

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Připravenost nelékařského zdravotnického personálu na poskytování
multikulturní péče

Bc. Marcela Filipová

Diplomová práce
2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Marcela Filipová
Osobní číslo: Z16266
Studijní program: N5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Perioperační péče v gynekologii a porodnictví
Název tématu: Přípravenost nelékařského zdravotnického personálu na poskytování multikulturní péče
Zadávající katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČENĚK, Jiří, Josef SMOLÍK a Zdeňka VYKOUKALOVÁ. Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5414-7.
2. HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace : manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
4. PRŮCHA, Jan. Interkulturní komunikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.
5. PRŮCHA, Jan. Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-709-1.
6. TÓTHOVÁ, Valérie. Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Zuzana Škorničková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 2. května 2019

.....
Marcela Filipová

PODĚKOVÁNÍ

Na prvním místě bych chtěla poděkovat Mgr. Zuzaně Škorníčkové za cenné rady, připomínky a strávený čas při vedení mé diplomové práce. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat rodině a známým za podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Práce se zabývá připraveností nelékařského zdravotnického personálu na poskytování multikulturní péče. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy týkající se dané problematiky. Dále jsou v teoretické části popsána specifika při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin (muslimové, Romové, Vietnamci). Průzkumná část práce byla realizována pomocí kvantitativního průzkumného šetření za použití dotazníků. Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zmapování subjektivní připravenosti nelékařského zdravotnického personálu na poskytování multikulturní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení. Jako praktický výstup práce byl vytvořen edukační materiál ve formě informační brožury určené pro zdravotnický personál.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kultura, multikulturní ošetrovatelství, transkulturní ošetrovatelství, muslimové, Romové, Vietnamci

TITTLE

Preparedness of non-medical healthcare personnel to provide multicultural care

ANNOTATION

This thesis is dealing with readiness of non-medical staff and their provision to multicultural care. The theoretical part describes and explains basic terms relating to fixed issues. Next, there are descriptions of particularities in multicultural care provisions to minorities as Muslims, Gypsies and Vietnamese. The research has been put into practice by quantitative, research survey via questionnaires. The main aim of this research was mapping readiness of non-medical staff and their provision to multicultural care in chosen medical facility. The practical result of this work is a study booklet which has been made for medical staff.

KEYWORDS

cultural, multicultural, care, nursing care, transcultural, Muslims, Gypsies, Vietnamese

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce	13
2 Teoretická část	14
2.1 Multikulturalita, multikulturalismus, multikulturní společnost	14
2.2 Etnikum.....	14
2.3 Kultura	15
2.4 Akulturace a akulturační proces	15
2.5 Asimilace a integrace.....	16
2.6 Enkulturační proces	16
2.7 Stereotypy, předsudky, etnofaulismy.....	16
2.8 Kulturní šok	17
3 Transkulturní ošetrovatelství	18
3.1 Definice oboru ošetrovatelství.....	18
3.2 Multikulturní a transkulturní ošetrovatelství	18
4 Kurikulum vzdělávání NLZP v multikulturním ošetrovatelství	20
4.1 Minoritní skupiny na území České republiky	20
4.2 Multikulturní vzdělávání.....	20
5 Specifika multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minorit	23
5.1 Islám.....	23
5.1.1 Muslimská víra	23
5.1.2 Pět pilířů islámu	23
5.1.3 Modlení v muslimské víře	24
5.1.4 Rituální omývání v muslimské víře	25
5.1.5 Islámské právo v muslimské víře.....	25
5.1.6 Stravování v muslimské víře.....	26
5.1.7 Komunikace a islámská víra	28
5.1.8 Specifika při poskytování zdravotnické péče	28
5.1.9 Umírání a smrt v muslimské víře.....	30

5.2	Romové.....	32
5.2.1	Historie a současnost romského etnika na našem území	32
5.2.2	Hodnotový systém Romů.....	33
5.2.3	Stravování romského etnika.....	34
5.2.4	Zdraví romského etnika	34
5.2.5	Specifika při poskytování ošetrovatelské péče	34
5.3	Vietnamci.....	36
5.3.1	Vietnamská komunita na území České republiky.....	36
5.3.2	Hodnotový systém Vietnamců.....	36
5.3.3	Stravování ve vietnamské kultuře.....	37
5.3.4	Komunikace s Vietnamci.....	38
5.3.5	Specifika při poskytování zdravotnické péče	39
6	Průzkumná část	41
7	Průzkumné otázky.....	41
8	Metodika průzkumného šetření.....	42
8.1	Průběh průzkumu.....	42
8.2	Průzkumný nástroj	43
8.3	Charakteristika zkoumaného souboru.....	44
8.4	Analýza dat	47
9	Interpretace výsledků průzkumného šetření	48
9.1	Vyhodnocení úrovně znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin	70
10	Diskuze	76
11	Závěr	83
12	Použitá literatura	85
13	Přílohy.....	91

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Graf začlenění problematiky multikulturní ošetrovatelské péče do studia NLZP	48
Obrázek 2 – Graf začlenění samostatného předmětu věnujícího se multikulturní ošetrovatelské péči do studia NLZP	49
Obrázek 3 – Graf využití znalostí a dovedností z předmětu zabývající se multikulturní ošetrovatelskou péčí v praxi NLZP.....	50
Obrázek 4 – Graf frekvence péče NLZP o pacienta z minoritní skupiny.....	51
Obrázek 5 – Graf četnosti modlení muslimů... ..	54
Obrázek 6 – Graf specifík modlení muslimů... ..	55
Obrázek 7 – Graf vnímání pohlazení dítěte po hlavě.....	57
Obrázek 8 – Graf nejrozšířenějšího náboženství ve Vietnamu.....	58
Obrázek 9 – Graf vyjádření úsměvu jako neporozumění či jako omluvy	59
Obrázek 10 – Graf hodnotového systému	60
Obrázek 11 – Graf výraznějšího projevu na fyzickou bolest.....	61
Obrázek 12 – Graf délky dodržování léčebného režimu... ..	62
Obrázek 13 – Graf umožnění dalšího vzdělávání NLZP v oblasti multikulturního ošetrovatelství ze strany zaměstnavatele	63
Obrázek 14 – Graf zájmu NLZP o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství...65	
Obrázek 15 – Graf využití informovaných souhlasů v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů... ..	66
Obrázek 16 – Graf využití záznamů ošetrovatelské anamnézy v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů.....	67
Obrázek 17 – Graf využití alternativních způsobů komunikace s klienty z minoritních skupin na pracovištích respondentů.....	68
Obrázek 18 – Krabicový graf správných odpovědí	70
Obrázek 19 – Vícenásobný krabicový graf výsledků znalostní části dotazníků.....	74
Obrázek 20 – Hodnocení výsledků v bodových intervalech.....	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů	44
Tabulka 2 – Věk respondentů	44
Tabulka 3 – Počet let odborné praxe respondentů	45
Tabulka 4 – Oddělení nemocnice	45
Tabulka 5 – Pracovní pozice respondentů... ..	46
Tabulka 6 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů... ..	47
Tabulka 7 – Minoritní skupiny, se kterými se nejčastěji setkává NLZP	52
Tabulka 8 – Definice pojmu kulturní šok... ..	53
Tabulka 9 – Stravování muslimů... ..	56
Tabulka 10 – Vyjádření NLZP k důvodu neumožnění vzdělávání v problematice multikulturního ošetrovatelství ze strany zaměstnavatele	64
Tabulka 11 – Alternativní způsoby komunikace s pacienty z minoritních skupin na pracovištích NLZP	69
Tabulka 12 – Úspěšnost respondentů v dotazníkovém šetření	71
Tabulka 13 – Průměr správných odpovědí dle délky praxe respondentů.....	71
Tabulka 14 – Výsledky dotazníků respondentů se středoškolským vzděláním	72
Tabulka 15 – Výsledky dotazníků respondentů s vyšším odborným vzděláním.....	72
Tabulka 16 – Výsledky dotazníků respondentů s vysokoškolským vzděláním bakalářského stupně	73
Tabulka 17 – Výsledky dotazníků respondentů s vysokoškolským vzděláním magisterského stupně	73
Tabulka 18 – Výsledky dotazníků respondentů se specializačním vzděláním.....	74

SEZNAM ZKRATEK

apod. – a podobně

ARO – anesteziologicko - resuscitační oddělení

Bc. – bakalář (bakalářský akademický titul)

ČSU – Český statistický úřad

ČR – Česká republika

ETNA - European Transcultural Nurses Association, Evropská transkulturní asociace sester

GIT – gastrointestinální trakt

i.m. – intramuskulární podání (nitrosvalové)

i.v. – intravenózní podání (nitrožilní)

Mgr. – magistr (magisterský akademický titul)

NLZP - nelékařský zdravotnický personál

s.c. – subkutánní podání (podkožní)

RVP – Rámcový vzdělávací program

tzv. – takzvaný

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

UPT – umělé přerušování těhotenství

ÚVOD

Vlivem značného technického pokroku dnešní společnosti spojeného s migrací obyvatelstva se stále častěji setkáváme s prolínáním různých kultur a náboženství. Z mnoha evropských států včetně České republiky se postupem času stávají kulturně nehomogenní státy (Danics a kol., 2014, s. 305). V návaznosti na tento fakt se zdravotnický personál při výkonu své profese čím dál častěji setkává s pacientem jiného etnika, náboženské, rasové či jazykové skupiny (Olišarová, 2017, s. 9). Poskytování multikulturní a transkulturní ošetrovatelské péče se tedy stává každodenní součástí práce nelékařských zdravotnických pracovníků.

Motivací k výběru daného tématu diplomové práce byla volba v současnosti velmi diskutované problematiky, která byla ještě podpořena osobní zahraniční zkušeností, kde se přístup zdravotnického personálu k pacientům jiného etnika a taktéž jejich připravenost na poskytování multikulturní péče velmi lišila od mých dosavadních zkušeností z praxe v České republice.

Předkládaná diplomová práce se skládá z teoretické a průzkumné části. Teoretická část obsahuje popis hlavních pojmů týkající se dané problematiky. Dále byla rozpracována kulturní specifika vybraných minoritních skupin. Muslimské, vietnamské a romské etnikum bylo vybráno na základě velkého zastoupení na našem území a výrazné kulturní odlišnosti od většinové společnosti. Průzkumná část práce se odehrávala v daném zdravotnickém zařízení Jihočeského kraje a byla realizována pomocí dotazníkového šetření. Cílem bylo zmapovat připravenost nelékařského zdravotnického personálu na poskytování multikulturní péče.

1 CÍLE PRÁCE

Cíl pro teoretickou část práce

Vytvořit teoretický přehled zabývající se problematikou multikulturní ošetrovatelské péče a charakterizovat specifika u vybraných minoritních skupin (Romové, Vietnamci, muslimové).

Cíle pro průzkumnou část práce

Zmapovat subjektivní připravenost NLZP na poskytování multikulturní péče. Dílčím cílem práce bylo zmapovat práci NLZP s ošetrovatelskou dokumentací u klientů z minoritních skupin a vytvořit edukační materiál zabývající se specifiky vybraných minoritních skupin sloužící potřebám NLZP, kteří poskytují multikulturní ošetrovatelskou péči.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Multikulturalita, multikulturalismus, multikulturní společnost

Multikulturalita je fenoménem dnešní doby a úzce souvisí s globalizací dnešního světa. Cílem multikulturality je soužití různých národů a národností ve vzájemné harmonii a respektu vůči jiné kultuře a národnosti. Z minulosti lidstva je zřejmé, že různé kultury se mohou při soužití vzájemně obohacovat (Kutnohorská, 2013, s. 14). Jak uvádí Preissová a kol. (2012, s. 36) lze pojem multikulturalismus vykládat v různých ohledech. Dle Eriksena (2008, s. 337) představuje multikulturalismus koexistenci etnických skupin, které se vzájemně od sebe odlišují nebo se odlišují od majoritní společnosti, za předpokladu vzájemné harmonie a uznání. Průcha (2001, s. 19) uvádí, že multikulturní společnost je společností multikulturální, v níž dochází ke vzájemnému respektu mezi etnickými, sociálními a náboženskými skupinami. Rozvoj multikulturalismu nastal ve druhé polovině 60. let v USA a Kanadě (Čeněk a kol., 2016, s. 59). Taktéž v západních zemích Evropy se v 60. letech 20. století začala řešit otázka multikulturalismu především ve spojitosti s proudem nové pracovní síly z neevropských zemí (Olišarová a kol., 2017, s. 5).

2.2 Etnikum

Slovo etnikum má svůj původ ve starověkém Řecku, kdy představovalo synonymum pro kmen či národ (Kutnohorská, 2013, s. 19–20). Z definice etnika vyplývá, že se jedná o skupinu lidí se společnou historií, jazykem, tradicemi, obyčejí a územím, které obývají (Čeněk a kol., 2016, s. 240). V této souvislosti je na místě také uvést pojem etnocentrismus, který je do jisté míry společný pro všechny etnické skupiny (Průcha, 2001, s. 18). Jak uvádí Čeněk a kol. (2016, s. 22), jedná se o smýšlení, že vlastní etnická skupina a kultura je nadřazena ostatním etnickým skupinám. Tento jev je do určitého stupně přirozený, souvisí se socializací a enkulturací. Dá se tedy označit jako umírněný etnocentrismus. Opakem umírněného etnocentrismu je etnocentrismus agresivní, který netoleruje odlišnosti jiných etnik a kultur (Kutnohorská, 2013, s. 1819). Komplexně se každé etnikum vyznačuje svou vlastní etnicitou, která se dá charakterizovat jako soubor vzájemně provázaných kulturních, rasových, jazykových, historických názorů a osudů dané etnické skupiny (Olišarová, 2017, s. 11).

2.3 Kultura

Slovo kultura původně ve starověku vycházelo z latinského slova cultura, což představovalo obdělávání půdy. Až v 16. století se tento pojem vžil pro označení různých lidských uměleckých aktivit. Tento pojem se úzce pojí s mnoha různými vědními disciplínami (např. antropologie, sociologie, ošetrovatelství, politologie, interkulturní psychologie) (Čeněk a kol., 2016, s. 29). Kultura představuje typické vzory, tradice, hodnoty, víru a také postupy v léčbě a v péči o nemocného jedince. Kultura určité skupiny je časově i prostorově stálá, naučená a neustále prochází změnami (Kutnohorská, 2013, s. 21–23). Pojem kultura vystihuje mnoho různých definic (Čeněk a kol., 2016, s. 30–31). Průcha (2007, s. 45) rozděluje pojetí kultury na širší a užší pojetí. Širší pojetí kultury obsahuje všechny věcné i duchovní produkty lidské společnosti (např. stavby, průmysl, umění, právo apod.). Užší pojetí kultury je spojeno s vyjádřením lidského chování – tradicemi, zvyklostmi, symboly, hodnotami, zkušenostmi apod. Kultura zastává v životě člověka několik důležitých funkcí, především se jedná o funkci integrační, socializační, výchovnou, vzdělávací a zábavní (Čeněk a kol., 2016, s. 38). V návaznosti na vysvětlení pojmu kultura je důležité taktéž vysvětlit pojem subkultura. Tento pojem je poměrně novodobý a označuje skupinu lidí, jejichž hodnoty a normy se liší od majoritní společnosti či kultury. V současnosti existuje velký počet různých subkultur, tudíž žádná kultura nevystupuje jako jednotný celek (Danics, 2014, s. 90–91). V případě některých subkulturních společností je potřeba detailnějšího studia jejich specifických norem a hodnot, jelikož se velmi odlišují od zvyků mainstreamové společnosti (Výrost a Slaměník, 2008, s. 58–59).

2.4 Akulturace a akulturační proces

Průcha (2010, s. 49) popisuje akulturaci jako socializační proces, který se odehrává při dlouhodobém působení dvou a více kultur vzájemně na sebe a při němž dochází ke kulturním změnám. Jedná se o proces, který zahrnuje sociální učení a současné poznávání typických znaků druhé kultury. Tyto charakteristické prvky se díky akulturaci předávají z generaci na generaci. Akulturace zahrnuje také začlenění jedince do kulturní společnosti. Akulturační proces lze popsat ve dvou fázích. První fází je volba a také odmítnutí určitých charakteristik z jiné kultury. Ve druhé fázi akulturačního procesu dochází k postupnému začleňování vybraných charakteristik. Ve druhé fázi taktéž velmi často dochází ke změnám a úpravám vybraných prvků jiné kultury (Kutnohorská, 2013, s. 28).

2.5 Asimilace a integrace

Jako asimilaci lze popsat proces, při kterém se typické znaky minoritní skupiny (jako například hodnoty, způsoby myšlení apod.) ztrácejí a jsou nahrazovány znaky majoritní skupiny. Prostor mezi akulturací a asimilací je velmi úzký a zařazení minoritní skupiny do většinové skupiny se zachováním vlastní kultury je velmi problematické. Integrací se rozumí vzájemné soužití dvou a více minoritních skupin za předpokladu zachování vlastních kulturních specifík a prvků kultury (Kutnohorská, 2013, s. 28–30). Dle Soukupa (2011, s. 231–232) je současnými politiky zemí Evropské unie navrhován přístup k uprchlíkům či imigrantům buď cestou kulturní asimilace, nebo kulturní integrace. Odborníci v oboru antropologie a sociologie spíše zaujmají konsenzus k podpoře multikulturní integrace. Taktéž Preissova a kol. (2012, s. 53) považuje integraci za nejlepší řešení současné multikulturní situace.

2.6 Enkulturation

Tento pojem je velmi blízký pojmu socializace a představuje nikdy nekončící proces včleňování lidského jedince do kulturní společnosti, přejímání a osvojování prvků dané kultury. Mezi prvky, které mají stěžejní vliv na průběh enkulturation, se řadí rodina, prostředí školy, skupiny vrstevníků a média. (Čeněk a kol., 2016, s. 49–50).

2.7 Stereotypy, předsudky, etnofaulismy

S výše uvedenými pojmy souvisí skutečnost, že v různých kulturách jsou různé situace chápány zcela jinak, lehce může dojít k nepochopení a nepochopení. Stereotypy, předsudky i etnofaulismy mají společný psychologický základ, jsou neměnné, těžko odstranitelné a přenášené transgeneračně (Průcha, 2001, s. 37). Pojem stereotyp a předsudek je některými autory chápán jako slovo stejného či velmi podobného významu, další autoři popisují předsudek jako stereotyp se záporným významem. Stereotypy jsou neměnné, jednotvárné a stabilní vzorce chování a myšlení, které jsou typické pro každou kulturní společnost. Velmi často mají záporný či diskriminační podtext, ale mohou být i pozitivní (Průcha, 2010, s. 63–64). Stereotypy lze rozdělit na autostereotypy a heterostereotypy. Autostereotypy se zabývají sdílenými představami o vlastní kultuře či národu. Heterostereotypy představují sdílené představy o příslušnících jiných kultur (Čeněk a kol., 2016, s. 200–201). Předsudek má negativní zabarvení a vyjadřuje negativní postoj (Kutnohorská, 2013, s. 32). V případě etnofaulismů se

jedná o netradiční jazykové výrazy, které určitý národ či kultura používá k označení druhého národa nebo kultury, např. označení Vietnamců jako „rákosníci“ (Průcha, 2010, s. 63–64).

2.8 Kulturní šok

Kulturní šok (anglicky culture shock) je antropology využíván k popisu pocitů stresu a dezorientace, které zažívají lidé, kteří přicházejí do nového kulturního prostředí. Kulturní šok je proces, který se odehrává v rámci týdnů až měsíců (dle míry přizpůsobení se změnám). Negativním dopadem kulturního šoku na lidskou psychiku může být i její posttraumatizace, která se může projevovat i psychosomatickými problémy. Jako první byl pojem kulturní šok použit v roce 1951 americkým kulturním antropologem Corem Du Boise (1903–1991), jehož rodiče se přestěhovali ze Švýcarska do Spojených států amerických a těžil tak ze svých osobních zkušeností. V roce 1954 na něj navázal kanadský kulturní antropolog Kalervo Oberg (1901–1973), který původně pocházel z Finska a taktéž vycházel z osobních zkušeností. K. Oberg v roce 1954 definoval pojem kulturní šok a popsal jej v jednotlivých fázích:

1. fáze „medových dnů“ (honeymoon), někdy také nazývána jako tzv. „turistická fáze“, kdy jedinec v nové kultuře prožívá pocity euforie, fascinace a nadšení,
2. fáze krize (crisis) je charakterizována jako náhlá změna nahlížení na novou kulturu doprovázena pocity frustrace, úzkosti a hněvu,
3. fáze zotavení (recovery), která představuje pevné odhodlání ke kulturnímu učení,
4. fáze přizpůsobení (adjustment), která souvisí s dosažením schopností žít v novém kulturním prostředí (Kudlová, 2006, s. 93–98).

I další výzkumníci se zabývali popisem kulturního šoku a jeho fází, např. v roce 1975 antropolog Peter Adler definoval pětifázový model kulturního šoku, dále pak australský profesor sociologické psychologie Ronald Taft uvedl popis kulturního šoku, který zahrnoval šest fází (Kutnohorská, 2013, s. 76–77). Ačkoliv je kulturní šok vnímán spíše negativně, jeho prožití může vést k pozitivnímu uvědomění nových životních cílů a životních hodnot (Kudlová, 2006, s. 93–98). Lidé, kteří se z nového kulturního prostředí vracejí zpět do své původní kulturní společnosti, prožívají tzv. zpětný kulturní šok (reentry šok), který je mnohem náročnější než původní kulturní šok (Kutnohorská, 2013, s. 88).

3 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

3.1 Definice oboru ošetřovatelství

Ošetřovatelství jako samostatná vědní disciplína se zabývá aktivním vyhledáváním a saturací biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného i zdravého jedince a to v průběhu péče o jeho zdraví. Cílem ošetřovatelství je udržení a podpora zdraví, navrácení zdraví. Dále si ošetřovatelství klade za cíl rozvíjení soběstačnosti, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a smrti (Plevová a kol., 2011, s. 60).

Koncepce a modely v ošetřovatelství vytvářejí teoretickou základnu oboru ošetřovatelství. V USA a Kanadě se již od 50. let 20. století vysokoškolsky vzdělané sestry podílely na tvorbě koncepcí a ošetřovatelských modelů. Mezi nejvýznamnějšími lze uvést Idu Jean Orlandovou, Ernestinu Wiedenbachovou, Hildegardu Peplauovou a mnohé další (Tóthová a Olišarová, 2017, s. 17–18).

3.2 Multikulturní a transkulturní ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství jako samostatná vědní disciplína se začalo formovat od 50. let 20. století. Mezi související vědecké disciplíny lze zařadit sociologii, kulturní antropologii, etnografii atd. (Olišarová, 2017, s. 9). Multikulturní ošetřovatelství a transkulturní ošetřovatelství jsou v odborné praxi velmi často považována za synonyma (Kutnohorská, 2013, s. 36), avšak ve výkladu těchto pojmů jsou drobné diskrepance. Multikulturní ošetřovatelství je založené na srovnávání typických charakteristických prvků různých kultur. Cílem je dosažení ošetřovatelské péče respektující osobnost a kulturní diverzitu jedince. Transkulturní ošetřovatelství je charakterizováno vzájemným přesahem mezi většinovou a menšinovou společnostmi. Je také definováno vzájemnou interakcí mezi majoritní a minoritní skupinou (Kutnohorská, 2013, s. 37). Tóthová a Olišarová (2017, s. 112) uvádějí, že pro potřeby moderního ošetřovatelství je vhodné používat pojem transkulturní ošetřovatelství. Užívání tohoto pojmu upřednostňují i hlavní představitelky transkulturního ošetřovatelství – M. Leininger, Newman Giger, Ruth Davidhizarová nebo Irena Papadopoulus. Transkulturní ošetřovatelství coby samostatnou vědní disciplínu reprezentují také mezinárodní organizace sloužící k rozvoji oboru transkulturního ošetřovatelství. Nejvíce známou je celosvětová organizace Společnost transkulturního ošetřovatelství (Transcultural Nursing Society), jejíž založení bylo iniciováno M. Leininger v r. 1973. V roce 1989 společnost začala publikovat

Časopis transkulturního ošetrovatelství (Journal of Transcultural Nursing). V roce 2005 byla v italském městě Modeně založena Evropská transkulturní společnost sester (European Transcultural Nurses Association – ETNA), která svým vznikem reagovala na vzrůstající migraci obyvatel a v současné době sdružuje 34 evropských i mimoevropských zemí (ETNA, 2019). Cílem této asociace je rozvoj vědního oboru transkulturní ošetrovatelství, provádění výzkumů a publikační činnosti v tomto oboru a organizace mezinárodních odborných konferencí (Plevová, 2011, s. 136). Funkci prezidentky asociace ETNA v současné době zastává profesorka Irena Papadopoulus z Velké Británie. Zástupkyní pro Českou republiku je prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (ETNA, 2019).

