určit pohlaví. Na třetím místě je vlastní jméno, které se také liší podle pohlaví (2, 31, 43).

Vietnamská kuchyně je velmi odlišná od evropské. Hlavní složkou její stravy jsou rýže, nudle a čerstvá zelenina. Frekvence podávání jídla během dne je stejná jako v České republice. V popíjení tekutin dávají přednost minerálním vodám, ovocným šťávám a čaji. Čaj preferují teplý. Určitá specifika se týkají také stolování. Vietnamci používají ke konzumaci jídla nejen příbor, ale také dle zvyklosti hůlky. Zvykem při jídle je živá komunikace v kruhu rodiny (2, 43).

1.5 Tuberkulóza

„Tuberkulóza je povinně hlášené, celkové infekční onemocnění, vyvolané obligátně patogenními mykobakteriemi *Mycobacterium tuberculosis* komplex, kam patří

Mycobacterium tuberculosis, dále *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canetti* a *Mycobacterium pinnipedii*. V našich podmínkách je v poslední době reálné pouze onemocnění *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulóza může postihnout kterýkoliv orgán, plíce jsou postiženy dominantně. Histologicky jsou tuberkulózní léze charakterizovány zánětlivými změnami s nálezem granulomů s centrální kaseifikační nekrózou. Granulomy i exudát jsou tvořeny lymfocyty, aktivovanými makrofágy a jejich modifikovanými formami:epiteloidními buňkami a obrovskými buňkami Langhansova typu. Za jednoznačný průkaz tuberkulózy je u nás považována kultivace mykobakterií“ (18, str.155, 156).

1.5.1 Historie tuberkulózy

Tuberkulóza je zánětlivé onemocnění, které patří mezi nejstarší doložená onemocnění vůbec. Za nejstarší doklad toho, že tuberkulóza nás prováděla téměř odnepaměti je nález z mladší doby kamenné. Tento objev učinil K.Pfaff roku 1904 u Heidelberku, kde byly nalezeny kosterní pozůstatky, které v horní části hrudníku jevíly stopy po prodělané tuberkulózní spondylitidě. Další písemně doložené zmínky o tuberkulóze jsou známy také z doby starověkého Egypta, kde byla pod pojmem Pottova nemoc popisována v několika případech. Také nejstarší zákoník světa krále říše velkobabylonské, Chammurábiho zákoník, se zmiňuje v paragrafu 148 a 149 o onemocnění, které je dle badatelů s největší pravděpodobností dnešní tuberkulózou. V těchto paragrafech dokonce popisuje, že toto onemocnění je důvodem k rozloučení svazku manželského. V písmu svatém starého zákona v III. a V. knize Mojžíšově je hovořeno o suchotinách jako o trestu božím. Objevovala se také ve starém Řecku a Říši římské. Ze starého Řecku pochází pojem phthisis, který vystihoval jeden z hlavních příznaků, který onemocnění doprovází, čímž je úbytek tělesné substance. I během dalších let celé historie se objevovaly písemné odkazy, které dokazují neustálou přítomnost tuberkulózy. V Čechách je považován za nejstarší doklad o přítomnosti tohoto onemocnění nález kostry, která jevíla známky tuberkulózní spondylitidy. Tato kostra patřila mladé ženě, žijící přibližně v 9. až 12. století. Byla nalezena roku 1916 v Motolech na vojenském cvičišti. Dalším dokladem o existenci

onemocnění na našem území je zápis v kronice zbraslavské, kde je popisována nemoc krále Václava II.. Dle historických pramenů popsanych v této kronice zemřel král na onemocnění nazývající se úbytě. To byl jeden z dalších výrazů, kterým se tuberkulóza v minulosti nazývala (13).

Termín tuberkulóza zavedl až v roce 1834 Johann Lukas Schönlein. Tento termín přesně vystihoval charakteristickou vlastnost onemocnění, kterou je tvorba uzlíků a granulomů různé velikosti. Tyto uzlíky byly pojmenovány tuberkuly. Odtud název pro tuberkulózu (13).

Diagnostika a léčba tuberkulózy souvisela a souvisí s objevy, kterých bylo dosaženo v letech již dávno minulých. Historickým mezníkem v diagnostice tuberkulózy byl objev jejího původce. V zimě roku 1881 objevil Robert Koch původce tuberkulózy – tyčinkové formy tuberkulózního viru. Dne 24. března 1882 podal o tomto objevu veřejně zprávu ve fysiologické společnosti v Berlíně. Podle Kocha je zdrojem šíření nákazy organismus, který je tuberkulózou napaden. Na jeho počest se stal 23. březen Světovým dnem boje proti tuberkulóze. Dalším zlomem bylo objevení vakcíny snižující riziko vzniku tuberkulózy. Tato BCG vakcína byla vynalezena francouzským lékařem C.A. Calmettem a jeho pomocníkem, veterinářem J.M.C. Guérinem. Používal se oslabený kmen bovinního mykobakteria. Tato vytvořená vakcína, byla pojmenována jako Bacillus Calmette-Guérin, tedy BCG vakcína. Poprvé byla použita v roce 1921. Historickým zlomem v diagnostice a léčbě tuberkulózy na našem území bylo v roce 1948 uzákoněné povinné hlášení tuberkulózy. To mělo za následek zmapování rozsahu epidemie v naší populaci. V tomto období bylo také zavedeno podávání chemoterapeutik. Nemocným byl podáván streptomycin v kombinaci s kyselinou paraaminosalicylovou. Ta byla známa pod zkratkou PASS. Nadále však v tomto období byla velká většina nemocných léčena chirurgickým zákrokem. Byla prováděna kolapsoterapie za provedení kurativního pneumotoraxu. V druhé polovině 20. století dochází k objevení dalších dvou druhů antituberkulotik, dnes první řady. V 80. letech to byl rifampicin, který byl považován za nejúčinnější antituberkulotikum. Léčba byla podávána za hospitalizace v plicních léčebnách a sanatoriích za dodržování kontrolovaného podávání kombinace antituberkulotik (13).

1.5.2 Epidemiologie tuberkulózy

Tuberkulóza je i v současné době stále jedním z nejrozšířenějších infekčních onemocnění vůbec. Co se mortality týče, je po AIDS tuberkulóza druhou nejčastější smrtící infekční chorobou na světě. Jedna třetina lidstva (1,9 miliardy) je touto nemocí infikována a každoročně onemocní na celém světě přibližně 8 milionů nových pacientů. Dle údajů Světové zdravotnické organizace onemocnělo tuberkulózou v roce 2009 9,4 milionu obyvatel planety. Z tohoto počtu nemocných zemřelo 1,7 milionu lidí. Nejvyšší úmrtnost, která činí 95% připadá na rozvojové země. Zde je tuberkulóza stále jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Tento fakt stále potvrzuje rčení o tom, že tuberkulóza se i v dnešní době ekonomického rozmachu řadí v některých lokalitách mezi sociální choroby. Nejvyšší výskyt tuberkulózního onemocnění je zaznamenáván v zemích subsaharské Afriky, zemích bývalého Sovětského svazu, jihovýchodní Asii, Mongolsku, Kazachstánu, Číně a Indii. Výskyt tuberkulózy je ovlivňován chudobou, migrací obyvatel, nástupem HIV/AIDS, výskytem polyrezistentních a multirezistentních kmenů a bezdomovectvím (34).

Závažným epidemiologickým problémem, který má v současné době vliv na nerovnoměrné rozšíření tuberkulózy ve světě, se stala migrace infikovaných jedinců z oblastí s vysokou incidencí onemocnění do oblastí se zvládnutým programem pro její kontrolu. Nárůst nově zjištěných případů tuberkulózy v Evropě je důsledkem migrace obyvatel z východu na západ. Důvody, které vedou obyvatele východních států k emigraci, jsou obvykle ekonomické nebo politické. V souvislosti s přirozeným tranzitem, který za těchto okolností v České republice vzniká, je věnována stále větší pozornost diagnostice tuberkulózy a její léčbě u pacientů z východních zemí. Děje se tak z důvodu zabránění šíření infekce. V mezinárodním srovnání se řadí Česká republika k zemím s nízkou incidencí tuberkulózy. Podle dat z Registru TBC se v roce 2009 vyskytlo v ČR 710 případů onemocnění tuberkulózou (tj. 6,8 případu na 100 tis. obyvatel), 482 u mužů a 228 u žen. U cizinců pobývajících v ČR bylo hlášeno 136 onemocnění. Nejvíce nemocných cizinců pocházelo z Ukrajiny (34), Vietnamu (30)

a Slovenska (26). Vzhledem k závažnosti je toto onemocnění sledováno odděleně od ostatních infekčních onemocnění (5).

Zdrojem onemocnění je v dnešní době nejčastěji nemocný člověk, vylučující mykobakteria, která jsou prokazatelně mikroskopicky pozitivní. S vývojem civilizace však nezůstala pozadu ani tuberkulóza. V posledních letech byly identifikovány nové druhy, které mohou tuberkulózu vyvolat. Jedná se o *Mycobacterium canetti* a *Mycobacterium pinnipedi*. Další hrozbou, která se v souvislosti s tuberkulózním onemocněním objevuje, je objev rezistentních kmenů mykobakterií. Od roku 1970 je zaznamenáván výskyt MDR-TB, což je označení pro multirezistentní formu tuberkulózy. V roce 2006 byl zaznamenán výskyt nové mimořádně závažné a rozsáhlé rezistence, která je označována jako XDR-TB – extenzivní léková rezistence (5, 34).

Branou vstupu infekce bývá v 80% dýchací ústrojí. Přenos infekce se tedy děje nejčastěji inhalační cestou (kapénková nákaza). Mezi další možné způsoby přenosu můžeme řadit inokulační nákazy. Tento druh přenosu infekce může vzniknout přímým kontaktem s infekčními sekrety nemocného. Dále je též předpokládána možnost přenosu při kontaktu s kontaminovanými předměty (prádlo, hygienické potřeby, přístroje) (6, 18).

1.5.3 Etiologie, patogeneze tuberkulózy

Původcem onemocnění je některý kmen ze skupiny *Mycobacterium tuberculosis* komplex. Do této skupiny patří *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, bacil Calmette-Guérinův (BCG). V České republice je téměř ve většině případů původcem onemocnění *Mycobacterium tuberculosis*. Jsou to aerobní nesporulující tyčinky se silnou acidorezistencí a dlouhou generační dobou (6, 16, 18).

Tuberkulózu můžeme rozdělit podle morfologických, imunologických změn a klinického průběhu na primární a postprimární. Primární tuberkulóza je projevem prvního kontaktu hostitele, který doposud nemá vytvořeny antimykobakteriální protilátky proti tuberkulózním mykobakteriím. *Mycobacterium Tuberculosis*, které se za vhodných podmínek dostává do organismu v něm vyvolává lokální zánětlivou reakci. Do několika hodin se mykobakteria šíří dále lymfatickou cestou

do regionálních uzlin, které se následně zvětší a spolu se zánětlivým ložiskem v plicích vytvářejí primární tuberkulózní komplex. Ten se hojí fibrotizací. V pozdější době může dojít ke kalcifikaci lézí, které jsou následně viditelné na rentgenovém snímku plic. U neočkované populace se primární tuberkulóza dále projevuje konverzí tuberkulinové reakce. Ve většině případů je tato forma klinicky němá a odehrává se nejčastěji v dětském věku. Jen ve výjimečných případech se může objevit u dospělých nemocných. V tomto případě se jedná o pozdní primární tuberkulózu. Zhojením primární tuberkulózy získává jedinec schopnost specifické obrany proti tuberkulóze. Tato schopnost může přetrvávat po celý život. Vzhledem k povinnému očkování, které bylo do roku 2010 v České republice platné, jsme se s touto formou tuberkulózy téměř neselektovaly (6, 18, 34).

Postprimární tuberkulóza vzniká u již infikovaných osob. Příčinou vzniku může být exogenní infekce. To znamená, že dochází k inhalaci nových mykobakterií při kontaktu s nemocným. Druhou příčinou vzniku může být endogenní reaktivace primární formy tuberkulózy (18, 34).

1.5.4 Klinický obraz

Tuberkulózní infekce je zákeřná v tom, že probíhá ve svém počátku ve většině případů zcela asymptomaticky. Později spojují pacienti své obtíže pouze s nespecifickými příznaky jako jsou únava, pokles fyzické aktivity, suchý kašel, hubnutí, noční pocení a febrilie. Ty mívají ráno často vyšší hodnotu než večer. Tento typ febrilií se nazývají febris inversa. Ne zřídka bývá soubor těchto nespecifických příznaků bagatelizován a mylně přisuzován psychickému vypětí, stresu a přepracování. Později však dochází k narůstání potíží a zhoršování celkového zdravotního stavu. Vykašlávání sputa může být provázeno různě závažnou hemoptýzou. K té dochází při poškození cévní stěny postupující nekrotizací v plicním parenchymu. U rozsáhlých tuberkulózních infekcí může pacientův stav komplikovat také dušnost, která je podmíněna rozsahem infekce (6, 18, 34).

Výjimkou, co do rychlosti průběhu klinických obtíží pacienta je, akutní miliární tuberkulóza, která vzniká akutním hematogenním rozsevem mykobakterií z primárně

postiženého zánětlivého ložiska. Může se projevit septickými projevy a při postižení plicního parenchymu až rozvojem respirační insuficience. Z mimoplicního postižení touto formou tuberkulózy je nejzávažnější postižení mozkomíšních plen, jde o bazilární meningitidu (6, 18, 34).

1.5.5 Diagnostika

Pro stanovení diagnózy tuberkulózního onemocnění má z diagnostického hlediska význam anamnéza, fyzikální vyšetření, epidemiologické údaje, rentgenologické vyšetření plic, tuberkulínový test, bakteriologický průkaz mykobakterií, genetický průkaz mykobakterií PCR, imunologické vyšetření QuantiFERON-TB Goldtest, pomocné vyšetřovací metody a laboratorní vyšetření. Doposud však platí, že zlatým standardem při diagnostice tuberkulózy zůstává klasické kultivační vyšetření sputa (6, 16, 18).

Z anamnestických údajů jsou k diagnostice tuberkulózy důležité údaje týkající se subfebrilní, kašle, hubnutí, únavy, nočního pocení, možných kontaktů s tuberkulózním onemocněním. Při kontaktu s rizikovými skupinami nemocných přicházejících s těmito příznaky je nutno vždy myslet na možnost onemocnění tuberkulózou. Dále je v současné době nutno myslet na možnost vzplanutí tohoto onemocnění u pacientů, kteří podstupují biologickou léčbu (6, 18, 34).

Fyzikální nález může být na příznaky onemocnění velmi chudý i při rozvinuté formě tuberkulózy. Objektivně je posuzován celkový vzhled nemocného, který bývá popisován typicky jako habitus phthisicus. Tuberkulóza jako onemocnění je popisována častěji u vysokých a štíhlých nemocných. Odtud pojem habitus phthisicus pochází. Během fyzikálního vyšetření je také hodnocena jizva po BCG vakcinaci a je pátráno po možném zvětšení mízních uzlin na krku, v axilách a inguinách. Poslechový nález bývá v samém počátku onemocnění normální. Při produktivní expektoraci mohou být přítomny v poslechovém nálezu vedlejší fenomény, nejčastěji vlhké chrůpky (6, 18).

Rentgenové vyšetření plic patří stále mezi základní vyšetřovací metody při diagnostice plicní i mimoplicní formy tuberkulózy. Rentgenový nález bývá

pro toto onemocnění charakteristický, ale ne specifický. U primární tuberkulózy bývají často na rentgenovém nálezu často drobné infiltrace v periférii plicního parenchymu a zvětšené jednostranné hilové uzliny. Tento typ tuberkulózy se hojí fibrotizací nebo kalcifikací, která je na pozdějších rentgenových snímcích patrná. Postprimární tuberkulóza postihuje nejčastěji horní partie plicního parenchymu. Postižení může být jednostranné či oboustranné. Na rentgenovém snímku jsou patrna skvrnitá nebo cárovitá zastínění různé sytosti a tvaru. Tato ložiska mají sklon ke kazeifikaci a rozpadu. Vzniklé kaverny jsou patrné na rentgenovém snímku. Stejně tak i tuberkulomy, které jsou zvláštní formou tuberkulózního zánětu. Jsou to okrouhlé útvary, které vznikají opouzdřením infekčního ložiska vazivovou tkání. Typický rentgenový nález představuje miliární forma tuberkulózy, kdy na rentgenovém snímku je přítomen drobně ložiskový rozsev rozprostřený po obou plicních křídlech (6, 18, 33).

Tuberkulínový kožní test je průkazem opožděné hyperaktivity proti antigenům různých mykobakterií. Samotný test spočívá v aplikaci 0,1 ml tuberkulinu intradermálně do volární strany levého předloktí. Za projev pozitivní tuberkulinové reakce se považuje erytém a kožní indurace, které dosahují svého maxima za 48 až 72 hodin. Výsledek tohoto testu se hodnotí za 72 hodin odečtem průměru velikosti kožní indurace. Kožní indurace do 5 mm je považována za negativní, což znamená, že organismus jedince nemá doposud vytvořeny antimykobakteriální protilátky nebo již vymizely. Hodnota testu 6 až 10 mm je považována za pozitivní postvakcinační reakci. Naměřené hodnoty indurace, které jsou větší než 10 mm, znamenají postinfekční nález a hodnoty nad 15 mm představují silně pozitivní nález, který může vést k důvodnému podezření na probíhající tuberkulózní onemocnění. Tuberkulínový test se provádí standardním tuberkulinem, což je směs purifikovaných proteinů mykobakterií v koncentraci označované Mantoux II. Kontraindikacemi provedení kožního testu jsou kožní choroby s příznaky, které jsou lokalizovány v místě aplikace. Dále pak u osob se závažnými alergickými projevy a osob, u kterých je známa přecitlivělost na některou ze složek tuberkulinu. Interpretaci výsledku odečtu tuberkulinového testu může ovlivnit akutní horečnaté onemocnění, malnutrice, primární nebo sekundární imunodeficience, rakovina, sarkoidóza, vakcinace živými virovými

vakcínami a booster efekt, což znamená opakování tuberkulinového testu v době kratší než 6 týdnů (18, 34).

Základním a stěžejním vyšetřením průkazu tuberkulózy je mikrobiologické vyšetření s pozitivním kultivačním výsledkem přítomnosti *Mycobacteria tuberculosis*. Toto vyšetření je možno provádět z různých materiálů jako například ze sputa, indukovaného sputa, bronchoalveolární laváže, žaludečního výplachu, moče, likvoru, pleurálního výpotku, punktátu, stolice, menstruační krve, výtěrů a stěrů z píštělí, hnisavých procesů a ran. Základní předpoklad k tomu, aby výsledek byl validní, je nutný správně provedený odběr infekčního materiálu. Odebírají se vždy tři vzorky sputa v za sebou jdoucích dnech do sterilních kontejnerů. Důležité je vždy poučit nemocného, aby nakašlaný materiál byl opravdu sputum a ne sliny. Mikroskopické vyšetření sputa se provádí většinou metodou barvení dle Ziehla-Neelsena. Obarvený nátěr materiálu se prohlíží světelným nebo dle zvoleného postupu fluorescenčním mikroskopem a odečítá se počet acidorezistentních tyček v zorném poli. Výsledek je vyjadřován kvantitativně, v tomto případě křížkovou metodou. Nevýhodou mikroskopického vyšetření je její nespecifičnost a nerozlišitelnost živých či mrtvých tuberkulózních bacilů. Oproti mikroskopickému vyšetření má kultivační dobrou senzitivitu a 100% specifitu. Výchozí materiál ke kultivaci je shodný s materiálem, který byl mikroskopicky vyšetřen. Ten je nanesen na tekuté a pevné půdy, kde dochází po 3, 6 a 9 týdnech k odečtu růstu viditelných kolonií mykobakterií. Kultivační výsledek je též vyjadřován kvantitativně křížkovou metodou. Výhodou je možnost odlišit druhy mykobakterií, které patří do *Mycobacterium tuberculosis* komplex od ostatních atypických mykobakterií. Nevýhodou kultivačního vyšetření je dlouhá doba inkubace, která je obvykle 6 týdnů. V posledních letech jsou využívány metody zrychlené kultivace systému BACTEC. V tomto případě nejde o průkaz mykobakteriálních kolonií, ale o prokázání známek jejich metabolismu jako je spotřeba kyslíku, uvolňování oxidu uhličitého a podobně. Senzitivita a specifita této metody je srovnatelná s metodou kultivační, přičemž výsledek je znám během 5 až 14 dnů (6, 18, 34).

Genetickou metodou průkazu *Mycobacteria Tuberculosis* je odběr biologického materiálu na vyšetření PCR. Jde o molekulárně biologickou metodu průkazu mykobakteriální nukleové kyseliny ve vyšetřovaném materiálu za pomoci PCR, což znamená polymerázovou řetězovou reakci. Metoda je velmi nákladná a jako samostatný výsledek není průkazem tuberkulózy (34).

Novou vyšetřovací metodou určenou k detekci infekce *Mycobacterium Tuberculosis* je v současné době QuantiFERON – TB Goldtest. Toto vyšetření má největší význam při detekci latentních forem tuberkulózy. Jedná se o průkaz interferonu gama. Ten je produkován stimulovanými T-lymfocyty, které se setkaly s tuberkulózním mykobakteriem. V krvi infikovaného nemocného je pak možno detekovat specifické antigeny *Mycobacteria Tuberculosis* (18, 34).

Mezi pomocné vyšetřovací metody v diagnostice tuberkulózy patří počítačová tomografie, bronchoskopie, punkce, exstirpace lymfatických uzlin a jiné. Z laboratorních metod je to především hodnota CRP, krevní obraz, vyšetření moči a další vyšetření nutná vzhledem k obtížím nemocného (34).

1.5.6 Léčba

Léčba tuberkulózy spočívá v plně kontrolovaném podávání kombinace antituberkulotik po dobu 4 až 12 měsíců. Doba trvání léčby je však závislá na formě tuberkulózy, přidružených onemocněních nemocného a na rozsahu postižení tuberkulózą. Tím, že se antituberkulotika podávají v kombinacích, dochází k dosažení jejich optimální účinnosti a je pojistkou proti rozvoji lékové rezistence. Léčebný režim podávání antituberkulotik je rozdělen do dvou fází. První fáze se nazývá iniciální. Ta probíhá za hospitalizace na izolační jednotce určené pro léčbu tuberkulózy po dobu minimálně 2 měsíců. Podmínkou k ukončení hospitalizace je uspokojivý klinický stav a bakteriologická negativita. Druhou fází léčby je léčba pokračovací, která následuje bezprostředně po iniciální fázi léčby a trvá obvykle 4 až 6 měsíců. Tato léčba již probíhá pod dohledem spádové plicní ambulance. Základními vlastnostmi antituberkulotik, která se nemocným podávají jsou jejich baktericidní a sterilizační účinky. Baktericidním účinkem rozumíme jejich schopnost usmrcování největší části

rychle se dělící mykobakteriální populace. Sterilizační účinek má za následek usmrcení perzistorů, to znamená menších skupin bakterií s omezeným růstem (6, 18, 34).

Mezi základní antituberkulotika se řadí isoniazid (Nidrazid), rifampicin (Arfificin), pyrazinamid (Pyrazinamid, Tisamid), etambutol (Sural, Turesis), streptomycin (Streptomycin, Streptofatol). Pro léčbu polyrezistentních forem tuberkulózy lze používat ofloxacin, ciprofloxacin, perfloracin, rifabutin, klaritromycin, kanamycin, amikacin, capreomycin, viomycin a další. Používání výše zmíněných léků je indikováno dle zjištěné citlivosti kmene nebo klinického efektu (6, 18, 34).

Chirurgická léčba je vzhledem k účinnosti antituberkulotik indikována v současné době již ojediněle. V dnešní době je indikována k resekci tuberkulomu nebo přítomností polyrezistentních forem mykobakterií, které nereagují na chemoterapii. Nelze tudíž dosáhnout debacilizace jiným způsobem než chirurgickou resekci (18, 34).

1.5.7 Preventivní opatření

Prevence tuberkulózy v současné době spočívá především v aktivním vyhledávání potencionálních nemocných v rizikových skupinách obyvatelstva a očkováním indikovaných jedinců dle platné vyhlášky. Plošné očkování proti tuberkulóze bylo zrušeno vyhláškou č. 299 ze dne 25. října 2010. Dle této vyhlášky bude prováděno očkování dětí pouze s indikacemi uvedenými v příloze č.3 téže vyhlášky (příloha 4) (18).

1.6 Specifika ošetrovatelské péče o na izolační jednotce

Tuberkulóza patří mezi infekční onemocnění, při jehož potvrzení nebo podezření je zdravotnické zařízení povinno dle platné vyhlášky 195 z roku 2005 nařídít izolaci na infekčním oddělení nebo na specializovaném lůžkovém pracovišti určeném pro léčbu tuberkulózy (54).

1.6.1 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová ošetrovatelská péče představuje systém pracovních, organizačních a provozních postupů, které dodržuje a provádí celý zdravotnický tým. Dodržování těchto zásad zabraňuje vzniku a možnému šíření nákazy. Jednou z nejdůležitějších podmínek k tomu, aby bariérové ošetřování bylo úspěšné, je hygienické mytí a dezinfekce, používání ochranných prostředků, pomůcek a oděvů. Mezi další bariérové ošetrovací techniky, které je nutno dodržovat, patří maximální využitelnost individualizovaných pomůcek pro pacienty, používání jednoúčelových pomůcek, udržování nemocných v naprosté čistotě, dodržování aseptických zásad a postupů při provádění terapeutických, diagnostických a ošetrovatelských činností, dodržování zásad při manipulaci s prádlem, hygienická manipulace se stravou a osobní hygiena personálu (24).

1.6.2 Uspořádání ošetrovací jednotky

Izolace nemocných s podezřením na tuberkulózu plic probíhá na k tomu určených, vyčleněných ošetrovacích izolačních jednotkách. Pokoje mohou být 1 až 4 lůžkové a jsou vybaveny účinnou klimatizací nebo ventilací s podtlakem. Vstup na toto oddělení je označen varovnými bezpečnostními cedulemi označujícími oddělení se zvláštním režimem. Stavební a provozní podmínky jsou vytvořeny tak, aby bylo zabráněno možnému šíření infekce. Každý pokoj má své sociální zařízení. Před vstupem na ošetrovací jednotku prochází personál sanitárním filtrem, kde je povinen se převléci do ochranného oděvu (čepice, plášť, rukavice, obuv) a navléknout si ochrannou polomasku (respirátor). Také pacienti používají během kontaktu s personálem speciální filtrační polomasky zabraňující dalšímu šíření infekce. Při odchodu z této izolační jednotky prochází personál sanitárním filtrem opačným směrem a ochranný oděv odkládá (29).

Na těchto odděleních je vytvořen zvláštní provozní řád, který dle specifčnosti této izolační jednotky upravuje provoz týkající se stravování, nakládání s infekčním odpadem, kontaktu mezi nemocnými a možnosti návštěv rodinných příslušníků. Vstup osob na toto oddělení podléhá evidenci (29).

1.6.3 Izolační režim

U nemocných s infekční formou tuberkulózy je nutná izolace nejméně šest týdnů od započetí antituberkulózní léčby. Po přijetí na izolační jednotku je pacient ukládán dle epidemiologického hlediska na jednolůžkový nebo vícelůžkový pokoj. Je seznámen ošetřujícím lékařem se svým zdravotním stavem a s povahou infekčnosti jeho onemocnění. Dále je pacient seznámen s nutností dodržování izolačního režimu s hygienickými a protiepidemickými zásadami, které je nutné po dobu izolace dodržovat. Mezi ty nejdůležitější patří používání filtračních polomasek, vykašlávání sputa pouze do k tomu určených kelímků a neopouštění prostoru izolačního pokoje. Povaha infekčního onemocnění je popsána v dokumentaci pacienta, dále pak v přiřazeném typu izolačního režimu (24, 29, 32).

K přesnému posouzení ukončení či pokračování izolačního režimu jsou pravidelně prováděna kulturační a mikroskopická vyšetření sputa. V případě negativity těchto sput může být izolace ukončena po šestitýdenním cyklu antituberkulózní léčby. Nadále se však pokračuje v ústavní léčbě na standardním oddělení (24, 29, 32).

1.6.4 Zásady při poskytování péče na izolační jednotce

Ošetřující a pomocný personál je povinen dodržovat hygienické a protiepidemické zásady související s bariérovou ošetrovatelskou péčí, které zabraňují šíření infekce. Ke vstupu personálu do budovy slouží zvláštní k tomu určený vstup. Personál používá k převlékání vyčleněné šatny. Před vstupem na izolační jednotku prochází sanitárním filtrem. Ochranný pracovní oděv je používán pouze pro určené oddělení a dle stanoveného pracovního postupu (manipulace s odpadem, manipulace s biologickým materiálem, s použitým prádlem, při toaletě pacienta) a druhu činnosti (29).

Zaměstnanci dodržují zásady osobní hygieny, hygienu rukou, používají jednorázové rukavice. K utírání rukou je nutno používat pouze jednorázové papírové ručníky, které jsou uloženy v krytých zásobnících. Personál musí dbát na úpravu nehtů na rukou. Nehty musí být krátce střižené a nesmí přesahovat bříško prstu. Nejsou povoleny umělé nehty ani barevný lak. Dále je nepřipustné nosit na ruku šperky nebo hodinky.

Zvláštní pozornost je nutno věnovat odběru biologického materiálu. Sestra musí zvolit správný postup při jeho získávání a současně dodržovat všechna hygienicko-epidemiologická opatření. Při manipulaci s biologickým materiálem používá ochranný oděv, filtrační polomasku, jednorázové rukavice a pokrývku hlavy. Odběr biologického materiálu je prováděn do sterilních nádobek dle druhu biologického materiálu a požadavku laboratoře. Průvodní žádanky k biologickému materiálu a zkumavky musí být viditelně označeny dle druhu izolačního režimu. Biologický materiál musí být dobře uzavřen ve zkumavkách, které jsou nepotřísněné a označené identifikačním štítkem pacienta. Odběr a manipulace s biologickým materiálem probíhá ve vyčleněném místě. Použité jehly a ostré předměty musí být ihned po odběru vhazovány do určených boxů s označením pro ostré předměty. Po odběru je biologický materiál neprodleně transportován do laboratoře. Transport materiálu je prováděn tak, aby nedošlo k jeho znehodnocení a k ohrožení fyzických osob. Pokud dojde ke kontaminaci plochy biologickým materiálem, je nutné provést okamžitou dekontaminaci dezinfekčním prostředkem s tuberkulocidním účinkem a překrytím mulem namočeným v tomto roztoku. Následně je po době expozice provedena mechanická očista a omytí místa dezinfekčním prostředkem (24, 29, 32).

Výměna ložního prádla je prováděna ihned po jeho znečištění nebo minimálně jednou týdně. Použité prádlo se netřídí, neroztřepává a je ihned ukládáno do předem připravených a označených dvojitéch obalů. Tyto obaly jsou barevně označeny, což signalizuje jejich infekčnost. Takto připravené použité prádlo se skladuje v určené a označené místnosti. Při manipulaci se znečištěným prádlem používá personál ochranné pomůcky. Vyšetřovací stoly a lehátka jsou pokryta jednorázovým materiálem, který je ihned měněn po každém pacientovi. Čisté prádlo je ukládáno do uzavíratelných skříní do k tomu určené místnosti. Nikdy by nemělo dojít ke křížení manipulační cesty mezi čistým a použitým prádlem. Dezinfekce ploch, povrchů, úklid a jeho frekvence je prováděna dle platného Dezinfekčního řádu. Jsou používány dezinfekční prostředky s tuberkulocidním účinkem ve vhodně zvolené koncentraci. Úklid je prováděn navlhko, aby nedošlo k víření prachu a mikroorganismů, čím se eliminuje možné šíření nákazy. Frekvence střídání dezinfekčních prostředků je dána Dezinfekčním řádem (24, 29, 32).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 - Zjistit, zda jsou u pacientů - cizinců hospitalizovaných na izolační jednotce uspokojovány potřeby dle zásad holismu.

Cíl 2 - Zjistit, zda existují rozdíly ve vnímání nemocničního prostředí na izolační jednotce u pacientů – cizinců.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 – Uspokojují sestry potřeby pacientů hospitalizovaných na izolační jednotce dle zásad holismu?

Výzkumná otázka 2 – Existují rozdíly ve vnímání nemocničního prostředí u pacientů cizinců hospitalizovaných na izolační jednotce?

3. Metodika

3.1 Metody šetření

K získání údajů, které jsou potřebné pro výzkumnou část bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory s pacienty – cizinci, kteří byli hospitalizováni ve vybraných plicních léčebnách v Nemocnici České Budějovice, a.s. a Humpolci. Dále pak obsahové analýza dokumentace. Rozhovory s pacienty byly vedeny tak, aby došlo k rozkrytí nejrizikovější oblasti ve vnímání a působení izolace na jedince během hospitalizace na izolační jednotce.

Rozhovor obsahoval celkem 87 otázek, které byly dále v případě potřeby rozšířeny o další sondážní otázky týkající se dané problematiky.

Na základě těchto výsledků byly vypracovány kazuistiky, jejichž obsahem bylo shrnutí dat získaných během rozhovorů a místy též jejich doslovný překlad.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaný soubor tvořilo 5 pacientů – cizinců, kteří byli hospitalizováni v Plicní léčebně Nemocnice České Budějovice, a.s. a Humpolci. Tato pracoviště splňovala podmínku, že jsou zde pacienti hospitalizováni na izolačních jednotkách a tudíž prochází během hospitalizace podobnými situacemi a jsou vystaveni stejným vlivům a podmínkám okolí.

Z počtu pacientů byli tři muži a dvě ženy. Věkový průměr výzkumného vzorku pacientů byl 33,8 let. Dle národnostního složení byly ve výzkumném vzorku zastoupeny celkem čtyři národnostní menšiny pobývající na našem území. Byla to jedna pacientka z Vietnamu, dva pacienti z Mongolska, jedna pacientka z Gruzie a jeden pacient z Ukrajiny.

4. Výsledky

4.1 Kvalitativní výzkum – rozhovory s pacienty

Kazuistika : č.1

Věk : 38 let

Pohlaví : Žena

Místo narození : Gruzie

Doba pobytu v České republice : od přijetí na Plicní léčebnu

Pobyt : běželec, žadatel o azyl

Mateřský jazyk : gruzínština

Jazyk používaný během rozhovoru : ruština, čeština

Místo pobytu během hospitalizace : Plicní léčebna Nemocnice České Budějovice,a.s.

Úvod

Pacientka byla léčena na Plicní léčebně celkem 18 měsíců pro multirezistentní formu tuberkulózy. Byl to první případ této vysoce nebezpečné formy tuberkulózy, který byl na naší léčebně léčen. Hospitalizace byla ukončena překladem na nově otevřenou speciální jednotku určenou výhradně pro pacienty s multirezistentními formami tuberkulózy v pražské Thomayerově nemocnici, kde bylo v započaté léčbě pokračováno. Po přijetí pacientky na izolační jednotku byla provedena biochemická, hematologická, imonologická, genetická a mikrobiologická vyšetření. Hned druhý den po odběru sputa na průkaz Mycobakteria Tuberculosis byl telefonicky hlášen masivní nález acidorezistentních tyček svědčící pro aktivní formu plicní tuberkulózy. Po vyšetření barvocitu byla ihned nasazena antituberkulózní léčba čtyřkombinací antituberkulotik. Během započaté léčby nedocházelo ve sputu k úbytku acidorezistentních tyček. Provedená citlivost na antituberkulotika odhalila lékovou rezistenci na tři základní druhy antituberkulotik. Vzhledem k tomu, že v té době ještě nebyla dokončena speciální jednotka pro léčbu pacientů s multirezistentní formou tuberkulózy v pražské Thomayerově nemocnici, musela pacientka v léčbě pokračovat

v naší léčebně. Dle stanovené citlivosti byla zahájena speciální léčba, během které musely být použity též preparáty neregistrované v České republice. Pacientka léčbu tolerovala dobře.

Pacientka souhlasí s rozhovorem, který bude součástí mé bakalářské práce. Rozhovor probíhá u jídelního stolu na pokoji pacienta, který se nachází na izolační jednotce. Vzdálenost při rozhovoru je dána povahou infekčnosti onemocnění. Respondent i dotazovatel jsou vybaveni speciální 3M rouškami. V souvislosti s touto komunikační bariérou, kterou může používání roušek představovat, byla pacientka seznámena s možností kdykoliv rozhovor přerušit a znovu se dotázat na kladené otázky. Vzhledem k dlouhé době hospitalizace na našem oddělení a vytvoření si přátelských vazeb s personálem si přeje být oslovována křestním jménem. Rozhovor s pacientkou je realizován dvanáctý měsíc hospitalizace. Pro komunikaci je použit ruský a český jazyk. Pacientka po roční hospitalizaci již ovládá základní slovíčka v češtině. Nabídnuté překladatelské služby tlumočnicka odmítá. Jiný světový jazyk neovládá. Před otázkami, které mám pro pacientku předem připravené, si sama přeje objasnit svou situaci, pohovořit o své minulosti a cestě, která ji dovedla až do našeho zdravotnického zařízení.

Před rozkrytím celé své minulosti se několikrát omlouvá za problémy, které nám po dobu své hospitalizace způsobila mlžením identity, věku a rodinných poměrů. Na samém začátku jejího příběhu bylo setkáním s budoucím manželem, kterého velmi milovala. Po roce trvání jejich vztahu se vdala a přestěhovala se s spolu s manželem k jeho rodičům na vesnici. Tento okamžik byl prý zásadní a od něho se odvíjely všechny další problémy. Manžel trval na absolutní poslušnosti nejen k jeho osobě, ale i k jeho celé rodině, především k matce a jeho bratrům. Po narození obou synů se celá situace ještě zhoršila. Díky špatné ekonomické i sociální situaci v rodině, byla nucena si brzy najít nějakou práci. Již v této době se u ní začaly objevovat první příznaky nynějšího onemocnění. Byl to kašel, noční pocení, hubnutí a únava. Všechny tyto příznaky přiřazovala velké fyzické námaze, kterou vykonávala nejen v zaměstnání, ale následně i doma. Práce, kterou si po porodu našla, byla velice náročná. Stala se zametačkou chodníků a ulic. Peníze, které za svou práci vydělala,

však na zlepšení situace v rodině nestačily. Postupem času se dále prohlubovaly její zdravotní obtíže, které jí zavedly k lékaři. Lékař již poprvé vyřkl podezření na tuberkulózu a doporučil jí zahájení léčby. Ta bude ale zahájena až poté, co zaplatí léky, které bude nucen objednat. Podle jejích slov si sama netroufla tuto situaci řešit a rozhodnutí nechala na rodině. Vzhledem k tomu, že se i její manžel v minulosti léčil na tuberkulózu, se rodina rozhodla tak, že pokud bude nadále chodit do práce a nějaké peníze vydělá, bude si moci zaplatit základ léčby. Iniciální fáze léčby tak začala aplikací Streptomycínu. Dále pak dostávala ještě nějaké léky, o kterých však neví, jak se jmenovaly. Na injekce chodila měsíc, každý všední den a léky užívala také pravidelně. Dbala na to, měla prý strach, aby tuberkulózou nenakazila své děti. Ekonomická situace v rodině se za nějakou dobu opět zhoršila, proto musela léčbu přerušit. Tento postup užívání a neužívání léků se pak ještě během několika let opakoval a měl za následek vytvoření multirezistentního kmene tuberkulózy. Přerušování léčby bylo tedy vždy následkem špatné ekonomické a sociální situace v rodině. Rodina i manžel jí dávaly velmi jasně najevo, že vzhledem ke svému zdravotnímu rodině nic pozitivního nepřináší. Přiznává, že často myslela na to, že by od manžela a jeho rodiny utekla, ale neměla kam. Rodiče už nežili a sama by se o syny nepostarala. Nebyla tedy jiná cesta než to všechno dál snášet. Manžel chtěl celou situaci vyřešit tím, že odjede pracovat do Rakouska, kde měl již několik let provdanou svou sestru. Až si prý něco vydělá, manželka ho bude s dětmi následovat. Až nyní si uvědomuje, že v plánech, o kterých manžel mluvil, mnoho prostoru pro její osobu už tehdy nebylo. Manžel brzy na to odjíždí pracovat do Rakouska. Ekonomická situace se, ale dále stává neúnosnou. Rodina musela manžela vybavit finančně na cestu, což rodinu hodně finančně oslabilo. Po několika měsících následovala se syny manžela do Rakouska. Manžel zaslal hotovost, která byla k jejich přechodu potřebná. Z jejich vesnice odjížděli autem s mužem, který je dopravil na hranice s Ruskem, kde byli naloženi do velkého auta k ostatním lidem a směřovali dále na Ukrajinu, Slovensko a přes Českou republiku do Rakouska. Podmínky, které je během jízdy čekaly, byly dle jejích slov strašné. Vzhledem k tomu v jakém se nacházela zdravotním stavu, byl prý i nadlidský výkon postarat se o své syny. Jídlo, které měla na cestu připravené rozdělávala především mezi

syny. Sama na sobě velmi šetřila. Tato cesta byla bohužel nebo možná dnes už bohudík ukončena Cizineckou policií České republiky na hranicích s Rakouskem. Odtud se odvíjí další část rozhovoru s pacientkou.

Pacientka byla spolu s ostatními zadržena na hraničním přechodu s Rakouskem. Vzhledem k tomu, že sama informovala policisty o tom, že se několik let s přestávkami léčí na tuberkulózu, byla ihned převezena na ambulanci Plicního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.. Zde byl ihned zhotoven rentgenový snímek srdce a plic, který svědčil pro tuberkulózní onemocnění. Pacientka byla ihned transportována na izolační jednotku plicní léčebny v téže nemocnici. Byla schvácená, unavená, plačtivá, odmítala hovořit o svých obtížích. Neustále se však dotazovala na své dva syny, kteří byli ve věku 11 a 13 let. Ti byli toho času hospitalizováni na dětském oddělení téže nemocnice. Následně byli převezeni do areálu Permon do zařízení pro děti cizinců v Dobříši.

Při přijetí byla pacientka výrazně kachektická, její váha byla 46 kg při výšce 164 cm. Celkovým vzhledem působil zanedbaným dojmem. Žádné osobní věci ani hygienické potřeby u sebe neměla. Během příjmu byla seznámena s právy pacientů v ruském jazyce. Byl jí vysvětlen chod oddělení na izolační jednotce a základní pravidla týkající se dodržování hygienicko-epidemiologických norem. Zpětnou vazbou byla ověřována skutečnost, zda pacientka tyto informace pochopila. Také postupem času lze zhodnotit, že tyto hygienické normy pacientka striktně dodržuje. Po vstupu personálu na její pokoj si ihned nasazuje speciální 3M roušku s filtrem a nevidí v tom žádný problém. Dále byla při příjmu upozorněna na to, že na pokoji je umístěna monitorovací kamera, která snímá její obraz a přenáší ho na inspekční pokoj, kde je monitorován ošetrovatelským personálem. K umístění kamery na pokoji nemá námitek, pouze se dotazuje, zda není kamera také v koupelně. Po ujištění, že v koupelně není, se jí ulevilo.