4 KURIKULUM VZDĚLÁVÁNÍ NLZP V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

4.1 Minoritní skupiny na území České republiky

Na našem území docházelo k soužití majoritní společnosti s minoritními společnostmi již v minulosti. Po několik desetiletí (od založení Československé republiky v roce 1918 až do roku 1993, kdy došlo ke vzniku samostatné České a Slovenské republiky) na našem území žily společně dva slovanské národy – Češi a Slováci společně s několika menšinami. Mezi tyto minoritní společnosti patřila německá, německo-židovská, polská, rumunská, maďarská a romská menšina. Zásadní změnou ve složení menšinových společností byl konec 2. světové války, kdy naše území bylo nuceno opustit více jak 2,5 milionů Němců a zároveň sem přicházeli přistěhovalci zejména z Řecka, Rumunska, Maďarska a z USA. Dalším významným milníkem ve složení obyvatelstva na našem území byl rok 1989 spojený s pádem komunismu. Po roce 1989 na naše území proudili imigranti zejména z postkomunistických zemí, z Balkánu, z Asie a zemí Islámu. Cizinci do České republiky přicházejí především za prací a v této souvislosti je patrné, že průměrným věkem cizinců v České republice je 35 let. Nejvyšší počet cizinců je v hlavním městě Praze. Po roce 1990 se Česká republika stala současně zemí tranzitní i cílovou (Kutnohorská, 2013, s. 16, s. 107). V současnosti Českou republiku osidluje několik národnostních menšin – ve Slezsku a na severní Moravě při hranici s Polskem se jedná o polskou minoritu, v pohraničí pak slovenská a německá minoritní skupina. Mimo tyto lokality lze samozřejmě příslušníky výše zmiňovaných minorit nalézt v jiných částech České republiky (Kutnohorská, 2013, s. 16). Ze sociologických výzkumů prováděných v České republice vyplývá, že většina Čechů považuje migraci z hlediska ekonomického a kulturního za nepřínosnou a převládají spíše její záporné fenomény, např. pracovní konkurence. Češi zauímají různé postoje a mají různé předsudky k minoritním skupinám žijícím na našem území, např. k Romům zauímáme víceméně negativní postoj, Ukrajince český národ považuje za pracovní imigranty, neutrální postoj zauímáme vůči Slovákům, Polákům, Němcům, Rusům a Vietnamcům (Maříková a kol., 2010, s. 221–222, s. 224).

4.2 Multikulturní vzdělávání

V současné době se uplatňuje začlenění multikulturní výchovy do systému vzdělávání v různých typech českých škol. Žáci a studenti se v rámci tohoto předmětu učí porozumění a respektu k cizí kulturám a zároveň získávají informace o své vlastní kultuře - tzv. intrakulturní

výchova. Výuka transkulturní výchovy je na českých základních školách realizována pomocí průřezového tématu Multikulturní výchova, který je zahrnut v základním vzdělávacím kurikulu - Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (Marádová, 2006, s. 35; Preissová a kol., 2012, s. 79). Žáci získávají v rámci výuky multikulturní, intrakulturní a interkulturní kompetence. V současné době se multikulturní výchova jeví jako nejlepší možná varianta k potírání rasismu, xenofobie a předsudků k jiným etnickým a náboženským skupinám (Preissová a kol., 2012, s. 70). Znalosti a vědomosti o odlišných etnicitách jsou důležité a v souvislosti s globalizací využitelné v praxi např. pro zdravotníky, pedagogy, policisty, diplomaty atd. (Čeněk a kol., 2016, s. 63). Je na místě, aby zdravotničtí pracovníci byli připraveni na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče jedincům z odlišných náboženských, etnických a rasových skupin a vyhnuli se tak možným konfliktům a problémům, které mohou vzniknout při nerespektování kulturních odlišností. Z tohoto důvodu je v systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků zařazena příprava na poskytování multikulturní ošetrovatelské péče (Olišarová, 2017, s. 9). Příprava na poskytování transkulturní péče je zahrnuta jednak v rámci pregraduálního vzdělávání a taktéž by měla být zařazena i v celoživotním vzdělávání ošetrovatelského personálu (Plevová a kol., 2011, s. 132). Výuka multikulturního/transkulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách je podmíněna Rámcovým vzdělávacím programem (RVP) pro obor vzdělání Praktická sestra/Zdravotnický asistent. V souladu s RVP a platnou legislativou je středními zdravotnickými školami vytvářen Školní vzdělávací program, v jehož rámci se žáci seznamují s kulturními a náboženskými odlišnostmi a s poskytováním transkulturní/multikulturní ošetrovatelské péče (Česko, 2018). Počátkem začlenění studia a výzkumu v oboru multikulturního ošetrovatelství do systému vysokoškolského vzdělávání v České republice byl rok 2002, kdy se Ministerstvo zdravotnictví České republiky zasadilo o začlenění této problematiky do studijních materiálů u studentů nelékařských zdravotnických oborů (Kutnohorská, 2013, s. 9). Na základě toho se problematika multikulturního/transkulturního ošetrovatelství začlenila do standardních studijních plánů v akreditovaných oborech zdravotnických a sociálních fakult v podobě samostatného studijního předmětu nebo jako součást jiného předmětu. Pokud je vzdělávání v multikulturní/transkulturní péči organizováno ve formě samostatného studijního předmětu je pracovištěm, které výuku daného předmětu zajišťuje, uváděn obvykle rozsah výuky, způsob ukončení, kreditové ohodnocení předmětu, cíl a učební výstupy předmětu, požadavky na studenta, přehled probíraného učiva, doporučené studijní prameny a garant předmětu (Ludwig, 2016). Lze konstatovat, že studium a výzkum

v multikulturním a transkulturním ošetrovatelství je neustále se vyvíjející proces, jelikož i kultura se neustále vyvíjí (Kutnohorská, 2013, s. 9).

5 SPECIFIKA MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U VYBRANÝCH MINORIT

5.1 Islám

Dle současného demografického vývoje je patrné, že zejména do západních zemí Evropské unie se stěhuje stále více jedinců muslimského vyznání. I v České republice žijí muslimové, mimo jiné se s nimi zdravotnický personál setkává při poskytování lékařské, ošetrovatelské péče a zejména lázeňské péče (Kutnohorská, 2013, s. 93). Avšak znalost a orientace v islámu je v České republice v porovnání se státy západní Evropy stále na velmi nízké úrovni a velmi často je přebírána pouze z médií, což může vést ke zkresleným informacím (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 9).

5.1.1 Muslimská víra

Islám je třetí nejmladší (po židovství a křesťanství) monoteistické náboženství (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 11). Pojem islám znamená odevzdání se bohovi Alláhovi (Ostřanský, 2014, s. 20). Ústředním dokumentem islámu je Korán. Toto slovo Boží dle víry předal Bůh Alláh v sedmém století proroku Muhammedovi (Kutnohorská, 2013, s. 94–95). Prorok Muhammad je ústřední postavou a ideálem muslimské víry. Narodil se v roce 570 ve městě Mekka, v šesti letech osířel. Byl negramotný, nemohl tedy upravovat křesťanské či židovské dokumenty a veškeré jeho učení tedy přecházelo skrze něj přímo od Boha. Poté, co Muhammad ovdověl a v čele Mekky stanul jeho odpůrce, byl Muhammad se svými věrnými nucen odejít z Mekky a usadil se ve městě Medíně. Během svého života Muhammad nevykonal žádné zázraky (na rozdíl např. v křesťanství Ježíš Kristus či v judaismu Mojžíš) (Kopecký a Bahbouh, 2014, s. 29–35).

Věřící v islámské náboženství se nazývají muslimové. Islám je v současnosti jedno z celosvětově nejrozšířenějších náboženství. Dle výkladu Koránu se řídí veškerý soukromý i veřejný život muslima (Kutnohorská, 2013, s. 94–95).

5.1.2 Pět pilířů islámu

Hájek a Bahbouh (2016, s. 18) uvádí 5 základních povinností každého muslima ke vztahu k Bohu. Jedná se o šahádu, salát, zakát, sawm a hadžd.

- Šaháda (svědectví) představuje vyznání víry v Boha Alláha.
- Salát (modlitba) zahrnuje povinnost modlení muslima dle daných pravidel.
- Zakát představuje povinnost příspěvku muslima na obecně prospěšné akce.
- Sawn (půst) je povinnost dospělého fyzicky i psychicky zdravého muslima dodržování období půstu. Nejznámější je třicetidenní půst v měsíci ramadánu, kdy je muslimům od východu slunce do jeho západu zakázáno jíst, pít, kouřit, mít pohlavní styk a také roznášet klepy a vyvolávat hádky. Po západu slunce zákaz těchto činností končí.
- Hadžd (pouť do Mekky) je platná pro dospělého, psychicky i fyzicky zdatného jedince, který je finančně zajištěn na cestu. Pouť do Svaté mešity v Mekce trvá pět dní. Při pouti je nutné dodržet nošení poutního ošacení. Ten tvoří dva pruhy bílé látky a sandály, muži nemají pokrývku hlavy. Během poutní cesty je zakázáno holení, stříhání vlasů a nehtů, česání, provozování pohlavního styku, kouření, ženy se nesmějí líčit. Pouť do Mekky je taktéž zakázána menstruujícím, těhotným a kojícím ženám. Některé ženy z důvodu dlouhodobého plánování pouti do Mekky volí medikamentózní oddálení menzes, tak, aby mohly pouť absolvovat. Tato cesta je vlivem vysokých teplot, přímého slunečního záření a kumulace velkého počtu lidí a tudíž velkým rizikem přenosu infekčních onemocnění velmi fyzicky náročná.

Dále se ještě přidávají dva přídatné pilíře, a to tahára neboli rituální čistota před modlitbou a džihád. Tento pojem je zejména dnešními médii chybně prezentován jako boj muslimů za víru se zbraní v ruce, v původním slova smyslu se ale jedná o boj za víru prostřednictvím slova (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 18–23, 73).

5.1.3 Modlení v muslimské víře

Islám jako monoteistické náboženství je založen na víře v jednoho boha, tento princip se nazývá šaháda. Muslimové se modlí pětkrát denně, a to při východu slunce, v poledne, odpoledne a večer na osobním modlitebním koberečku či na čistém místě (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 18). Modlitba probíhá buď společně v kolektivu (především v pátek v poledne) nebo se modlí každý samostatně, modlíci je otočen tváří k Mekce. Při modlitbě jsou specifikovány jednotlivé pozice modlíciho a jejich pořadí za sebou (viz příloha A). Mekka je rodné město proroka Mohameda a nalézá se v západní části dnešní Saúdské Arábie. Modlitbě muslima předchází očista těla a děti se již o útlého věku učí od svých rodičů správný rituál modlení. Pokud je muslimský věřící psychicky zdravý a svéprávný, dosáhl-li věku vyšší než 13 let a netrpí-li závažnou

nemocí, má za povinnost pravidelné modlení. Muslimky se nesmějí modlit při menstruaci, při porodu a v šestinedělí (Kutnohorská, 2013, s. 96). V muslimských zemích k modlitbě vyzývá věřící v daném čase muezzin (správce mešity) z minaretu (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 19).

5.1.4 Rituální omývání v muslimské víře

Stejně jako pravidelné modlení je specifikem islámské víry taktéž očistné omývání, které je v Koránu bráno jako projev božství. Muslimové se rituálně omývají před každou modlitbou vodou. Pokud není k použití dostupná voda, lze dle Koránu použít k omývání i písek. Omývání lze rozdělit na tzv. velké a malé. Velké mytí zahrnuje očistu celého těla a následuje vždy po koitu, menstruaci, po porodu a ve výjimečné situaci (např. po přerušení půstu). Malé omývání těla slouží jako součást každodenní modlitby. Muslim si nejdříve začíná omývat ruce, poté ústa, nosní dírky, dále obličej, uši, předloktí. Rituální mytí ukončuje očista hlavy a chodidel (viz Příloha B). Na projevy modlení a rituálního omývání by měl být nelékařský zdravotnický personál připraven s respektem, aby mohl pacientovi muslimského vyznání tyto pro něj běžné aktivity zajistit také při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Při plánování výkonů by měl zdravotnický personál brát v úvahu taktéž existenci tzv. šťastných a nešťastných dnů, jimž muslimové přikládají velkou váhu a toto s nimi pokud možno konzultovat (Kutnohorská, 2013, s. 97–98).

5.1.5 Islámské právo v muslimské víře

Islámská víra se úzce pojí s islámským právem. Je všeobecně známé, že ženy věřící v islám, nesmějí na veřejnosti chodit prostovlasé, mít odhalené paže a nohy, nosit kalhoty. Velká část muslimek je oblečena v tzv. čádoru (abája), který zahaluje celé tělo kromě oblasti očí. Svobodomyšlnější ženy se odívají tak, že si zahalují pouze vlasy. Dále je muslimkám v rámci islámského práva zakázáno mít pohlavní styk před uzavřením sňatku, uzavřít manželství s nemuslimem, nesmějí nosit paruku a provozovat magii či věštění budoucnosti. Muži-muslimové mají islámským právem zakázány homosexuální vztahy, nošení dámského oblečení a zlata nebo se oblékat do hedvábí. Dále by se měli muslimové-muži vyvarovat tvorbě soch a portrétů, hraní na hudební nástroje, provozování hazardu, půjčováním peněz s vidinou vlastního zisku a poskytování úvěrů či pojištění. Společné pro muže i ženy je striktní vyhýbání se následujících činností: dehonestace islámu, zřeknutí se víry v islám, rouhání, mimomanželský pohlavní styk, křivé svědectví, krádeže, podvody a loupeže, nošení kříže a konzumace vepřového masa (Kutnohorská, 2013, s. 98–99). Muslimové věří, že nejvyšší dar

od boha Alláha je lidský rozum. Z důvodu neovlivňování rozumu jinými látkami je muslimům zakázána konzumace alkoholu, drog a jiných látek ovlivňující kognitivní funkce. Dalším darem od boha je tělesný vzhled, který by muslimové neměli upravovat (měli by se tedy vyhnout tetování, piercingům, plastickým operacím s výjimkou zákroku ze zdravotní indikace) (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 27).

5.1.6 Stravování v muslimské víře

Pro muslimy je otázka stravování, jídla a pohostinnosti velice důležitá. Pokud muslimskou rodinu navštíví návštěva, má být pohoštěna kdykoliv během dne i noci a odmítnutí tohoto pohoštění je bráno jako urážka. Společné stolování je pro muslimy velmi důležité a často při hospitalizaci příbuzného trvají na vlastním připravování pokrmů. Muslimové mají zakázáno konzumovat alkoholické nápoje, pokrmy připravované na alkoholu a vepřové maso. Dále by se měli zdržet požívání zvířat, která nebyla rituálně zabita a pošla sama. Zakázána je konzumace krve zvířat a maso zvířat, která jsou obětována jinému božstvu, dále maso zdomácnělých oslů, dravé zvíře se špičáky a maso dravých ptáků s pařáty (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 71). Muslimové mohou jíst všechny druhy ryb se šupinami a dále např. humry a garnáty (Špirudová, 2004, s. 79). Zvíře má být dle příkazů Koránu zabito způsobem halál, což znamená protěti obou karotid a trachey najednou. Pokud je muslimovi naordinována dieta může ji z důvodu víry porušovat v následujících případech:

- pokud potraviny pomáhají jedinci k uzdravení,
- pokud muslim nepozoruje vztah mezi nevhodnou stravou a onemocněním,
- pokud je pozván muslim na návštěvu a je servírován pokrm, který neodpovídá zásadám diety, nemůže jej muslim ze zdvořilosti odmítnout (Špirudová, 2004, s. 79).

Nejvíce známým specifickým pro muslimy ve stravování je dodržení půstu v měsíci ramadánu, který jim nařizuje Alláh skrze Korán. Ramadán je devátým měsícem v muslimském kalendáři, při němž by se měl každý muslim soustředit na vyznání své víry a oprostit se od běžných problémů. Měsíc ramadán je pohyblivým měsícem a probíhá postupně ve všech ročních obdobích. Při ramadánu se muslimové po dobu od východu slunce do jeho západu vzdávají konzumace jídla a pití, kouření a pohlavního styku. Pokud se muslim nechtěně během této doby dopustí jakéhokoliv porušení půstu a toto si uvědomí, půst pro něj stále platí a není zrušen. Po západu slunce až do rozbřesku je držení půstu zrušeno, avšak po tuto dobu je zakázáno si vyhrazené aktivity půstu vynahrazovat. Dodržení půstu je závazné pro každého dospělého,

zdravého jedince, avšak platí určité podmínky, kdy se muslimové mohou měsíčního půstu zdržet:

- půst neplatí pro osoby s mentálním postižením, které nedokáží pochopit význam půstu;
- staří lidé, jedinci s akutním onemocněním (např. ledvinovým onemocněním, s gastroenteritidami, infekčním onemocněním apod.) či s chronickým onemocněním (maligní onemocnění, trvalé poškození GIT, renální a respirační nedostatečnost, diabetes mellitus na inzulínoterapii atd.), při kterém by půst mohl zhoršit jejich zdravotní stav, nemusejí dodržovat půst;
- půstu se zdržují taktéž menstruuující, těhotné a kojící ženy.

Při poskytování ošetrovatelské péče je nutné brát ohled nejen na dietní opatření, ale i na perorální podání léků či parenterální výživu. Problémem v muslimských komunitách je samovolná úprava dietních opatření jedincem muslimského vyznání, které může vést k ohrožení či zhoršení jeho zdravotního stavu. Děje se tak z důvodu, že vyjádřit se k povinnosti dodržování půstu se má nejlépe lékař muslimského vyznání, který je v této problematice znalý. Při nepřítomnosti lékaře-muslima si dietní opatření muslimové přizpůsobují sami a často tak ohrožují svůj zdravotní stav např. vynecháváním příjmu perorálních léků během dne, při užívání některých léků je nutný příjem per os současně s jídlem apod. Z tohoto důvodu je nutné, aby lékařem-nemuslimem nedocházelo k bagatelizaci půstu či okamžitým zákazem půstu, ale aby vyjádřil respekt k půstu pacienta a snažil se nalézt optimální řešení např. preskripcí léků s prodlouženým účinkem či ordinací podávání jinou formou než perorální (např. i.v., s.c., i.m. podání). Dále je důležité zmínit, že dodržováním půstu v ramadánu se u muslimů mění cirkadiánní rytmus, jehož změna zejména pro nemocné jedince není bezpečná a je na místě odpuštění povinnosti půstu. Ze studií prováděných v arabských zemích vyplynulo, že z důvodu konzumace velmi energetických potravin v nočních hodinách v období ramadánu u muslimů dochází k většímu váhovému nárůstu a z důvodu celodenního hladovění taktéž k větší tvorbě žaludečních peptických vředů. Akutní chirurgické výkony jsou muslimy v období ramadánu tolerovány, avšak v případě elektivních chirurgických výkonů je nutné jejich naplánování mimo období půstu. Z pohledu muslimských pacientů dodržující půst je nevhodné, aby ošetřující zdravotnický personál před nimi konzumoval jídlo či pití (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 63–70).

5.1.7 Komunikace a islámská víra

Při komunikaci s muslimy je vhodné brát v potaz určitá tabuizovaná témata, o kterých si muslimové nepřejí hovořit. Mezi ně patří například rozebírání intimních a rodinných potíží při rozhovoru s osobou opačného pohlaví, dále rozhovor o fyziologických funkcích (defekace, mikce, zvracení apod.) a také rozhovor s mužem o graviditě. Pokud těhotná muslimka krvácí, toto neverbalizuje na veřejnosti z důvodu strachu. Na pováženou jsou také otázky zaměřené na rodinný stav jedince, a to zejména na svobodné a starší muslimy, jelikož žít jako svobodný je bráno negativně. Stejně tak je nevhodné se muslimky ptát na počet dětí, bezdětné ženy si tyto otázky mohou brát jako narážku na neplodnost. Co se týče nonverbální komunikace, i zde jsou určitá specifika, která by měl zdravotnický personál při péči o muslimského pacienta respektovat. Oční kontakt mezi příslušníky opačného pohlaví je brán jako vyzývavý. Podání ruky při setkání či loučení dvou jedinců není pro muslimskou kulturu běžným zvykem. Ortodoxní muslimové se striktně vyhýbají tělesnému kontaktu s cizími jedinci či se zdravotníky opačného pohlaví. Tento postoj vyjadřují založením rukou za zády. Muslimky, které jednají s jedincem, v jehož kultuře je podávání ruky běžné, svoji ruku při podávání překryjí látkou. Jako alternativu k podání ruky muslimové často volí způsob pozdravu, kdy si ruku přikládají na srdce. V muslimské kultuře taktéž platí pravidlo, že k podávání čistých věcí je určena pravá ruka a levá slouží k podávání věcí nečistých. Z tohoto důvodu je podání věci levou rukou považováno za nevhodné (Kutnohorská, 2013, s. 101–102).

5.1.8 Specifika při poskytování zdravotnické péče

Při vyšetření muslimské ženy je vhodné zajistit vyšetření lékařkou. V případě vyšetřování lékařem/zdravotníkem-nemuslimem je nutná přítomnost manžela či mužského člena rodiny (otec, strýc, bratr) vyjma akutního ošetření. Tato opatření platí v muslimských zemích. V zemích, kde muslimové žijí v kulturní menšině, se požadavky mohou různě lišit. Při péči o muslimskou pacientku by měl zdravotnický personál brát taktéž v úvahu možnost, že žena podstoupila tzv. ženskou obřízku. Tento zákrok na zevních rodidlech, který postupují dívky ve věku šesti až sedmi let, se stále ještě provádí zejména v afrických oblastech – Somálsko, Súdán, Nigérie. Existují tři typy tohoto zákroku, od odstranění prepucia klitoris, přes odstranění klitoris a malých labií až po tzv. infibulaci. Ta obnáší odstranění klitoris, malých labií a vnitřní části velkých labií. Na vnější části velkých labií je poté provedena sutura a je ponechán pouze malý otvor sloužící k močení a k odchodu menstruační krve. Je zřejmé, že toto zohavení ženského genitálu s sebou nese mnoho fyzických i psychických traumat pro ženu, která je

podstoupila. Provádění ženské mutilace nevychází z islámského učení a je muslimy vnímáno negativně. V současné době se v západních zemích nachází několik specializovaných pracovišť zabývajících se péčí o ženy s obřízkou zahrnující i psychickou podporu (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 43–46). Pro muslimy je charakteristická především mužská obřízka, která je dle tradice prováděna zpravidla osmý den (není ale podmínkou) po narození novorozence mužského pohlaví. Na rozdíl od židovského náboženství není pro muslimy obřízka spojena s náboženskými obřady, nýbrž pouze s rodinnou oslavou. Důvodem provádění obřízky u chlapců je možnost znečištění při modlitbě (za praeputium můžou ulpívat zbytky moče, které se můžou vsáknout do oděvu). Problémem v muslimské minoritě žijící v západním světě může být nutnost výkonu obřízky ve zdravotnickém zařízení a zaplacení poplatku za jeho provedení. Je-li u novorozence přítomna novorozenecká hyperbilirubinémie či jiné onemocnění, obřízka se odkládá z důvodu rizika zvýšeného krvácení. I provedení cirkumcize stejně jako jakýkoliv jiný chirurgický výkon s sebou nese riziko pooperačních komplikací (nejčastěji se objevuje pooperační krvácení, infekce v místě výkonu, celková zánětlivá reakce, pooperační či zánětlivé zúžení, riziko poškození žaludu penisu skalpelem nebo elektrokauterem). Při poskytování ošetrovatelské péče o muslimského novorozence po cirkumcizi je vhodné zvýšit frekvenci přebalování z důvodu prevence infekce a také z důvodu kontroly míry krvácení (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 51–54).

Muslimské dítě by dle Koránu mělo být kojeno po dva roky, ale v současné době již dochází k postupnému odstavování dítěte ve třetím až pátém měsíci věku. Muslimské ženy nesmějí kojit na veřejnosti, z tohoto důvodu je doporučována časná dimise muslimské ženy do domácího prostředí. V některých muslimských komunitách stále ještě přetrvává obava z krmení dítěte mlezivem a nahrazují jej zředěnou vodou s medem (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 54–55). Mlezivo (kolostrum) je pro imunitní systém novorozence velmi důležité a dobře stravitelné prvotní mléko obsahující velké množství vitamínů, minerálů a protilátek (Koudelková, 2013, s. 34).

Jistá specifika má i příchod nového muslima na svět. Pro muslimy je důležitá přítomnost otce u porodu z důvodu zajištění specifických ceremoniálů, což může být v některých případech v našich podmínkách problematické. Některé ženy z tohoto důvodu volí domácí porod. Specifickým ceremoniálem odehrávající se bezprostředně po porodu dítěte je šaháda neboli vyznání víry. Otec dítěte by jej ihned po narození měl dítěti zašeptat do pravého ucha. Dalším zvykem je tahneek (tahník) neboli blahopřání, který je spojen s prvním kojením novorozence, kterému by mělo předcházet vložení kousku rozmělněné datle či medu na patro jako symbol sladkosti života. Taweez představuje aplikaci amuletu (černá šňůrka se sáčkem obsahující

modlitbu) na krk či zápěstí novorozence, které má dítě ochránit před chorobami. Tento zvyk je rozšířen především v oblasti Indie. Muslimové si přejí ponechání tohoto amuletu na těle novorozence, pokud dítě není v bezprostředním ohrožení života (např. při kardiopulmonální resuscitaci lze sáček sundat). Dalším zvykem po narození dítěte je holení vlásků jako symbol dětské nevinnosti zpravidla sedmý den po porodu. Hmotnost vlásků dítěte je poté vyjádřena stejnou hodnotou stříbra, které rodina věnuje na pomoc druhým (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 50–51). V případě narození dítěte s mentálním či fyzickým postižením je toto muslimy vnímáno jako trest boha Alláha za hříchy rodičů. Rodiči je ale takové dítě přijímáno velmi kladně, neboť věří, že během pozemského života již budou potrestáni péčí o dítě s postižením a po jejich smrti již trest od boha nebude tak tvrdý (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 56–57).

Postoj muslimů k provádění potratů je spíše negativní, a to i v případě sdělení diagnózy narození dítěte se zdravotním znevýhodněním. Z tohoto důvodu je v muslimských komunitách větší počet dětí s fyzickým či mentálním postižením než je to v jiných náboženských skupinách. Jako důvody k akceptování provedení umělého ukončení těhotenství je muslimy uznáváno bezprostřední ohrožení života matky, těhotenství ženy po znásilnění a velmi často také velmi vážná vrozená vývojová vada plodu. Společnou podmínkou je provedení UPT před stodvacátým dnem těhotenství, kdy je dle víry plodu věnována duše prostřednictvím boha Alláha (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 58–59).

Co se týče transplantace orgánů, obecně byl muslimy zejména v minulosti přijímán fakt, že transplantace orgánů není povolena. V současné době přijímají názor, že pokud darovaný orgán zachrání život jinému člověku, jedná se o dobrý skutek, který Alláh oceňuje (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 92).

5.1.9 Umírání a smrt v muslimské víře

Dle výkladu Koránu je smrt okamžikem přestoupení jedince z pozemského života, který je brán jako zkouška, do věčného života a během svého života by se měl každý na okamžik svého konce připravit (Kutnohorská, 2013, s. 102–103). Dle Hájka a Bahbouha (2016, s. 82) není v muslimských komunitách problematika smrti tabuizována. Eutanázie a sebevražda však tolerovány nejsou. Přáním muslimů je zemřít pokud možno v domácím prostředí.

Při záchraně lidského života jsou muslimskou vírou tolerovány všechny lékařské výkony (např. transfúze krve od nemuslimského dárce). Muslimská víra plně podporuje snížení bolesti a utrpení umírajícího na co nejnižší možnou míru. Pokud tak nenařizuje zákon, je pitva

v muslimské víře zakázána (Kutnohorská, 2013, s. 102–103). Dle Hájka a Bahbouha (2016, s. 91) je z pitvy ustupováno z důvodu prodlužování času k pohřbení těla a také z přesvědčení muslimů, že zesnulý člověk stále pociťuje bolest. Umírající jedinec má právo na participaci při rozhodování a plánování lékařské i ošetrovatelské péče. Pokud jeho účast na rozhodování není již možná, přebírá tuto funkci mužský člen rodiny, který vystupuje jako mluvčí pacienta (Kutnohorská, 2013, s. 102–103). V islámské víře je kladen důraz na péči dětí o své rodiče, která vychází z úcty a respektu k matce i otci. Dokonce i dospělé děti by se měli řídit názory svých rodičů až do jejich smrti (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 33). Rodina při péči o jedince v terminální fázi života zaujímá velmi důležitou roli. Pokud je to možné, jsou umírajícímu neustále na blízku a jejich péče zahrnuje taktéž předčítání pasáží z Koránu. Umírající muslim by měl být dle tradice otočen tváří k Mekce a měl by umírat v přítomnosti rodiny a duchovních (Kutnohorská, 2013, s. 102–103). Jak zmiňuje Hájek a Bahbouh (2016, s. 34) v dnešní době a v případě muslimů, kteří žijí v cizí zemi jako minoritní skupina, je běžné, že veškerá pravidla v muslimské rodině jsou liberalizována (např. existují muslimské domy s pečovatelskou službou, vdané ženy si dle přání manžela zakrývají pouze vlasy atd.).

Muslimská víra ukládá muslimům určitá pravidla v přípravě těla před jeho pohřbením. Očistu těla by měla provádět osoba stejného pohlaví, při čemž by tělo nemělo zůstat zcela odhaleno, ale k omývání by mělo docházet po jednotlivých částech a v jednotlivých fázích i několikrát za sebou v lichém počtu a začíná se vždy pravou částí těla. Při poslední fázi omývání se do vody sloužící k omývání přidávají květy lotosu či kafr. Vykonal-li zesnulý za svého pozemského života pouť do Mekky, je jeho tělo před pohřbem symbolicky pokropeno vodou z tamější studně, kterou si s sebou přinesl. Hlava zemřelého by měla směřovat k Mekce, tělo je po omytí vyjma obličeje zabaleno do plátna nejlépe do tzv. ihrámu, v němž muslim absolvoval pouť do Mekky. Do jednoho dne od přípravy těla se uskuteční samotný pohřeb, který se provádí přímo do země. Zpopelnění těla je totiž v muslimské víře zakázáno. Platí také pravidlo, že jeden hrob je určen pouze pro jedno tělo. Tělo zemřelého se do hrobu ukládá v poloze podobné jako při modlitbě (zkřížené ruce). Samotného uložení těla do hrobu se smí účastnit pouze jedinci mužského pohlaví. Před pohřbením těla se koná mše v mešitě (Kutnohorská, 2013, s. 104). Hroby muslimů jsou bez náhrobků z důvodu rovnosti chudých a bohatých před Alláhem (Bratinková, 2011; Hájek a Bahbouh, 2016, s. 89). První tři dny po pohřbu se pozůstalí nahlas modlí a přijímají vyjádření soustrasti nad ztrátou bližního, jejich blízké okolí jim během těchto dní zajišťují přípravu jídla. Jako projev smutku si muslimové po dobu čtyřiceti dnů po úmrtí blízkého nestříhají vlasy (Dorková a Cichá, 2008, s. 89–90). Vdovy po ztrátě manžela obvykle

truchlí po dobu 29 dní, aby bylo vyloučeno případné těhotenství se zemřelým manželem (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 90).

5.2 Romové

5.2.1 Historie a současnost romského etnika na našem území

Olišarová a Tóthová (2017, s. 117) uvádějí, že romské etnikum nelze považovat za homogenní společnost, nýbrž se rozděluje do mnoha subkulturních skupin, které se navzájem odlišují v náboženských, kulturních či sociálních aspektech. Bittnerová a Moravcová (2013, s. 20) dokonce popisují sklony Romů k opovrhování vůči ostatním romským skupinám jako distanciaci Romů.

Historie romského etnika na našem území sahá do dávné minulosti. Původní zemí, ze které Romové pocházejí, je dle lingvistických studií území dnešní Indie (Kaleja a Knajp, 2009, s. 21). Tuto oblast opustili v 9. století našeho letopočtu a na našem území se usídlili v průběhu století sedmnáctého. Z počátku byli přijímáni zejména na šlechtických panstvích pro své dovednosti a schopnosti (věštění z ruky, zvěrolékařství apod.) Poté začali být Romové ze strany církve perzekvováni. Vlivem nacionalistické ideologie v průběhu 2. světové války a následkem holocaustu téměř vymizela komunita českých, moravských a německých Romů (Marádová, 2006, s. 15–16). Romové byli deportováni a vyvražďováni v tzv. cikánských pracovních táborech (Lety u Písku, Hodonín u Kunštátu) (Miko, 2010, s. 49). Zásadním milníkem v historii romského etnika na našem území byl rok 1958, kdy byl schválen zákaz kočování (Marádová, 2006, s. 15–16). Následkem bylo násilné usídlení olašských Romů (původem z Rumunska a Moldávie). Olašští Romové reprezentují tradiční romskou skupinu, která je typická taktéž svou uzavřeností vůči majoritní společnosti i ostatním romským skupinám (Hlaváček, 2014, s. 6). Teprve v 90. letech 20. století se Romové dočkali základních politických práv a uznání jako minoritní skupiny (Marádová, 2006, s. 15–16). Romské etnikum patří k nejrozšířenější etnické skupině v České republice se členy s trvalým pobytem na území České republiky (Tóthová, 2015, s. 8). I přes dlouholeté soužití Romů a Čechů se i v dnešní době vyskytují kulturní problémy. Velká část české populace vnímá Romy především jako parazitující příjemce sociálních dávek. Romové Čechům vytýkají nadřazené, rasistické a xenofobní chování projevující se zejména při hledání práce či bydlení. Následkem toho je vznik novodobých sociálně znevýhodněných oblastí, kde žijí pouze Romové, což má za následek vznik sociálních, hygienických či zdravotních problémů (Tóthová a kol., 2015, s. 30). Kladným

jevem je současná snaha romského etnika o vytvoření vlastních občanských organizací, dále například vycházejí časopisy i knihy v romštině apod. Záslužná je také snaha českých pedagogů o inkluzi romských dětí do systému českého vzdělávání (Marádová, 2006, s. 20).

V současné době je jen málo Romů, kteří ovládají mateřský jazyk (romštinu) a udržují romské tradice a zvyky. Je to způsobeno v minulosti prováděným násilným stěhováním zejména mladých rodin z různých romských osad. Romové slaví křesťanské svátky, slavení vlastních romských svátků neprovádějí. Oslava mezinárodního dne Romů, připadajícího na 8. dubna, se zatím taktéž příliš ve společnosti Romů neujala. Typickým znakem Romů, který je zejména v minulosti na první pohled odlišoval od majoritní společnosti, byl způsob oblékání (pestřejší šaty žen ve středním věku, tmavé oblečení mužů). Romská mládež se nyní obléká v moderním stylu jako majoritní společnost (Marádová, 2006, s. 17–19). Současným problémem romského etnika je především nezaměstnanost, která je zejména dlouhodobého charakteru. Jako příčina dlouhodobé nezaměstnanosti Romů je uváděna nízká úroveň vzdělání (obvykle pouze základní či praktická škola), nízká kvalifikace a nevhodné pracovní návyky Romů (Kajanová, 2009, s. 23–24).

5.2.2 Hodnotový systém Romů

Nejvýznamnějšími hodnotami pro romské etnikum jsou bezesporu život a rodinné vztahy. Pro romské etnikum je typická široká, rozvětvená rodina s mnoha dětmi, která zahrnuje i prarodiče, tety a strýce (Marádová, 2006, s. 18–19). Avšak lze konstatovat, že v závislosti na současný způsob života, se i v romské společnosti ztrácí tradice udržování blízkých vztahů mezi širokou rodinou (Tóthová a kol., 2015, s. 29). Typická romská rodina je založena patriarchálně, žena získává na respektu s každým narozeným dítětem. V současnosti se ale rovnoprávnost mezi romskými ženami a muži postupně vyrovnává. Romské dívky se stávají matkami v poměrně mladém věku. Období těhotenství a mateřství má pro romské etnikum velký význam (Tóthová a Olišarová, 2017, s. 126). Na primární místo v péči staví Romové zejména velmi malé děti, o které až úzkostně pečují (Marádová, 2006, s. 18–19). Romové si velmi váží stáří a starších členů rodiny (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 337). Dále se na žebříčku hodnot vyskytují majetek a peníze. Na rozdíl od Čechů nehraje pro Romy úroveň dosaženého vzdělání či vykonávaná profese významnou roli (Marádová, 2006, s. 18–19). Romové žijí přítomným okamžikem, budoucnosti nepřikládají velký význam (Tóthová a kol. 2015, s. 30). Mají také odlišný přístup k pravdě než česká majoritní společnost, hranice mezi pravdou a fantazií je pro ně velmi úzká (Marádová, 2006, s. 18–19). Dle výzkumu Tóthové a Olišarové (2017, s. 126) je většina

romského etnika nevěřící nebo vyznávají křesťanství (římsko-katolická církev), ojediněle pak vyznávají pravoslavnou či protestantskou víru.

5.2.3 Stravování romského etnika

Pro Romy je typická jejich pohostinnost. Zejména v tradičním pojetí stravování Romové dodržovali mnoho pravidel týkajících se stravování, například maso některých zvířat bylo považováno za nečisté, stejně jako ohřívána jídla (Marádová, 2006, s. 18–19). Typickým romským pokrmem je goja, který se sestává z vepřových střev, brambor, koření a mouky. Dalšími typickými pokrmy jsou například lokše či halušky, jejichž receptury Romové přejali z doby, kdy obývali slovenské území. V současné době se v romských rodinách velmi často rozděluje jídlo pro dospělé členy domácnosti a pro děti, které ze snahy rodičů zabezpečit dětem „kvalitní“ stravu, obsahuje velký podíl masa, uzenin a sladkostí (Tóthová a kol., 2015, s. 31).

5.2.4 Zdraví romského etnika

Zdravému způsobu života a prevenci Romové nepřikládají velký význam. Svůj zdravotní stav řeší až v době, kdy pocítí uží obtíže či nedostatky. Obecně je u romského etnika popisována vyšší morbidita a výskyt invalidity oproti majoritní české společnosti (Tóthová, 2015, s. 31). Jak uvádějí Šlechtová a Bürgerová (2009, s. 187–192) je toto způsobeno nedostatečným povědomím Romů o preventivních opatřeních. Závažným zdravotním problémem Romů žijících na území ČR je nikotinismus, který je značně rozšířen. Zástupci romské minority začínají s kouřením již ve velmi útlém věku (i v šesti letech) a kouření se nevzdávají ani těhotné ženy (Urban a Kajanová, 2011, s. 328–335). Dalšími faktory negativně ovlivňujícími zdraví romské minority je abúzus drog a v případě Romek provozování prostituce. V tradiční romské kultuře se prostituce nevyskytovala, současný stav souvisí se sociálním statutem romských žen (Tóthová, 2015, s. 31). Dalším zdravotním problémem je zejména v současnosti vyšší výskyt nadváhy a obezity u romského etnika (Tóthová a Olišarová, 2017, s. 128).

5.2.5 Specifika při poskytování ošetrovatelské péče

Přístup Romů k lékařům a nelékařským zdravotnickým pracovníkům je spíše nedůvěřivý. Typickým jevem je zveličování zdravotních obtíží. Problémem při léčbě a péči o Romy je nedodržování termínů vyšetření ze strany Romů (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 337). Při komunikaci s Romy je důležitá i neverbální komunikace, na kterou Romové kladou velký

důraz. Dále je pro Romy typická hlučnost při projevu, gestikulace a emoční projevy, se kterými musí zdravotnický personál počítat. Při hospitalizaci je pro většinu Romů největším problémem odloučení od rodiny (Tóthová a Olišarová, 2017, s. 119–122). Romské etnikum považuje onemocnění za problém celé široké rodiny, která také dochází za romským pacientem na návštěvy (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 337). Prožívání období těhotenství Romkami se různí, některé se zcela vyhýbají manuální práci, jiné i v tomto období vykonávají veškeré práce. Muži romského etnika upřednostňují narození syna jako potvrzení svého společenského statusu, ženy si více přejí narození děvčete (Kaleja a Knejp, 2009, s. 104). Pro rodičky romského etnika je typický expresivní verbální i nonverbální projev při porodu. V době po porodu odcházejí z porodnice za svou rodinou z důvodu zajištění péče o ostatní děti a vrací se zpět pro novorozence (Plevová, 2011, s. 166).

5.3 Vietnamci

5.3.1 Vietnamská komunita na území České republiky

Vietnamská minorita je na našem území již od r. 1956, kdy byly na základě dohody v roce 1950 navázány přátelské vztahy mezi tehdejší Vietnamskou demokratickou republikou a Československou socialistickou republikou. Zpočátku přicházeli spíše jednotlivci z důvodu studia, poté přicházeli i jedinci za prací, kteří zde zakládali rodiny. Po pádu komunismu v roce 1989 na naše území navíc proudili i Vietnamci ze sousedních států (Německo, Polsko, Maďarsko atd.) (Kutnohorská, 2013, s. 109). V současnosti je v České republice největší zastoupení Vietnamců se státním občanstvím ve Vietnamu, kteří zde získali dlouhodobé nebo trvalé povolení k pobytu (Tóthová a kol., 2010, s. 46). Nejčastějším důvodem k opuštění své domoviny a hledání nového domova je snaha jedinců vietnamského etnika o zlepšení životních podmínek (Freidingerová, 2014, s. 80).

5.3.2 Hodnotový systém Vietnamců

Vietnamské komunity jsou založeny na pevných vztazích v rodině, která je v jejich pojetí velmi široká. Děti jsou od dětství vychovány k úctě ke svým rodičům a odpovědnosti za péči o své rodiče ve stáří či nemoci. Vietnamci si zakládají na uctívání svých předků, v každé vietnamské domácnosti jsou domácí oltáře s fotografiemi, ke kterým je umístováno ovoce a vonné tyčinky (Kutnohorská, 2013, s. 112). Ve své domovině je nejrozšířenějším náboženstvím mezi Vietnamci buddhismus, který byl ve Vietnamu po dlouhou dobu potlačován. Buddhismus staví svůj základ na principu odplaty (karmy) a utrpení (dukkha), která je součástí lidského života. Cílem tohoto náboženství je dosažení tzv. nirvány. Jedná se o situaci, kdy je ukončen koloběh převtělování a tím je ukončeno také utrpení. Jako zakladatel buddhismu je považován Siddhártha Gautama neboli Buddha, který žil zřejmě v letech 563–483 před naším letopočtem. Buddhovo učení obsahuje tzv. „osmidílnou cestu“, která je cestou k vykoupení z utrpení. Mezi další učení rozšířená ve Vietnamu patří konfucianismus a taoismus (Tóthová a kol., 2010, s. 33, 51–53). Taoismus založil v 6. století před naším letopočtem čínský učenec Lao'c. Nepostradatelnými aspekty tohoto učení jsou pojmy „am“ a „duong“, jedná se o síly podobné silám jin a jang. Konfucianismus je učení založené na uctívání etiky, humanity a lásky (Tóthová a kol., 2010, s. 53). Vietnamská kultura je založena patriarchálně a velký důraz klade na úroveň dosaženého vzdělání. V případě vietnamské minoritní skupiny v České republice je

specifickým rysem její uzavřenost vůči majoritní skupině, což je způsobeno velkým rozdílem mezi českou a vietnamskou kulturou, ale také jazykovou bariérou zejména u jedinců, kteří se nenarodili na území České republiky (Kutnohorská, 2013, s. 109).

5.3.3 Stravování ve vietnamské kultuře

Vietnamci jsou vyhlášení svou pohostinností. Společné jídlo je pro Vietnamce rodinná událost, na přípravu jídla si vyčleňují i dvě až tři hodiny, samotná konzumace jídla trvá taktéž velmi dlouho. Odmítnutí jídla na návštěvě je považováno za neslušnost. Při pohoštění hosta se mu nabízí větší porce jídla než je schopen sníst a na závěr je dle tradice vždy servírována rýže, kterou by si ale hosté neměli ze slušnosti nabízet. Vyjadřují tak hostitelé, že je nedostatečně pohostil. Při stolování je pro Vietnamce typické hlasité mlaskání a říhání, což je projevem spokojenosti a uznáním pro hostitele. Jako dezert Vietnamci raději než moučník volí různé druhy ovoce (Kutnohorská, 2013, s. 111–112).

Pro vietnamskou kuchyni je typická rýže, která se připravuje různými způsoby. Dalším typickým produktem jsou nudle. Z masa je konzumováno hlavně drůbeží maso a ryby, dále je hojně v kuchyni využívána listnatá zelenina a ovoce. Vietnamci se stravují 3x denně, oběd a večeře jsou považovány za hlavní jídla. Pitný režim Vietnamců je pravidelný, pijí zejména teplé čaje či vodu (Kutnohorská, 2013, s. 112). Při konzumaci alkoholických nápojů volí Vietnamci žijící na území České republiky především pivo, na jehož konzumaci si zvykli při pobytu na našem území (Tóthová, 2010, s. 95). Zastoupení mléčných výrobků ve stravě Vietnamců je minimální (Kutnohorská, 2013, s. 112). To potvrzuje i Tóthová a kol. (2010, s. 91–94), která dále ale také uvádí, že spotřeba mléčných výrobků v asijských státech pomalu stoupá a Vietnamci z nabídky mléčných výrobků nejvíce upřednostňují mléko a jogurty. V případě onemocnění jedí Vietnamci nejvíce kaši z rýže, zeleninu a ovoce. Solení ve vietnamské kuchyni je omezené (Kutnohorská, 2013, s. 112). Vietnamská kuchyně upřednostňuje v ochucování pokrmů využití čerstvých bylinek (např. koriandr, máta, bazalka), díky kterým má vietnamské jídlo nenapodobitelnou chuť. Co se týče spotřeby masa, Vietnamci konzumují mimo jiné i druhy mas, jejichž konzumace je v Evropě neobvyklá (např. psí a kočičí maso). Tyto druhy mas ale konzumují pouze ve druhé polovině lunárního měsíce, jelikož dle zvyku tyto druhy masa považují za nečisté. Při úpravě masa vietnamská minoritní skupina žijící v České republice preferuje pečení masa, nejčastěji pak kuřecího (Tóthová a kol., 2010, s. 85–86, 90).

Ve vietnamské společnosti je v dnešní době zvýšený výskyt civilizačních onemocnění, jako je diabetes mellitus, hypertenze, nadváha a obezita (zejména abdominální obezita), které jsou následkem zvýšeného energetického příjmu a sníženého výdaje energie pohybovými aktivitami (WHO, 2008, s. 296–297). Jak vyplývá z výzkumu Tóthové a kol. (2010, s. 87) je stravování vietnamské minoritní společnosti v České republice založen na pravidelném a racionálním způsobu stravování. Nadváha je pro Vietnamce známkou dostatku a ekonomické stability jedince, ale dle výsledků výzkumu většina Vietnamců žijících v České republice nadváhou netrpí.

5.3.4 Komunikace s Vietnamci

V případě běžného styku s jedinci z vietnamské kultury platí některá specifická pravidla, která by zdravotnický personál měl dodržovat. Pro Vietnamce je nemístné, aby se cizí muž dotýkal vietnamské ženy. V přítomnosti Vietnamce je neslušné položit si nohy na nábytek. Při podávání věci Vietnamci postupují tak, že danou věc uchopí oběma rukama a při podávání věci tak dojde k malému úklonu a tím vyjádřením úcty druhé osobě. Pokud si Vietnamci podávají ruce, obvykle svou levou rukou přikryjí při podání svou pravou ruku. Mezi Vietnamci je nemístný přímý pohled do očí, který považují za povýšenecký. Ve vietnamské kultuře je taktéž neslušné hlasité smrkání do kapesníku. Líbání páru na veřejnosti je pro Vietnamce velmi nezdvořilé. Typickým projevem chování ve vietnamské kultuře je snaha nepřidělavat ostatním problémy, obecně se Vietnamci chovají velmi slušně a mírně (Marádová, 2006, s. 12–14). Typická je pro Vietnamce dochvilnost (Kutnohorská, 2013, s. 110). Pohlazit dítě po hlavě má právo pouze rodič, u ostatních lidí je pohlazení dítěte po vlasech považováno za projev přílišné smělosti. Oblast hlavy je Vietnamci pokládána za tzv. „sídlo života“. Zdravotnický personál by měl klást důraz na neverbální komunikaci, která je v porozumění vietnamské kultuře stěžejní (Marádová, 2006, s. 12–14). Například úsměv je ve vietnamské kultuře projevem nepochopení a nejistoty, jde vlastně o jejich nonverbální vyjádření omluvy za nepochopení. Vietnamci se také usmívají v nepříjemných situacích s vidinou zmírnění důsledků vyplývajících z nepříjemné situace. Zejména nelékařský personál by měl na tuto skutečnost pomýšlet vždy při ošetrovatelských výkonech či edukaci pacienta z vietnamské kultury a předpokládat, že úsměv není projevem náklonnosti. Je potřeba dbát na zpětnou vazbu (Kutnohorská, 2013, s. 110–111).