Adaptace této pacientky na prostředí izolační jednotky byla velmi zdlouhavá. Než pochopila, že naším cílem je pomoci jí i jejím dětem a ne je vyhostit zpět z naší republiky do Gruzie, přešla doba několika měsíců. Po tu dobu intenzivně tajila totožnost, věk a národnost tím, že nahlásila jiné údaje. Neměla u sebe žádné doklady, nebylo tedy možno tuto skutečnost ihned zjistit, ta vyšla najevo až v době, kdy bylo

zahájeno řízení žádosti o azyl. K této skutečnosti se následně pacientka ještě několikrát během hospitalizace s omluvou vrátila. Jako důvod uvedla strach. Bála se, že ji budeme hned deportovat zpět domů k manželovo rodině, kam se již nechtěla nikdy vrátit. Po kontaktování charitativních organizací, institucí zabývajících se uprchlíky a žadateli o azyl, odboru azylové a migrační politiky ministerstva vnitra, odborů týkající se péče o dítě a v závěru získání víz pro pacientku a její děti byla její důvěra na naší straně. Bohužel dlouhé odloučení od svých dětí nesla velmi špatně. Ve spolupráci se zařízením pro děti cizinců, kam byli synové převezeni se nám povedlo zorganizovat pravidelné návštěvy dětí s matkou. Návštěvy probíhaly přes zavřené okno pokoje pacientky nebo za pomoci videotelefonu. Interval návštěv však nebyl ideální. Děti přijížděly za doprovodu vychovatelů přibližně jednou za měsíc. Bylo tedy zajištěno jejich telefonické spojení s matkou během doby odloučení. Dlouhá doba hospitalizace naší pacientky a její odloučení od dětí se v negativním smyslu odrazilo také na jejich chování. Několikrát bylo řešeno jejich hrubé a agresivní chování vůči ostatním dětským pacientům pobývajících v zařízení pro tyto děti. Tyto důvody pak vedly vychovatele k tomu, že frekvenci jejich návštěv u matky snížili. Následně byl jeden ze synů hospitalizován pro agresivní chování v dětské psychiatrické léčebně v Dobřanech. Po opakovaných intervencích ze strany matky se po jeho návratu z této léčebny frekvence návštěv opět upravila. Oba synové ovládali dobře český jazyk a navštěvovali školu. Jejich prospěch byl průměrný. Dle dotazů, které byly na ně směřovány, se jim v České republice líbí, ale rádi by se s maminkou dostaly později k otci do Rakouska. Otec dětí během celé doby hospitalizace kontaktoval pacientku pouze dvakrát. Poprvé ji informoval o záměru požádat si o převoz dětí za ním do Rakouska a podruhé ji informoval o tom, že je hospitalizovaný pro stejnou diagnózu jako ona v tamní nemocnici. Dle slov pacientky chtěl, aby synové žili s ním. S jejím návratem však nepočítal a nepočítá.

Rozhovor dále pokračuje na téma, zda pro pacientku představuje hospitalizace nějaký problém. Sama uvádí, že díky této dlouhé hospitalizaci cítí vinu vůči svým dětem. Má pocit, že její nepřítomnost při jejich výchově a izolovanost způsobila agresivitu v jejich chování. Představa, že se bude muset ještě léčit v Praze, kam bude po otevření

nové izolační jednotky převezena, ji děsí. Bojí se, že nebude možné navázat ve vztahu s dětmi tam, kde před rokem skončili. Je však všem velmi vděčna za zprostředkování kontaktů s dětmi, za pomoc s vyřízení žádosti o azyl a řešení dalších sociálních a ekonomických problémů se sociální sestrou. Sama by to nezvládla, neměla tolik odvahy o pomoc požádat. Byla v zoufalé situaci, se kterou si neuměla poradit. Kdyby prý nebyla nemocná, snažila by se řešit situaci sama, ale na to zpočátku neměla sílu. Ta se jí vracela postupem času po zahájení léčby. Jak říká nebylo, to hned, ale každé kilo, které jí na váze přibylo, jí sílu dodávalo a cítila se lépe.

Strava ve zdejší nemocnici jí vyhovovala. Chvilíčku jí trvalo, než si zvykla na pravidelnost. Doma pravidelně nejedla. Jedla, když měla hlad a něco zbylo. Tady měla najednou pocit, že většinu dne jen jí. S českou kuchyní neměla problém, snad prý jen s knedlíky, které jí moc nechutnají. Samozřejmě je to jiná kuchyně, než na kterou byla zvyklá, ale vzhledem k tomu, jak se v nedávné době ještě doma stravovala, je to prý nadstandard. Vzpomíná si, že jí na izolační jednotku donesl pracovník z charitativní organizace pro pomoc uprchlíkům pelmeně. On sám totiž pocházel z Ukrajiny. Je to prý její oblíbené jídlo a tady u nás se nevaří. Udělal jí tím obrovskou radost a moc si pochutnala. Vzhledem k váze pacientky byla do sestavení jídelníčku zapojena nutriční terapeutka, která doporučila pacientce doplňky stravy. Dále si pacientka denně dle výběru objednávala přídavky typu ovoce, jogurty, sýry, šunku, piškoty nebo džus. Vzhledem k tomu, že byla hospitalizace na naší jednotce velmi dlouhá a celkem trvala osmnáct měsíců, vytvořila si po tuto dobu pacientka k některým dokola se opakujícím jídlům averzi. Měla často chuť na jídla, která bohužel nemocniční stravovací provoz zajistit nemůže. Jsou to například domácí koláče, nanuky nebo obyčejná čokoláda. Prostě takové pochutiny, které každý z nás jednou za čas potřebuje a má na ně chuť. Pokud však naši pacienti nemají rodinné příslušníky, kteří jim mohou takové laskominy donést, jsou odkázáni nato si je po dobu hospitalizace odpustit, ať je délka hospitalizace jakkoliv dlouhá. Jak sama dodává. Kdo si to na izolační jednotce nezkusí, nepochopí to. U této pacientky převzal úlohu rodinných příslušníků ošetřující personál, který ji zásoboval tím, na co měla chuť. Za tyto drobnosti byla velice vděčná. Sama se nyní usmívá, protože ví, že její váhový přírůstek po dobu hospitalizace zatím

činil 26 kg. Se servírováním stravy na podnosových tácech neměla problém. Používala k jídlu klasické příbory, jak byla zvyklá z domova. Ráda pije teplý, sladký čaj. Bohužel i u tekutin se po nějaké době hospitalizace objevil problém s tím, že byla čajem, jak popisuje, přepita. Proto byly do přídatků zařazeny ovocné džusy, voda se šťávou, mléko nebo hořký čaj. Sama si vždy řekla, na co by měla chuť. Po přijetí pacientky na naše oddělení nebyla ještě schopna vzhledem k jejímu stavu a zesláblosti upít optimální denní množství tekutin. Toto bylo nahrazováno jejich parenterálním podáním. Tento stav se však brzy upravil a příjem tekutin se pohyboval v rozmezí 2 až 2,5 litru.

Na dotazy týkající se jejího pokoje, zda se jí v něm spí dobře pacientka odpovídá, že se spánkem měla na začátku velké problémy. Nemohla v noci spát, stále přemýšlela, co s nimi se všemi bude, co asi dělají děti a zda se jejich rodinná situace upraví. Na cílené dotazy ošetřovatelského personálu, které se týkaly kvality spánku však vždy odpovídala, že spí dobře. Nepřipadal jí fakt, že v noci nespí, důležitý. Léky na spaní nikdy neužívala ani užívat nechtěla. spánek se později upravoval sám spolu s tím, jak se rýsovala a řešila její sociální situace. Není zvyklá v souvislosti se spánkem provádět nějaké rituály. Ráno byla zvyklá vstávat brzy jako doma. Chod oddělení jí spánek nenarušoval. Během dne nebyla zvyklá spát. Jak sama popisuje pacient, který je na této jednotce hospitalizovaný a jeho denní prostor pohybu se zmenší na délku pokoje a koupelnu, nemůže nikdy kvalitně spát. Pohyb, na který byla zvyklá, je tím pádem velmi omezený. Při spánku jí také velmi negativně ovlivňoval fakt, že je uzavřena na pokoji, kde se nikdy nesmí větrat. Pokoj je sice vybaven klimatizací, ale nebylo to dostačující, protože otevřené okno žádná klimatizace nenahradí. Dnes nám už může říct, že se vždy těšila na to až půjde na rentgenové vyšetření. Cesta na toto pracoviště pro ni znamenala možnost nadýchat se čerstvého vzduchu. Myslí si, že není správné, aby jí procházky venku byly odpírány. Dalším negativem, které na ní po dobu hospitalizace působilo je barva nátěrů na pokoji. Kam se podívá, je šedá nebo bílá barva. Tyto barvy u ní po nějaké době vzbuzovaly nepříjemné pocity. Raději by byla obklopena barvami veselými a teplejšími.

Mezi věci, které na pokoji uvítala, patřil televizor. Byl pro ni pojítkem mezi okolním světem a také se díky němu naučila dříve českým slovíčkům. Na pokoji by uvítala

nějaké pohodlné křeslo, ze kterého by se na televizor mohla dívat. Po několika měsících se totiž na postel nemohla ani podívat. Leželo se jí v ní velmi dobře, ale čeho je moc, toho je příliš. S křeslem by celý pokoj taky vypadal domáctěji a to by bylo příjemné, když zde musí trávit takový dlouhý čas. Uvítala by vyplnění denní doby nějakou činností. Sestřičky jí prý donesly čtení, pletení a další věci, kterými se mohla během dne bavit, ale po zjištění, že se tyto věci po opuštění této jednotky musí zlikvidovat jako infekční materiál, postrádalo pro ni jinak příjemné pletení smyl. Četla ráda, ale knihy, které byly psány v ruštině, měla k dispozici od personálu pouze dvě.

Co se týče hygieny, dává přednost sprchování. Sprchuje se teplou vodou večer. Na počátku hospitalizace byla vzhledem ke své stydlivosti v koupelně vždy opatrná, aby ji náhodou personál nezastihl. Nikdy za celou dobu hospitalizace se však nestalo, aby do koupelny vstoupil někdo bez zaklepání a bez předešlého svolení ke vstupu. Vzhledem k tíživé situaci, ve které se nacházela při příjmu na naše oddělení, neměla u sebe žádné hygienické a osobní potřeby. Vše, co k hygieně patří a souvisí s ní dostala od ošetřujícího personálu, aniž by si o to musela sama říct. Velmi kladně tento přístup hodnotí i s odstupem času. V době, kdy se v ní mísily pocity, že je někde, kde nechtěla být, v cizí zemi, kde o ni nestojí, si nedovede představit, že by si měla ještě o něco říkat.

Pacientka nevyznává žádné náboženství. Pochází z nábožensky založené rodiny ortodoxních křesťanů, sama však v této tradici nepokračuje. Věřící, že existuje něco, co jejímu životu dává směr a smyl. V tento moment jsou to pro ni děti, kvůli kterým má cenu všechno tohle podstupovat. Cítí se trochu zklamaná svou představou o vlastní rodině. Snila o fungujícím rodinném zázemí, které jí bude vždy oporou. Jak nyní říká z tohoto snu nic nezbylo. Více se tím nechce zaobírat. Jen dodává, že všechno v životě má svůj smysl. I to, že je nyní tady u nás.

Hospitalizována je nyní poprvé v životě. Doma v Gruzii hospitalizovaná nikdy nebyla. Prý asi ani kdyby byla vážně nemocná, neměla by na to peníze. S péčí v naší nemocnici je spokojená. Jsou na ni všichni moc milí, má dost jídla a hlavně nikomu prý není lhostejný její osud a osud jejich dětí. Za celou dobu hospitalizace jí nebyl ani náznakem připomenut fakt, že není pojištěná, že je uprchlík a všichni se k ní chovali moc hezky. Důvody toho, že nebyla pojištěna, jsou jednoduché. Nebyly na to peníze.

Manžel sliboval, že až se dostanou do Rakouska, situace bude zcela jiná a oni tam budou pobývat legálně a se vším, co k tomu patří, tedy i s pojištěním. Během pobytu na naší léčebně byla otázka pojištění zajištěna.

Děti po překladi pacientky do pražské Thomayerovi nemocnice i nadále zůstávají v zařízení pro děti cizinců v areálu Permon v Dobříši.

Kazuistika : č.2

Věk : 29 let

Pohlaví : Žena

Místo narození : Socialistická republika Vietnam

Doba pobytu v České republice : 9 měsíců

Pobyt : legální pobyt, vízum

Mateřský jazyk : vietnamština

Jazyk používaný během rozhovoru : se souhlasem respondentky využito služeb tlumočnicka

Místo pobytu během hospitalizace : Plicní léčebna Nemocnice České Budějovice,a.s.

Úvod

Pacientka pochází z Vietnamu. Je svobodná a její 29 let. Oba rodiče žijí ve Vietnamu spolu s nejmladším bratrem. V České republice je respondentka přibližně devět měsíců. Žije zde spolu se svým starším bratrem. Oba jsou zaměstnáni u soukromé firmy jako šičky. Bydlení ji poskytuje na ubytovně zaměstnavatel. Svůj volný čas mezi směnami tráví spolu se svými spolubydlíci a bratrem. Spolubydlíci jsou také z Vietnamu. Do České republiky ji přivedla vidina vydělání si nějakých peněz pro sebe a svou rodinu. Přijela sem za svým bratrem, který tu již v té době šest měsíců pracoval. Má platné vízum a pracovní povolení.

Pacientka byla léčena na Plicní léčebně celkem 74 dnů. Byla přijata na doporučení spádového plicního lékaře s podezřením na tuberkulózu plic. Toto podezření bylo zdůvodněno nejasným rentgenovým nálezem na snímku plic, drobnou hemoptýzou a také jako kontakt s infekčním onemocněním. Do doby před přijetím na naše oddělení pracovala respondentka 9 měsíců jako šička v jedné soukromé firmě. Z tohoto zařízení byli na naši plicní léčebnu již před 1 měsícem přijati další dva zaměstnanci s podezřením na plicní formu tuberkulózy. U jednoho z těchto zaměstnanců se tato diagnóza potvrdila. Následovalo podrobné vyšetření všech zaměstnanců této firmy a na základě tohoto vyšetření byla pacientka doporučena k hospitalizaci na naše

oddělení. Pacientka oba tyto zaměstnance, kteří byli hospitalizováni v léčebně, osobně znala a byla s nimi v blízkém kontaktu. Po přijetí na izolační jednotku a provedení biochemických, hematologických, imunologických, genetických a mikrobiologických testů byla po sedmi dnech hospitalizace nasazena léčba trojkombinace antituberkulotik. Byl to Arficin, Nidrazid a Sural. Tato léčba byla zahájena na základě pozitivního PPD testu, pozitivní hodnoty Quantiferonu a RTG nálezu svědčícího pro tuberkulózní infekci. Vzhledem k tomu, že pacientka nebyla po celou dobu hospitalizace schopna nakašlat materiál, který by byl odeslán na mikrobiologii k průkazu tuberkulózní infekce, byly odebírány pouze laryngální výtěry, jejichž výsledek nebývá pro detekci této infekce tak průkazný. Ani inhalační léčba tuto situaci nezměnila, pacientka odmítala i nadále požadovaný materiál poskytnout. Léky byly podávány v kontrolovaném režimu pod dohledem sester. Léčbu tolerovala pacientka dobře. Po skončení iniciální fáze léčby na izolační jednotce a překlada na jednolůžkový pokoj na standardním oddělení léčebny pacientka požaduje nutně z rodinných důvodů propustku na jeden den. Jako rodinný důvod udává úmrtí v rodině. Je plačtivá, nechce celou situaci více řešit. Chce pouze vyhovět v propustce. Po zajištění odvozu je dovolenka na 12 hodin povolena. Pacientka se však po uplynulých dvanácti hodinách na oddělení zpět nedostavila. Na telefonní výzvy nereagovala. Byla kontaktována Policie ČR a celá situace byla hlášena jako mimořádná událost. Pacientku se podařilo kontaktovat personálem léčebny po dalších dvou hodinách. Po zjištění vážnosti situace se ihned vrátila na léčebnu. Po dotazu proč se dříve nevrátila, že žádné úmrtí v rodině neměla, pouze chtěla na nějaký čas léčebnu opustit. Hospitalizace jí údajně činila velké psychické potíže. Pozdější návrhy na možnost pohovořit si s psychologem odmítá. Sedmý den po tomto incidentu je pacientka propuštěna domů a spádově předána do péče pneumologa.

Pacientka souhlasí s rozhovorem, který bude součástí mé bakalářské práce. Rozhovor probíhá na standardním oddělení, kam byla přeložena na jednolůžkový pokoj po ukončení léčby na izolační jednotce. Pacientka dále souhlasí s využitím služeb tlumočnice. Pacientka češtinu ovládá jen velmi málo. Tlumočnici dobře zná. Během celého pobytu pacientky byly služby tlumočnice využívány. Rozhovor je veden u jídelního stolu na jednolůžkovém pokoji pacientky. Z důvodu toho, že pacientka

již podstoupila iniciální fázi léčby a není tudíž pro své okolí zdrojem nákazy, není nutné použít respirátory ve formě speciálních 3M roušek. Pacientce zvolené prostředí pro rozhovor vyhovuje. Vzdálenost pro komunikaci, která je dána velikostí jídelního stolu okolo kterého sedíme, je pro ni příjemná. Pacientka i tlumočnice jsou seznámeni s tím jak bude rozhovor probíhat. Pacientka je poučena o tom, že pokud by během rozhovoru něčemu nerozuměla, opakovaně se může kdykoliv na danou skutečnost dotázat. Naopak pokud by jí některé otázky byly nepříjemné, nemusí na ně odpovídat. Před započítím rozhovoru je pacientce vysvětlen důvod, proč celý rozhovor vedeme. Po zjištění skutečnosti, že hledáme cesty jak zkvalitnit péči o pacienty, kteří musí být hospitalizováni na izolační jednotce, pacientka souhlasí a dodává, že nejlepší by bylo, aby tam nemusel být nikdy nikdo hospitalizovaný. Sama doufá, že ji tato zkušenost již nikdy nepotká. Během rozhovoru si pacientka přeje být oslovoována rodným jménem. Plynně hovoří pacientka pouze vietnamsky. Ovládá několik základních frází v češtině a také v angličtině. Na dotaz zda plánuje zdokonalit se v českém jazyce odpovídá, že tuto potřebu nemá. Žije ve vietnamské komunitě kde všichni mluví vietnamsky a základ českých frází, které doposud ovládá jí zatím vždy postačili. Nikdy prý neměla pocit, že by s ní místní chtěli nějak intenzivně bavit. Nač se potom učit česky. V zaměstnání, kde pracuje jako šička je většina zaměstnankyň z Vietnamu nebo Mongolska. Ani zde tedy není důvod proč se česky učit a jak dodává pokřikům nadřízených za tu dobu už prý rozumí. Zpětně se zajímám co myslela slovem pokřik a zda jednání nadřízených vnímá negativně ve smyslu zaměření na její národnost. Pacientka odpovídá, že s projevy rasismu vůči její osobě se nesetkala, ale jednání vedoucích je jiné když hovoří s Čechy a jiné při rozhovoru s Vietnamci. Dle jejího úsudky jsou tu Vietnamci ve firmách vnímáni jako levné síly. Bohužel, situace v jejich rodišti je nutí toto podstoupit s cílem si vydělat peníze, které jsou pro ně doma důležité. Sama také udává, že je rozdíl i mezi Vietnamci žijícími zde v Čechách. Postavení Vietnamců pracujících manuálně ve velkých firmách je dle jejích slov na nejnižším stupni, daleko za nejrozšířenější skupinou stánkařů. Sama si ale tuto cestu vybrala a nestěžuje si. Podle slov jejich kamarádů jsou země kde jsou její krajané vnímáni daleko hůř. Během hospitalizace nepocítila nejmenší náznak opovržení nebo jiného

negativního projevu spojeného s její národností. Naopak se jí každý snažil pomoci a měl pochopení pro její aktuální psychické rozpoložení, které bylo hospitalizací ovlivněno. Nyní si také vyčítá, že se nevrátila z propustky a zkomplikovala tak personálu jejich práci. Po návratu poděkovala sestřičkám, které se ji opakovaně pokoušely kontaktovat a zajistit tak její návrat zpět do léčebny. Ten útek byl prý takový spontánní nápad. Chtěla pouze pryč z léčebny. Jak říká : „Někam ven na vzduch“. Vzhledem k tomu, že nehovoří dobře česky a tlumočnice nemohla docházet každý den, aby si povídaly, cítila se velmi osamocena. I přesto, že měla u sebe mobilní telefon, blízký fyzický kontakt s přáteli jí chyběl. Velmi negativně na ní také během komunikace působila přítomnost respirátorů. Viděla v tom během komunikace velký problém. Jak už se zmínila, češtinu ovládá jen minimálně, ale během komunikace jí velmi pomáhá vidět výraz ve tváři, což při používání roušek chybí. Jediné, z čeho člověk může odezírat, jsou pak oči. Respirátory však používala dle instrukcí sester vždy když byl na pokoji přítomen někdo z personálu. Snažila se dle pokynů dodržovat hygienická opatření, která souvisí s infekční povahou jejího onemocnění.

Během příjmu na izolační jednotku byla personálem seznámena s hygienickými opatřeními, která jsou nutná na tomto oddělení dodržovat. Dále byla seznámena s právy pacientů a s nutností umístění monitorovacího zařízení na jejím pokoji. Seznámení s těmito interními záležitostmi proběhlo za přítomnosti tlumočnice. V přítomnosti kamery neviděla žádný problém, pouze se nad tím podívovala a dotázala se, zda není kamera přítomna také v koupelně. Pacientce byl vysvětlen účel umístění těchto kamer na pokoji.

Jak se již dříve zmínila, v České republice je nyní devět měsíců a přijela sem za svým bratrem. Oba se snaží si zdejší práci vydělat peníze na to, aby mohli se svojí rodinou doma spokojeně žít. Pochází z vesnice a tak podmínky k životu jsou o trochu těžší než ve městě. Rodiče chovají hospodářská zvířata a pěstují zemědělské plodiny. S hospodářstvím jim nyní pomáhá její nejmladší bratr. Z jejich vesnice již několik lidí vycestovalo za prací na delší dobu do České republiky a zdejší podmínky si chválili. Proto nejdříve bratr a později i ona sama přijeli do České republiky. Vše, co se týče pracovního místa, víza, pojištění a cesty jim zařizovala tamní agentura. S jejími

službami byli spokojeni. S pojištěním ani doklady se během celé hospitalizace nevyskytl žádný problém.