5.3.5 Specifika při poskytování zdravotnické péče

Vietnamská kultura se velmi odlišuje od tradičního evropského prostředí a na možné diskrepance v poskytování transkulturní ošetrovatelské péče by měl být ošetřující personál připraven (Tóthová a kol., 2010, s. 11). Při vyšetření klienta z vietnamské minority je na místě jej při pokládání osobních otázek upozornit, že odpověď na otázky je důležitá pro sběr anamnézy a objektivní posouzení zdravotního stavu pacienta. Jednotlivé postupy je potřeba co nejjednodušeji vysvětlit a pokud je to možné povolit přítomnost rodinného příslušníka, který velmi často zejména u starších jedinců zajišťuje funkci tlumočnicka. Vietnamci lékařské ošetření vyhledávají většinou až v případě dlouhodobějších potíží či velkých bolestí. Při sdělování diagnózy a prognózy pacientovi je s výhodou nejdříve toto probrat s rodinou, neradi totiž svého příbuzného zatěžují obavami z budoucnosti. V tradičním pojetí ošetrování ve vietnamské kultuře péči o nemocného člověka zajišťují ženy. Pitva je za určitých okolností a se souhlasem rodiny povolena. Vietnamci se ze strachu ze vzniku závislosti vyhýbají užívání analgetik a sami si o léky tlumící bolest neřeknou (Kutnohorská, 2013, s. 109–113). Problém při hospitalizaci jedinců vietnamské minority může nastat v souvislosti s konzumací nemocniční stravy, která jim nevyhovuje. Vietnamci upřednostňují zejména rýži a velké množství zeleniny, což se v českém zdravotnickém stravování příliš nevyskytuje (Plevová, 2011, s. 155–156). Při poskytování ošetrovatelské péče o ženy vietnamské kultury je potřeba brát v úvahu zachování jejich soukromí při hygienické péči. Období těhotenství je pro vietnamské ženy velmi specifické, kladou důraz na kvalitní stravu a odpočinek (Kutnohorská, 2013, s. 109–113). Do období těhotenství a jeho prožívání je úzce zainteresována i rodina a partner těhotné ženy. Pokud nedojde cestou zdravotnického personálu ke zdůraznění důležitosti perinatálních preventivních prohlídek, ženy vietnamského etnika jim ve většině případů nepřikládají velký význam. Gravidní vietnamské ženy dodržují v perinatálním období několik specifických pravidel: je jim zakázáno namáhavě pracovat, měly by být v teple a dodržovat speciální hygienická opatření (např. na čištění zubů používají slanou vodu a bezprostředně před porodem vykonávají rituální očistu těla). V období po porodu se dle tradice nesmějí Vietnamky po dobu tří dní mýt. Prožívání porodních bolestí není u Vietnamek většinou hlasité. Placenta je vietnamskou kulturou považována za lék. Vietnamci jako prvorozené dítě preferují chlapce a sdělování pohlaví plodu je pro ně velmi citlivou záležitostí. Vietnamské ženy žijící v České republice rodí v porodnicích z důvodu obavy z možných komplikací, avšak v případě volby by preferovaly porod v domácím prostředí za přítomnosti porodní asistentky (Mocková, 2006, s. 1–5). Většina vietnamských žen požaduje, aby byl u porodu přítomný partner a po porodu

byl praktikován systém péče rooming-in (Tóthová, 2010, s. 116). V otázce plánování rodičovství a využívání antikoncepčních metod jsou Vietnamci žijící v České republice zastánci plánovaného rodičovství. Jako antikoncepční metodu nejčastěji volí kondom nebo hormonální antikoncepci. Postoj vietnamské minoritní skupiny k otázce umělého ukončení těhotenství je smíšený, část z nich s interrupcí v případě nechtěného těhotenství souhlasí, část z nich ji odsuzuje (Tóthová, 2010, s. 112).

6 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část práce zahrnuje hlavní a dílčí cíle práce. Na základě studia hlavních a dílčích cílů průzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny průzkumné otázky diplomové práce. V závěru průzkumné části práce jsou uvedeny dosažené výsledky průzkumu, popis výsledků průzkumu a diskuze.

7 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanovených cílů průzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny následující průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je subjektivní připravenost NLZP na poskytování multikulturní ošetrovatelské péče?

Průzkumná otázka č. 2: Jaká je úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin?

Průzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem NLZP využívá ošetrovatelskou dokumentaci určenou pro klienty z minoritních skupin?

Průzkumná otázka č. 4: Jaké metody komunikace s klienty z minoritních skupin využívá NLZP?

Průzkumná otázka č. 5: S jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkává NLZP při výkonu svého povolání?

8 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Úkolem průzkumné části diplomové práce bylo zjistit subjektivní připravenost NLZP na poskytování multikulturní péče a dále zmapovat práci NLZP s ošetrovatelskou dokumentací u klientů z minoritních skupin, k čemuž bylo použito kvantitativního průzkumného šetření. Ke zpracování kvantitativního průzkumného šetření byla využita technika sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Po prostudování odborné literatury byl pro tyto účely vytvořen nestandardizovaný dotazník určený pro nelékařský zdravotnický personál (viz Příloha C).

8.1 Průběh průzkumu

Vytvořené dotazníky sloužící k získání dat pro kvantitativní průzkumné šetření byly rozdány v daném zdravotnickém zařízení Jihočeského kraje. Začátku dotazníkového šetření předcházelo získání povolení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči k provedení průzkumu v daném zdravotnickém zařízení. Kvantitativní průzkumné šetření bylo realizováno v období prosinec 2018 až leden 2019. Dotazníky v tištěné formě byly předány vrchním sestram jednotlivých oddělení (anesteziologicko-resuscitační oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení, oddělení následné péče, chirurgické a interní oddělení), které dotazníky dále předaly nelékařským zdravotnickým pracovníkům společně s instrukcemi k jeho vyplnění. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 100, počet navrácených dotazníků byl 90. Návratnost dotazníků byla 90%. Z důvodu neúplného či chybného vyplnění dotazníku nebylo do průzkumného šetření zahrnuto 5 dotazníků. Do dalšího zpracování bylo zahrnuto tedy 85 dotazníků (85 %). Sběr dotazníků byl prováděn osobně po smluvené době, která byla potřebná k vyplnění dotazníku respondenty.

Na podkladě výsledků kvantitativního průzkumného šetření byla vytvořena informační brožura zabývající se problematikou multikulturní ošetrovatelské péče se zaměřením na vybrané minoritní skupiny (muslimové, Romové, Vietnamci). Informační brožura se skládá ze tří částí, z nich se každá zabývá jednou z výše uvedených minoritních skupin.

8.2 Průzkumný nástroj

Jako průzkumný nástroj byl využit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který byl distribuován NLZP. Dotazník sestával z několika částí a tvořilo jej celkem 26 otázek. V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem dotazníkového šetření. První část dotazníku byla zaměřena na identifikační údaje respondentů. Dále následovala část dotazníkového šetření, která zjišťovala začlenění problematiky multikulturní ošetrovatelské péče do systému vzdělávání NLZP a úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin (muslimové, Vietnamci a Romové). Dále byla také zahrnuta část zjišťující možnost postgraduálního vzdělávání NLZP v oblasti multikulturní péče a jejich zájem o tuto problematiku. Poslední část dotazníkového šetření byla zaměřena na zjištění způsobu práce NLZP s informovanými souhlasy v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny, se záznamy ošetrovatelské péče určené pro minoritní skupiny a na způsoby komunikace NLZP s jedinci z odlišných menšinových skupin.

V části dotazníku zjišťující úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče (konkrétně otázka č. 10 až otázka č. 20) byl respondentům za každou správnou odpověď přičten jeden bod. Za špatnou odpověď se respondentovi bod nepřičítal, ani neodečítal. Celkově mohl respondent dosáhnout maximálního počtu 10 bodů. Na základě dané problematiky byla zvolena arbitrární hranice úspěšnosti 70 %. V otázkách zjišťujících úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče bylo respondentům umožněno zvolit variantu odpovědi Nevím z důvodu eliminace tipování správných odpovědí ze strany respondentů. Za zvolení této možnosti se respondentovi bod nepřičítal, ani neodečítal.

Dotazník byl tvořen uzavřenými otázkami s volbou jedné správné odpovědi, uzavřenými otázkami s volbou více možných odpovědí a také otevřenými otázkami, kde respondenti měli možnost slovně vyjádřit své odpovědi. U jednotlivých odpovědí respondentů na otevřené otázky byla provedena obsahová analýza dat. Na jejím základě byly vytvořeny hlavní významové kategorie, které nejvíce korelovaly s odpověďmi respondentů v dotazníkovém šetření. Při vyplňování dotazníku byla zachována anonymita všech respondentů. Zároveň měli respondenti možnost zanechat na konci dotazníku svůj emailový kontakt sloužící k zaslání výsledku průzkumu. Tuto možnost využili 2 respondenti (1,7 %).

8.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro realizaci kvantitativního průzkumného šetření byl zvolen záměrný výběr respondentů. Zkoumaný soubor tvořili NLZP, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a pracovali v daném zdravotnickém zařízení v Jihočeském kraji. Jejich celkový počet byl 85. Všichni probandi předem souhlasili se svou účastí v dotazníkovém šetření.

V první části dotazníku byly obsaženy otázky zaměřující se na identifikaci respondentů. První otázka se zaměřovala na zjištění pohlaví respondentů. Mezi respondenty převládaly ženy, které tvořily 82 (96,5 %) respondentů. Tento jev je dán převahou žen v oboru ošetrovatelství a porodní asistence.

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	n_i	f_i (%)
Žena	82	96,5 %
Muž	3	3,5 %
Celkem	85	100 %

Další otázka byla zaměřena na věk respondentů. Respondenti měli možnost otevřené odpovědi. Ze získaných dat byla vytvořena tabulka popisné statistiky, ze které vyplývá, že průměrným věkem respondentů byl 35 let. Nejmladší z respondentů bylo 21 let a nejstaršímu respondentovi 63 let. Střední hodnotou věku respondentů je 34 let. Dále se ve zkoumaném souboru nejčastěji vyskytovali respondenti ve věku 23 let, kterých bylo celkem 7 (8,2 %). Hodnota směrodatné odchylky charakterizuje velký rozptyl hodnot, který je vyjádřen velkým rozdílem hodnot mezi minimem a maximem.

Tabulka 2 – Věk respondentů

	Popisná statistika							
	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Min	Max	Sm.odch.
Věk respondentů	85	35,19	34	23	7	21	63	10,68

Další položka v identifikační části dotazníku se zaměřovala na počet let odborné praxe respondentů. Z celkového počtu odpovědí byla nejvíce zastoupena délka odborné praxe více než 10 let, kterou zvolilo 41 (48,2 %) respondentů.

Tabulka 3 – Počet let odborné praxe respondentů

Počet let odborné praxe	n_i	f_i (%)
Do 2 let	13	15,3 %
2 - 5 let	19	22,4 %
6 - 10 let	12	14,1 %
Více než 10 let	41	48,2 %
Celkem	85	100 %

Následující otázka zjišťovala oddělení nemocnice, na kterém pracovali respondenti v době průzkumného šetření. Z výsledků průzkumného šetření vyplývá, že nejvíce respondentů, tedy celkově 21 (24,7 %), v době průzkumného šetření pracovalo na chirurgickém oddělení. Nejméně respondentů pracovalo na oddělení následné péče a to celkem 12 (14,1 %).

Tabulka 4 – Oddělení nemocnice

Oddělení nemocnice	n_i	f_i (%)
Anesteziologicko – resuscitační oddělení (ARO)	17	20,0 %
Gynekologicko – porodnické oddělení	15	17,6 %
Oddělení následné péče	12	14,1 %
Interní oddělení	20	23,5 %
Chirurgické oddělení	21	24,7 %
Celkem	85	100 %

Další položka v dotazníku zjišťovala pracovní pozici respondentů v době provádění průzkumného šetření. Jak uvádí Tabulka 5, nejvíce respondentů v době průzkumného šetření pracovalo na pozici všeobecné sestry. Konkrétně na pozici všeobecné sestry pracovalo 56 (65,9 %) respondentů. Právě počty úvazků všeobecných sester a porodních asistentek jsou v České republice nejvyšší v porovnání s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky (Bartůňková a Dušek, 2016).

Tabulka 5 – Pracovní pozice respondentů

Pracovní pozice	n_i	f_i (%)
Všeobecná sestra	56	65,9 %
Praktická sestra	8	9,4 %
Zdravotnický záchranář	8	9,4 %
Porodní asistentka	13	15,3 %
Celkem	85	100 %

Poslední z otázek zabývající se identifikací zkoumaného souboru byla zaměřena na zjištění nejvyššího vzdělání respondentů. Z celkového počtu respondentů 29 (34,1 %) z nich uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně (Bc.). Celkem 11 (12,9 %) respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské vzdělání magisterského stupně (Mgr.). Šest respondentů (7,1 %) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání specializaci. Při volbě tohoto typu studia měli respondenti možnost otevřené odpovědi zjišťující typ specializačního vzdělání. Pět respondentů uvedlo jako obor specializačního vzdělání Intenzivní péče a jeden z respondentů uvedl jako obor specializačního vzdělání Ošetrovatelská péče v interních oborech.

Tabulka 6 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	n_i	f_i (%)
Středoškolské vzdělání	17	20,0 %
Vyšší odborné vzdělání	22	25,9 %
Vysokoškolské vzdělání - Bc.	29	34,1 %
Vysokoškolské vzdělání - Mgr.	11	12,9 %
Specializační vzdělání	6	7,1 %
Celkem	85	100 %

8.4 Analýza dat

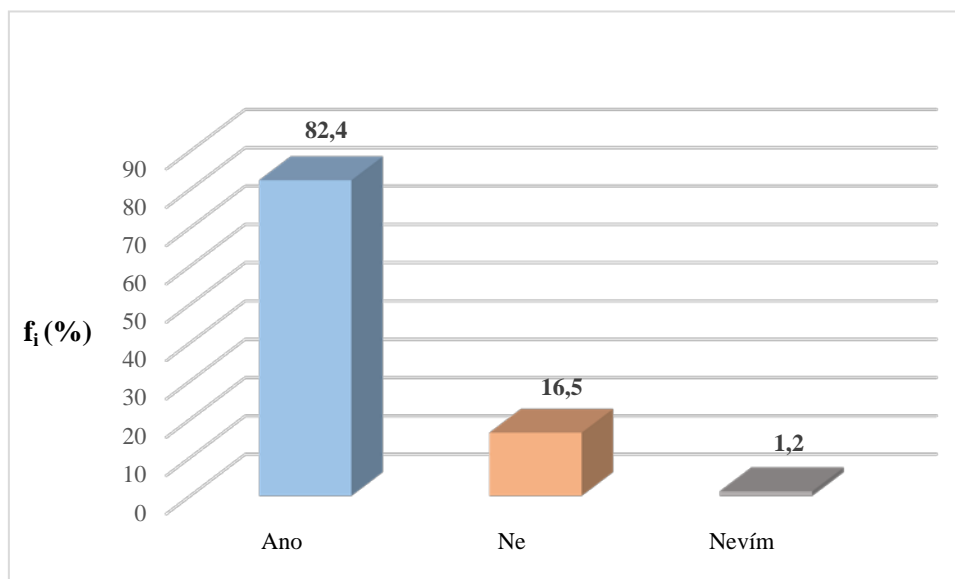
K interpretaci výsledků kvantitativního průzkumného šetření byly využity tabulky, grafy a popisná statistika. Tabulky, grafy a popisné statistiky byly zpracovány pomocí programů Microsoft Office Word, Microsoft Office Excel a softwarem STATISTICA ©. Zároveň byly výsledky průzkumu doplněny slovním komentářem. Pro označení výsledků průzkumného šetření v tabulkách a grafech byla použita statistická veličina absolutní četnosti (n_i), která označuje počet respondentů, kteří odpovídali na dané otázky prostřednictvím dotazníkového šetření. Dále byla využita statistická veličina relativní četnosti v procentech (f_i). U otázek s možností volby více možných odpovědí byla použita statistická veličina absolutní četnosti (n_o), která vyjadřovala celkový počet odpovědí respondentů na danou otázku. Dále byl využit symbol (f_o), který vyjadřoval relativní četnost v procentech.

9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V následující kapitole jsou uvedeny jednotlivé výsledky kvantitativního průzkumného šetření. Pro lepší přehlednost jsou výsledky uváděné v tabulkách a grafech doplněné slovním komentářem. Výsledky prvních šesti položek dotazníku jsou uvedeny výše v kapitole Charakteristika zkoumaného souboru (kapitola 8.3).

Otázka č. 6: Setkal/a jste se v rámci svého studia s problematikou multikulturního ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

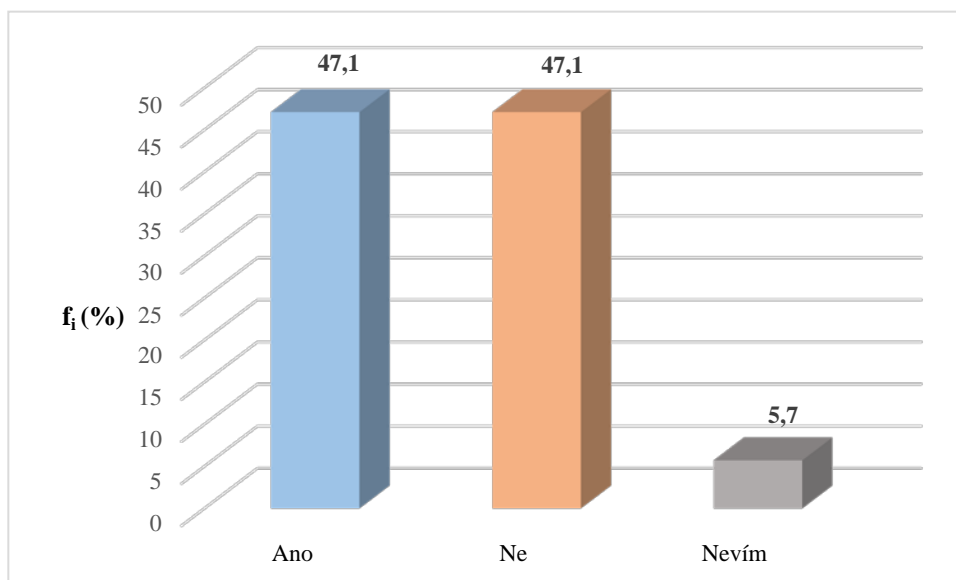


Obrázek 1 – Graf začlenění problematiky multikulturní ošetrovatelské péče do studia NLZP

Cílem této otázky bylo zjistit začlenění problematiky multikulturní ošetrovatelské péče do vzdělávacího systému NLZP. Výsledky průzkumu shrnuje Obrázek 1. Z výsledků průzkumu je zřejmé, že 70 (82,4 %) respondentů se v rámci svého studia setkala s problematikou multikulturní ošetrovatelské péče. 14 respondentů (16,5 %) tuto zkušenost nemělo. Možnost Nevím označil 1 respondent (1,2 %).

Otázka č. 7 – Jednalo se v rámci studia o samostatný předmět věnující se multikulturní ošetrovatelské péči?

- a) Ano
- b) Ne, tato problematika byla zahrnuta v rámci jiného předmětu
- c) Nevím

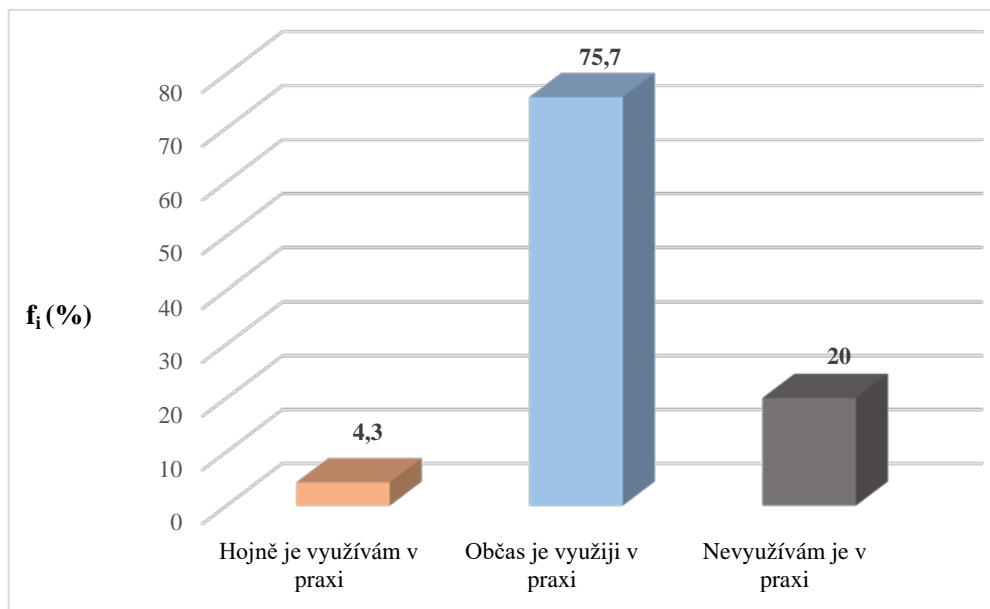


Obrázek 2 – Graf začlenění samostatného předmětu věnujícího se multikulturní ošetrovatelské péči do studia NLZP

Na otázku zjišťující začlenění problematiky multikulturní ošetrovatelské péče do systému vzdělávání NLZP ve formě samostatného předmětu odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že se v rámci svého studia setkali s problematikou multikulturního ošetrovatelství. Výsledky průzkumu zobrazuje Obrázek 2. Celkově jich bylo 70. Z tohoto počtu 33 (47,1 %) respondentů uvedlo, že se v rámci studia jednalo o samostatný předmět zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím. Shodně respondentů (47,1 %) uvedlo, že tato problematika byla zahrnuta v rámci jiného předmětu. Čtyři respondenti (5,7 %) zvolili možnost Nevím. Výsledky průzkumu detailněji zobrazuje Obrázek 2.

Otázka č. 8 – Jak hodnotíte využití znalostí a dovedností z tohoto předmětu pro výkon Vašeho povolání?

- a) Vědomosti a dovednosti hojně využívám v praxi
- b) Vědomosti a dovednosti občas využiji v praxi
- c) Vědomosti a dovednosti nevyžívám v praxi

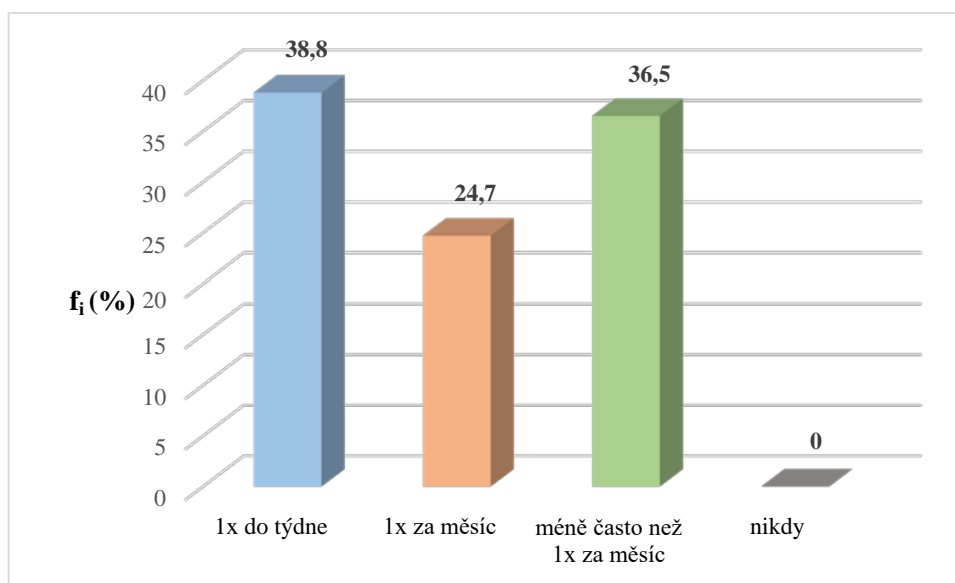


Obrázek 3 – Graf využití znalostí a dovedností z předmětu zabývajících se multikulturní ošetrovatelskou péčí v praxi NLZP

Na otázku zabývajících se subjektivní připraveností NLZP na poskytování multikulturní ošetrovatelské péče odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že v rámci svého studia měli zkušenost s problematikou multikulturního ošetrovatelství. Celkově byl jejich počet 70. Z tohoto počtu 53 respondentů (75,7 %) uvedlo, že vědomosti a zkušenosti, které získali v rámci své přípravy na profesi, občas využiji v praxi. Tři respondenti (4,3 %) vědomosti a zkušenosti získané v rámci studia hojně využívají v praxi. Vědomosti a zkušenosti získané v souvislosti se studiem ve své praxi nevyžívá 14 respondentů (20 %) (viz Obrázek 3).