Pacientka nepočítala s tím, že by se během pobytu na našem území mohla dostat do zdravotnického zařízení. Ač je pojištěna, představuje pro ni hospitalizace výdaje, se kterými nepočítala. Její pojištění je komerční. Po ukončení hospitalizace je jí předána faktura s celkovou částkou k úhradě. Po příjezdu do Vietnamu jí bude větší část proplacena. S nynější úhradou ji pomůže bratr, který se prý sám nabídl. Jeho nabídky si nesmírně cení. Mají s bratrem velmi hezký vztah a cítí v něm oporu. Kdyby tu prý bratr nepracoval, nikdy by si sama do cizí země netroufla. Oba často vzpomínají na domov a rodiče. Toto je jejich první cesta mimo domov. Studovali sice střední školu v blízkém městě, ale tak daleko a dlouho od rodiny nikdy nebyli. Se svou rodinou jsou nyní alespoň v telefonickém spojení. Nejmladší bratr má mobilní telefon a tak mohou s rodinou hovořit, kdy potřebují. Telefonují si asi jedenkrát týdně. Vždy je velmi uklidní, když zjistí, že je doma vše v pořádku a rodiče i bratr jsou zdraví. S těmito rozhovory pokračuje i během pobytu na izolační jednotce. O své hospitalizaci však rodině neřekla, nechtěla, aby si rodiče dělali starosti. Už samotný odchod obou dětí nesli těžce.

Na izolační jednotce jí během hospitalizace několikrát navštívil bratr. Vzhledem k tomu, že to z místa ubytování má daleko a automobil nemá nebyly návštěvy moc časté. Telefonicky za pomoci mobilního telefonu však byli ve spojení téměř každý den. Po dobu hospitalizace jí bratr zajišťoval dobíjení kreditu na mobilním telefonu. Telefon, který je umístěn na pokoji pacientky ani videotelefon po dobu hospitalizace nevyužila. Před první návštěvou na izolační jednotce byl prý bratr dostatečně informován o nutnosti dodržování hygienických opatření, byl vybaven ochrannými pomůckami a respirátorem. Ani vzhledem k infekční povaze onemocnění nepociťovala pacientka žádný odtažitý postoj od svého bratra, který ji navštěvoval. Jediné čeho se obává, je návrat zpět do místa zaměstnání. Bojí se reakce českých spoluzaměstnankyň. Myslí si, že se budou bát s ní přijít do bližšího kontaktu a budou jí vyčítat, že tento druh onemocnění sem přinášejí právě cizinci hledající práci na českém pracovním trhu. Sama popisuje, že neví kde se mohla tímto onemocněním nakazit. Snad od spolupracovníků,

kteří sem spolu s ní přicestovali. Zpětně si však nevybavuje, že by si kdokoliv z nich stěžoval na nějaké zdravotní problémy. Před cestou z Vietnamu byli všichni prohlédnuti tamním lékařem, který žádné onemocnění i nediodagnostikoval. Kdyby prý byla nemocná již ve Vietnamu, nikdy by jí nenapadlo odjíždět pryč.

Co se týče stravy, za nejlepší kuchyni považuje domácí vietnamskou. Mezi její nejoblíbenější jídla patří kyselá polévka s rybím masem, rajčaty a výhonky mungo. Dále pak má ráda kachní maso. Zdejší kuchyně jí moc nevyhovuje. Zdá se jí příliš tučná a když se nají, má pocit, jako by jí v žaludku ležel kámen. Jídlo si zde vybírá se tří druhů, které jsou na každý všední den k výběru. Toto velmi oceňuje. Vždy se najde alespoň nějaká část, kterou v porci jídla sní. Zatím se však nestalo, že by ji snědla celou. S problémem, který se týkal stravy se svěčila bratrovi, který jí při návštěvách donášel jídlo, které připravoval podle vietnamských receptů na ubytovně. Toto jí vždy velmi potěšilo. Co se týče stravy, pacientka by neviděla problém podřídit se tuzemské kuchyni na krátkou dobu, ale vzhledem k dlouhé době hospitalizace jí domácí kuchyně chybí. K jídlu používá zdejší příbor. Domácí vietnamskou kuchyni však konzumuje dle zvyklosti za pomoci hůlek, lžice nebo vidličky. V rámci možností jí stolování na pokoji vyhovuje. Ze svého domácího prostředí je však zvyklá, že během stolování se u stolu schází celá rodina. Nyní je zvyklá stolovat společně se svým bratrem a spolubydlícími. V časovém rozvržení stravy nevidí problém. Během hospitalizace si zvykla spát o trochu déle a tak tuto skutečnost oznámila ošetřujícímu personálu, který jí v prosbě o pozdější podávání snídaně vyhověl. Snídani měla připravenou o hodinu později a čaj připravený v termosce. Toto jí velice vyhovovalo. Během dne dávala přednost popíjení sladkého čaje, který jí vždy na požádání připravoval ošetřující personál do termosky, aby vydržel teplý. Bratr přinášel při svých návštěvách ovocné džusy, které byla zvyklá hodně pít. Její denní příjem tekutin byl přibližně 2,5 litru. Teplota tekutin pro ni osobně nehraje velkou roli. Pouze čaj pije ráda teplý. Během celého pobytu odmítala bílou kávu. Jak říkala, ta jí nechutná. V domácím prostředí byla zvyklá pít sladkou černou kávu. Nabídku, že jí kávu můžeme připravit vždy s díky odmítala. Sestry pacientce během pobytu aktivně nabízely doplňky stravy, které je možné objednávat jako přídatky stravy. Pacientka si tohoto velmi cenila,

ale přídavky odmítala. O přídavcích se vyjádřila v tom smyslu, že ani ony nejsou to, co by si bývala přála.

První noci po přijetí na izolační jednotku byli pro pacientku podle jejích slov velmi těžké. Stále přemýšlela o budoucnosti, zda bude všechno zase v pořádku a zda se vrátí zpět domů do Vietnamu. Usínala až k ránu a během dne také neusnula. Tuto svou situaci popsala následně ošetřujícímu lékaři, který prý jí vše vysvětlil a uklidnil, že bude vše zase v pořádku. Dále jí dle potřeby nabídl medikaci na spaní. Tyto léky na spaní užívala s dobrým efektem prvních čtrnáct dní hospitalizace. Dále pak se její stav upravil a v noci už mohla lépe spát. Jako jeden z dalších faktorů, o kterém si myslí, že se podílel na nekvalitním spánku, je prý nemožnost otevřít okna a vyvětrat. Doma je zvyklá spát při otevřeném okně, ale tady to není možné. Tuto skutečnost považovala za jeden z největších problémů během hospitalizace. Klimatizace, kterou byl její pokoj vybaven není dle jejích slov schopna nahradit ten pocit, když je v místnosti otevřené okno. V domácím prostředí je zvyklá chodit spát až pozdě po půlnoci. V současné době se ale z důvodu směn její doba usínání mění. Před spaním není zvyklá dodržovat nějaké rituály se spánkem spojené.

Celkově na ni celý pokoj působil pochmurným dojmem. Hlavně šedá barva nátěru. Po nějaké době začne barva tohoto nátěru působit skličujícím dojmem. Světlym bodem v místnosti je pro pacientku dle jejích slov televizor. Ten ji přiváděl na jiné myšlenky. Mohla se tak prý odpoutat od toho šedého pokoje a na chvíli být duchem někde jinde. Sama kdyby nám prý mohla poradit by celý pokoj vymalovala teplými, veselými barvami. Jak řekla : „Zkuste si do těch šedých prostor na pár dní lehnout a já se Vás pak přijdu zeptat, zda se mnou souhlasíte“. Celý pokoj působí prý velice neosobním a chladným dojmem. Svůj volný čas během dne vyplňovala díváním se na televizi nebo telefonováním. Bratr jí přinesl nějaké knihy v jejich rodném jazyce, které získal od kamarádů, kteří tu žijí už delší dobu. Za tyto knihy byla vděčná. Později po domluvě s ošetřujícím lékařem jí bratr mohl přinést notebook. Bohužel na oddělení nebyla možnost připojení se na internet. Ale i přes tuto skutečnost jeho přítomnost uvítala. Hrála na něm hry a bratr jí později přinesl na DVD i nějaké filmy ve vietnamském jazyce. Podle jejích slov jí největší radost udělal bratr, když jí do notebooku nahrál

fotografie celé její rodiny. Když jí bylo smutno, velmi často si je prohlížela. Během celé hospitalizace jí velmi chyběla možnost jít se projít ven, alespoň do parku. V tomto ohledu spatřuje pobyt na izolační jednotce jako téměř diskriminační. Myslí si, že kdyby pacienti měli vyčleněný alespoň malý kousek prostoru, kam by se v rouškách mohli alespoň na deset minut projít, velmi by jim to psychicky pomohlo. Alespoň tak to prý sama vnímá.

Vlastní sociální zařízení s koupelnou pacientce vyhovovalo. Hygienické potřeby měla vlastní a dle potřeby jí je v průběhu hospitalizace přinášel bratr. Dává přednost sprchování, tak jí vana během hospitalizace vůbec nescházela. Sprchuje se dle zvyklosti ráno a večer teplou vodou. Personál vždy respektoval její soukromí při provádění hygieny.

Na otázky týkající se náboženství pacientka odpovídá velice stručně. Celá její rodina se hlásí k buddhismu. Doma ve Vietnamu s rodinou slaví všechny svátky spojené s tímto náboženstvím. Ve zdejších podmínkách na ubytovně mají spolu s bratrem udělaný malý oltářní koutek, kde mají fotografie svých prarodičů. Oba prarodiče jsou již několik let mrtvi. U oltářku zapalují vonné tyčinky a odříkávají své modlitby. Oba prarodiče byli v jejich životě velmi důležitými osobami.

Hospitalizace pro ni nepředstavuje překážku v dodržování rituálů spojených se svým náboženstvím. Má u sebe fotografie svých blízkých, které si každý večer prohlíží a rozmlouvá s nimi. Svůj postoj k náboženství nehodnotí tak intenzivně jako je postoj rodičů nebo starších členů jejich rodiny. Náboženství pro ni představuje určitou cestu, jak se vypořádat se starostmi v tomto životě. Ukazuje jí směr. Za největší hodnoty ve svém životě považuje svou rodinu. V jejich zemi je udržování pevných a přátelských vztahů v rodině nesmírně důležité. Fungující rodina představuje základ společného života. Opět se nyní pacientka vrací k faktu, jak jí její rodina v našem prostředí velmi chybí. Postrádá dlouhé společné obědy, během nichž všichni hovořili o svých zážitcích, radostech a sdíleli své radosti. Sama svůj budoucí život vidí ve spokojeném rodinném kruhu doma ve Vietnamu. Během pobytu v České republice a ještě víc během hospitalizace, si pacientka uvědomila, jak zásadní roli v jejím životě pro ni rodina má. Doufá, že po návratu domů bude moci svým rodičům získanou finanční částkou

pomoci. Jak dodává, je její postoj jistě ovlivněn tím, že vyrůstala na venkově. Jejich rodinné vazby jsou o to intenzivnější.

Ve zdejším zdravotnickém zařízení je hospitalizována poprvé. Nerada vzpomíná na pobyt na izolační jednotce. Už jen vzpomínka na ni prý vyvolává úzkost. Byla to pro ni stresující etapa jejího života. Člověk se tam podle jejích slov cítí, jako by tam byl za trest. Myslí si, že i izolační jednotka, kde jsou pacienti odtrhnuti od všeho okolního dění a jsou zde izolováni od všech svých přátel a rodin, by mohla vypadat méně depresivně. Ani vstřícný a milý přístup personálu nedokáže pak pošramocenou duši pacientů v tomto prostředí utěšit. To, že ošetřujícímu personálu nerozuměla a neviděla jim přes respirátory do obličeje, bylo pro ni o to více traumatizující. Proto možnost využít služeb tlumočnicka velice uvítala. Stal se pro ni prostředníkem a pojítkem v komunikaci s ošetřujícím personálem. Nevěděla, co si o ošetřujícím personálu zpočátku má myslet, často si vzhledem ke komunikační bariéře myslela, že se na ni zlobí. Až později po překladu na standardní oddělení pochopila, že to bylo dáno nejen komunikační bariérou, kdy tón hlasu, vyzněl úplně jinak než bylo myšleno, ale hlavně tím, že ošetřující personál nosil roušky. Až do překladu na standardní oddělení si myslela, že se u nás sestry nesmějí. Úsměv totiž skrze speciální roušku, která sahá až k očím vidět není. Na konci hospitalizace hodnotila chování ošetřujícího personálu za velmi s vstřícné. Jejich chápavý a milý přístup pro ni po dobu hospitalizace mnoho znamenal. Taktéž byla velmi spokojena s péčí, která jí byla v našem zařízení poskytována. Dále pak dodává, že doufá, že už tyto služby už nebude více potřebovat a usmívá se.

Sama ve svém domácím prostředí se o své zdraví snaží starat. Nekouří, alkohol nepije a žádné omamné látky neužívá. Na sportování prý nikdy moc nebyla, ale pohybu u nich na vesnici okolo hospodářství prý bylo vždy až nad hlavu. Očkována je proti třem nemocem, ale bohužel neví proti kterým. Nikdy vážně nestonala. Pokud byla někdy nachlazená, maminka jí vařila bylinkové čaje a dělala bylinkové zábaly. V rodině je upřednostňován alternativní způsob medicíny.

Kazuistika : č.3

Věk : 26 let

Pohlaví : Muž

Místo narození : Mongolsko

Doba pobytu v České republice : 1 měsíc

Pobyt : legální pobyt, vízum

Mateřský jazyk : mongolština

Jazyk používaný během rozhovoru : se souhlasem respondenta využito služeb tlumočnicka

Místo pobytu během hospitalizace : Plicní léčebna Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod

Pacient pobývá na našem území asi měsíc. Přijel do naší republiky za prací spolu se svou přítelkyní. Cestu, práci, pojištění a další náležitosti k tomu potřebné jim zařizovala agentura zprostředkující práci v Mongolsku. Do České republiky ho přivedla možnost lepšího výdělků. Ekonomická situace v Mongolsku je dle jeho slov velmi špatná, hlavně na venkově. Pracovní agentura zprostředkovávala pracovní příležitosti v oblasti šití autopotahů v jednom jihočeském městě. Od svých kamarádů věděla, že podmínky jsou zde dobré a finanční nabídka ho lákala. Proto této šance využil. Na našem území pobývá legálně a má vízum i pracovní povolení.

Po příjezdu do České republiky absolvoval vstupní lékařskou prohlídku, jejíž součástí byl též rentgenový snímek plic. Na tomto rentgenovém nálezu byly prokázány změny svědčící pro možnou tuberkulózní infekci. Sám pacient dodává, že byl před příjezdem do České republiky v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Tuto skutečnost však nikde neuvedl. Vzhledem k tomu, že pacient nebyl schopen vykašlat sputum, byla mu ve spádovém zdravotnickém zařízení provedena bronchoskopie za účelem získání validního materiálu k bakteriologickému a genetickému vyšetření. Po provedené bronchoskopii byl následně druhý den pacient přijat k hospitalizaci na naše oddělení s podezřením na aktivní formu plicní tuberkulózy. Zde po provedených vyšetřeních

byla pro pozitivní hodnoty Quantiferonu, pozitivní PPD test a pozitivní genetické a mikroskopické vyšetření bronchiálního sekretu zahájena antituberkulózní léčba trojkombinací podávaných antituberkulotik. Podávání antituberkulotik probíhalo vždy pod dohledem sestry. Tuto léčbu pacient toleroval dobře. Před jejím započatím byla provedena zkouška barvocitu a pacient byl za pomoci tlumočnicka podrobně seznámen s možnými nežádoucími účinky antituberkulotik. Na běžné denní dotazy, zda pobyt na izolační jednotce toleruje dobře odpovídal, vždy kladně. Až po úzkém rozhovoru, který jsme vedli ještě na izolační jednotce poprvé přiznal, jak bolestný pro něho pobyt na izolaci je.

Pacient souhlasí s rozhovorem, který bude součástí této práce. Přeje si být osloven svým prvním jménem. Z důvodu neznalosti českého jazyka, pacient souhlasí s využitím služeb tlumočnice. Během pobytu na našem oddělení má pacient vytvořený přátelský vztah k tlumočnici, která své překladatelské služby poskytovala po celou dobu pobytu pacienta na našem oddělení. Vzhledem k tomu, že bude během rozhovoru přítomna tlumočnice, je tedy celý rozhovor načasován do období po iniciální fázi léčby, po překladu z izolační jednotky na standardní oddělení. Rozhovor probíhá na jednolůžkovém pokoji pacienta. Pacientovi zvolené prostředí pro rozhovor vyhovuje. Během rozhovoru pacient odchází od jídelního stolu, kde byl původně rozhovor veden a zaujímá pohodlnou polohu na svém lůžku. Tato vzdálenost během komunikace je mu příjemná. Pacient je seznámen s tím, jak bude celý rozhovor veden a jaké problematiky se bude týkat. Pokud by mu dělalo potíže na nějaké otázky odpovídat, je poučen, že může na tyto otázky odmítnout odpovědět nebo v případě potřeby celý rozhovor ukončit.

Prvními slovy pacient popisuje pobyt na izolační jednotce jako šok. Ošetřujícím lékařem ve spádové oblasti nebyl informován za jakých podmínek a proč má být hospitalizován. Na izolační jednotku byl přivezen infekční sanitou, aniž by mu byla sdělena jakákoliv informace o tom, kam vůbec pojedete. Zpětně toto hodnotí velmi negativně. Měl obavu, že je odvážen na letiště a bude ihned zpět deportován do své vlasti. Mobilní telefon si zapomněl na ubytovně a tak neměl žádné zprávy o tom, zda je jeho přítelkyně informovaná o jeho aktuální situaci a jak se cítí.

Zpočátku po přijetí na izolační jednotku se snažil hovořit trochu anglicky, ale minimální počet slovíček, které ovládá k uspokojivé komunikaci nestačil. Služby tlumočnicka mu byly poskytnuty již následující den hospitalizace, což zpětně oceňuje a považuje za velmi důležitý moment. Teprve po rozhovoru s ošetřujícím personálem za pomoci tlumočnicka se trochu uklidnil a zjistil, že pobyt na zdejším oddělení je nezbytný. Zprostředkovaně za pomoci tlumočnicka byl pacient seznámen s právy pacientů a s pravidly, která je nutno dodržovat na izolační jednotce k čemuž také patřilo používání speciálních ústních roušek. Jejich používání mu prý dělalo problémy během komunikace. Hůře rozuměl mluvenému slovu a také neviděl výraz tváře ošetřujícího personálu, když se spolu snažili domluvit. Bylo to prý velmi složité. Dále byl pacient seznámen s přítomností kamerového systému na pokoji. Zpětnými dotazy žádal vysvětlení proč je nutné, aby byl na pokoji monitorován. Po vysvětlení celé situace a ujištění, že jinde než na pokoji kamerový systém umístěn není, tuto skutečnost akceptoval. Personál zajistil zkontaktování přítelkyně, které byl po dohodě s primářem oddělení povolen vstup na izolační jednotku za dodržování všech hygienicko-epidemiologických opatření. Toto bylo dle slov pacienta stěžejním momentem. Necítil se na všechno tak sám a mohl s přítelkyní ve svém rodném jazyce hovořit o vzniklé situaci. Zpočátku vážně přemýšlel o útěku z léčebny. Nové prostředí na něho působilo velmi negativně. Až rozhovor s přítelkyní ho celkově uklidnil a věděl, že léčbu je nutno podstoupit.

Pacient pobývá na našem území legálně a využívá služeb komerčního pojištění. Platnost pojištění byla během hospitalizace ověřena. I přes skutečnost, že je pacient pojištěn, představuje pro něho vzniklá situace s neplánovanou hospitalizací problém. Bojí se, že částka, kterou bude muset přispět jako spoluúčast pojišťovně za hospitalizaci, bude příliš vysoká. Zatím si zde nic nevydělal a jeho finanční situace není dobrá. Opakovaně jsou pacientovi nabízeny poradenské a informační služby sociální sestry, které s díky odmítá.

Po dobu hospitalizace má pacient obavu, jak to bude po propuštění ze zdravotnického zařízení s jeho prací. Z vyprávění kolegů slyšel, jak negativně je zde nahlíženo na cizince, kteří onemocní tuberkulózou. Již několik jeho předchůdců v zaměstnání,

kteří tuberkulózou onemocněli, raději zemi po vyléčení opustili. Neměl prý sílu ani chuť se do bývalého kolektivu mezi české spolupracovníky vrátit. Cizinec, který onemocněl tuberkulózou je tam vnímán jako někdo, kdo do Vaší země přiváží nemoci, problémy a bere lidem práci. On sám hledá v naší zemi možnost finančního výdělku, aby mohl finančně zabezpečit sebe a svou rodinu v Mongolsku. I přesto si ale myslí, že finanční hotovost, kterou si zde on i jeho krajané vydělají je vykoupena velkou dřinou. Mnoho místních obyvatel prý v takových pracovních podmínkách za kterých pracují dlouho nevydrží.

V současné době udržuje pacient kontakt s rodinou v Mongolsku prostřednictvím mobilního telefonu. Rodina je informována o jeho zdravotním stavu a nynější hospitalizaci. Během pravidelných telefonátů projevuje zájem o jeho zdravotní stav a osobu. Dotazováním ze strany personálu mu bylo několikrát nabídnuta pomoc v dobíjení mobilního telefonu. Tuto pomoc velmi ocenil. Bez funkčního mobilního telefonu by byl zcela odříznut od okolí. Telefonní přístroj ani videotelefon během pobytu na izolační jednotce pacient nevyužil. Byl však překvapen možností využití těchto služeb.

Na pravidelné návštěvy na izolační jednotku za ním dochází přítelkyně. Je seznámena s dodržováním hygienicko – epidemiologických zásad a před vstupem na izolační jednotku je vybavena ochranným oděvem a filtrační polomaskou. Návštěva pro něho představovala světlý bod ve smutných dnech. Ve vztahu s přítelkyní nepozoroval žádnou změnu ani po hospitalizaci na izolační jednotce. Pro přítelkyni prý tato skutečnost nehraje žádnou roli. Nemoc jejich vztah nenarušila.