Otázka č. 9 – Jak často se při výkonu svého povolání setkáváte s pacientem z minoritní skupiny? (Romové, Vietnamci, muslimové atd.)?

- a) 1x do týdne
- b) 1x za měsíc
- c) Méně často než 1x za měsíc
- d) Nevím



Obrázek 4 – Graf frekvence péče NLZP o pacienta z minoritní skupiny

Otázka č. 9 sledovala frekvenci setkání NLZP s pacientem z minoritní skupiny při výkonu svého povolání. Nejčastěji bylo respondenty zvoleno tvrzení, že se s pacientem z minoritní skupiny setkají při výkonu své profese jednou do týdne, celkově tedy 33 (38,8 %) respondentů. Tvrzení, kdy se NLZP s pacientem z minoritní skupiny setkají jedenkrát do měsíce, zvolilo celkem 21 (24,7 %) respondentů. Méně často než jednou měsíčně se s pacientem z minoritní skupiny dle výsledků průzkumu setká 31 (36,5 %) respondentů. Tvrzení, že se respondent při výkonu svého povolání nikdy nesetkal s pacientem z minoritní skupiny, neoznačil žádný z respondentů (viz Obrázek 4). Výsledky průzkumu poukazují na fakt, že nelékařský zdravotnický personál se při výkonu svého povolání čím dál častěji dostává do kontaktu s pacientem z odlišné minoritní skupiny. Dle statistik Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) se v současné době v České republice neustále zvyšuje počet cizinců s trvalým pobytem či s dlouhodobým pobytem nad 90 dní (ČSU, 2017).

Otázka č. 10 – Uved'te, s kterými minoritními skupinami se při výkonu svého povolání setkáváte nejčastěji? (lze zvolit více možností)

- a) Romové
- b) Vietnamci
- c) Muslimové
- d) Ukrajinci
- e) Slováci
- f) Němci
- g) Ostatní – uveďte které

Tabulka 7 – Minoritní skupiny, se kterými se nejčastěji setkává NLZP

Odpovědi respondentů	f_o	n_o (%)
Romové	73	28,4 %
Vietnamci	43	16,7 %
Muslimové	10	3,9 %
Ukrajinci	54	21,0 %
Slováci	49	19,1 %
Němci	15	5,8 %
Ostatní	13	5,1 %
Celkem	257	100 %

Cílem otázky č. 10 bylo zjistit, s jakými minoritními skupinami se nejčastěji respondenti setkávají při výkonu svého povolání. Respondenti u této otázky měli možnost zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí respondentů na danou otázku byl 257 odpovědí. Z výsledků průzkumu je patrné, že nejčastěji se respondenti při výkonu svého povolání setkávají s pacienty romského etnika. Konkrétně tuto možnost zvolilo 73 (28,4 %) respondentů. Další nejvíce zastoupenou minoritní skupinou byli Ukrajinci, které označilo 54 (21 %) respondentů. Na třetím místě byli zastoupeni pacienti slovenské národnosti, kteří zaujímali 19,1 % z celkového počtu odpovědí respondentů. Dále v pořadí bylo nejvíce zmiňováno vietnamské etnikum (16,7 %). Mezi nejméně zastoupené minoritní skupiny patřili pacienti německé národnosti (5,8 %) a muslimové (3,9 %). Výsledky průzkumu mapuje Tabulka 7. Respondenti měli možnost při neztotožnění se s nabízenými možnostmi zvolit variantu odpovědi Ostatní, kde

mohli pomocí otevřené odpovědi uvést minoritní skupinu, se kterou se nejčastěji při výkonu své profese setkávají. Tuto možnost využilo 5,1 % respondentů. Tyto odpovědi respondentů byly následně podrobeny obsahové analýze dat a byly vytvořeny hlavní významové kategorie, které nejvíce odpovídaly odpovědím respondentů. Nejčastěji byli zastoupeni pacienti bulharské, rumunské, polské, americké a britské národnosti. Výsledky průzkumu nejsou překvapivé. Přítomnost romského etnika je na našem území popisován již v 17. století (Marádová, 2006, s. 15–16). Také dle údajů ČSÚ jsou jedinci ukrajinské a vietnamské národnosti na našem území značně rozšířeni (ČSÚ, 2017). Se Slováky nás úzce pojí společná historie a podobný slovanský jazyk.

Otázka č. 11 – Popište vlastními slovy pojem kulturní šok:

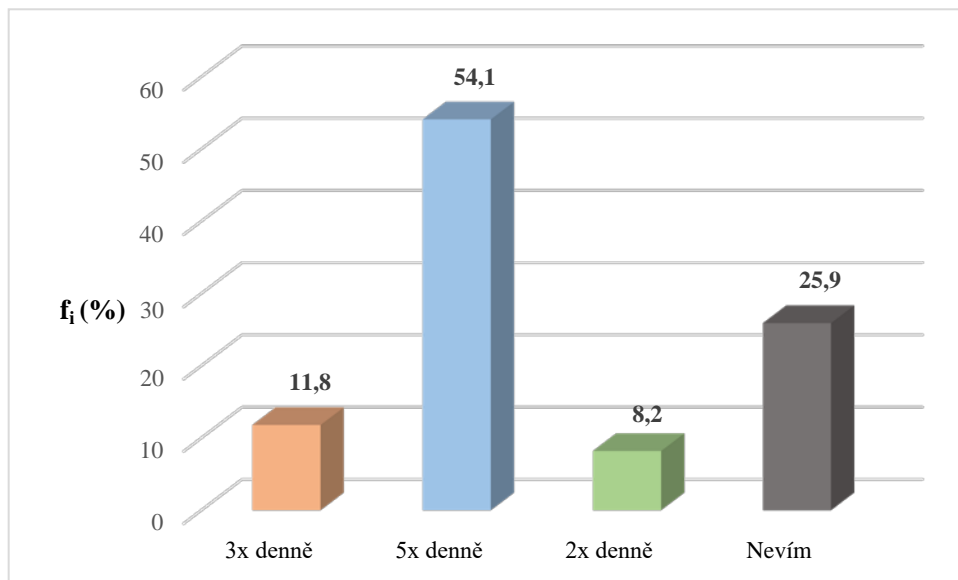
Otázka č. 11 byla první otázkou zjišťující míru znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče. Všechny otázky, jejichž cílem bylo zmapovat úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče (otázka č. 11 – otázka č. 20) byly určeny všem respondentům. K interpretaci dat u otázky č. 11 s možností otevřené odpovědi byla využita obsahová analýza dat. Otázka s otevřenou odpovědí respondentů byla zvolena záměrně, aby u nich došlo k ověření skutečného porozumění pojmu kulturní šok. Jednotlivé odpovědi respondentů byly podrobeny obsahové analýze dat, na jejímž základě byly vytvořeny významové kategorie, které jsou uvedeny v Tabulce 8. Celkem 56 (65,9 %) respondentů uvedlo odpověď shodující se s definicí kulturního šoku uváděného v odborné literatuře. Respondenty byly uvedeny i celkem 3 (3,5 %) odpovědi s etnocentrickým podtextem. Jeden z respondentů uvedl: „*Jaký kulturní šok? Jsou v Evropě, tak mají respektovat zdejší zvyky.*“ Další z respondentů prostřednictvím volné odpovědi sdělil: „*Nic takového není. Je pouze kulturní bariéra, tohle je jen další umělý problém.*“ Celkem 15 (17,6 %) respondentů prostřednictvím volné odpovědi uvedlo: „*Nevím.*“

Tabulka 8 – Definice pojmu kulturní šok

Odpověď	n_i	f_i (%)
Psychický či sociální otrěs způsobený přemístěním jedince do kultury s odlišnými kulturními znaky	56	65,9 %
Neznalost, nevědomost	9	10,6 %
Etnocentrické odpovědi	3	3,5 %
Rozdíly v péči způsobují nedorozumění mezi pacientem a personálem	2	2,4 %
Nevím	15	17,6 %
Celkem	85	100 %

Otázka č. 12 – Kolikrát denně by se měli modlit muslimové?

- a) 3x denně
- b) 5x denně
- c) 2x denně
- d) Nevím

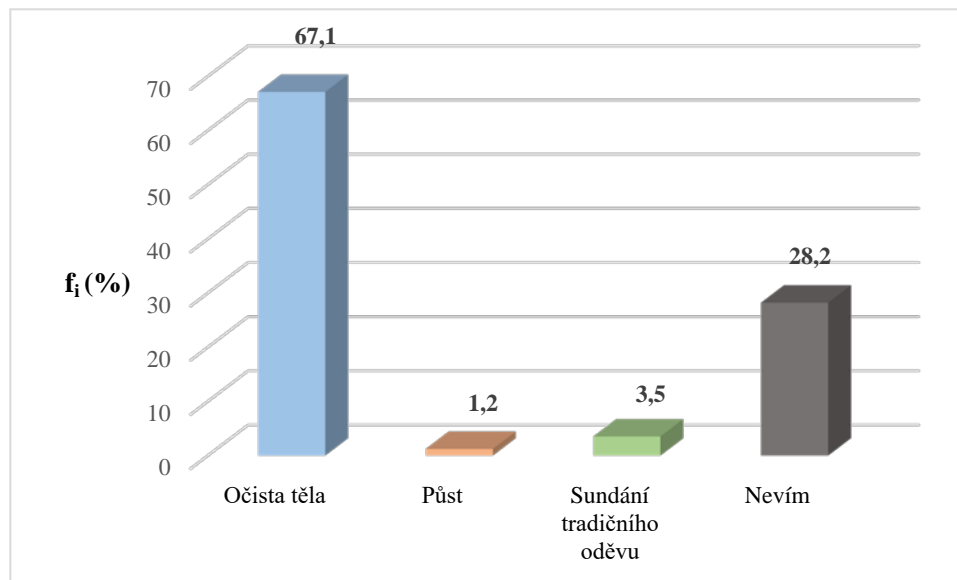


Obrázek 5 – Graf četnosti modlení muslimů

Cílem otázek č. 12 – č. 14 bylo zmapovat úroveň znalostí NLZP v oblasti specifik při poskytování ošetrovatelské péče u muslimského etnika. Otázka č. 12 byla zaměřena na frekvenci modlení muslimů. Celkem 46 (54,1 %) respondentů zvolilo správnou odpověď, tedy že frekvence modlení muslimů je 5x denně. Možnost nevím zvolilo celkem 22 (25,9 %) respondentů. Na výsledky průzkumu poukazuje Obrázek 5.

Otázka č. 13 – Co předchází pravidelnému modlení muslimů?

- a) Očista těla
- b) Půst
- c) Sundání tradičního oděvu (u žen tzv. čádor)
- d) Nevím



Obrázek 6 – Graf specifik modlení muslimů

Následující položka byla taktéž zaměřena na mapování znalostí NLZP v oblasti kulturních specifik muslimské minoritní společnosti. Otázka č. 13 se zaměřovala na specifika předcházející modlení muslimů. Z výsledků průzkumu vyplývá, že celkem 57 (67,1 %) označilo správnou odpověď – modlení muslimů předchází očista těla. Možnost Nevím označilo celkem 24 (28,2 %) respondentů (viz Obrázek 6).

Otázka č. 14 – Muslimům je zakázáno konzumovat: (lze zvolit více možností)

- a) Hovězí maso
- b) Vepřové maso
- c) Alkoholické nápoje
- d) Mléčné výrobky
- e) Nevím

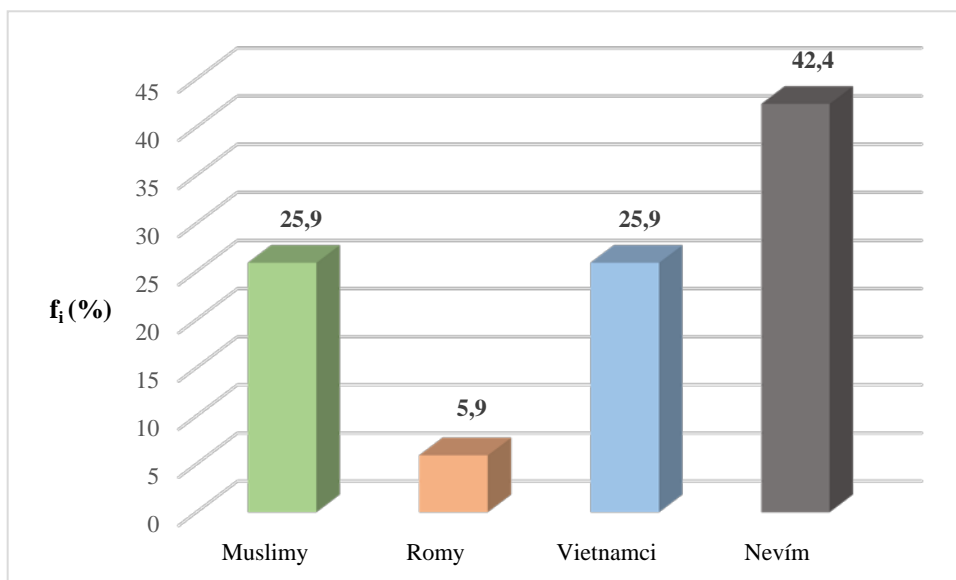
Tabulka 9 – Stravování muslimů

Odpovědi respondentů	n_o	f_o (%)
Hovězí maso	16	11,9 %
Vepřové maso	65	48,5 %
Alkoholické nápoje	50	37,3 %
Mléčné výrobky	0	0,0 %
Nevím	3	2,2 %
Celkem	134	100 %

Otázka č. 14 byla poslední z otázek mapujících znalost NLZP o specifických muslimské minority. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí respondentů ($n_o=134$) tvořilo 65 (48,5 %) odpovědí jedno ze správných tvrzení, že muslimům je zakázáno konzumovat vepřové maso. Dále celkem 50 (37,3 %) odpovědí představovalo druhé správné tvrzení, a to že muslimové nesmějí požívat alkoholické nápoje. Kombinaci obou správných odpovědí (tedy, že muslimům je zakázáno konzumovat vepřové maso a alkoholické nápoje) zvolilo pouze 39 (45,9 %) respondentů. Celkem 16 (11,9 %) odpovědí reprezentovalo tvrzení, že muslimům je zakázána konzumace hovězího masa. Výsledky průzkumu detailněji shrnuje Tabulka 9.

Otázka č. 15 – Pohlázení dítěte po hlavě cizí osobou je negativně vnímáno:

- a) Muslimy
- b) Romy
- c) Vietnamci
- d) Nevím

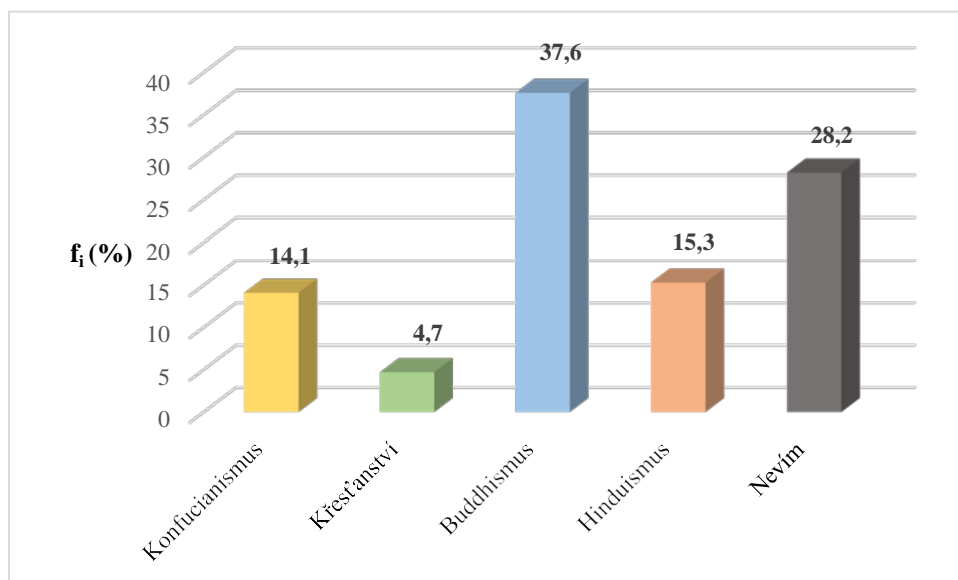


Obrázek 7 – Graf vnímání pohlázení dítěte po hlavě

Další blok otázek v dotazníku (otázka č. 15 – otázka č. 17) sloužil k otestování znalostí respondentů v oblasti kulturních specifik vietnamské minoritní skupiny. Celkem 36 (42,4 %) respondentů nedokázalo odpovědět na otázku č. 15 uvedenou v dotazníku. Z celkového počtu respondentů pouze 22 (25,9 %) označilo správnou odpověď, tedy že pohlázení dítěte po hlavě je negativně vnímáno Vietnamci. Oblast hlavy je dle Marádové (2006, s. 12-14) Vietnamci pokládána za tzv. „sídlo života“ a tento intimní kontakt s dítětem náleží pouze rodičům. Stejný počet respondentů (25,9 %) vybral nesprávnou odpověď, a to muslimy (viz Obrázek 7).

Otázka č. 16 – Nejrozšířenějším náboženstvím ve Vietnamu je:

- a) Konfucianismus
- b) Křesťanství
- c) Buddhismus
- d) Hinduismus
- e) Nevím

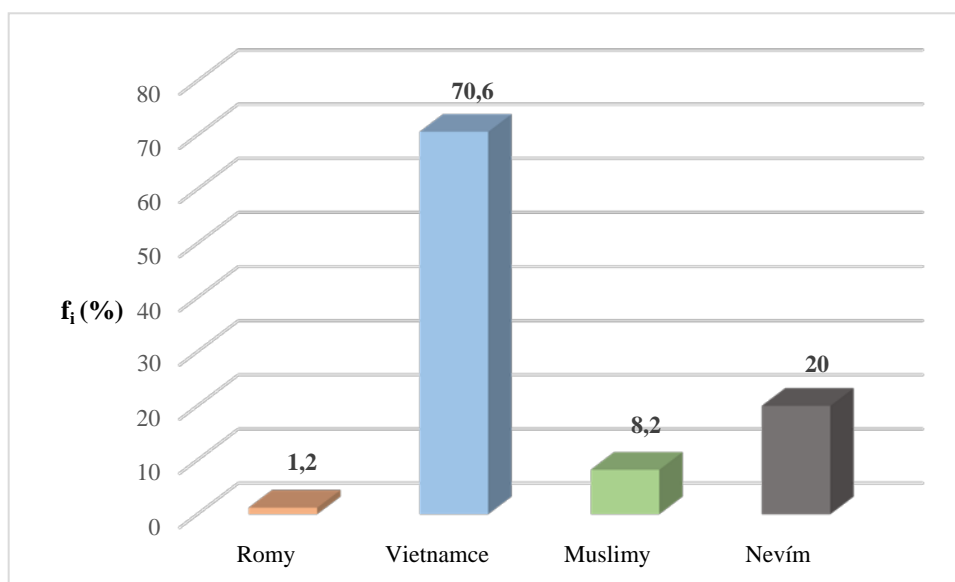


Obrázek 8 – Graf nejrozšířenějšího náboženství ve Vietnamu

Cílem další položky bylo zjistit úroveň znalostí NLZP o kulturních specifikách vietnamského etnika. Otázka byla zaměřena na nejrozšířenější náboženství ve Vietnamu. Pouze 32 (37,6 %) probandů zvolilo správnou odpověď, tedy že nejrozšířenějším náboženstvím vietnamského etnika je buddhismus. Celkem 24 (28,2 %) respondentů nevědělo odpověď na dotazovanou otázku. Ostatní nesprávné odpovědi (tedy konfucianismu, křesťanství a hinduismus) označilo celkem 29 (34,1 %) respondentů (viz Obrázek 8).

Otázka č. 17 – Úsměv jako vyjádření pro neporozumění či omluvu je typický pro:

- a) Romy
- b) Vietnamce
- c) Muslimy
- d) Nevím

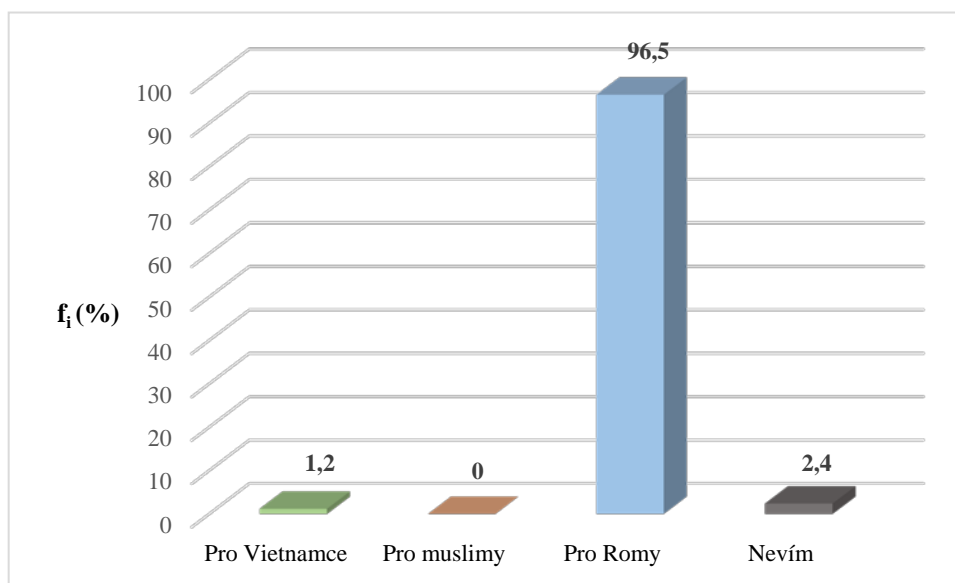


Obrázek 9 – Graf vyjádření úsměvu jako neporozumění či jako omluvy

Otázka č. 17 taktéž jako předchozí otázky zjišťovala míru znalostí NLZP o kulturních specificích vietnamské minoritní skupiny. Nejvíce respondentů, 60 (70,6 %), zvolilo správnou odpověď, tedy že úsměv jako nonverbální vyjádření pro neporozumění či omluvu je typický pro vietnamské etnikum. Celkem 17 (20 %) respondentů neznalo odpověď na dotazovanou otázku. Ostatní probandi, 8 (9,4 %), označili chybnou odpověď, tedy že úsměv jako vyjádření pro neporozumění je typický pro Romy či muslimy. Výsledky průzkumu jsou shrnuty na Obrázku 9.

Otázka č. 18 – Pro kterou minoritní skupinu je jednou z nejhlavnějších hodnot rodina, naopak vzdělání pro ně nemá příliš vysokou hodnotu?