Po dobu hospitalizace nepožadoval pacient žádná specifika týkající se stravy. Strava mu zde prý až na nějaké výjimky chutná. Mezi jídla, která nemá rád patří sladké pokrmy. Těm se dá ale prý dobře vyvarovat za pomoci výběru stravy ze tří druhů jídel, která je mu nabízena. Tlumočnice jedenkrát týdně překládá jídelníček na následující týden, kde si pacient stravu vybírá. Jednou z odlišností mongolské kuchyně od naší je prý množstvím konzumovaného masa. U nás se prý jí maso méně než v Mongolsku. Možnost donést jídlo domácí mongolské kuchyně od svých přátel na izolační jednotku nevyužil. Neměl prý potřebu. Zdejší strava mu nedělá větší

problémy, ale těší se až si po propuštění z nemocnice připraví něco tradičně mongolského. Na četné dotazy personálu týkající se spokojenosti se stravou a možností přiojednání přídatků stravy, vždy tuto možnost s díky odmítal. Jediné, co ho během konzumace jídla trápilo, byla samota. Doma je zvyklý stolovat spolu s rodinou nebo přítelkyní. Doba podávání stravy pacientovi vyhovuje, teplota jídla také. Tekutiny, které dostával na izolační jednotce mu vyhovovaly. Ráno a večer si dával teplý sladký čaj, který mu personál připravoval do termosek. Během dne pak popíjel džusy, které mu přítelkyně přinesla nebo na požádání mu personál připravoval z koncentrátu džusový nápoj. Kávu nepije. Po několika týdenní hospitalizaci pacient podotknul, že ač má rád mléčné výrobky, tak tavené sýry nechce už dlouho vidět. Pestrost snídaní a večeří postrádá. Časové rozvržení podávání stravy pacientovi vyhovovalo. Ke konzumaci jídla používal příbor.

Kazuistika : č.4

Věk : 34 let

Pohlaví : Muž

Místo narození : Mongolsko

Doba pobytu v České republice : 3 měsíce

Pobyt : legální pobyt, vízum

Mateřský jazyk : mongolština

Jazyk používaný během rozhovoru : se souhlasem respondenta využito služeb tlumočnicka

Místo pobytu během hospitalizace : Plicní léčebna Nemocnice České Budějovice,a.s.

Úvod

Respondent pobývá na našem území přibližně 3 měsíce. Do naší republiky přicestoval spolu se svými přáteli za účelem získání finančního výtěžku. Rozhodl se tak řešit špatnou ekonomickou situaci své rodiny v Mongolsku. Cestu plánoval již několik měsíců před odjezdem spolu se svými přáteli a ve spolupráci s agenturou, která jim práci v České republice zprostředkovávala. Má platné vízum a pracovní povolení. V Mongolsku žije spolu s manželkou a dvěma syny. Bydlí s rodinou na vesnici v malém domku společně se svými rodiči. Dlouho s manželkou přemýšleli o tom, zda tuto cestu podniknout, nebo ne. Někteří jeho známí odjížděli za prací do Jižní Koreji nebo do Číny, ale vraceli se velmi nespokojení. Ti, co jeli za prací do České republiky, si zde pobyt chválili a někteří zde i zůstali. On sám si zatím zdejší pracovní podmínky chválí. Je zvyklý pracovat a tak mu práce přesčas a o sobotách nevadí. Zatím však nemá v úmyslu zde zůstat. Rád by si vydělal na dluhy, které mu vznikly v Mongolsku v důsledku jejich špatné ekonomické situace. Rodiče jsou již starší a tak návrat zpět do vlasti považuje za nutnost nejen vůči své rodině, ale také kvůli nim, aby jim mohl posloužit až nebudou moci. Rodinu klade v žebříčku hodnot vždy na první místo.

Po příjezdu do České republiky byl přivezen spolu s ostatními do menšího jihočeského města, kde pracoval v montovně. Ubytováný byl spolu s dalšími třemi přáteli, s kterými cestu z Mongolska absolvoval. Jak dodává, ubytování bylo celkem slušné a za rozumnou cenu. Žádný luxus si prý nemůže dovolit, když chce ušetřit co nejvíce peněz domů pro rodinu. Po příjezdu se podrobil lékařskému vyšetření, které neodhalilo žádné zdravotní problémy. Po necelých třech měsících však byla prokázána tuberkulóza u jednoho z jeho spolupracovníků a tak všichni opět absolvovali nyní již podrobné vyšetření ve spádové plicní ambulanci. Zde byl vyšetřován již jako kontakt s tuberkulózou. Rentgenový snímek plic, který mu byl zhotoven, jevil změny typické pro tuberkulózní onemocnění. Lékař se mu prý snažil vysvětlit o jaké onemocnění se jedná a že je nutná hospitalizace na specializovaném oddělení. Vzhledem k tomu, že pacient však nehovořil česky a tudíž lékaři nerozuměl, byl pro něj příjezd na izolační jednotku velkým překvapením. Přijel bez svých osobních věcí. Jediné, co prý měl u sebe, byly doklady. Po příjmu pacienta, byla s jeho souhlasem kontaktována tlumočnice, která zajistila další možnou komunikaci mezi ním a ošetřujícím personálem. Příjezd tlumočnice a využití jejích překladatelských služeb pacient velmi ocenil. Mezi jeho první dotazy patřily otázky týkající se zdravotního stavu, povahy onemocnění a nutnosti pobytu na izolační jednotce. Během tohoto prvního kontaktu byl též seznámen s právy pacientů a s dodržováním hygienických zásad na izolační jednotce. Těmto pravidlům rozuměl, chápal je a po celou dobu hospitalizace je dodržoval. Po provedených vyšetřeních, které pacient absolvoval, byla osmý den hospitalizace na izolační jednotce zahájena léčba čtyřkombinací podávaných antituberkulotik. Tato léčba byla zahájena na základě mikroskopické pozitivivity acidorezistentních tyček ve sputu, pozitivního genetického vyšetření sputa a pozitivního výsledku Quantiferonu. V přítomnosti tlumočnicka byl pacient s nutností započítí léčby seznámen. Dále byl seznámen i s vedlejšími účinky, které tuto léčbu mohou provázet. Léky byly podávány v kontrolovaném režimu pod dohledem sestry. Léčbu pacient dobře toleroval.

Pacient N.B. souhlasí s rozhovorem, který bude součástí této práce. Přeje si být osloven zkrácenou formou svého jména, tak jak je zvyklý být osloven od svých

kamarádů. Během pobytu na izolační jednotce sám toto oslovování personálu nabídl. Byla to prý kratší a pro nás jednodušší verze. Během celého rozhovoru je přítomna tlumočnice, která zprostředkuje vzájemnou komunikaci. S přítomností tlumočnice u rozhovoru pacient souhlasí. Tlumočnici již zná. Během celé hospitalizace byla prostředníkem ve vzájemné komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Jako u předešlých rozhovorů je i tento načasován do období, kdy má pacient za sebou již iniciální fázi léčby s dobrým efektem, tudíž není pro své okolí zdrojem nákazy. Rozhovor probíhá na jednolůžkovém pokoji na standardním oddělení, kam byl pacient po debacilizaci přeložen. Během rozhovoru sedíme u jídelního stolu. Pacientovi místo rozhovoru vyhovuje. Také v komunikační vzdálenosti, která je dána velikostí jídelního stolu, nevidí problém.

Prvními slovy pacient popisuje pobyt na izolační jednotce, jako nečekanou událost na kterou neměl možnost se připravit. Ošetřujícím lékařem ve spádové oblasti nebyl informován za jakých podmínek a proč má být hospitalizován. Na izolační jednotku byl přivezen infekční sanitou, aniž by mu byla sdělena jakákoliv informace o tom, kam vůbec pojede. Zpětně toto hodnotí velmi negativně. Měl obavu, že je odvážen na letiště a bude ihned deportován zpět do své vlasti. Po příjezdu na izolační jednotku se kolem něho pohybovali lidé, kterým nerozuměl ani jim neviděl do tváře přes filtrační polomasky. Působilo to na něho, jako by se ocitl na jiné planetě. Nikomu z personálu nerozuměl a nevěděl co má dělat. Měl pocit strachu a úzkosti. Po příjezdu tlumočnice na oddělení se tyto obavy prý zmenšili a cítil se trochu lépe. Byl velice rád, že mu danou situaci někdo vysvětlí a hlavně, že mu někdo rozumí. Prostřednictvím tlumočnice personálu sdělil své obavy, které se týkaly jeho práce, kterou nyní nebude moci vykonávat a tudíž nebude schopen finančně zajistit rodinu v Mongolsku. Chtěl také informovat o své situaci rodinu v Mongolsku, v čemž mu bylo vyhověno. Zpětně pak personál informoval o tom, že rodina v Mongolsku je v pořádku a že danou situaci spojenou s nedostatkem financí zvládne za pomoci přátel. Manželka prý byla zpočátku novou situací velmi zaskočená a rozrušená. Během dalších hovorů, které po dobu hospitalizace následovaly, byla manželem ujištěna o jeho dobrém zdravotním stavu a celá situace se zlepšila.

Po celou dobu hospitalizace bylo využíváno služeb tlumočnice, která pravidelně docházela na naše oddělení. Ze světových jazyků ovládal pacient pouze několik frází v ruském jazyce. Po dobu hospitalizace se pacient naučil několik základních frází v českém jazyce. Tlumočnice byla v telefonickém spojení během hospitalizace přímo s pacientem, což velmi oceňoval. Ve chvílích, kdy se cítil osamocen, využíval možnosti kontaktovat ji a celou situaci s ní řešil. Zpětně jsme tak mohli být od tlumočnice informováni o tom, jaké problémy pacienta aktuálně trápí. Sám si totiž během hospitalizace na nic nestěžoval. Až dnes během rozhovoru je schopen rozkrýt místa, která ho po dobu hospitalizace trápila a pohovořit o nich. Na začátku hospitalizace nám prý nevěřil. Myslel si, že své problémy nemůže prostřednictvím personálu řešit. Ví, že mu byla několikrát během hospitalizace nabídnuta možná pomoc stran nelehké životní situace ve které se nyní nacházel, ale vždy ji odmítl. Chování personálu zpětně hodnotí za velmi milé a vstřícné. Opakovanými dotazy se vždy snažily o to, aby se ve zdejších podmínkách cítil co možná nejlépe. Dnes to velmi oceňuje.

S kamerovým systémem, který se na pokoji nachází byl pacient seznámen ihned po příjezdu tlumočnice. Nad touto informací se zpočátku podívoval a chtěl vědět jestli není kamerový systém také v koupelně. Po ujištění, že se kamerový systém nachází opravdu pouze na pokoji se cítil klidnější. Pacientovi byly sděleny důvody proč je kamerové zabezpečení na pokojích instalováno. Tyto důvody chápal.

Své nynější onemocnění a následnou hospitalizaci chápe pacient jako problém, který měl za následek přerušení jeho práce. Ta pro něho i jeho rodinu v současné době představuje jediný zdroj příjmů a obživy. Má pocit viny, že jako živitel rodiny nyní selhal a manželku s dětmi nechal v nelehké finanční situaci doma. Po opakovaných telefonátech s manželkou byl sice ujištěn o tom, že celou situaci dobře zvládá, ale i tak by jí chtěl pomoci. Nesmírně si váží toho, že to tak dobře sama zvládá. Další obavou, která ho provází je pro něho otázka toho, zda po propuštění z nemocničního zařízení bude moci opět nastoupit do práce. Na to mu bohužel však nikdo není schopen odpovědět. Zaměstnavatel sice tuto možnost přislíbil, ale pacient zná případy, kdy po propuštění z nemocnice jeho krajané o práci z různých důvodů přišli a byli nuceni se vrátit zpět do země.

Na izolační jednotce pacienta během hospitalizace navštívili dvakrát jeho kamarádi z Mongolska, kteří s ním byli ubytováni na stejném pokoji. Přinesli mu nějaké časopisy v mongolštině, kupón na dobití mobilního telefonu a ovoce. Před vstupem na izolační jednotku jim byli telefonicky prostřednictvím tlumočnice předány informace týkající se dodržování hygienických zásad, které musí dodržovat. Tyto zásady vždy dodržovali. Návštěva pacientovi dle jeho slov udělala vždy velkou radost. Hlavně prý samotný fakt, že se nebáli za ním přijít i přesto, že má tuberkulózu. Zpočátku měl pacient obavy, jak se k němu budou kamarádi chovat. Jestli ho kvůli tomuto onemocnění nezavrhnou a nebudou se bát s ním stýkat. Tyto obavy se však po první návštěvě rozplynuly a pacient tím byl velmi potěšen.

Na stravu si pacient během celé hospitalizace nestěžoval. Neviděl zásadní problém v české kuchyni. Byly prý sice pokrmy, které mu nechutnaly, ale přesto je snědl. Největší problém mu dělaly smetanové omáčky. Díky možnosti výběru stravy ze tří druhů jídel si však vždy mohl vybrat alespoň jedno jídlo, které mu vyhovovalo. Ošetřujícím personálem byl pacient na počátku hospitalizace opakovaně dotazován, zda množství podávané stravy je pro něho dostačující. Pacient na tento dotaz reagoval tak, že označil denní rozvržení podávání stravy jako špatně časově řešené. Měl pocit, že oběd je podáván moc brzy a do večere pak měl během odpoledne hlad. Tento problém byl vyřešen již po prvním týdnu hospitalizace objednáním přídatků stravy. Seznam přídatků stravy byl předložen pacientovi a ten si sám vytvořil týdenní rozvrh podle kterého mu byla tato strava zasílána. Jako přílohu k večeři raději volil chléb než rohlíky a jako nejoblíbenější jídlo české kuchyně v nemocnici označil mletý řízek s bramborovou kaší. Strava byla pacientovi podávána na jeho pokoji u jídelního stolu. Během konzumace stravy pacient používal příbor. Stolování mu vyhovovalo. Z tekutin, které během dne popíjel preferoval zpočátku černý, neslazený čaj. Tento čaj byl během dne na požádání pacienta střídán ovocným koncentrátem ředěným vodou. Bílou i černou kávu během celé hospitalizace pacient odmítal. Nemá ji prý rád. Ráno dával pacient přednost teplejším tekutinám, které mu personál připravoval do termosek. Během dne pak ocenil podávání chladnějších tekutin. Množství vypitých tekutin během dne se pohybovalo okolo 2 litrů. Na dotaz, zda mu nechybí domácí mongolská kuchyně,

odpověděl pacient, že ano, ale dá se to prý vydržet. Pacientovi byla nabízena možnost donášky mongolské stravy na oddělení od svých kamarádů. Tuto možnost odmítl. Nemá s českou kuchyní výraznější problém. Během pobytu došlo k nárůstu tělesné hmotnosti o 5 kilogramů.

Na pokoj, ve kterém pacient pobýval po dobu hospitalizace na izolační jednotce, rád nevzpomíná. Působil na něho velice chladným a neosobním dojmem. Vybavení bylo jednoduché a strohé. Kromě postele a židlí nebylo jiné místo, kam si sednout a sledovat televizor. Zpočátku se mu jevila postel jako dobré místo pro trávení času, který věnoval sledování televizoru, ale po delší době hospitalizace nechtěl mít s postelí během dne už nic společného. Měl jí prý už plné zuby. Když si však sedl na dřevěnou židli, po nějaké době ho bolela cela zadní část těla a bylo to velmi nepohodlné. Proto by býval uvítal možnost, aby se mohl posadit do nějakého pohodlného křesla. To však na pokoji nebylo. Dalším negativem se kterým se během pobytu na izolační jednotce setkal, byla barva nátěrů. Celý pokoj byl laděn do šedých odstínů. Tato barva na něho působila velmi depresivně. Snad by se to prý dalo vydržet, kdyby byl hospitalizovaný třeba týden, ale dva měsíce, které tam strávil bylo moc. Dovede si představit, že pokud by byl celý pokoj laděn do teplých barev několika odstínů, jistě by to pobyt pacientů, kteří tam musí být dlouhou dobu hospitalizováni jako on zkvalitnilo a cítili by se tam o trochu lépe. Pacient později dodává, že tento fakt není vnímán jako výtky vůči nám, ale jsou to prý postřehy, které může vnímat jenom člověk, který na izolační jednotce pobývá dlouhou dobu. Naopak možnost přizpůsobovat si aktuální teplotu v pokoji velmi oceňoval. Klimatizace mu po dobu hospitalizace nečinila žádný problém. V čem problém viděl, byla nemožnost otevírat okna. I tento moment vnímal během hospitalizace velmi negativně. Působí to velice skličujícím dojmem. V domácím prostředí je zvyklý hodně větrat, především v noci. Zde mu to v souvislosti se spánkem činilo problémy.

Během pobytu velmi ocenil přítomnost televizoru na pokoji. Je to ta jediná věc, které se může člověk věnovat. Rád by si býval také četl, ale dostupnost literatury v mongolštině je téměř nulová. Pouze přátelé mu přinesli několik časopisů v mongolštině, které měl však brzy přečtené a tak znovu zbývala zase a jenom televize.

Volný čas na izolační jednotce je prý velký problém. Vzhledem k tomu, že se cítil dobře a nepřipadal si jako nemocný, měl pocit, že by s tímto volným časem měl něco udělat. Izolační podmínky toto však nedovolují. Rád by býval volný čas strávil u počítače na internetu, ale jeho finanční podmínky jsou prý takové, že si přenosný počítač dovolit nemůže a z jeho kamarádů ho nikdo k zapůjčení nemá.

Koupelna, která byla součástí vybavení pokoje pacientovi vyhovovala. Sám, jak říká, dává přednost koupeli před sprchou, ale za pobytu na ubytovně už si na sprchu zvykl. V domácím prostředí je zvyklý se sprchovat vždy večer. Zde na izolační jednotce se sprchuje dvakrát denně. V noci se více potí a tak se sprchuje i ráno. Po příjezdu do toho zdravotnického zařízení neměl pacient u sebe žádné hygienické potřeby, proto velmi ocenil, že mu byly všechny poskytnuty bez toho, aniž by si o ně musel říci. Samotnému by to bylo prý velmi nepříjemné, aby si musel o hygienické potřeby říkat. Během hygieny se mu nestalo, že by byl ošetřujícím personálem překvapen ve chvíli, kdy by mu to bylo nepříjemné. Pokud personál v době jeho pobytu v koupelně něco potřeboval, vždy zaklepal a dal mu časový prostor k tomu, aby se mohl obléci.

Pacient byl zvyklý vstávat kvůli práci v továrně velmi brzy. Tento fakt hrál roli i při vstávání během hospitalizace. Vstával vždy již kolem šesté hodiny a prováděl hygienu. Během prvních dní pobytu na zdejším oddělení udával pacient problémy se spánkem. Tyto problémy mají podle něho souvislost s nečekanou životní situací, novým místem a vzniklými problémy, které souvisely s hospitalizací. Po krátké době se tento stav upravil. V noci se několikrát ještě budil, ale záhy usínal. Léky na spaní pacient odmítal užívat. Nechce si prý na ně zvykat a nemá s nimi žádné zkušenosti. Před spánkem není zvyklý dodržovat žádné rituály. Jestli se večerní sprše dá říkat rituál, tak v tom případě prý ano. Provozní chod oddělení neměl prý žádný vliv na jeho spánek. Je to prý tím, že je zvyklý brzy vstávat.

Na téma náboženství hovoří pacient zcela otevřeně. Sám nevyznává žádné, ale ve své rodné zemi jeho rodinní předkové vyznávali buddhismus. Zatím prý necítí potřebu obracet se ve svých modlitbách k vyšším mocím. Život svůj a své rodiny se snaží žít podle tradic, které byly v jeho rodině platné odnepaměti. Víra v rodinu, pomoc všem blízkým a v sebe sama je pro něho nesmírně důležitá. Snaží se prý žít

tak, aby se nemusel se na konci své cesty za svůj život stydět. Pobyt na izolační jednotce nyní zpětně chápe jako zkoušku, která byla velmi důležitá. Uvědomil si, že ne všichni jsou odpůrci cizinců v České republice. Byl velmi překvapen vstřícným a milým chováním personálu, který o jeho život a nelehkou životní situaci jevil zájem. Bez této zkušenosti by o tom velmi pochyboval. Záhy také se smíchem dodává, že jedna zkouška stačila a další, která by měla proběhnout na izolační jednotce, rád přenechá někomu jinému.

Pobyt ve zdravotnickém zařízení na našem území byla pro pacienta první zkušeností. Lékařskou a ošetrovatelskou péčí hodnotí na vysoké úrovni. Jak již uvedl, vzpomínky na tuto hospitalizaci jsou velmi smíšené. Z jedné strany negativa, která souvisela s nedostatkem informací, jazykovou bariérou, nevhodným prostředím, kde člověk cítil velmi osamocen. Z druhé strany spokojenost s přístupem a pomocí personálu. Jejich zájem o mou osobu byl obdivuhodný.

Pacient pobýval na našem území legálně a byl též pojištěncem jedné z našich pojišťoven. Pojištění bylo telefonicky ověřeno za platné.

V domácím prostředí je zvyklý dodržovat zdravý životní styl. Nekouří a alkohol požívá pouze příležitostně ve svátečních dnech. Nikdy intenzivně nesportoval, ale pohyb mu prý nikdy nescházel.

Na otázku jak by se měla dle jeho zkušeností izolační jednotka změnit, odpovídá, že jedním z prvních problémů byl fakt, že do tohoto zařízení přijel zcela neinformován, což pro něho bylo obrovským šokem. Kdyby mu býval někdo prostřednictvím tlumočnicka tuto informaci předal již v ambulantní části před příjezdem, nemusel by se strachovat, kam že je to je vůbec transportován. Jazyková bariéra prý umocňuje všechny negativní emoce, které během prvních dní pobytu zažíval. Dalším negativem byl sám izolační pokoj, jehož šedé stěny působily po celou dobu hospitalizace velmi negativně. Také jeho vybavení by mělo být přizpůsobeno délce pobytu nemocných. Pokoj by měl působit trochu domáctěji a mělo by v něm být pohodlné křeslo, aby pacient nemusel být stále v posteli. Pro někoho to prý může být úsměvné, ale tyto věci on sám v pobytu na izolační jednotce za důležité.