- a) Pro Vietnamce
- b) Pro muslimy
- c) Pro Romy
- d) Nevím

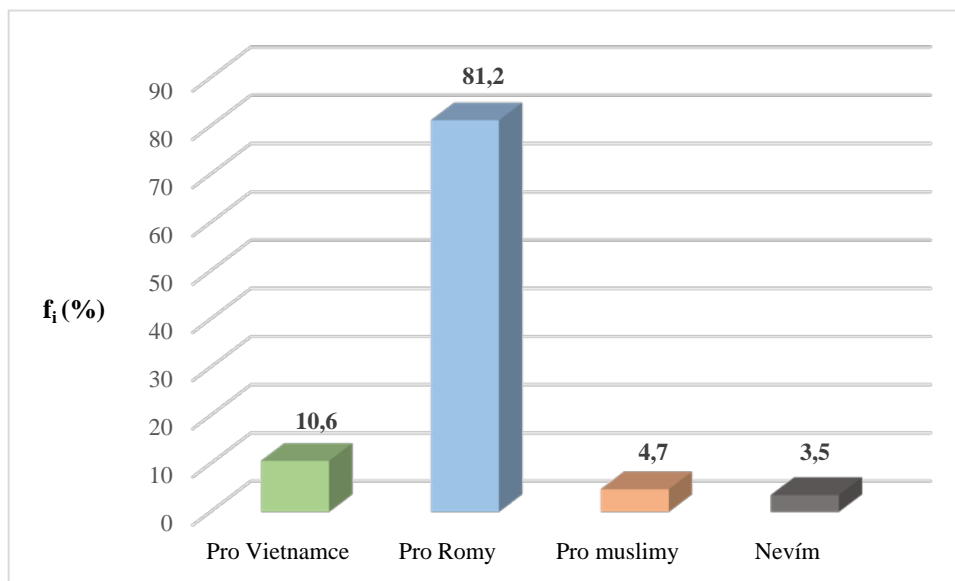


Obrázek 10 – Graf hodnotového systému

Otázky č. 18 – č. 20 si kladly za cíl zjistit, zda jsou NLZP orientováni v problematice kulturních specifik romského etnika. První z nich (otázka č. 18) byla zaměřena na hodnotový systém Romů. Z celkového počtu respondentů 85 (100 %) jich 82 (96,5 %) označilo správnou odpověď. Pro Romy se na primárním místě v hodnotovém systému objevuje rodina, naopak vzdělání pro ně nemá příliš vysokou hodnotu (Marádová, 2006, s. 18-19). Celkem 2 (2,4 %) respondenti nedokázali odpovědět na uvedenou otázku. Jeden z respondentů (1,2 %) se domníval, že rodina jako nejhlavnější hodnota je typická pro Vietnamce (viz Obrázek 10). To je dle Kutnohorské (2013, s. 109) pravda, ale vietnamské etnikum staví na přední místo v hodnotovém žebříčku taktéž vzdělání.

Otázka č. 19 – Pro kterou z minoritních skupin je typický výraznější projev na fyzickou bolest?

- a) Pro Vietnamce
- b) Pro Romy
- c) Pro muslimy
- d) Nevím

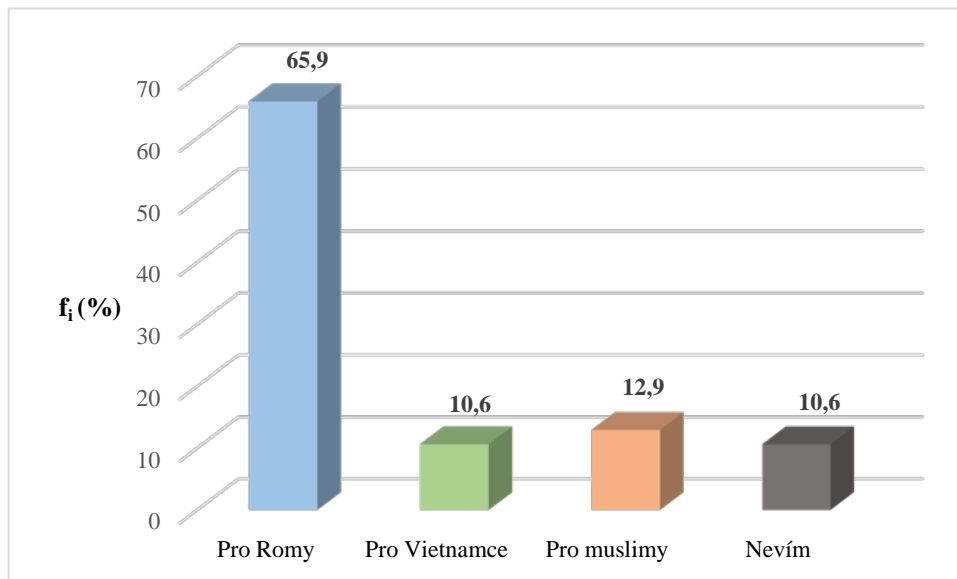


Obrázek 11 – Graf výraznějšího projevu na fyzickou bolest

Otázka č. 19 navazovala na předchozí otázku a zjišťovala míru znalostí NLZP v oblasti kulturních specifik při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče romskému etniku. Správnou odpověď na dotazovanou položku zvolilo celkem 69 (81,2 %) respondentů. Typickým znakem romského etnika je zveličování zdravotních obtíží a výrazné emoční projevy (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 337; Tóthová a Olišarová, 2017, s. 119–22). Celkem 9 respondentů z celkově dotazovaných 85 (100 %) se domnívá, že výraznější projev na fyzickou bolest je typický pro vietnamské etnikum. Vietnamci se obecně chovají velmi slušně a mírně, fyzickou bolest snášejí klidně, bez hlasového projevu (Marádová, 2006, s. 12–14). Celkem 4 (4,7 %) probandi zvolili nesprávnou odpověď, tedy že výraznější projev na fyzickou bolest je typický pro muslimskou minoritní společnost. Tři (3,5 %) respondenti z celkově dotazovaných nevěděli odpověď na uvedenou položku dotazníku. Výsledky průzkumu jsou zobrazeny pomocí Obrázku 11.

Otázka č. 20 – Dodržování léčebného režimu pouze do ustoupení akutních potíží je typické pro:

- a) Pro Romy
- b) Pro Vietnamce
- c) Pro muslimy
- d) Nevím

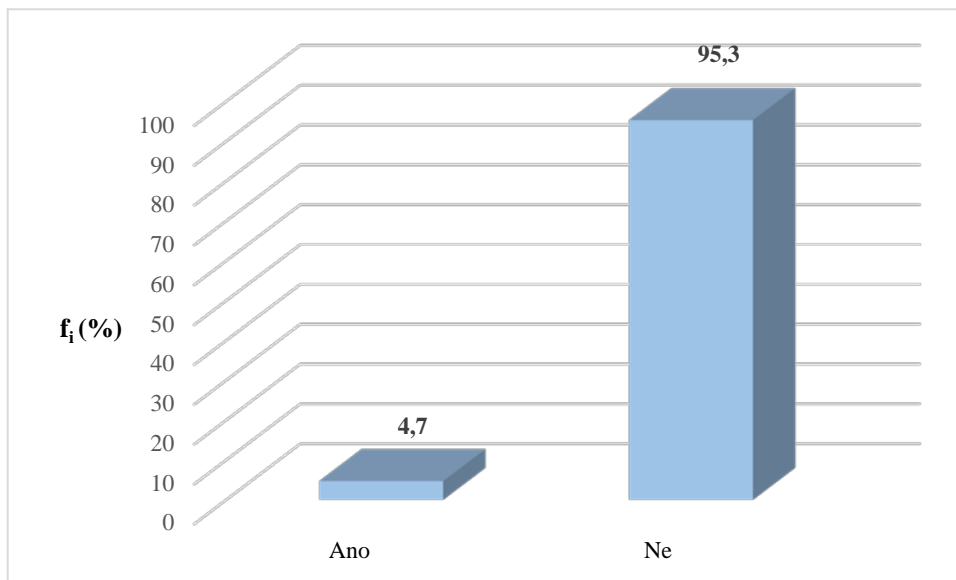


Obrázek 12 – Graf délky dodržování léčebného režimu

Otázka č. 20 byla poslední z otázek, které byly cíleny na zjištění míry znalostí NLZP o specifických aspektech při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin. Tato otázka byla zaměřena na délku dodržování léčebného režimu. Z celkového počtu respondentů 85 (100 %) jich 56 (65,9 %) zvolilo správnou odpověď, a to že dodržování léčebného režimu pouze do ustoupení akutních obtíží je typické pro romské etnikum. Celkem 11 (12,9 %) respondentů se chybně domnívalo, že výše popsany jev je typický pro muslimské pacienty. Vietnamskou minoritní společnost zvolilo chybně celkem 9 (10,6 %) respondentů. Stejný počet probandů 9 (10,6 %) nedokázal na otázku odpovědět (viz Obrázek 12).

Otázka č. 21 – Je Vám zaměstnavatelem umožněno další vzdělávání v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Ne – uveďte z jakého důvodu



Obrázek 13 – Graf umožnění dalšího vzdělávání NLZ v oblasti multikulturního ošetrovatelství ze strany zaměstnavatele

Další položka v dotazníku zjišťovala umožnění dalšího vzdělávání NLZP v problematice multikulturní ošetrovatelství ze strany zaměstnavatele. Celkem 81 (95,3 %) respondentů uvedlo, že ze strany zaměstnavatele jim není umožněno další vzdělávání v dané problematice. Pouze 4 (4,7 %) respondenti vypověděli, že ze strany zaměstnavatele jim je umožněno další vzdělávání v oblasti multikulturní ošetrovatelství. Výsledky průzkumu shrnuje Obrázek 13. Výsledky průzkumu mohou být v této položce zkreslené, jelikož respondenti mohli mít v době průzkumného šetření pracovní úvazek u jiného zaměstnavatele, který jim vzdělávání v problematice multikulturního ošetrovatelství umožňoval. Taktéž mohlo dojít k nepochopení otázky ze strany probandů. Vlastní osobou byla ústně ověřena situace v daném zdravotnickém zařízení, kde je současná situace taková, že vzdělávání v této problematice dané zdravotnické zařízení NLZP neumožňuje. V případě zvolení odpovědi Ne, měli respondenti možnost otevřené odpovědi, kde mohli vyjádřit důvod, proč jim ze strany zaměstnavatele není umožněno další vzdělávání ve výše uvedené problematice. Následně byly odpovědi podrobeny obsahové analýze dat a vytvořeny významové kategorie, které nejvíce reprezentovaly odpovědi probandů. Jednotlivé odpovědi respondentů shrnuje Tabulka 10.

Tabulka 10 – Vyjádření NLZP důvodu neumožnění vzdělávání v problematice multikulturního ošetrovatelství ze strany zaměstnavatele

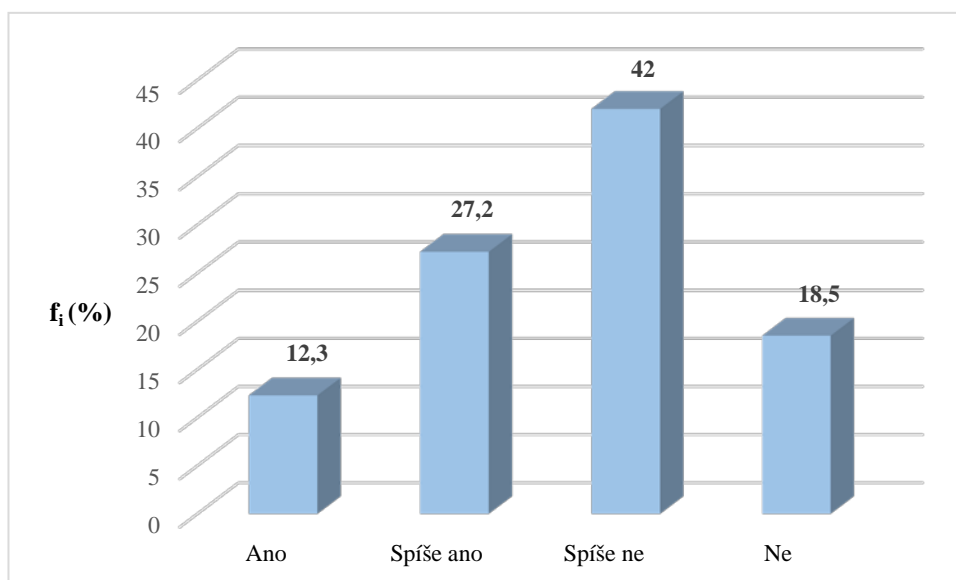
Odpověď	ni	f_i (%)
Nevím	35	43,2 %
Nezájem ze strany personálu	8	9,9 %
Nezájem ze strany vedení	17	21,0 %
Není důvod/potřeba vzdělávání v této oblasti	15	18,5 %
Nedostatek času	2	2,5 %
Nedostatek personálu	2	2,5 %
Pouze v rámci vlastního volna a vlastních financí	2	2,5 %
Celkem	81	100 %

Z celkového počtu 81 (100 %) respondentů, kteří na otázku č. 21 odpověděli záporně, 35 (43,2 %) respondentů uvedlo, že neví, z jakého důvodu není ze strany zaměstnavatele umožněno další vzdělávání v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče. Nezájem ze strany vedení vyjádřilo celkem 17 (21 %) respondentů, 15 (18,5 %) probandů se vyjádřilo, že není důvod či potřeba dalšího vzdělávání v dané problematice. Nezájem ze strany personálu sdělilo prostřednictvím volné odpovědi v dotazníku celkem 8 (9,9 %) respondentů. Ostatní kategorie odpovědí (nedostatek času, nedostatek personálu a možnost vzdělání pouze v rámci vlastního volna a vlastních financí) zvolili shodně vždy 2 (2,5 %) respondenti.

Otázka č. 22 – Ocenil/a byste možnost dalšího vzdělávání v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne – uveďte z jakého důvodu

Další z otázek navazuje na předešlou otázku a má za cíl zhodnotit zájem NLZP o další vzdělávání v problematice multikulturního ošetrovatelství. Otázka č. 22 byla filtrovaná a odpovídali na ní pouze respondenti, kteří na předchozí položku odpověděli záporně, tedy, že jim ze strany zaměstnavatele není umožněno vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství.



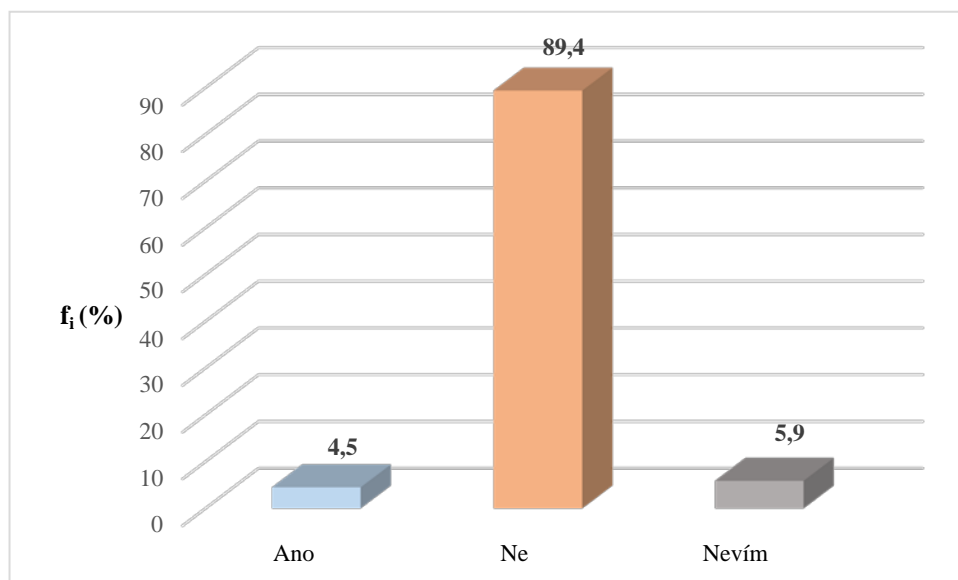
Obrázek 14 – Graf zájmu NLZP o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství

Z celkového počtu probandů 81 (100 %), kteří odpovídali na uvedenou položku, nejvíce respondentů, 34 (42 %), uvedlo, že by možnost dalšího vzdělávání v dané problematice spíše neocenilo. Možnost Spíše ano zvolilo celkem 22 (27,2 %) probandů a možnost Ano pak zvolilo pouze 10 (12,3 %) respondentů. Z výsledků průzkumu je patrné, že nezájem o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství prostřednictvím dotazované položky vyjádřilo celkem 15 (18,5 %) respondentů (viz Obrázek 14). Při zvolení možnosti Ne měli probandi možnost volné odpovědi k vyjádření důvodu nezájmu o další vzdělávání v dané problematice. Nejvíce respondentů (6) ve své odpovědi uvedlo, že důvodem jejich nezájmu o další vzdělávání v dané problematice je jejich přesvědčení, že odlišné kulturní a náboženské skupiny žijí na našem území a tudíž musí respektovat naše kulturní zvyklosti.

Například jedna z respondentek uvedla: „*Nechápu, proč bych se měla vzdělávat v péči o imigranty a Romy, oni musí respektovat naši kulturu, protože žijí na našem území*“. Čtyři respondenti nechtěli uvádět důvod nezájmu o další vzdělávání v oblasti multikulturní péče. Pět respondentů prostřednictvím dodatečné otázky v dotazníku sdělili, že jim stačí znalosti získané v rámci studia.

Otázka č. 23 - Využíváte na Vašem pracovišti informované souhlasy v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



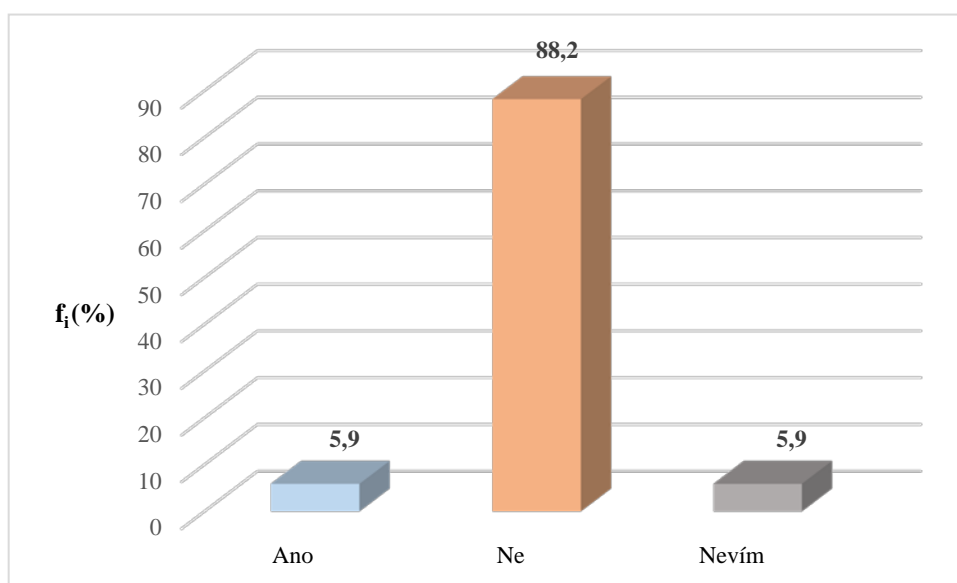
Obrázek 15 – Graf využití informovaných souhlasů v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů

Cílem otázky č. 23 bylo zmapovat využití informovaných souhlasů v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů. Nejvíce respondentů, 76 (89,4 %), zvolilo možnost b), tedy že na jejich pracovištích nejsou využívány informované souhlasy v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny. Celkem 5 (5,9 %) probandů nedokázalo odpovědět na dotazovanou položku. S využitím informovaných souhlasů v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny souhlasili celkem 4 (4,5 %) respondenti. Výsledky průzkumu jsou shrnuty na Obrázku 15. Je zarážející, že výsledky průzkumu ukazují nejednotné odpovědi NLZP na dotazovanou otázku, jelikož respondenti byly zaměstnanci jednoho zdravotnického zařízení. Vlastní osobou bylo v daném zdravotnickém zařízení ověřeno, že zdravotnické zařízení nemá

na žádném z oddělení k dispozici informované souhlasy v jazykové úpravě pro minoritní skupiny a disponuje pouze etickým kodexem Práva pacientů přeložený do cizích jazyků (konkrétně do anglického, německého, ruského, vietnamského a arabského jazyka). Je možné, že 4 z dotazovaných 85 respondentů zaměnili informované souhlasy a práva pacientů, a proto je jejich odpověď odlišná od většiny odpovědí respondentů.

Otázka č. 24 - Využíváte na Vašem pracovišti záznam ošetřovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

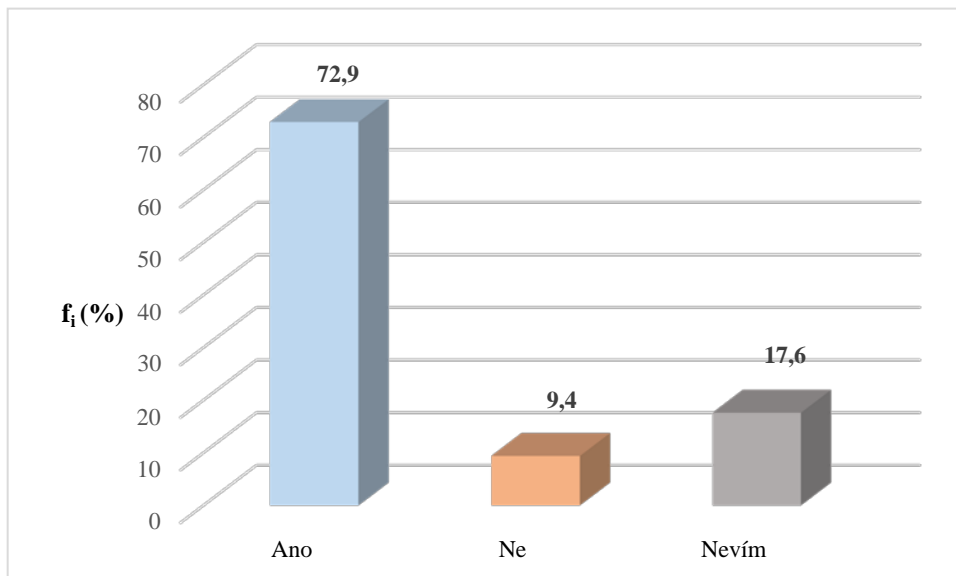


Obrázek 16 – Graf využití záznamů ošetřovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů

Další z otázek zjišťovala využití záznamů ošetřovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů. Nejvíce respondentů, 75 (88,2 %), se shodlo, že na jejich pracovištích nejsou využívány záznamy ošetřovatelské péče určené pro minoritní skupiny. Z Obrázku 16 je dále patrné, že 5 (5,9 %) respondentů neznalo odpověď na uvedenou otázku. Shodný počet respondentů, 5 (5,9 %), uvedl, že jsou na jejich pracovištích používány záznamy ošetřovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny. Výsledky průzkumu ukazují, že odpovědi respondentů na dotazovanou položku nebyly jednotné i přesto, že všichni respondenti pracovali v jednom zdravotnickém zařízení. Vlastní osobou došlo k ověření v daném zdravotnickém zařízení, že se záznamy ošetřovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny nevyužívají na žádném oddělení.

Otázka č. 25 - Využíváte na Vašem pracovišti alternativní způsoby komunikace s klienty z minoritních skupin?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



Obrázek 17 – Graf využití alternativních způsobů komunikace s klienty z minoritních skupin na pracovištích respondentů

Otázka č. 25 se dotazuje na využití alternativních způsobů komunikace s klienty z minoritních skupin. Z celkově dotazovaných 85 (100 %) respondentů jich 62 (72,9 %) uvedlo, že na jejich pracovištích využívají alternativní způsoby komunikace s klienty z odlišných minoritních skupin. Na dotazovanou položku nevědělo odpověď celkem 15 (17,6 %) respondentů. Ostatní probandi, celkem 8 (9,4 %), uvedli, že na jejich pracovištích nejsou využívány alternativy sloužící ke komunikaci s pacienty z odlišných etnických skupin. Výsledky průzkumu shrnuje Obrázek 17.