Kazuistika : č.5

Věk : 42 let

Pohlaví : Muž

Místo narození : Ukrajina

Doba pobytu v České republice : S přestávkami 12 let

Pobyt : legální pobyt, povolení k dlouhodobému pobytu

Mateřský jazyk : ukrajinština

Jazyk používaný během rozhovoru : čeština

Místo pobytu během hospitalizace : Plicní léčebna Humpolec

Úvod

Úvodem této kazuistiky je nutno podotknout, že se vyvíjela v prostředí Plicní léčebny v Humpolci. Nebylo to mé domácí pracoviště a tím pádem byl kontakt s pacientem omezen na několik návštěv, které během jeho tamního pobytu proběhly. Narozdíl od pacientů, kteří byli hospitalizováni na izolační jednotce v Českých Budějovicích, kde pracuji a kde jsem s nimi od počátku hospitalizace téměř denně až do jejího ukončení jejich pobytu sledovala, bylo v případě pacienta velice obtížné navázat takový kontakt, aby mi byly svěřeny všechny jeho zkušenosti se zdejším pobytém. Zpočátku mne považoval za jakousi kontrolu kvality péče na tamním oddělení a o svých starostech a chodu oddělení nechtěl hovořit. Později jsem ho však přesvědčila o tom, že má smysl hovořit o svých pocitech a obavách během hospitalizace na izolačním oddělení. Pacient byl ujištěn o tom, že pokud nebude chtít v rozhovoru nebo v další plánované návštěvě pokračovat, může tento rozhovor ihned ukončit.

Pacient M.A. pobývá na našem území s přestávkami přibližně 12 let. V současné době zde žije sám. Jeho manželka a dvě dcery žijí již rok u švagrové v Jihoafrické republice. Tamním pobytém jsou děti velice nadšeny. Pan M.A. za nimi pravidelně jezdí v období, kdy není pracovním vytížen. Bývá to tak jednou za dva měsíce. Na území České republiky pacient podniká ve stavebnictví. Před dvanácti lety sem přijel spolu

se svou rodinou za bratrem, který již v té době byl spolujednatel jisté stavební firmy v Praze. Postupem času se stali obchodními partnery. Odloučení od své rodiny nese špatně. Rád by, aby byli všichni pohromadě. Jednou by chtěl společně se svou rodinou žít tady v České republice.

Na území České republiky ho před dvanácti lety přivedla možnost výdělků. Nabídka bratra týkající se společného podnikání byla velice lákavá. Doma na Ukrajině byla v té době špatná ekonomická situace a tak po domluvě s manželkou nabídku bratra přijal a společně s rodinou odcestoval do České republiky. Doma na Ukrajině dnes žijí jeho rodiče, které se snaží společně se sourozenci finančně podporovat. Pozvání, aby žili společně se syny odmítli a chtěli dožít na Ukrajině. Dle slov pacienta se jim v současné době vede dobře.

Poslední tři měsíce se pacient dle jeho slov cítil velice unavený. Neměl chuť k jídlu a hubnul. Tyto obtíže ho přivedly k praktickému lékaři, který tento stav přisuzoval vysokému pracovnímu vyčerpání. Doporučil mu dostatek vitamínů a odpočinek. Bohužel se jeho zdravotní stav i nadále nezlepšoval, naopak se nově objevil kašel a zvýšená teplota. Ta se objevovala především během dne. Po dalších třech týdnech pacient znovu navštívil praktického lékaře, který doporučil zhotovení rentgenového snímku plic. Dle tohoto snímku bylo rentgenologem vyjádřeno podezření na plicní formu tuberkulózy. Ihned byl pacient prostřednictvím mobilního telefonu vyzván k návštěvě svého lékaře, kde byl seznámen s celou situací a byla mu vysvětlena nutnost hospitalizace na izolační jednotce. Pacient byl celou nově vzniklou situací velmi zaskočen. První myšlenky, které ho napadly se týkaly jeho rodiny. Měl obavu zda je nemohl také nakazit. Další problém, který ho trápil, byly pracovní povinnosti, které měl v dohledné době vyřešit.

Od svého lékaře byl transportován sanitním vozem na izolační jednotku Plicní léčebny. Během cesty pacient informoval svou rodinu a svého bratra o této situaci. Manželka byla celou nově vzniklou situací velmi zaskočena. Na doporučení manžela zajistila na nejbližší možnou dobu podrobné lékařské vyšetření sebe, dětí a příbuzných, kteří s manželem přišli do kontaktu. Také bratr pacienta byl uveden jako kontakt a podrobil se podrobnému vyšetření ve spádové plicní ambulanci. Všichni uvedení

příbuzní a známí pacienta, které uvedl jako kontakty s infekčním onemocněním byli po lékařských prohlídkách shledáni zdravými.

Po šesti dnech hospitalizace byla na základě mikroskopické positivity sputa, positivity Quantiferonu a genetického vyšetření PCR ze sputa zahájena léčba čtyřkombinací podávaných antituberkulotik. Před zahájením této léčby byl pacient informován o její nutnosti a dále o nežádoucích účincích, které tuto léčbu provázejí. Byl také seznámen s délkou iniciální fáze léčby, která bude probíhat za hospitalizace na izolační jednotce. Délka pobytu, která měla být šedesát dní ho velice zaskočila. Léky byly podávány v kontrolovaném režimu pod dohledem sestry. Léčbu pacient dobře toleroval.

Pacient souhlasí s rozhovorem, který bude součástí této práce. Přeje si být osloven křestním jménem. Pacient ovládá skvěle český jazyk. Tato skutečnost je dána podobností obou našich jazyků a dlouhou dobou pobytu na našem území. Pacient dodává, že to byla nutnost, která souvisela s jeho zaměstnáním. Svým projevem prezentoval společnou firmu. Snaží se prý hovořit tak, aby nebylo poznat odkud původně pochází. Česká společnost je prý vůči Ukrajincům předpojatá. Má je prý spojené ve většině případů s kriminalitou. Další jazyk, který pacient ovládá je angličtina. Tu se začal učit až tady v České republice. Jedním z důvodů proč s tím začal byli časté pracovní cesty, během kterých bylo nutno hovořit v anglickém jazyce se svými obchodními partnery.

Rozhovor probíhá na dvoulůžkovém pokoji izolační jednotky. Na tomto pokoji pobývá pacient sám. Od začátku léčby uběhly tři týdny, proto zatím stále trvají izolační opatření, týkající se dodržování zvýšeného hygienicko – epidemiologického režimu. Během rozhovoru sedíme s pacientem u jídelního stolu. Z důvodu infekčnosti onemocnění a nedokončené iniciální fáze léčby jsme během rozhovoru vybaveni filtračními polomaskami.

Na příjem na oddělení izolace nevzpomíná rád. Nikdo z nás by si prý nepřál být zavřen v jedné místnosti aniž by ji mohl opustit. Vybavení pokoje na něho působí zastaralým a chladným dojmem. Více se k tomu vyjadřovat nechce. Na pokoji není

přítomna bezpečnostní kamera. Pacient působí dojmem, že mu kladené otázky a vedený rozhovor nevyhovují .

K otázce stravování nemá žádné výhrady, česká kuchyně mu chutná a vyhovuje mu. Jeho přátelé mu nosí jídlo na které má právě chuť. Během dne popíjí limonády nebo teplý čaj. Černou kávu nepije.

Na otázky týkající se odpočinku a spánku pacient odpovídá velmi stručně, že žádný problém nemá, ať se již ptám na další otázku. V tomto duchu probíhá celý zbytek rozhovoru. Na dotaz, zda jsou kladené otázky pacientovi nepříjemné odpovídá, že mu přijdou naprosto zbytečné a délku jeho pobytu zde neovlivní. I přes snahu vysvětlit záměr kladených otázek, pacient můj názor nesdílí.

Ve stručnosti a heslovitě odpovídá na kladené otázky. Nevyznává žádné náboženství. Podstatu svého života spatřuje v rodině a práci. Díky práci, kterou vykonává se prý dostal na místo spoludávatele firmy.

Na otázky týkající se hygieny odpovídá, že intimita při této činnosti je zde zachována. Preferuje večerní sprchování. Hygienické potřeby má vlastní.

Kontaktování sestry k řešení nějakého problému nepotřebuje. Prostřednictvím mobilního telefonu je prý schopen si vše zařídit sám. Díky němu je také téměř denně ve spojení se svou rodinou.

Vzhledem k negativistickému chování pacienta, nebylo v rozhovoru dále pokračováno.

5. Diskuze

Praktická část práce se zabývala otázkami dopadu hospitalizace na pacienty – cizince, kteří byli hospitalizováni na izolační jednotce určené pro léčbu tuberkulózy ve vybraných zdravotnických zařízeních. Prvním cílem tohoto šetření byla snaha zjistit, zda u vybraného vzorku hospitalizovaných pacientů - cizinců jsou uspokojovány potřeby dle zásad holismu. Druhým, zda existují rozdíly ve vnímání nemocničního prostředí na izolační jednotce u hospitalizovaných pacientů - cizinců. Vzhledem k faktu, že otázka onemocnění a léčby tuberkulózy u cizinců pobývajících na našem území je stále velmi aktuální, bylo na celou problematiku nahlíženo z jejich vlastního pohledu. Šetření bylo prováděno za pomoci rozhovoru, pozorování a obsahové analýzy dokumentace u vybrané skupiny pacientů. Z těchto výsledků bylo sestaveno 5 kazuistik, které plně vystihují názory a aktuální pocity pacientů. Otázky k rozhovoru byly pro všechny pacienty stejné. Jejich cílem bylo rozkrýt nejrizikovější oblasti ve vnímání a působení izolace na jedince během hospitalizace.

Potřeby pacientů mohou být vlivem pobytu na izolační jednotce značně ovlivněny a tento stav se může během celé hospitalizace dále prohlubovat, což má negativní dopad na průběh celé léčby. V knize Hanse Rottera „Důstojnost lidského života“, jsou vedeny diskuze týkající se postoje člověka k vlastnímu životu, nemoci, utrpení a smrti. Člověk je zde popisován jako živá bytost, která za optimálních podmínek je svým vlastním pánem. Je schopna o sobě přemýšlet, plánovat a určovat si způsob svého vlastního života. Má právo o sobě rozhodovat. Tento pocit vlastního bytí a žití je velmi důležitý v zachování si vlastní důstojnosti (40). Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na izolačních jednotkách jsou vytrhnuti ze svého běžného života a zavedeného denního režimu. Ztrácí pocit možnosti rozhodování o sobě samém a svém životě. Jsou zasazeni do prostoru izolační jednotky, která pro ně má na dlouhou dobu představovat jakýsi domov. Také délka pobytu na té jednotce je oproti pobytu na standardním oddělení výrazně delší, což se ukazuje jako negativní činitel, působící na psychiku hospitalizovaných pacientů. Dalším faktorem, který negativně ovlivňuje psychický stav pacientů je samotný typ onemocnění. Tuberkulóza je i v dnešní době vnímána populací jako sociální nemoc,

kteřou trpí chudí lidé, bezdomovci a cizinci. Snad žádná jiná nemoc nemá více přezdívek a hanlivých výrazů pro své označení než právě tuberkulóza. Všechny tyto skutečnosti představují pro pacienty během hospitalizace nepředstavitelnou psychickou zátěž, která u nich může prohlubovat pocity osamělosti, bezmoci, sklíčenosti a nedostatku životního stylu. Tento vnitřní stav pak v samém důsledku hraje negativní roli v průběhu celého léčebného procesu. Odhalením a eliminací těchto a dalších negativních faktorů, které působí po dobu hospitalizace na pacienty izolačních jednotek, je možné dosáhnout zmírnění dopadu sociální izolace na psychický, duševní a tělesný stav pacientů.

Výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů – cizinců. Z tohoto počtu byli 3 muži a 2 ženy. Věkový průměr výzkumného vzorku byl 33,8 let. Dle národnostního složení zde byly zastoupeny celkem 4 národnostní menšiny pobývající na našem území. Byla to jedna pacientka z Vietnamu, dva pacienti z Mongolska, jedna pacientka z Gruzie a jeden pacient z Ukrajiny. Tito pacienti byli hospitalizováni na různých pracovištích určených k léčbě tuberkulózy. Všechna tato pracoviště splňovala podmínku, že jsou zde pacienti hospitalizováni na izolačních jednotkách a tudíž prochází během hospitalizace podobnými situacemi a jsou vystaveni stejným vlivům a podmínkám okolí.

K tomu, abychom mohli dojít ke stanoveným cílům šetření je nutné provést následující shrnutí.

Čtyři z pěti dotazovaných pacientů se shodli na tom, že velké množství negativních vlivů, které na ně během hospitalizace působily byly zásadně ovlivněny jazykovou bariérou. Ta představovala především při prvním kontaktu ve spádovém zdravotnickém zařízení, kdy pacienti nebyli informováni o tom z jakého důvodu a kam budou převáženi, traumatizující zážitek. Tento negativní zážitek byl pak ještě dále umocněn po transportu na izolační jednotku. V tento moment pro ně příjem na oddělení představoval stresovou situaci, která negativně působila na navázání dalších vztahů mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Někteří z pacientů se právě v těchto momentech stávají agresivními a odmítají spolupracovat s ošetřujícím personálem. Získávání jejich důvěry zpět na naši stranu je pak dlouhodobým a obtížným problémem. Při poskytování zdravotní péče pacientům odlišných národů a kultur je dle Principů práv

pacientů v Evropě, v oddílu 2), v bodě 4) hovořeno o nutnosti podávání informací pacientům způsobem vhodným tak, aby tyto informace pochopili. Dále se zde hovoří o tom, že v případě komunikační bariéry je nutno pacientovi zajistit překlad. Tato skutečnost nebyla u tří dotazovaných pacientů ve spádové zdravotnické oblasti, odkud byli transportováni splněna. Čtyři z pěti dotazovaných pacientů velice uvítali pomoc při zajištění komunikace během hospitalizace za pomoci služeb tlumočnicka. Tlumoční pro ně v tento moment představoval pojítko mezi dvěma světy a možnost řešení problémů, které vznikaly ve spojitosti s neočekávanou životní situací. Výjimku z výzkumného vzorku pacientů tvořil pacient z Ukrajiny. Ten hovořil plynule českým jazykem a nepovažoval jazykovou bariéru vzhledem k podobnosti našich jazyků a jeho jazykovým znalostem za komunikační problém. Během rozhovoru s pacienty bylo zjištěno, že tři z nich nemají potřebu učit se českému jazyku ve snaze zlepšení vzájemné komunikace. Jako důvod nejčastěji uváděli krátkodobý pobyt na našem území a rozsáhlou komunitu vlastních krajanů ve které žijí a hovoří svým mateřským jazykem, tudíž ke komunikaci český jazyk nepotřebují.

Dalším faktorem, který pacienti označili za negativně působící v oblasti dorozumívání se a navázání vztahu s ošetřujícím personálem, je používání filtračních polomasek. Vzhledem k tomu, že tyto polomasky zakrývají velkou část obličeje, nejsou pacienti v některých situacích schopni rozlišit výraz ve tváři personálu. Tato skutečnost vedla v některých případech k mylné interpretaci sdělovaných zpráv a tak i k nepochopení mluveného slova. Tato situace pak vyústila v konflikt mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Proto je nesmírně důležité zjišťovat zpětnou vazbou víc než kde jinde, zda pacienti mluvenému slovu porozuměli a správně pochopili jeho obsah. Vlivem dlouhodobé izolace jsou pacienti velmi vnímaví k neverbálním projevům během komunikace. Ošetřující personál proto musí mít pod kontrolou své vlastní neverbální projevy, které komunikaci mohou provázet a mohou být mylně interpretovány ze strany pacientů v negativním slova smyslu. Je kladen důraz na to, aby personál při komunikaci s cizinci znal specifika dané kultury a specifické projevy a odlišnosti chování. Jen tímto způsobem se dá předejít mnohým nepříjemným situacím.

Důvody, které vedly tyto pacienty - cizince na území České republiky, byly u všech dotazovaných stejné. Byla to vždy jejich špatná ekonomická a sociální situace v zemi, odkud přicházeli. Pro čtyři z těchto pacientů, kteří pobývali na našem území legálně, představovala Česká republika místo pracovního výdělků a z toho plynoucí finanční zabezpečení jejich rodin. Pro pacientku z Gruzie byla Česká republika pouze tranzitním místem na cestě do Rakouska za svým manželem. Důvody, které ji k této cestě přiměly, byly však stejné jako u ostatních pacientů. Její pobyt na našem území byl zpočátku ilegální.

Všichni z dotazovaných pacientů společně popisují, že hospitalizace na izolační jednotce byla v jejich životě situací, která pro ně představovala vážný problém. Nejčastěji byl tento problém spojován s obavou o pracovní místo, odloučením od rodiny a dětí, vidinou vysokých finančních nákladů spojených s léčbou a možné vyhoštění ze země. Jejich obavy se ošetřující personál pokoušel řešit ve spolupráci se sociální sestrou. Služby sociální sestry v otázkách týkající se problematiky pobytu cizinců na našem území, které jsou dále spojeny s jejich pobytem, byli po dobu hospitalizace pacientům aktivně nabízeny. Ani jeden z dotazovaných pacientů nepožádal o řešení svých problémů ve spolupráci se sociální sestrou sám. Vždy bylo zapotřebí nejdříve získat jejich důvěru a dokázat jim, že máme skutečný zájem na tom, aby jejich situace byla řešena. Někteří z pacientů se za své vzniklé sociální problémy stydí a cítí se být celou jejich vzniklou situací poníženi. Jejich pocity jsou o to intenzivnější, že se právě nachází v cizí zemi, uzavřeni v prostoru izolační jednotky. Toto byl také případ první pacientky z Gruzie, kde bylo nutné nejprve získat její důvěru, a až následně bylo možné řešit ve spolupráci se sociální sestrou problémy, týkající se jejich dětí a získání možnosti legálního pobytu na našem území. Pacientka se cítila během prvních dní hospitalizace ohrožena možnou deportací sebe i svých dětí zpět do země. Trvalo poměrně dlouhou dobu, než pochopila náš zájem na tom, aby byl zajištěn legální pobyt pro ni i její děti. V případě této první pacientky se během hospitalizace objevil i další aspekt, který negativně ovlivnil průběh celé léčby a pobytu pacientky na izolační jednotce. Byla to otázka separace dětí od své matky. Jak se během doby hospitalizace ukázalo, projevil se dopad odloučení jak v chování matky, tak následně i v chování dětí.

Po několika měsících odloučení dětí od matky, kdy kontakt byl omezen na maximálně jednu návštěvu za měsíc, došlo k prvním projevům agresivního chování u jednoho z dětí. Tento stav agrese se u něho postupně zhoršoval a vyústil v hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Tuto skutečnost pacientka z Gruzie velmi špatně nesla. Izolace na našem oddělení jí nedovolala do takto bolestné situace zasáhnout. Je možné nyní zpětně polemizovat o tom, zda by situace nastala, kdyby frekvence návštěv a hovorů mezi matkou a dětmi byla častější. V dnešní době, která je protknutá jako pavučina internetovými a komunikačními sítěmi, by bylo s podivem, aby se nenašel alternativní způsob zajištění jejich vzájemné komunikace.

Jako jeden z dalších důvodů, který pobyt na izolační jednotce dle pacientů jejich pobyt negativně ovlivňoval byl samotný izolační pokoj. Všichni z pěti pacientů se shodli na tom, že vybavení a celý pokoj působí velice skličujícím až depresivním dojmem. Společně se také shodli, že asi nejhorší je šedá barva nátěrů na zdech. Vlivem délky hospitalizace, která je dána dlouhou dobou iniciální fáze léčby se pro ně stával pohled na šedou barvu neúnosný. Rádi by byli obklopeni barvami teplých tónů, které by snad jejich pobyt na izolaci ulehčili. Dva z pěti pacientů dále na pokoji postrádali pohodlné křeslo. Při zpětném zhodnocení jejich argumentů se tento požadavek zdá jako oprávněný. Někdo by si mohl myslet, že je to nadstandardní požadavek, ale musíme si stále uvědomovat, že pro pacienty je jejich pokoj místem odkud nemohou jen tak odejít a kde budou minimálně dva měsíce hospitalizováni. Zde bych ještě podotkla skutečnost, že první pacientka pobývala na izolačním pokoji celých 18 měsíců, a dále v tomto režimu pokračovala na speciální plicní klinice. Nikomu z nás by se jistě nechtělo obývat jednu šedou místnost tak dlouhou dobu. Pokud by to bylo nutné tak bychom si přáli, aby byl tento pokoj vhodně zařízen a bylo tam pokud možno útulno. V těchto situacích, které se týkají požadavků pacientů - cizinců se velice často setkáváme s nesmyslnými argumenty hovořící o tom, aby byli cizinci rádi, že se vůbec u nás mohou léčit. Toto považují za naprosto nepřijatelný argument. Pacienti – cizinci však s tímto předsudkem tiše bojují a proto při jejich prvním kontaktu s námi nemají zájem cokoli řešit nebo od nás něco požadovat. Doc. PhDr. Jana Kutnohorská se k tomuto tématu vyjadřuje se slovy :

„Integrace cizinců neznamená zbavení se kulturních specifik a také zvláštností životního stylu“ (26, s.3). V péči o cizince hraje nesporně důležitou roli čas a získání jejich důvěry. Pokud se nám toto daří, jsou pak tito pacienti po nějaké době hospitalizace schopni bez strachu ventilovat své prosby a problémy spojené s hospitalizací. Ošetřující personál pak může efektivně odhalovat a saturovat jejich neuspokojené potřeby.

Čtyři pacienti, kteří byli hospitalizováni na Plicní léčebně v Nemocnici České Budějovice, a.s., nespatovali žádný problém v umístění bezpečnostní kamery na jejich pokoji. Pacient hospitalizovaný v léčebně v Humpolci s tímto zkušenost neměl.

K tomu, aby hospitalizovaní pacienti pobyt na izolační jednotce lépe tolerovali přispívá i možnost návštěv na oddělení. Pacienti tuto skutečnost po dobu hospitalizace velmi oceňovali. Návštěvy se stávali jakými si prostředníky mezi světem na izolačním pokoji a okolím. Před návštěvou byli vždy poučeni o rizicích a pravidlech vztahující se k typu oddělení. Po dobu návštěvy byli vybaveni ochrannými pomůckami a speciální filtrační polomaskou. Vstup na izolační jednotku podléhá evidenci osob, proto je každá návštěva evidována v k tomu určené knize. Ke kontaktu se svou rodinou a přáteli nevyužili po dobu hospitalizace možnost spojení pomocí telefonu u lůžka nebo videotelefonu čtyři pacienti. Měli své mobilní telefony. Pacientka z Gruzie během kontaktu se svými dětmi využila služeb obou telefonů.