Otázka č. 26 - Jaké alternativní způsoby komunikace s pacienty z minoritních skupin využíváte na Vašem pracovišti? (lze zvolit více možností)

- a) Piktogramy
- b) Komunikační karty
- c) Služby tlumočnicka
- d) Slovník
- e) Jiné – uveďte které

Tabulka 11 - Alternativní způsoby komunikace s pacienty z minoritních skupin na pracovištích respondentů

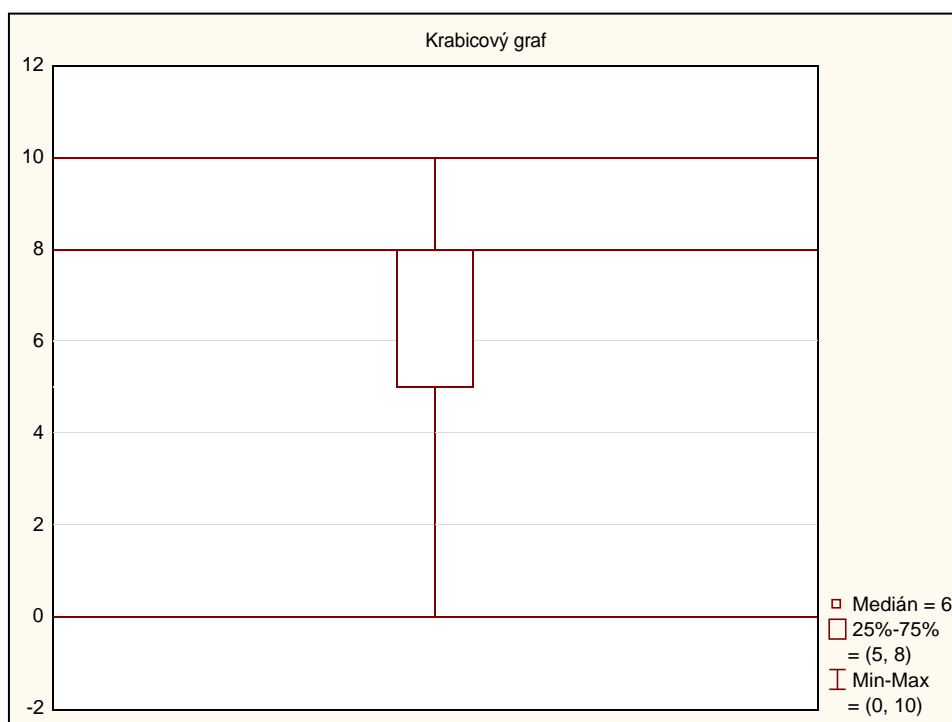
Odpovědi respondentů	n _o	f _o (%)
Piktogramy	5	6,0 %
Komunikační karty	6	7,1 %
Služby tlumočnicka	36	42,9 %
Slovník	21	25,0 %
Jiné	16	19,0 %
Celkem	84	100 %

Poslední z otázek doplňovala otázku č. 25 a zaměřovala se na zjištění, jaké alternativní způsoby komunikace s klienty z minoritních skupin jsou nejvíce využívány na pracovištích NLZP. Otázka byla určena pouze respondentům, kteří v předchozí otázce uvedli, že jsou na jejich pracovištích využívány alternativní způsoby komunikace s pacienty z odlišné minority (celkem tedy na dotazovanou položku odpovídalo 62 respondentů). Dále měli probandi možnost označit více možností. Celkový počet odpovědí respondentů na dotazovanou položku byl 84 (n_o = 84). Výsledky průzkumu ukazují, že nejvíce odpovědí, celkem 36 (42,9 %), tvořily služby tlumočnicka. Na druhém místě byl dle odpovědí 21 (25 %) respondentů na pracovištích využíván slovník. Jiná odpověď byla označena celkem 16x (19 %). Výsledky průzkumu shrnuje Tabulka 11. Při výběru jiné možnosti měli probandi možnost uvést konkrétní způsob alternativní komunikace s pacienty z jiné etnické skupiny. Čtyři probandi uvedli, že jako alternativní způsoby komunikace dále využívají gesta a haptiku. Dvanáct respondentů pomocí volné doplňující otázky v dotazníku uvedlo, že ke komunikaci s pacienty z minoritních skupin taktéž používají překladače a překladatelské aplikace na různých elektronických zařízeních. Nejčastěji pak zmiňovali počítač, tablet či chytrý telefon. Nejméně odpovědí mělo využití piktogramů, 5 (6 %), a komunikačních karet, 6 (7,1 %), při alternativní komunikaci s pacienty z minoritních

skupin. Z důvodu ne zcela jednotných odpovědí respondentů došlo vlastní osobou k ověření v daném zdravotnickém zařízení. Zdravotnické zařízení má k dispozici vlastní jazykové tlumočníky či tlumočení zajistí rodinný příslušník pacienta. Je zde také možnost tlumočení přes telefon zajišťované komerční překladatelskou společností na náklady pacienta. Dále jsou na pracovištích využívány slovníky v papírové či elektronické podobě a různé překladatelské aplikace.

9.1 Vyhodnocení úrovně znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin

Každý z respondentů měl možnost získat v části dotazníku, který zjišťoval míru znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče (konkrétně otázka č. 11 – otázka č. 20), maximálně 10 bodů. Celkový maximální počet bodů v celém souboru zahrnující 85 respondentů byl 850 bodů (100 %). Respondenti z daného maximálního počtu bodů získali 515 (60,6 %) bodů. Nejčastěji správně zodpovězenou otázkou lze označit otázku č. 18 – *Pro kterou minoritní skupinu je jednou z nejhlavnějších hodnot rodina, naopak vzdělání pro ně nemá příliš vysokou hodnotu?* U této otázky 82 probandů (96,5 %), z celkově dotazovaných 85 (100 %), označilo správnou odpověď. Nejméně správných odpovědí bylo respondenty uvedeno u otázky č. 15 – *Pohlazení dítěte po hlavě cizí osobou je negativně vnímáno.* V případě této dotazované položky uvedlo správnou odpověď pouze 22 (25,9 %) respondentů.



Obrázek 18 – Krabicový graf správných odpovědí

Dle dat uvedených na Obrázku 18 je patrné, že rozpětí odpovědí je výrazné. Minimální počet odpovědí v dotazníkovém šetření činil 0 správně zvolených odpovědí (0 %). Nejvíce zodpovězených otázek se správnou odpovědí bylo 10 (100 %). Mediánem správných odpovědí je 6 (60 %), což se pohybuje pod stanovenou hranicí úspěšnosti 70 %.

Tabulka 12 – Úspěšnost respondentů v dotazníkovém šetření

Vzdělání	Znalosti		
	Dostatečné $\geq 70\%$	Nedostatečné $< 70\%$	Celkem
Středoškolské	6	11	17
Vyšší odborné	9	13	22
Vysokoškolské - Bc.	16	13	29
Vysokoškolské - Mgr.	6	5	11
Specializační vzdělání	1	5	6
Celkem	38 (44,7 %)	47 (55,3 %)	85 (100 %)

Z analýzy dat vyplývá, že hranice úspěšnosti dosáhlo 38 respondentů, tedy 44,7 % dotazovaných, a mají tedy dostatečné znalosti v poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin. V rámci srovnání úspěšně vyplněných dotazníků a úrovně nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů je patrné, že 16 respondentů s vysokoškolským vzděláním bakalářského stupně dosáhlo $\geq 70\%$ úspěšnosti v dotazníkovém šetření. S vyšším odborným vzděláním této hranice dosáhlo 9 respondentů, se středoškolským vzděláním 6 respondentů. Šest respondentů s vysokoškolským vzděláním magisterského stupně překročilo $\geq 70\%$ úspěšnost v dotazníkovém šetření stejně jako jeden respondent se specializačním vzděláním. Analýzu dat shrnuje Tabulka 12.

Tabulka 13 – Průměr správných odpovědí dle délky odborné praxe respondentů

Délka odborné praxe	Počet respondentů	Průměrná úspěšnost (%)	Průměrný počet správných odpovědí
Do 2 let	13	65 %	6,5
2-5 let	19	67 %	6,7
6-10 let	12	65 %	6,5
Více než 10 let	41	55 %	5,5
Celkem	85	63 %	6,3

Tabulka 13 ukazuje, že nejlepšího průměru vyhodnocení dosáhli respondenti spadající do kategorie délky odborné praxe od 2 do 5 let. Průměrná úspěšnost v této skupině byla 67 % a průměrný počet správných odpovědí 6,7. Další dvě kategorie podle délky odborné praxe, do

kterých byli zařazeni respondenti, dosáhly velmi podobných výsledků jako výše zmiňovaná kategorie respondentů. Respondenti s délkou odborné praxe do 2 let dosáhli průměrné úspěšnosti 65 % a průměrný počet jejich správných odpovědí byl 6,5. Shodných hodnot dosáhli i respondenti s délkou odborné praxe od 6 do 10 let. Nejnižší průměrné hodnocení získali respondenti s délkou odborné praxe delší než 10 let a to 55 %, průměrný počet správných odpovědí u této kategorie byl 5,5.

Tabulka 14 shrnuje výsledky ze znalostní části dotazníkového šetření probandů se středoškolským vzděláním. Výsledky dotazníkového šetření byly v rozmezí 1 až 8 správných odpovědí. Maximální procentuální úspěšnost v dotazníkovém šetření představovala 80 %, minimální pak 10 %. Nejčastější počet správných odpovědí byl 6 (60 %), který se v této kategorii vyskytl u 8 respondentů. Průměrný počet správných odpovědí byl 5,53 (55,29 %). Celkový počet respondentů tvořící kategorii se středoškolským vzděláním byl 17.

Tabulka 14 – Výsledky dotazníků respondentů se středoškolským vzděláním

	Popisná statistika							
	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Úspěšnost (%)	17	55,29	60	80	4	10	80	20,65
Počet správných odpovědí	17	5,53	6	8	4	1	8	2,07

V Tabulce 15 jsou pro přehlednost uvedeny výsledky ve znalostní části dotazníkového šetření u respondentů s vyšším odborným vzděláním. Výsledky dotazníkového šetření se pohybovaly od 0 správných odpovědí do 10 správně zvolených odpovědí. Maximální procentuální úspěšnost ve znalostní části dotazníkového šetření byla rovna 100 %, minimální pak představovala 0 %. Nejčastějším počtem správných odpovědí bylo 6 (60 %). Tento počet se v dané části zkoumaného souboru vyskytl u 5 respondentů. Průměrný počet správných odpovědí byl 5,95 (59,55 %). Celkový počet respondentů s vyšším odborným vzděláním byl 22.

Tabulka 15 – Výsledky dotazníků respondentů s vyšším odborným vzděláním

	Popisná statistika							
	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Úspěšnost (%)	22	59,55	60	50	5	0	100	24,20
Počet správných odpovědí	22	5,95	6	5	5	0	10	2,42

Tabulka 16 popisuje výsledky dotazníků respondentů s vysokoškolským vzděláním bakalářského stupně. Výsledky dotazníků se v dané skupině respondentů pohybovaly mezi 2 až 10 správně zodpovězenými otázkami. Maximální procentuální úspěšnost ve znalostní části dotazníkového šetření představovala 100 %, minimální se rovnala 20 %. Nejčastější počet správných odpovědí byl 7 (70 %), který se objevil celkem u 6 respondentů. Průměrný počet správných odpovědí činil 6,62 (66, 21 %). Celkem tato skupina respondentů čítala 29 jedinců.

Tabulka 16 – Výsledky dotazníků respondentů s vysokoškolským vzděláním bakalářského stupně

	Popisná statistika							
	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Úspěšnost (%)	29	66,21	70	80	8	20	100	19,53
Počet správných odpovědí	29	6,62	7	8	8	2	10	1,95

Tabulka 17 mapuje výsledky průzkumu u respondentů s vysokoškolským vzděláním magisterského stupně. V dané skupině respondentů se výsledky dotazníků pohybovaly mezi 2 a 9 správně zodpovězenými otázkami. Maximální procentuální úspěšnost ve znalostní části dotazníkového šetření byla 90 %, minimální pak 20 %. Nejčastějším počtem správných odpovědí bylo 7. Průměrný počet správných odpovědí byl roven 6,26 (62,73 %). Celkový počet respondentů z této části zkoumaného souboru byl 11.

Tabulka 17 – Výsledky dotazníků respondentů s vysokoškolským vzděláním magisterského stupně

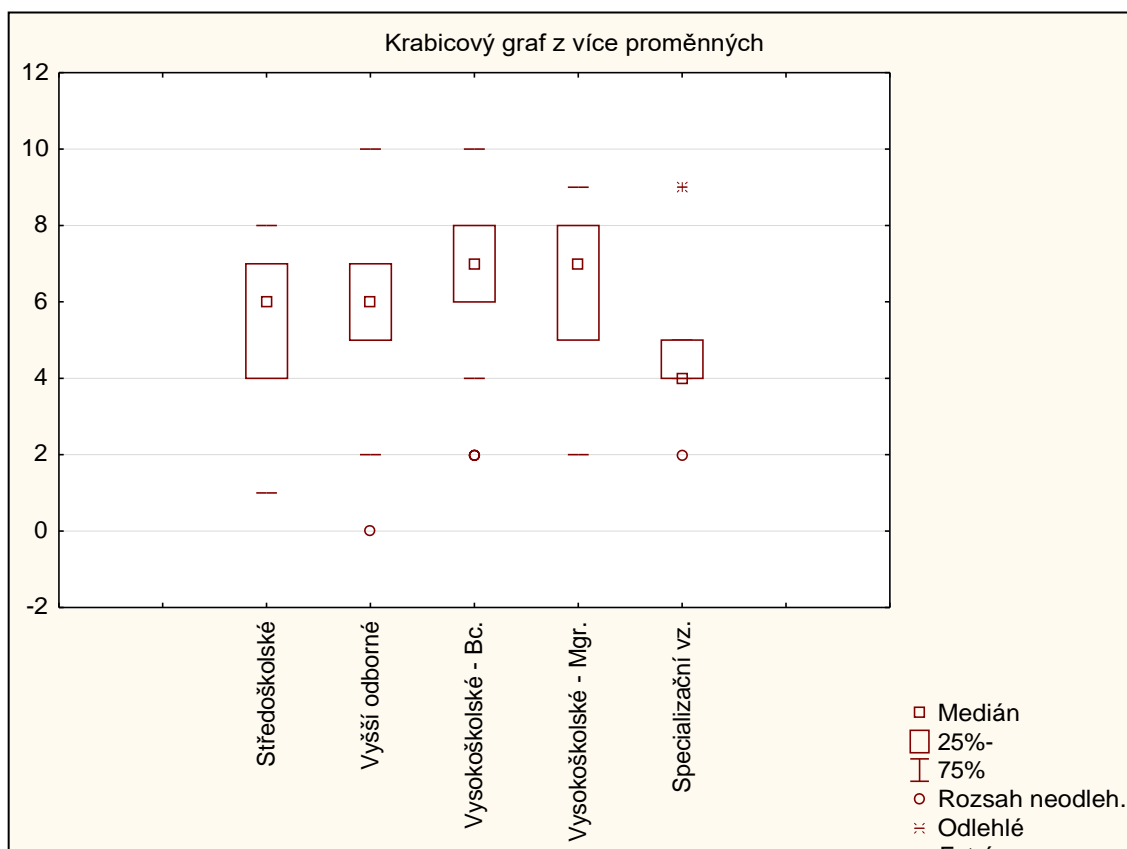
	Popisná statistika							
	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Úspěšnost (%)	11	62,73	70	Vícenás.	3	20	90	19,54
Počet správných Odpovědí	11	6,27	7	Vícenás.	3	2	9	1,95

Dle Tabulky 18 se výsledky znalostní části dotazníků respondentů se specializačním vzděláním pohybovaly od 2 do 9 správně zodpovězených otázek. Maximální procentuální úspěšnost v dotazníkovém šetření byla 90 %, minimální 20 %. Nejčastějším počtem správných odpovědí byly 4 (40 %). Tento počet se objevil u 4 respondentů. U respondentů se specializačním vzděláním průměrný počet správných odpovědí činil 4,67 (46,67 %). Kategorii respondentů se specializačním vzděláním tvořilo celkem 6 probandů.

Tabulka 18 – Výsledky dotazníků respondentů se specializačním vzděláním

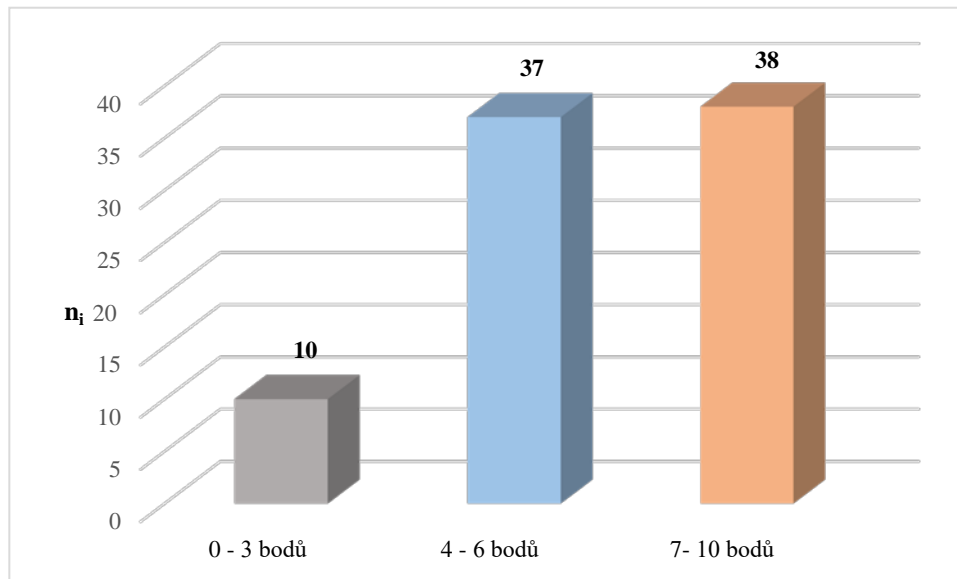
	Popisná statistika							
	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Úspěšnost (%)	6	46,67	40	40	3	20	90	23,38
Počet správných odpovědí	6	4,67	4	4	3	2	9	2,34

Z vícenásobného krabicového grafu (Obrázek 19) je patrné, že ve znalostní části dotazníku si nejlépe vedli respondenti s vysokoškolským vzděláním bakalářského a magisterského stupně. Medián obou těchto skupin respondentů dosáhl hodnoty 7 správně zodpovězených otázek. Medián u skupin respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním byl shodně 6 správně zodpovězených otázek pro obě zmiňované skupiny. Nejhorších výsledků ve znalostní části dotazníkové šetření dosáhli respondenti se specializačním vzděláním.



Obrázek 19 – Vícenásobný krabicový graf výsledků znalostní části dotazníků

Pro hodnocení znalostní části dotazníků byly vytvořeny 3 bodové intervaly výsledků respondentů. Z celkově dotazovaných 85 (100 %) respondentů 10 (11,8 %) probandů dosáhlo ve znalostní části dotazníku hranice 0-3 bodů. 37 (43,5 %) respondentům se dařilo lépe a dosáhlo na hranici 4-6 bodů. Z celkového počtu 85 dotazovaných probandů 38 (44,7 %) respondentů dosáhlo bodové hranice 7-10 bodů a překročili tak $\geq 70\%$ hranici úspěšnosti. Data jsou pro lepší přehlednost zobrazena na Obrázku 20.



Obrázek 20 – Hodnocení výsledků v bodových intervalech

10 DISKUZE

Předkládaná diplomová práce je tvořena teoretickou a průzkumnou částí. Teoretická část se zabývá definicí základních pojmů, které jsou stěžejní pro popis dané problematiky. Další část teoretické části diplomové práce byla věnována specifikům ošetrovatelské péče u vybraných minorit. Složení minoritních skupin na území České republiky vypovídá o faktu, že se lékařský i nelékařský zdravotnický personál při výkonu své profese v ambulantních i lůžkových zařízeních čím dál častěji setkává s pacientem z odlišného kulturního prostředí (Průcha, 2010, s. 166 –167). Diplomová práce se v oblasti specifik při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče zaměřovala na muslimskou, romskou a vietnamskou minoritní skupinu z pohledu nejčastěji zastoupeného etnika na našem území s výraznou kulturní odlišností oproti majoritní společnosti.

Průzkumná část probíhala prostřednictvím kvantitativního průzkumného šetření. Pro účely kvantitativního průzkumného šetření byla použita metoda dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Dotazník byl distribuován nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří byli ochotni zapojit se do průzkumu a pracovali v daném zdravotnickém zařízení v Jihočeském kraji. Celkem bylo do průzkumného šetření zahrnuto 85 probandů. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaká je subjektivní připravenost NLZP na poskytování multikulturní ošetrovatelské péče a jaká je úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin. Dále byl prostřednictvím dotazníkového šetření mapován způsob, jakým NLZP využívá ošetrovatelskou dokumentaci určenou pro klienty z minoritních skupin. Sledovány byly taktéž metody komunikace s klienty z minoritních skupin, které jsou využívány NLZP.

Následující text se věnuje shrnutí dat získaných prostřednictvím kvantitativního průzkumného šetření doplněnému slovním komentářem získaných výsledků průzkumného šetření.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je subjektivní připravenost NLZP na poskytování multikulturní ošetrovatelské péče?

Dle Tóthové a Olišarové (2017, s. 110) se zvládnutí poskytování kulturně kompetentní péče v současné době stává každodenní součástí práce ošetrovatelských profesí. V návaznosti na výše popsany fakt je stěžejní zařazení problematiky transkulturního ošetrovatelství do systému vzdělávání ošetrovatelských a pomáhajících profesí. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda NLZP byli v rámci pregraduálního studia seznámeni s problematikou multikulturní

ošetřovatelské péče, případně v jaké formě (zda se jednalo o samostatný předmět věnující se dané problematice či tato problematika byla zahrnuta do jiného předmětu). Dále bylo zjišťováno subjektivní využití znalostí a dovedností z oblasti multikulturního ošetřovatelství získaných v rámci studia v praxi NLZP. Prostřednictvím dotazované položky č. 21 a 22 v dotazníkovém šetření byla zjišťována možnost dalšího vzdělávání NLZP v oblasti multikulturního vzdělávání ze strany zaměstnavatele a také zájem NLZP o další vzdělávání v oblasti multikulturní ošetřovatelské péče. Z průzkumného šetření vyplývá, že 70 (82,4 %) respondentů se v rámci svého studia setkala s problematikou multikulturní ošetřovatelské péče. 14 respondentů (15,5 %) tuto zkušenost nemělo. Možnost Nevím zvolil 1 respondent (1,2 %). Výzkum autorky Novákové (2009), ve kterém byly zařazeny pouze dětské a všeobecné sestry, uvádí, že 66 sester se při studiu setkala s předmětem věnujícím se minoritám, 134 sester uvedlo, že se v rámci studia s danou problematikou nesešlo. Nováková (2009) v diskuzi uvádí, že výsledky výzkumu mohly být ovlivněny účelovým výběrem respondentů a také systémem vzdělávání v České republice a legislativou. Z výsledků průzkumného šetření je dále patrné, že na otázku zjišťující začlenění problematiky multikulturní ošetřovatelské péče do systému vzdělávání NLZP ve formě samostatného předmětu odpovědělo kladně 33 (47,1 %) respondentů z celkového počtu 70 respondentů, kteří odpovídali na dotazovanou položku. Stejný počet probandů (47,1 %) uvedl, že tato problematika byla zahrnuta v rámci jiného předmětu. Čtyři respondenti (5,7 %) zvolili možnost Nevím. Domníváme se, že výsledky průzkumu mohla ovlivnit délka odborné praxe a věk respondentů, jelikož průměrný věk respondentů byl 35 let a nejvíce respondentů (48,2 %) bylo v praxi déle než 10 let. Z tohoto důvodu se v rámci svého studia nemuseli setkat s problematikou multikulturní ošetřovatelské péče v rámci samostatného předmětu. Dle Kutnohorské (2002, s. 2–3) byla v České republice koncepce multikulturního a transkulturního ošetřovatelství začleněna do kurikula vzdělávání bakalářských zdravotnických studijních programů v průběhu roku 2002–2004. Z výsledků výzkumu zaměřených na studenty středních zdravotnických škol a vyučujících autorky Toumové (2013, s. 68) vyplývá, že výuka multikulturního ošetřovatelství na středních zdravotnických školách probíhá, ale podobu výuky blíže specifikuje škola. Dále autorka Toumová doporučuje sjednocení výuky transkulturního ošetřovatelství na středních zdravotnických školách. Výsledky průzkumného šetření dále ukazují, že 53 respondentů (75,7 %) uvedlo, že vědomosti a zkušenosti, které získali v rámci své přípravy na profesi, občas využijí v praxi. Tři respondenti (4,3 %) vědomosti a zkušenosti získané v rámci studia hojně využívají v praxi. Vědomosti a zkušenosti získané v souvislosti se studiem nevyužívají ve své praxi 14 respondentů (20 %). Výsledky průzkumu taktéž ukazují, že většině respondentů

(95,3 %) není ze strany zaměstnavatele umožněno další vzdělávání v problematice multikulturního a transkulturního ošetrovatelství z různých důvodů. Patnáct (18,5 %) respondentů z celkově dotazovaných 85 (100 %) probandů by neocenilo možnost dalšího vzdělávání v této problematice z různých důvodů. Celkem 42 % respondentů by pak spíše neocenilo možnost dalšího vzdělávání v oblasti multikulturní a transkulturní ošetrovatelské péče.