Se stravovacími zvyklostmi dané kultury neměli dotazovaní pacienti po dobu hospitalizace na izolační jednotce výrazné problémy. Jistě k tomu vedl fakt, že v našem zdravotnickém zařízení je možné si vybírat obědy ze tří druhů připravených pokrmů. Této možnosti využívali všichni čtyři pacienti, kteří byli hospitalizováni v Nemocnici České Budějovice, a.s. Dále byli těmto pacientům nabízeny přídavky stravy, které dva z nich využívali. Pátý pacient, který byl hospitalizovaný v léčebně v Humpolci se stravou žádné problémy neměl. Česká kuchyně mu chutná a strava v tomto zařízení byla dobrá. Pacientům byla dále nabídnuta možnost donášky připravené stravy od rodiny dle zvyklostí jejich kuchyně. Tuto možnost nechtěli využít. Strava jim zde chutná a dalším důvodem byli podmínky ubytovny, kde rodinní příslušníci neměli takový prostor k tomu, aby mohli připravovat složitější pokrmy.

V oblasti odpočinku a spánku uváděli pacienti hospitalizovaní na izolační jednotce v Českých Budějovicích za největší problém nemožnost otevírat okno. Pacienti byli zvyklí usínat u otevřeného okna. Tento fakt se v prvních dnech hospitalizace negativně projevil na kvalitě jejich spánku. Také nemožnost opustit pokoj a jít se projít na čerstvý vzduch popisovali velmi negativně. Vlivem umístění Plicní léčebny v centru města, však nejsou povoleny těmto pacientům procházky. V léčebně Humpolec udával pacient z Ukrajiny stejné problémy spojené s větráním a nemožností opustit izolační pokoj. Podtlaková klimatizace na jejich pokoji jim nečinila výrazné problémy. Chod oddělení neměl vliv na jejich spánek. U dvou pacientů byla individuálně zvolena možnost podávání snídaní v pozdější dobu dle jejich přání.

V otázkách dodržování zachování intimity během hygieny pacientů nespatořovali pacienti žádné nedostatky. Byli velmi spokojeni s automatickým poskytnutím všech hygienických potřeb v důsledku jejich absence. Sami by si o ně řekli asi jen s velkými obavami a studem.

Rozhovor, který byl veden s pacientem z Ukrajiny se od všech ostatních rozhovorů velmi odlišoval jeho negativistickým postojem k celému rozhovoru. Myslím si, že tento postoj rozhovoru pramenil z toho, že náš kontakt nebyl tak dlouhodobý jako s předešlými pacienty. I oni se na počátku hospitalizace chovali velmi negativisticky, ale čas a každodenní kontakt vedl k získání vzájemné důvěry, která měla za následek otevření si dveří ke vzájemné komunikaci.

V rámci tohoto shrnutí bylo zjištěno, že ošetřující personál se po celou dobu hospitalizace pacientů - cizinců na izolační jednotce, snaží prostřednictvím multikulturní komunikace navázat úzký vztah, na jehož základě mohou být detekovány a následně prostřednictvím intervencí i saturovány jejich neuspokojené potřeby. Ošetřující personál zjišťuje informace, které se týkají tělesné, duchovní i psychické stránky pacienta. Nejen odborné znalosti a dovednosti, ale především tolerance, úcta a morální hodnoty jsou v multikulturní ošetrovatelské péči naprosto nezbytné. Respektování a tolerance odlišných kultur se pak stává základním pilířem, na kterém je možno dále stavět vzájemný pro obě strany prospěšný vztah mezi pacientem a sestrou. Z výše uvedeného shrnutí vyplývá, že u pacientů – cizinců hospitalizovaných

na izolační jednotce jsou uspokojovány potřeby dle zásad holismu. Zároveň však tento výzkum odhalil místa, kde v důsledku izolačních opatření, hygienických a epidemiologických norem existují velké rezervy, jak pobyt pacientů na izolaci zkvalitnit. Je to především zajištění kvalitní komunikace za pomoci tlumočnicků. Tato komunikace by měla být zajištěna již v ambulantní péči doporučujícího lékaře, čímž by došlo ke zmírnění šoku po příjezdu na izolační jednotku. Dále je pak nutné zaměřit se na prostředí pokoje izolační jednotky a jeho vybavení. Z výzkumu vyplývá, že zde jsou v péči o tyto pacienty velké rezervy.

V otázce týkající se rozdílného vnímání nemocničního prostředí u pacientů cizinců bylo zjištěno, že pobyt na izolační jednotce je vnímán velmi individuálně. Odpověď na tuto výzkumnou otázku tedy zní : ano. U pacientů – cizinců hospitalizovaných na izolační jednotce existují rozdíly ve vnímání nemocničního prostředí. Rozdílné vnímání je ovlivněno osobnostními rysy, kulturními specifiky, sociální situací, rodinným zázemím a důvodem pobytu pacienta na území České republiky. Velmi dobře se dá tento fakt potvrdit na kazuistice u pacientky z Gruzie. Její adaptace na nemocniční prostředí byla velmi dlouhodobá. Nabízenou pomoc od zdravotnického personálu dlouho odmítala. Činila tak ze strachu z možného vyhoštění ze země a dále velmi trpěla odloučením od svých dětí. Tyto události celý proces adaptace a vnímání nemocničního prostředí izolační jednotky velmi zásadně ovlivnily.

6. Závěr

Vlivem migrace, která se stala vlivem politické situace v Evropě za posledních deset let fenoménem dnešní doby, prochází české ošetrovatelství obdobím, které klade na zdravotnické pracovníky vysoké nároky týkající se poskytování kvalitní a efektivní multikulturní péče. Více než dříve se ve svém povolání setkáváme s pacienty – cizinci, kteří přicházejí do našich zdravotnických zařízení plni obav a strachu z neznámého prostředí, jazykové bariéry a kulturních i náboženských rozdílů.

Prvním cílem práce bylo zjistit zda jsou uspokojovány potřeby pacientů dle zásad holismu během hospitalizace pacientů – cizinců na izolační jednotce pro léčbu tuberkulózy. Druhým cílem bylo zjistit, zda u těchto pacientů existují rozdíly ve vnímání nemocničního prostředí po dobu hospitalizace. Před samým začátkem tohoto výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka : Uspokojují sestry potřeby pacientů hospitalizovaných na izolační jednotce dle zásad holismu? Druhá výzkumná otázka : Existují rozdíly ve vnímání nemocničního prostředí u pacientů – cizinců hospitalizovaných na izolační jednotce?

Na základě informací, které byli shrnuty do kazuistik bylo zjištěno, že ošetřující personál uspokojuje potřeby těchto pacientů dle zásad holismu. Těmto pacientům je poskytována multikulturní ošetrovatelská péče, která klade důraz nejen na holistické vnímání jedince, ale také na respektování jejich národních a kulturních specifik. Byla však odhalena místa, na která je nutno se v péči o tyto pacienty dále intenzivněji zaměřit. Především zajištění kvalitní komunikace prostřednictvím tlumočnicka již v přednemocniční fázi péče. Z poskytnutých rozhovorů dále vyplývá, že prostředí izolačního pokoje působí na pacienty svou barvou a vybavením depresivním dojmem. Některá další místa, která pacienti uváděli jako traumatizující, bohužel souvisí s dodržováním hygienicko – epidemiologických norem, kterým izolační jednotka podléhá. Je to například zákaz větrání, zákaz vycházení mimo izolační pokoj a nutnost používat filtrační polomasku. To jsou skutečnosti, které je však nutné po dobu hospitalizace na izolační jednotce dodržovat. Sestry se snaží svým ohleduplným a vstřícným jednáním dodržování těchto zásad opakovaně pacientům vysvětlovat.

V otázce rozdílného vnímání nemocničního prostředí u pacientů cizinců bylo zjištěno, že pobyt na izolační jednotce je vnímán velmi individuálně. Toto vnímání je ovlivněno osobnostními rysy, kulturními specifiky, sociální situací, rodinnou situací a důvodem pobytu pacienta na území České republiky.

Výsledky této práce budou použity k prezentaci na vedení společnosti Nemocnice České Budějovice, a.s., za účelem provedení změn týkající se vybavení a změny šedých nátěrů na izolačních pokojích na oddělení pro léčbu tuberkulózy. Dále budou předmětem o možném vytvoření připojení k internetové komunikaci na pokojích pacientů.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ČLOVĚK V TÍSNI, *Gruzie*. [online] 2009 [cit.2011-22.3.]. Dostupné z WWW: <http://www.clovekvtisni.cz/index2.php?id=285>.
2. DOLÁK, F. *Vietnamský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetřovatelství, 2008. 96 s. Vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
3. FARKAŠOVÁ, D. et al., *Ošetřovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. HEDVÁBNÁ STEZKA, *Gruzie – lidé, zvyky, náboženství*. [online] 2009[cit.2011-14.4.]. Dostupné z WWW: <http://www.hedvabnastezka.cz/zeme/asie/gruzie/asie-gruzie-lide-zvyky-nabozenstvi/>
5. HOMOLKA, J., Je tuberkulóza ve světě a v České republice pod kontrolou? *Studia Pneumologica et Phthiseologica*. Praha: 2010, roč. 70, č.1, s. 3 – 4. ISSN 1213-810X.
6. HOMOLKA, J., VOTAVA, V. *Tuberkulóza*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 79 s. ISBN 80-246-0630-5.
7. HORŇÁKOVÁ, A. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 9, s. 23 – 25. ISSN 1210-0404.
8. HUDÁČKOVÁ, A., BRABCOVÁ, I. *Problematika hospitalizace příslušníků ukrajinské menšiny v nemocnicích v České republice*. [online] 2011 [cit.2011-14.7.]. Dostupné z WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2011/2-2011/problematika-hospitalizace-prislusniku-ukrajinske-mensiny-v-nemocnicich-v-ceske-republice>.
9. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
10. JANÁČKOVÁ, L., *Praktická komunikace pro každý den*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2479-9.
11. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

12. JANOUSĚK, J., *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-1594-0.
13. JEDLIČKA, J., *Vývoj ftiseologie*. Prague : Impression et édition de la Česká grafická unie, a.s., 1932. 304 s.
14. KOBER, L. Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č.10, s. 24 – 26, ISSN 1210-0404.
15. KOLEKTIV AUTORŮ. Výživa a multikulturní ošetrovatelství. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 3, s. 28 – 30, ISSN 1210-0404.
16. KLENER, P., et al., *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 978-80-7262-430-0.
17. KOBER, L. Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 24 – 26, ISSN 1210-0404.
18. KOLEK, V., KAŠÁK V., *Pneumologie. Vybrané kapitoly pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. 423 s. ISBN 978-80-7345-220-9.
19. KOLEKTIV AUTORŮ., *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Repronis, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.
20. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
21. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., *Ošetrovatelstvo I.*. Martin: Osveta, 1995.1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
22. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Spiritualita a religióznost pacienta. Ošetrovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 78 - 79. ISSN 1212 – 723X.
24. KUBEKOVÁ, M. *Tuberkulóza jako ošetrovatelský problém*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2009. 99 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
25. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

26. KUTNOHORSKÁ, J. Kultura, multikultura a holismus. *Ošetřovatelství*. Hradec Králové: 2008, roč.1 – 2, s. 3 – 6, ISSN 1212-723X.
27. LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. et al., *Základy multikultúrneho ošetrovatelstva*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 67 s. ISBN 80-8063-216-2.
28. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Doporučený standard - Odborná kritéria k izolaci nemocných s tuberkulózou. *Věstník*. Praha: 2002, MZ ČR, roč. 2002, částka 10, s. 3 – 8.
30. MORGENSTERNOVÁ, M., ŠULOVÁ, L. et al., *Interkulturní psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 218 s. ISBN 978-80-246-1361-1.
31. PECHOVÁ, E., *Migrace z Vietnamu do České republiky v kontextu problematiky obchodu s lidmi a vykořisťováním*. [online] 2011 [cit.2011-22.3.]. Dostupné z WWW:
http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/Zprava_migrace_Vietnam.pdf
32. PODSTATOVÁ, R., *Hygiena a epidemiologie pro ambulantní praxi*, 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. 141 s. ISBN 978-80-7345-212-4.
33. POKORNÁ, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
34. POTREPČIAKOVÁ, S., SKŘIČKOVÁ, J. *Tuberkulóza*. [online] 2008 [cit.2010-04-12]. Dostupné z WWW: <http://web.practicus.eu/Documents/Practicus-04-2008/24-tuberkuloza.pdf>
35. SEMÍNOVÁ, J., HAISOVÁ, J., HAJNÁ, I., ROZIMOVÁ, M. *Zvláštnosti poskytování ošetrovatelské péče osobám narozeným mimo Českou republiku*. *Ošetřovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 102-103. ISSN 1212 – 723X.
36. SPOLEČNOST PŘÁTEL MONGOLSKA, *Mongolsko*. [online] 2008 [cit.2011-05-17]. Dostupné z WWW:
http://www.spm.chytry.cz/showpage.php?name=mongolsko_data

37. ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*, 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9.
38. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
39. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., *Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. [online]2004[cit.2011-04-11].Dostupné z WWW: http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf
40. ŠVEJDOVÁ, K. *Filozofie v ošetrovatelství. Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č.9, s. 22 – 23, ISSN 1210-0404.
41. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al., *Potreby v ošetrovatelstve*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 197 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
42. TÓTHOVÁ, V., et al., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
43. TÓTHOVÁ, V. et al., *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
44. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
45. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. [online] 2002 [cit.2011-04-18]. Dostupné z WWW: http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf
46. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
47. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
48. VOJTÍŠEK, Z., *Encyklopedie náboženských směrů v české republice*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 462 s. ISBN 80-7178-798-1.

49. VYBÍRAL, Z., *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
50. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. [online] 2009 [cit.2011-04-11]. Dostupné z WWW: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=195/2005

8. Klíčová slova

Ošetřovatelství

Multikulturní přístup

Tuberkulóza

Izolační jednotka

Holismus

Potřeby pacientů

9. Přílohy

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2 Počty hlášených onemocnění tuberkulózy v Jihočeském kraji

Příloha 3 Vyhláška č. 299/2010 Sb.

Příloha 4 Počty cizinců v ČR k 30.4.2011

Příloha 5 Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 6 Etnikum, národ, kultura, kulturní šok, rasa

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb

Maslowova pyramida potřeb



Zdroj

:

<http://www.google.cz/imgres?imgurl=http://blog.idnes.cz/blog/4844/169512/pyramida.png&imgrefurl=http://karelsykora.blog.idnes.cz>

Příloha 2

Počty hlášených onemocnění tuberkulózy všech forem a lokalizací v Jihočeském kraji za rok

země narození	2008		2009		2010	
	celkem	z toho plicní	celkem	z toho plicní	celkem	z toho plicní
Česko	29	25	18	13	18	15
Ukrajina	1	1	1	1		
Mongolsko	1	1				
Vietnam	1	1	2	1	1	1
Slovensko					1	1
CELKEM	32	28	21	15	20	17

Počty onemocnění u cizinců v Jihočeském kraji od roku 2001

Země narození	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ukrajina		2		5	1			1	1	
Vietnam		1		1	1	1		1	2	1
Slovensko	1	1	1		3					1
Mongolsko					1		3	1		
Gruzie						1				
Kazachstán	1									
Polsko						1				
					1					
Alžírsko										
Rumunsko				1						
Rakousko										
CELKEM	2	4	1	7	7	3	3	3	3	2

Počty hlášených onemocnění tuberkulózou v letech 1997 až 2010 v Jihočeském kraji
absolutně (rozděleno podle lokalizace onemocnění)

absolutní počty	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TB dýchacího ústrojí	74	92	66	46	44	39	33	36	39	35	19	29	18	20
TB mimo dýchací ústrojí	17	18	13	17	4	11	9	8	3	6	5	3	3	0
TB všech forem a lokalizací	91	110	79	63	48	50	42	44	42	41	24	32	21	20

Počty hlášených onemocnění tuberkulózou v letech 1997 až 2010 v Jihočeském kraji
absolutně (rozděleno podle okresu bydliště)

okres	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Č.Budějovice	21	23	15	17	17	14	9	10	16	9	9	7	2	6
Č.Krumlov	9	10	15	6	6	4	10	6	2	12	1	6	4	3
J.Hradec	10	15	12	11	8	4	5	8	5	4	2	7	5	3
Pelhřimov	17	23	12	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Písek	12	12	8	6	5	7	5	4	4	4	1	4	1	0
Prachatice	1	3	0	2	2	0	3	3	3	1	1	2	2	1
Strakonice	4	8	2	4	1	8	3	3	1	3	3	2	3	1
Tábor	17	16	15	8	9	13	5	9	9	7	6	3	2	5
bezdomovec							2		2		1	1	1	1
CELKEM	91	110	79	63	48	50	42	43	42	40	24	32	20	20
cizinec bez trvalého pobytu								1		1			1	

Zdroj : Krajská hygienická stanice v Českých Budějovicích, Registr tuberkulózy

Příloha 3 Vyhláška č. 299/2010 Sb.

VYHLÁŠKA

ze dne 25. října 2010,

kteřou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 108 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 392/2005 Sb. a zákona č. 222/2006 Sb., (dále jen "zákon") k provedení § 45 odst. 2, § 46 odst. 1, 2 a 6 a § 47 odst. 3 zákona:

Čl. I

Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 65/2009 Sb. a vyhlášky č. 443/2009 Sb., se mění takto:

1. V § 2 odst. 1 písm. a) se slova "proti sezónní chřipce", zrušují.
2. V § 2 odst. 1 písm. b) se za slovy "hepatitidě B" čárka nahrazuje slovem "a" a slova "a proti sezónní chřipce" se zrušují.
3. § 3 včetně nadpisu zní:

„§

3

Pravidelné očkování proti tuberkulóze

(1) Očkování se provede u dětí s indikacemi uvedenými v příloze č. 3 k této vyhlášce. Indikaci k očkování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce posoudí lékař novorozeneckého oddělení zejména na základě zákonným zástupcem vyplněné I. části dotazníku k definici rizika tuberkulózy, uvedeného v příloze č. 2 k této vyhlášce. Lékař novorozeneckého oddělení vyplní II. část dotazníku a vyplněný dotazník, jako součást propouštěcí zprávy, předá registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost. V případě, že dítě má indikaci k očkování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, současně informuje pracoviště kalmetizace. Registrující praktický lékař pro děti a dorost, zpravidla do jednoho měsíce po převzetí do své péče, odesílá dítě, které splňuje indikace podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, a které nebylo proti tuberkulóze dosud očkováno, na pracoviště kalmetizace.(2) U dětí, u kterých nemůže splnění indikací podle přílohy č. 3 k této vyhlášce posoudit lékař novorozeneckého oddělení, zjišťuje tyto indikace při prvním kontaktu se zákonným zástupcem dítěte registrující praktický lékař pro děti a dorost. Pro další postup se odstavec 1 věta poslední použije obdobně."

4. V § 4 odstavec 1 zní:

„(1) Základní očkování se provede v době od započatého devátého týdne po narození dítěte třemi dávkami hexavalentní očkovací látky proti záškrtu, tetanu, pertusi s acelulární složkou, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae* b, virové hepatitidě B a inaktivovanou očkovací látkou proti přenosné dětské obrně (dále jen "hexavalentní očkovací látka") v průběhu prvního roku života dítěte, podanými v intervalech nejméně jednoho měsíce mezi dávkami, a čtvrtou dávkou podanou nejméně šest měsíců po podání třetí dávky. Čtvrtá dávka hexavalentní očkovací látky se podá nejpozději před dovršením osmnáctého měsíce věku dítěte. U dětí očkovaných proti tuberkulóze se základní očkování hexavalentní očkovací látkou provede od započatého třináctého týdne po narození dítěte, vždy však po zhojení postvakcinační reakce po očkování proti tuberkulóze.".

5. V § 4 odst. 2 se za slova "proti těmto infekcím" vkládají slova "s acelulární pertusovou složkou".

6. V § 4 odstavec 8 včetně poznámky pod čarou č. 1 zní:

„(8) Základní očkování novorozenců HBsAg pozitivních matek se provede jednou dávkou očkovací látky proti virové hepatitidě B nejpozději do 24 hodin po narození dítěte. V očkování těchto dětí se dále pokračuje od šestého týdne po narození dítěte podle souhrnu údajů o přípravku ¹⁾ hexavalentní očkovací látky.

¹⁾ § 3 odst. 1 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech)."

7. § 6 včetně nadpisu zní:

Pravidelné očkování proti pneumokokovým nákazám

(1) Očkování proti pneumokokovým nákazám polysacharidovou očkovací látkou se provede u fyzických osob umístěných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory. Dále se očkování proti pneumokokovým nákazám provede u fyzických osob umístěných v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem, pokud tyto fyzické osoby trpí chronickým nespécifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem léčeným inzulínem. V dalším očkování proti pneumokokovým nákazám se postupuje podle souhrnu údajů o přípravku ¹⁾.

(2) U dětí, které mají zdravotní indikace uvedené v příloze č. 1 k této vyhlášce, se do dovršení pěti let jejich věku provede očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou v intervalech podle souhrnu údajů o přípravku ¹⁾). Od dovršeného druhého roku věku dítěte lze v těchto případech alternativně podat polysacharidovou očkovací látku proti pneumokokové nákaze."

8. § 8 se včetně nadpisu zrušuje.

9. V § 9 odst. 1 se na konci textu druhé věty doplňují slova " a dále u osob zařazených do rekvalifikačních kurzů, zajišťujících péči a ošetřování osob v zařízeních sociálních služeb nebo manipulujících v zařízeních sociálních služeb s nebezpečným odpadem, a ve zdravotnických zařízeních".

10. § 12 se včetně nadpisu zrušuje.

11. V § 13 se na konci odstavce 1 doplňuje věta "Očkování se provede očkovací látkou určenou k aktivní imunizaci podle souhrnu údajů o přípravku ¹⁾) této očkovací látky."

12. § 16 se odstavce 3 zrušuje.

13. Za přílohu č. 1 se doplňují přílohy č. 2 a 3, které znějí:

"Příloha č. 2 k vyhlášce č. 537/2006 Sb.

Dotazník k definici rizika tuberkulózy

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození dítěte Číslo pojištění (bylo-li přiděleno)

Název/kód zdravotní pojišťovny:

I. část - vyplňuje zákonný zástupce dítěte

Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu. Zaškrtněte:

Ano Ne/ není mi známo

Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval mimo Českou republiku. Zaškrtněte:

Ano Pokud ano, v jakém státě (vyjmenujte všechny státy) Ne/ není mi známo

.....

Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Zaškrtněte

Ano Ne/ není mi známo

Bylo prováděno šetření ohledně TBC u osob, se kterými bylo dítě v kontaktu.
Zaškrtněte:

Ano Ne/ není mi známo

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte

Datum Podpis zákonného zástupce dítěte

.....

II. část - vyplňuje lékař

Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. Zaškrtněte:

Ano Ne

Jméno a příjmení lékaře

Datum Podpis lékaře

Razítko zdravotnického zařízení

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 537/2006 Sb.

Indikace očkování proti tuberkulóze

1. Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu.
2. Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval ve státě s vyšším výskytem tuberkulózy než 40 případů na 100 000 obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví každoročně uveřejní seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy do 30 dnů od aktualizace provedené Světovou zdravotnickou organizací.
3. Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou.
4. Indikace k očkování vyplývá z anamnestických údajů poskytnutých lékaři novorozeneckého oddělení nebo registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost zákonnými zástupci dítěte."

Čl.

III

ÚčinnostTato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. listopadu 2010.

Ministr:

doc. MUDr. Heger, CSc., v.r.

Zdroj : <http://www.infekce.cz/vyhl2992010.htm>

Příloha 4 Počty cizinců v ČR k 30.4.2011

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

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

Pramen: Odbor azylové a migrační politiky Ministerstva vnitra ČR
Source: Department for Asylum and Migration Policy; Ministry of the Interior of the CR

Státní občanství	Cizinci celkem/ Foreigners, total	Trvalý pobyt / Permanent stay			Ostatní typy pobytu / Other types of stay		
		celkem / Total	muži / Males	ženy / Females	celkem / Total	muži / Males	ženy / Females
Celkový součet	422 225	192 028	101 388	90 640	230 197	142 072	88 125
Afghánistán	325	237	143	94	88	58	30
Albánie	289	152	102	50	137	90	47
Alžírsko	631	511	466	45	120	90	30
Angola	171	139	112	27	32	21	11
Argentina	89	50	27	23	39	22	17
Arménie	2 022	1 343	699	644	679	373	306
Austrálie	478	292	196	96	186	114	72
Ázerbájdžán	631	138	80	58	493	297	196
Bahrajn	14	5	4	1	9	8	1
Bangladéš	109	38	35	3	71	58	13
Barbados	1	-	-	-	1	1	-
Belgie	504	181	146	35	323	237	86
Belize	3	3	2	1	-	-	-
Bělorusko	4 226	2 612	1 029	1 583	1 614	735	879
Benin	42	35	27	8	7	4	3
Bhútán	1	1	-	1	-	-	-
Bolívie	64	38	29	9	26	19	7
Bosna a Hercegovina	2 110	1 506	869	637	604	509	95
Botswana	75	-	-	-	75	44	31
Brazílie	326	111	60	51	215	132	83
Bulharsko	7 073	3 150	1 940	1 210	3 923	2 530	1 393
Burkina Faso	16	10	8	2	6	1	5
Burundi	4	3	3	-	1	1	-
Čad	10	7	6	1	3	1	2
Černá Hora	116	91	62	29	25	13	12
Čína	5 288	3 367	1 833	1 534	1 921	1 026	895
Dánsko	305	93	77	16	212	147	65
Dominičánská republika	29	18	14	4	11	5	6
Džibutsko	3	3	1	2	-	-	-
Egypt	547	272	258	14	275	238	37
Ekvádor	80	44	32	12	36	16	20
Eritrea	4	2	2	-	2	2	-
Estonsko	105	32	14	18	73	34	39
Etiopie	93	49	39	10	44	33	11
Fidži	2	-	-	-	2	1	1
Filipíny	257	63	7	56	194	46	148
Finsko	255	61	41	20	194	111	83
Francie	2 685	778	575	203	1 907	1 317	590
Gambie	8	6	5	1	2	2	-
Ghana	116	65	57	8	51	42	9
Grenada	5	2	1	1	3	2	1
Gruzie	788	349	190	159	439	256	183
Guatemala	18	13	5	8	5	3	2
Guinea	67	42	31	11	25	17	8
Guinea-Bissau	16	14	13	1	2	1	1
Guyana	6	5	5	-	1	1	-
Haïti	1	1	1	-	-	-	-
Honduras	15	4	4	-	11	3	8
Hongkong	14	3	-	3	11	3	8
Chile	95	42	21	21	53	35	18
Chorvatsko	2 434	2 009	1 309	700	425	316	109
Indie	1 074	325	245	80	749	551	198
Indonésie	151	66	29	37	85	26	59

Státní občanství	Cizinci celkem/ Foreigners, total	Trvalý pobyt / Permanent stay			Ostatní typy pobytu / Other types of stay		
		celkem / Total	muži / Males	ženy / Females	celkem / Total	muži / Males	ženy / Females
Pákistán	469	283	226	57	186	125	61
Palestina	131	85	71	14	46	39	7
Panama	23	5	5	-	18	8	10
Paraguay	29	5	5	-	24	12	12
Peru	172	88	58	30	84	44	40
Pobřeží slonoviny	69	52	50	2	17	14	3
Polsko	18 877	10 932	3 311	7 621	7 945	5 800	2 145
Portugalsko	191	41	32	9	150	108	42
Rakousko	3 125	1 180	846	334	1 945	1 613	332
Rumunsko	4 559	2 262	1 243	1 019	2 297	1 693	604
Rusko	30 618	13 800	6 239	7 561	16 818	7 817	9 001
Rwanda	2	1	1	-	1	1	-
Řecko	900	651	442	209	249	192	57
Salvador	14	3	2	1	11	8	3
San Marino	1	1	1	-	-	-	-
Saúdská Arábie	43	19	19	-	24	19	5
Senegal	55	41	39	2	14	13	1
Seychely	2	1	-	1	1	1	-
Sierra Leone	17	7	4	3	10	9	1
Singapur	25	5	1	4	20	13	7
Slovensko	78 617	29 709	14 354	15 355	48 908	28 858	20 050
Slovinsko	285	155	106	49	130	79	51
Somálsko	33	22	10	12	11	5	6
Spojené arabské emiráty	6	3	3	-	3	3	-
Spojené království	4 754	1 327	1 123	204	3 427	2 565	862
Spojené státy	6 188	2 786	1 847	939	3 402	1 927	1 475
Srbsko	2 064	1 494	993	501	570	405	165
Srbsko a Černá Hora	1 718	1 505	1 058	447	213	150	63
Srí Lanka	91	46	32	14	45	29	16
Súdán	70	42	35	7	28	25	3
Surinam	1	1	1	-	-	-	-
Svatá Lucie	2	2	1	1	-	-	-
Svatý Tomáš	1	1	1	-	-	-	-
Svatý Vincenc a Grenadiny	1	-	-	-	1	1	-
Sýrie	547	387	287	100	160	102	58
Španělsko	713	202	132	70	511	347	164
Švédsko	602	283	171	112	319	221	98
Švýcarsko	538	292	184	108	246	182	64
Tádžikistán	120	48	24	24	72	63	9
Tanzánie	17	13	9	4	4	3	1
Thajsko	634	106	11	95	528	38	490
Tchaj-wan	324	19	3	16	305	147	158
Togo	14	10	6	4	4	3	1
Tonga	3	3	1	2	-	-	-
Trinidad a Tobago	5	1	1	-	4	2	2
Tunisko	608	385	360	25	223	202	21
Turecko	1 252	502	395	107	750	519	231
Turkmenistán	39	15	2	13	24	11	13
Uganda	20	8	3	5	12	7	5
Ukrajina	117 104	47 659	23 845	23 814	69 445	42 533	26 912
Uruguay	15	9	5	4	6	3	3
Uzbekistán	1 607	207	101	106	1 400	1 139	261
Vanuatu	1	-	-	-	1	-	1
Venezuela	80	38	17	21	42	23	19
Vietnam	58 015	36 863	20 701	16 162	21 152	12 961	8 191
Zambie	40	17	14	3	23	11	12
Zimbabwe	17	5	4	1	12	5	7
Bez státního občanství + Nezjištěno	688	610	371	239	78	44	34

Státní občanství	Cizinci celkem/ <i>Foreigners, total</i>	Trvalý pobyt / <i>Permanent stay</i>			Ostatní typy pobytu / <i>Other types of stay</i>		
		celkem / <i>Total</i>	muži / <i>Males</i>	ženy / <i>Females</i>	celkem / <i>Total</i>	muži / <i>Males</i>	ženy / <i>Females</i>
Pákistán	469	283	226	57	186	125	61
Palestina	131	85	71	14	46	39	7
Panama	23	5	5	-	18	8	10
Paraguay	29	5	5	-	24	12	12
Peru	172	88	58	30	84	44	40
Pobřeží slonoviny	69	52	50	2	17	14	3
Polsko	18 877	10 932	3 311	7 621	7 945	5 800	2 145
Portugalsko	191	41	32	9	150	108	42
Rakousko	3 125	1 180	846	334	1 945	1 613	332
Rumunsko	4 559	2 262	1 243	1 019	2 297	1 693	604
Rusko	30 618	13 800	6 239	7 561	16 818	7 817	9 001
Rwanda	2	1	1	-	1	1	-
Řecko	900	651	442	209	249	192	57
Salvador	14	3	2	1	11	8	3
San Marino	1	1	1	-	-	-	-
Saúdská Arábie	43	19	19	-	24	19	5
Senegal	55	41	39	2	14	13	1
Seychely	2	1	-	1	1	1	-
Sierra Leone	17	7	4	3	10	9	1
Singapur	25	5	1	4	20	13	7
Slovensko	78 617	29 709	14 354	15 355	48 908	28 858	20 050
Slovinsko	285	155	106	49	130	79	51
Somálsko	33	22	10	12	11	5	6
Spojené arabské emiráty	6	3	3	-	3	3	-
Spojené království	4 754	1 327	1 123	204	3 427	2 565	862
Spojené státy	6 188	2 786	1 847	939	3 402	1 927	1 475
Srbsko	2 064	1 494	993	501	570	405	165
Srbsko a Černá Hora	1 718	1 505	1 058	447	213	150	63
Srí Lanka	91	46	32	14	45	29	16
Súdán	70	42	35	7	28	25	3
Surinam	1	1	1	-	-	-	-
Svatá Lucie	2	2	1	1	-	-	-
Svatý Tomáš	1	1	1	-	-	-	-
Svatý Vincenc a Grenadiny	1	-	-	-	1	1	-
Sýrie	547	387	287	100	160	102	58
Španělsko	713	202	132	70	511	347	164
Švédsko	602	283	171	112	319	221	98
Švýcarsko	538	292	184	108	246	182	64
Tádžikistán	120	48	24	24	72	63	9
Tanzánie	17	13	9	4	4	3	1
Thajsko	634	106	11	95	528	38	490
Tchaj-wan	324	19	3	16	305	147	158
Togo	14	10	6	4	4	3	1
Tonga	3	3	1	2	-	-	-
Trinidad a Tobago	5	1	1	-	4	2	2
Tunisko	608	385	360	25	223	202	21
Turecko	1 252	502	395	107	750	519	231
Turkmenistán	39	15	2	13	24	11	13
Uganda	20	8	3	5	12	7	5
Ukrajina	117 104	47 659	23 845	23 814	69 445	42 533	26 912
Uruguay	15	9	5	4	6	3	3
Uzbekistán	1 607	207	101	106	1 400	1 139	261
Vanuatu	1	-	-	-	1	-	1
Venezuela	80	38	17	21	42	23	19
Vietnam	58 015	36 863	20 701	16 162	21 152	12 961	8 191
Zambie	40	17	14	3	23	11	12
Zimbabwe	17	5	4	1	12	5	7
Bez státního občanství + Nejistěno	688	610	371	239	78	44	34

Zdroj : [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/DA004ECD2A/\\$File/c01t01.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/DA004ECD2A/$File/c01t01.pdf)

Příloha 5 Polostrukturovaný rozhovor

Komunikace a rodina :

- Souhlasíte se zveřejněním tohoto rozhovoru v mé bakalářské práci?
- Jak si přejete být během rozhovoru osloven/a/?
- Jaký jazyk používáte při běžné komunikaci?
- Hovoříte ještě jiným světovým jazyk?
- Ovládáte základy českého jazyka?
- Chcete se naučit český jazyk?
- Přejete si využít služeb tlumočnicka?
- Vyhovuje Vám vést rozhovor u jídelního stolu na Vašem pokoji?
- Představuje pro Vás používání ústních roušek určitou komunikační bariéru?
- Jak dlouho žijete v České republice?
- Proč jste si vybral právě Českou republiku?
- Byl/a/ jste seznámen/a/ s právy pacientů ve Vašem rodném jazyce?
- Byl/a/ jste seznámen/a/ se skutečností, že Váš pokoj je monitorován kamerovým systémem?
- Působí Vám přítomnost monitorovacího zařízení ve Vašem pokoji nějaké potíže?
- Máte rodinu, děti?
- Je Vaše rodina také na území České republiky?
- Kdo v současné době zajišťuje péči o Vaši rodinu?
- Pobýváte Vy a Vaše rodina na území České republiky legálně?
- Představuje pro Vás pobyt na našem území pocit ochrany a bezpečí?
- Způsobila Vám nebo Vaší rodině nynější hospitalizace nějaké rodinné, sociální nebo ekonomické problémy?
- Byly Vám nabídnuty služby sociálních pracovníků v řešení Vaší sociální situace?
- Požádal by jste v případě potřeby o tyto služby sám?
- Máte v současné době kontakt s rodinou?
- Navštěvuje Vás rodina na izolační jednotce?

- Byl/a/ jste Vy i Vaše rodina poučen/a/ o způsobu chování a dodržování hygienických zásad během návštěvy?
- Využíváte pro kontakt s rodinou telefonu u lůžka?
- Využil/a/ jste služeb místního videotelefonu pro kontakt s rodinou?
- Máte prostředky k tomu, aby jste mohl/a/ být i nadále v kontaktu s rodinou?
- Jak na Vás působí kontakt s rodinou během návštěvy za dodržování přísných hygienicko-epidemiologických a pod dohledem kamerového systému?
- Pocítil/a/ jste vzhledem k Vašemu infekčnímu onemocnění chladnější vztahy s Vaší rodinou?
- Má Vaše rodina strach z možné nákazy?

Strava :

- Jaké je Vaše nejoblíbenější jídlo?
- Existuje jídlo, které nemáte rád/a/ nebo Vám ho vaše kultura zakazuje?
- Byl/a/ jste zvyklý/á/ jíst pravidelně?
- Jste spokojen/a/ se zdejší nemocniční stravou?
- Je Vám nabízen výběr ze tří druhů jídel?
- Vyhovuje Vám tato možnost výběru ze tří druhů jídel?
- Najdete si ve výběru alespoň jedno jídlo, které Vám vyhovuje?
- Chybí v naší stravě složky potravy, které jsou pro Vás důležité?
- Byly Vám ošetřujícím personálem nabídnuty možné přídavky stravy?
- Uvítal/a/ by jste, aby Vám domácí stravu mohl přinášet někdo z rodiny podle chuti?
- Zeptal se Vás někdo z personálu na výše uvedené otázky týkající se stravy?
- Vyhovuje Vám časové rozvržení podávání stravy?
- Vyhovuje Vám podávání a servírování stravy?
- Používáte příbor nebo jste zvyklý/á/ jíst jiným způsobem?
- Kolik tekutin denně vypijete?
- Dáváte přednost sladkému čaji, hořkému čaji, ovocné šťávě nebo vodě?
- Hraje teplota tekutin pro Vás nějakou roli?

Spánek, odpočinek,hygiena

- Vyhovuje Vám teplota ve vašem pokoji?
- Nezpůsobuje Vám podtlaková klimatizace nějaké obtíže?
- Jak na Vás působí fakt, že je zakázáno otevírat okna a větrat?
- Jak na Vás působí šedá barva na vašem pokoji?
- Byl/a/ by jste raději, kdy byl pokoj barevný?
- Je pro Vás přítomnost televizoru na pokoji důležitá?
- Uvítal/a/ by jste nějaké jiné vybavení pokoje, které by Vám pobyt zpříjemnilo?
- Preferujete raději koupel nebo sprchu?
- Jste zvyklý/á/ provádět koupel/sprchu ráno nebo večer?
- Respektuje ošetrovatelský personál Vaše soukromí během hygieny?
- Byly Vám v případě nedostatku hygienických či toaletních potřeb tyto pomůcky nabídnuty?
- Požádal/a/ by jste o tyto hygienické prostředky ošetřující personál sám/a/?
- V kolik hodin ráno obvykle vstáváte?
- Narušuje chod oddělení Váš spánek?
- Spíte klidně celou noc?
- Užíváte nebo jste užíval/a/ nějaké léky na spaní?
- Jste zvyklý/á/ dodržovat před spaním nějaké rituály?
- Toleruje a vytváří ošetřující personál podmínky, které Vám umožní vykonávání těchto rituálů?

Náboženství :

- Chcete o tomto tématu hovořit?
- Vyznáváte nějaké náboženství?
- Bylo Vám umožněno praktikovat rituály spojené s Vaším náboženstvím i v tomto nemocničním zařízení?
- Je pro Vás víra ve Vašem životě důležitá?
- V čem spatřujete podstatu Vašeho života?

- Jaké hodnoty jsou pro Vás ve Vašem životě nejdůležitější?
- Ovlivnila tyto hodnoty Vaše hospitalizace na izolační jednotce?

Zdraví a nemoc :

- Byl/a/ jste již někdy hospitalizován/a/ v nemocnici?
- Jaké vzpomínky a pocity ve Vás tato hospitalizace zanechala?
- Jste pojištěný/á/?
- Pokud nejste pojištěný/á/, byla Vám tato skutečnost ošetřujícím personálem vytýkána a připomínána?
- Jaké skutečnosti Vás vedly k tomu, že nejste pojištěný?
- Uvítal by jste v této problematice pomocnou ruku sociálních pracovníků?
- Máte ve své rodině oporu během Vaší nemoci?
- Jste zvyklý/á/ pečovat o své zdraví?
- Sportujete?
- Kouříte?
- Jak tolerujete pobyt na izolační jednotce?
- Je pro Vás pobyt na izolační jednotce stresujícím obdobím?
- Jak jinak by jste zde pobyt charakterizoval?
- Co by podle Vás mohlo pobyt na izolační jednotce zlepšit, aby se stal méně stresujícím?

Zdroj : vlastní

Příloha 6 Etnikum, národ, kultura, kulturní šok, rasa

Etnikum jako slovní výraz pochází z antické řečtiny. Tento výraz představuje kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Skupina lidí mající obvykle společný jazyk a sdílející společnou historii.

Národ je vědomé a osobité kulturní a politické společenství. Největší vliv na jeho utváření má společné území a společné dějiny. Národy jsou identifikovány třemi kritérii. Prvním je kulturní kritérium, které představuje spisovný jazyk, společné náboženství nebo společné dějinné zkušenosti. Druhým kritériem je kritérium politické existence, kdy mají národy buď vlastní stát nebo autonomní postavení ve federativním nebo mnohonárodnostním státě. Posledním je kritérium psychologické, kdy jednotlivci sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu.

Kultura představuje celek zahrnující etické a náboženské systémy a hodnoty, poznání, umění, právní předpisy, zvyky a schopnosti, které si během socializace osvojil jedinec jako příslušník společnosti. Tvoří názory a určitá přesvědčení, které se předávají z generace na generaci. Nositeli těchto názorů a přesvědčení jsou konkrétní lidé. Sama kultura zásadním způsobem ovlivňuje myšlení a chování lidí. Z tohoto důvodu je nutno akceptovat ji v souvislosti s poskytovanou zdravotnickou péčí.

Kulturní šok - je psychická reakce, kterou prožívá člověk přemístěný do prostředí s velmi odlišnou kulturou od jeho vlastní nebo kulturou na kterou je zvyklý. V této situaci dochází ke ztrátě efektivnosti jeho předcházejícího způsobu chování. Podle Obergera probíhá kulturní šok ve čtyřech fázích :

1. fáze – *fascinace novými lidmi a novou kulturou.*

2. fáze – *krize.* Objevují se postupně první problémy, které se postupně prohlubují.

Nejčastěji jsou tyto problémy spojeny s komunikací, včleněním se do sociálních vazeb, odlišností kultury, tradic a zvyků. Až po zvládnutí této druhé fáze je jedinec schopen poznávat novou kulturu.

3. fáze - *poznání.* Tato fáze souvisí s učením. S učením komunikovat, učit se pravidla jiné kultury.

4. fáze – *přizpůsobení se*. V této fázi je jedinec již schopen těšit se z nové kultury a vážit si nejen jí, ale i lidí žijících v jeho novém okolí.

Rasa – termín používaný především v souvislosti s biologií člověka a to především ve fyzické antropologii. Vzhledem k anatomickým odlišnostem jako je barva kůže, vlasů, očí, výška a tělesné proporce jedince, tvar lebky a obličeje bylo zavedeno určité třídění lidstva – rasová taxonomie. V současnosti jsou diferencovány tři základní antropologické skupiny.

1. skupina je plemeno *euroasijské* (europoidní)

2. skupina je plemeno *asijsko-americké* (mongoloidní)

3. skupina je plemeno *ekvatoriální* (negroidní)

V současné době je nejpočetněji zastoupena rasa mongoloidní, která je následována europoidní. Nejméně početně zastoupena je rasa negroidní (39, 45, 9).