Průzkumná otázka č. 2: Jaká je úroveň znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče u vybraných minoritních skupin?

K průzkumné otázce č. 2 se vztahovaly otázky ze znalostní části dotazníku (otázka č. 11 – otázka č. 20), které se zaměřovaly na zjištění míry znalostí NLZP o kulturních specifikách u vybraných minoritních skupin. Zkoumaný soubor byl tvořen 85 respondenty, kteří byli v identifikační části dotazníků rozděleni na skupiny dle pohlaví, délky odborné praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání a pracovní pozice, kterou v průběhu průzkumu vykonávali. Arbitrálně stanovené $\geq 70\%$ hranice úspěšnosti (která odpovídá obvyklé hranici úspěšnosti při vědomostních testech) dosáhlo 38 (44,7 %) respondentů z celkově dotazovaných 85 (100 %). Stoprocentní úspěšnosti dosáhli celkem 3 respondenti, ve 2 případech se jednalo o absolventky vyšší odborné školy s délkou praxe 2-5 let a v třetím případě se jednalo o vysokoškolsky vzdělanou respondentku (Bc.) s délkou praxe delší než 10 let.

Předpoklad, že respondenti s nejdelšími zkušenostmi z odborné praxe dopadnou ve znalostní části dotazníků nejlépe, nebyl potvrzen. Naopak z výsledků průzkumu vyplývá, že respondenti s délkou odborné praxe delší než 10 let dosáhli nejnižšího průměrného hodnocení a to 55 %. Průměrný počet správných odpovědí byl u této části zkoumaného souboru 5,5. Výsledky průzkumu u této části zkoumaného souboru odpovídají výsledkům výzkumu autorky Zemanové (2016, s. 92), která se zabývala znalostí všeobecných sester o kulturně odlišné péči se zaměřením na židovskou, vietnamskou, muslimkou a romskou minoritu, kde sestry ve věkové hranici 40 let a výše dosahovaly nejméně správných odpovědí. Lze předpokládat, že respondenti s délkou praxe delší než 10 let se v rámci pregraduálního vzdělání nesetkali s problematikou multikulturního a transkulturního ošetrovatelství vůbec anebo v omezeném rozsahu. Výsledky průzkumu také ukazují, že většině respondentů, 81 (95,3 %), není ze strany zaměstnavatele umožněno další vzdělávání v dané problematice. Z těchto důvodů mohli respondenti s nejdelší délkou odborné praxe v dotazníkovém šetření dosahovat nejnižších hodnot správně zodpovězených otázek, zatímco respondenti s kratší délkou odborné praxe se

problematikou multikulturního ošetrovatelství zřejmě setkali v rámci svého studia, jelikož dle Mlýnkové in (Bittnerová a Moravcová, s. 270) došlo v České republice k zakomponování multikulturního ošetrovatelství jako nového studijního předmětu do bakalářských studijních programů ošetrovatelství a do kurikula vzdělávání vyšších odborných škol až po roce 1989.

Dále výsledky průzkumu ukazují, že je patrná jistá souvislost mezi výší dosaženého vzdělání respondentů a úspěšnosti respondentů v dotazníkovém šetření. Ve skupině respondentů se středoškolským vzděláním byl nejčastější počet správných odpovědí 6 (60 %), průměrný počet správných odpovědí byl 5,53 (55,29 %). U skupiny probandů s vyšším odborným vzděláním byl nejčastějším počtem správných odpovědí 6 (60 %) a průměrný počet správných odpovědí činil 5,95 (59,55 %). Respondenti s vysokoškolským vzděláním bakalářského stupně dosáhli na nejčastější počet správných odpovědí, který byl roven 7, průměrným počtem správných odpovědí byl počet 6,62 (66,21 %). Probandi s vysokoškolským vzděláním dosáhli velmi podobných výsledků. Jejich nejčastějším počtem správných odpovědí bylo 7. Průměrný počet správných odpovědí byl roven 6,26 (62,73 %). Poněkud překvapující byly výsledky průzkumu u respondentů se specializačním vzděláním, kteří dosáhli nejmenšího počtu správně zodpovězených otázek. Nejčastějším počtem správných odpovědí byly u této skupiny respondentů 4 (40 %) a průměrný počet správných odpovědí činil 4,67 (46,67 %). Nováková (2009) ve svém výzkumu uvádí, že nejvíce znalostí v oblasti transkulturního a multikulturního ošetrovatelství dosahovaly sestry s vysokoškolským vzděláním a s praxí do 15 let. Nejméně znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství pak popisuje u středoškolsky vzdělaných sester s praxí delší než 31 let.

Za povšimnutí stojí interpretace výsledků u otázky č. 11, která byla první otázkou zjišťující míru znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče. Na tuto položku dotazníku respondenti odpovídali prostřednictvím otevřené odpovědi. S její pomocí měli NLZP definovat pojem kulturní šok. Celkem 56 (65,9 %) respondentů slovně vyjádřilo definici kulturního šoku v souladu s popisem v odborné literatuře, 15 respondentů z celkově dotazovaných 85 nedokázalo vlastními slovy pojem kulturní šok vysvětlit. V malé míře se také objevily odpovědi, které se daly považovat spíše za ventilaci vlastních emocí a etnocentrických postojů nelékařských zdravotnických pracovníků na současnou situaci cizinců na našem území. Domníváme se, že zejména u zdravotnického personálu je nutné zachování profesionálního přístupu ke všem jedincům bez rozdílu rasy, náboženství, pohlaví, národnosti apod.

Průzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem NLZP využívá ošetrovatelskou dokumentaci určenou pro klienty z minoritních skupin?

Průzkumná otázka č. 3 sondovala využití ošetrovatelské dokumentace určené pro klienty z minoritních skupin. Obsahem ošetrovatelské dokumentace by měla být ošetrovatelská anamnéza, záznam mapující vývoj stavu pacienta, ošetrovatelský plán, překladová popřípadě propouštěcí zpráva. Dále dle individuálního stavu ošetrovatelskou dokumentaci ještě doplňují např. záznam bolesti či plán péče o dekubity (ČAS, 2019). Výsledky průzkumu ukazují, že nejvíce respondentů, 75 (88,2 %), se shodlo, že na jejich pracovištích nejsou využívány záznamy ošetrovatelské péče určené pro minoritní skupiny. Dále výsledky průzkumu sdělily, že 5 (5,9 %) respondentů neznalo odpověď na uvedenou otázku. Shodný počet respondentů 5 (5,9 %) uvedl, že jsou na jejich pracovištích používány záznamy ošetrovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny. Výsledky průzkumu ukazují, že odpovědi respondentů na dotazovanou položku nebyly jednotné i přesto, že všichni respondenti pracovali v jednom zdravotnickém zařízení. Vlastní osobou došlo k ověření v daném zdravotnickém zařízení, že se záznamy ošetrovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny nevyužívají na žádném oddělení.

Dále bylo prostřednictvím průzkumného šetření mapováno využití informovaných souhlasů v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny na pracovištích respondentů. Celkem 76 (89,4 %) probandů zvolilo odpověď, že na jejich pracovištích nejsou využívány informované souhlasy v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny. Celkem 5 (5,9 %) probandů nedokázalo odpovědět na dotazovanou položku. S využitím informovaných souhlasů v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny souhlasili celkem 4 (4,5 %) respondenti. Taktéž v tomto případě výsledky průzkumu ukazují nejednotné odpovědi NLZP na dotazovanou otázku, zvláště když respondenti byli zaměstnanci jednoho zdravotnického zařízení. Vlastní osobou bylo v daném zdravotnickém zařízení ověřeno, že zdravotnické zařízení nemá na žádném z oddělení k dispozici informované souhlasy v jazykové úpravě pro minoritní skupiny, ale používá etický kodex Práva pacientů. Práva pacientů jsou přeložena do anglického, německého, ruského, vietnamského a arabského jazyka. Je možné, že 4 z dotazovaných 85 respondentů zaměnili informované souhlasy a Práva pacientů a proto je jejich odpověď odlišná od většiny odpovědí respondentů. Je však na místě uvést limity průzkumného šetření, které je dle našeho názoru v provedení průzkumu pouze v jenom zdravotnickém zařízení, a tudíž nejsou výsledky průzkumu platné pro ostatní zdravotnická zařízení.

Průzkumná otázka č. 4: Jaké metody komunikace s klienty z minoritních skupin využívá NLZP?

Průzkumná otázka č. 4 se zaměřovala na metody komunikace NLZP s klienty z minoritních skupin. Předpokladem kvalitně poskytnuté ošetrovatelské a lékařské péče je schopnost zdravotníků interkulturní komunikace, ať již formou verbální, nonverbální či prostřednictvím tlumočnicka. Benefitem pro pacienty je schopnost komunikace se zdravotníky v češtině. Tato schopnost je spojena s délkou pobytu cizince v České republice. Mnozí zdravotníci taktéž disponují schopností domluvit se s pacientem v cizím jazyce (nejčastěji v anglickém jazyce či ruském jazyce), což je cizinci velmi kladně přijímáno (Průcha, 2010, s. 166–167). Z výzkumu autorky Smilkové (2018, s. 73–74) je zřejmé, že nejčastěji ovládaným cizím jazykem zdravotnického personálu na gynekologicko-porodnickém oddělení je anglický a německý jazyk.

Průzkumné šetření bylo primárně zaměřeno na zmapování alternativních způsobů komunikace NLZP s pacientem z minoritní skupiny, jelikož i tyto způsoby komunikace jsou velmi efektivní a v případě jazykové nevybavenosti personálu či nepřítomnosti tlumočnicka ve zdravotnickém zařízení jsou zcela na místě. Z celkově dotazovaných 85 (100 %) probandů jich 62 (72,9 %) uvedlo, že na jejich pracovištích využívají alternativní způsoby komunikace s klienty z odlišných minoritních skupin. Na dotazovanou položku nevědělo odpověď celkem 15 (17,6 %) respondentů. Ostatní probandi 8 (9,4 %) uvedli, že na jejich pracovištích nejsou využívány alternativy sloužící ke komunikaci s pacienty z odlišných etnických skupin. Dále výsledky průzkumu sdělují, že mezi způsoby alternativní komunikace s pacienty odlišného etnika bylo nejvíce odpovědí, celkem 36 (42,9 %), pro služby tlumočnicka. Zdravotnické zařízení, v němž bylo prováděno průzkumné šetření, má k dispozici vlastní jazykové tlumočnicky či tlumočení zajistí rodinný příslušník pacienta. Je zde také možnost tlumočení přes telefon zajišťované komerční překladatelskou společností na náklady pacienta. Na druhém místě byl dle odpovědí 21 respondentů (25 %) na pracovištích využíván slovník. Pouze 6 % a 7,1 % respondentů označilo jako alternativní způsob komunikace s klienty z minoritní skupiny piktogramy a komunikační karty. Autorka Moudilou-Mounga (2018, s. 80–81) ve svém výzkumu uvádí, že sestry komunikační karty běžně nepoužívají z důvodu časové náročnosti při práci, což se shoduje s našimi výsledky, kde komunikační karty a piktogramy měly minimální zastoupení mezi respondenty. Jako další způsob alternativní komunikace respondenti celkem 4x uvedli využívání gest a haptiky, což je běžný nonverbální komunikační prostředek. Dvanáct respondentů pomocí volné doplňující otázky v dotazníku uvedlo, že ke

komunikaci s pacienty z minoritních skupin taktéž používají překladače a překladatelské aplikace na různých elektronických zařízeních. Nejčastěji pak zmiňovali počítač, tablet či chytrý telefon. Tyto moderní pomůcky při komunikaci s klienty z minoritních skupin ve svém výzkumu uvádí také Moudilou-Mounga (2018, s. 80–81).

Průzkumná otázka č. 5: S jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkává NLZP při výkonu svého povolání?

S průzkumnou otázkou č. 5 byly spjaty otázky č. 9 a 10 v dotazníkovém šetření. Výsledky průzkumu ukazují, že nejčastěji se nelékařský zdravotnický personál při výkonu svého povolání setkává s pacienty romského etnika. Konkrétně tuto možnost zvolilo 73 (28,4 %) respondentů. Další nejvíce zastoupenou minoritním skupinou byli Ukrajinci, tuto možnost zvolilo 54 (21 %) respondentů. Na třetím místě byli zastoupeni pacienti slovenské národnosti, kteří zaujímali 19,1 % z celkového počtu odpovědí respondentů. Na čtvrtém místě mělo zastoupení vietnamské etnikum (16,7 %). Mezi nejméně zastoupené minoritní skupiny patřili pacienti německé národnosti (5,8 %) a muslimové (3,9 %). Respondenti měli možnost při neztotožnění se s nabízenými možnostmi zvolit variantu odpovědi Ostatní. Prostřednictvím této možnosti odpovědi je zřejmé, že dalšími nejčastěji zastoupenými minoritami, se kterými se respondenti z řad NLZP setkávají při výkonu své profese, jsou pacienti bulharské, rumunské, polské, americké a britské národnosti. Výsledky průzkumu jsou velmi podobné výsledkům průzkumu autorky Zábojníkové (2008, s. 31–32), která prostřednictvím svého průzkumu zaměřeného na sestry zjistila, že nejčastěji se sestry setkávají s romským, slovenským, ukrajinským a vietnamským etnikem. Pouze malé procento respondentů uvedlo, že se v rámci své odborné praxe setkala s pacientem německé národnosti. Větší zastoupení pacientů slovenské národnosti je zřejmě způsoben místem, kde probíhala dotazníková šetření. Autorka Zábojníková prováděla průzkum v Jihomoravském kraji, který přímo sousedí se Slovenskou republikou, zatímco náš výzkum byl realizován na území Jihočeského kraje.

11 ZÁVĚR

Diplomová práce nesoucí název *Přípravenost nelékařského zdravotnického personálu na poskytování multikulturní péče* je složena z teoretické a průzkumné části. Teoretická část se ve svém obsahu zaměřovala na popis základních pojmů v oblasti multikulturního a transkulturního ošetrovatelství. V další části se zaměřovala na kulturní specifika u vybraných minoritních skupin se zaměřením na specifika při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče. Teoretická část práce si kladla za cíl vytvořit teoretický přehled zabývající se problematikou multikulturní ošetrovatelské péče a charakterizovat specifika u vybraných minoritních skupin (Romové, Vietnamci, muslimové). Tohoto cíle bylo dosaženo.

Průzkumná část byla realizována pomocí kvantitativního průzkumného šetření prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazníky vlastní tvorby byly distribuovány nelékařským zdravotnickým pracovníkům v daném zdravotnickém zařízení Jihočeského kraje. Dotazníky byly určeny pro NLZP pracující v daném zdravotnickém zařízení, kteří byli ochotni participovat na průzkumném šetření. Průzkumné šetření proběhlo bez komplikací dle plánu. Prvním cílem pro kvantitativní průzkumné šetření bylo zmapování subjektivní připravenosti NLZP na poskytování multikulturní péče. Z výsledků průzkumu vyplývá, že většina NLZP byla s problematikou multikulturního a transkulturního ošetrovatelství seznámena v průběhu svého studia, ať už ve formě samostatného studijního předmětu, nebo byla tato problematika zahrnuta do předmětu jiného. Většina NLZP dle výsledků průzkumného šetření využívá znalosti a dovednosti v problematice multikulturního a transkulturního ošetrovatelství při výkonu své praxe. V případě míry znalostí NLZP o poskytování multikulturní ošetrovatelské péče nebyly výsledky průzkumu již tak optimistické. Více jak polovina dotazovaných respondentů nedosáhla ve znalostní části dotazníků požadované hranice úspěšnosti.

Dílčím cílem práce bylo zmapovat práci NLZP s ošetrovatelskou dokumentací u klientů z minoritních skupin. Z výsledků průzkumu vyplývá, že většina respondentů z řad NLZP pracujících v daném zdravotnickém zařízení nevyužívá záznamy ošetrovatelské anamnézy upravené pro minoritní skupiny či informované souhlasy v jazykové úpravě pro pacienty z minoritních skupin.

Dále je na místě uvést, že výsledky průzkumu ukazují, že většině respondentů (95,3 %) není ze strany zaměstnavatele umožněno další vzdělávání v problematice multikulturního a transkulturního ošetrovatelství z různých důvodů. Překvapující také je, že 18,5 % respondentů

by neocenilo možnost dalšího vzdělávání v této problematice z různých důvodů. Celkem 42 % respondentů by pak spíše neocenilo tuto možnost.

Na základě získaných výsledků průzkumu jsem se rozhodla jako výstup praktické části práce vytvořit edukační materiál (informační brožuru) určenou NLZP zabývající se kulturními specifiky vybraných minoritních skupin (muslimové, Romové, Vietnamci), který by měl NLZP poskytnout základní teoretické poznatky o jednotlivých kulturních specifikách vybraných minorit (viz Příloha D). Dle mého názoru by dalšími doporučeními pro praxi mohlo být sjednocení výuky multikulturního ošetřovatelství pro dosažení jednotné znalostní úrovně zdravotnického personálu, seznámení zdravotnického personálu s překladatelskými aplikacemi, které jsou v dnešní moderní době chytrých telefonů volně přístupné a zdravotníkům by ulehčily práci a ušetřily čas při poskytování multikulturní ošetřovatelské péče. Dále bych doporučovala zvážení vytvoření informovaných souhlasů a záznamů ošetřovatelské anamnézy v daném zdravotnickém zařízení s cílem poskytnutí kvalitní ošetřovatelské péče pacientům z odlišných etnik.

12 POUŽITÁ LITERATURA

BARTŮŇKOVÁ, Markéta a Ladislav DUŠEK. Personální kapacity a odměňování v českém zdravotnictví. Nová data z rezortního statistického šetření za rok 2016. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/personalni-kapacity-odmenovani-v-ceskem-zdravotnictvi-nova-data-z-rezortniho-statistickeho-se>

BITTNEROVÁ, Dana a Mirjam MORAVCOVÁ a kol. *Etnické komunity: v kulturní a sociální různosti*. Praha: FHS UK, 2010. ISBN 978-80-87398-08-1.

BITTNEROVÁ, Dana a Mirjam MORAVCOVÁ a kol. *Etnické komunity*. Praha: FHS UK, 2013. ISBN 978-8087398-45-6.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

BRATINKOVÁ, Tereza. *Ošetřovatelská praxe v Saúdské Arábii z pohledu české sestry*. Hradec Králové, 2011. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

ČESKO. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání 53-41-M/03 Praktická sestra. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. 2018. [cit. 2019-03-16]. Dostupné z: http://zpd.nuov.cz/RVP_7_vlna/RVP_5341M03_Prakticka_sestra.pdf

ČESKÁ ASOCIACE SESTER: *Vedení ošetřovatelské dokumentace* [online]. [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Cizinci: Počet cizinců* [online]. 2017. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>

ČENĚK, Jiří, Josef SMOLÍK a Zdeňka VYKOUKALOVÁ. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5414-7.

DANICS, Štefan a kol. *Základy sociologie a politologie*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2014. ISBN 978-80-7380-486-2.

DORKOVÁ, Zlatica a Martina CICHÁ. *Antropologický a ošetrovatelský pohled na problematiku umírání a smrti*, s. 86-94. In: KOLEKTIV. *Důstojné umírání*. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci [online]. 2008. [cit. 2019-02-10]. ISBN 978-80-244-2016-5.

HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80247-5631-8.

HLAVÁČEK, Karel. *Romové v České republice*. Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=91753>

EUROPEAN TRANSCULTURAL NURSING ASSOCIATION: *Incorporating Health & Social Care Professionals Across the World*. [online]. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://europeantransculturalnurses.eu/>

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

FREIDINGEROVÁ, Tereza. *Vietnamci v Česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy Praha, 2014. ISBN 978-80-7419-174-9.

KAJANOVÁ, Alena. *Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit*. České Budějovice, 2009. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce PhDr. Eva Davidová, CSc.

KALEJA, Martin, Jan KNEJP a kol. *Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-708-3.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1

KOPECKÝ, René a Charif BAHBOUH. *Co je dobré vědět o arabském a islámském světě*. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd, 2014. ISBN 978-80-86149-88-2.

KUDLOVÁ, Pavla a kol. *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1424-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelská péče ve výuce bakalářského studijního programu ošetrovatelství [online]. 2002. [2019-04-11]. Dostupné z: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/q0522.pdf

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

LUDWIG, Miroslav. Studijní a zkušební řád Univerzity Pardubice ze dne 20. prosince 2016. *Univerzita Pardubice* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: https://www.upce.cz/sites/default/files/public/luva3059/stud-rad_112520.pdf

MARÁDOVÁ, Eva. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-82-2.

MAŘÍKOVÁ, Hana a kol. *Jaká je naše společnost?: otázky, které si často klademe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7419-025-4.

MIKO, Václav. *Česko-romské vztahy*. Brno: Tribun EU, 2010. ISBN 978-807-3999-384.

MOCKOVÁ, Jana. Moderní babictví. *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Praha: Levret, 2006 (10). ISSN 1214-5572) Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-10/?pdf=57>

MOUDILOU-MOUANGA, Natalija. *Transkulturní ošetrovatelství v ČR*. Olomouc, 2018. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D.

NOVÁKOVÁ, Dita. *Respektování holistického přístupu v uspokojování potřeb dětí ve vietnamské minoritě*. České Budějovice, 2009. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce doc. PhDr. Sedláková Gabriela, Ph.D.

OLIŠAROVÁ, Věra, Valérie TÓTHOVÁ a Kristýna TOUMOVÁ. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978-80-7394-674-6.

OSTŘANSKÝ, Bronislav. *Atlas muslimských strašáků, aneb, Vybrané kapitoly z "mediálního islámu"*. Praha: Academia, 2014. ISBN 978-802-0024-282.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1211.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

PREISSOVÁ, Andrea, Martina CICHÁ a Lenka GULOVÁ. *Jinakost, předsudky, multikulturalismus: možnosti a limity multikulturní výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3287-8.

PRŮCHA, Jan. *Multikulturní výchova: teorie - praxe - výzkum*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2.

PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.

PRŮCHA, Jan. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-709-1.

SOUKUP, Václav. *Antropologie: teorie člověka a kultury*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-432-8.

ŠLECHTOVÁ, Dana a Olga BÜRGEROVÁ. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt: Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009, **2009**(11), 187-192. ISSN 1212-4117.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi. *www.meta-ops.cz* [online]. Olomouc, 2004 [cit. 2018-12-26]. Dostupné z: https://www.metaops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-x.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, 2015. ISBN 978-80-7422-467-6.

TÓTHOVÁ, Valérie a Věra OLÍŠAROVÁ a kol. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978-80-7422-630-4.

TOUMOVÁ, Kristýna. *Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

URBAN, David a Alena KAJANOVÁ. Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v České a Slovenské republice. *Kontakt: Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2011, **2011**(3), 328-338. ISSN 1212-4117.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health in Asia and the Pacific. South-East Asia Region, Western Pacific Region*. India: World Health Organization, 2008. ISBN 978-92-9022-333-7.

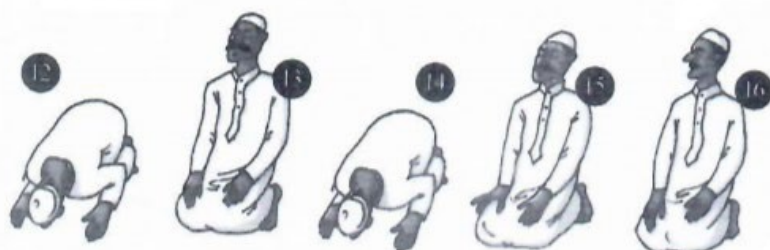
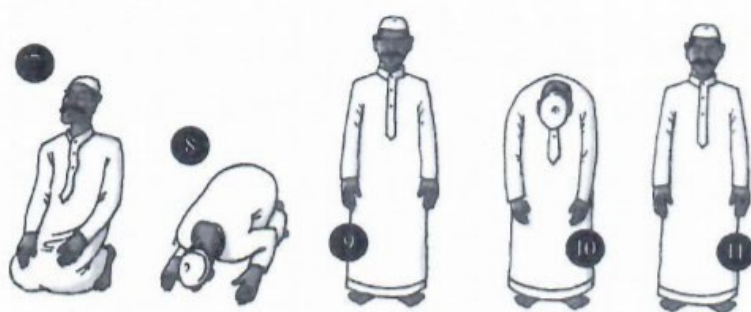
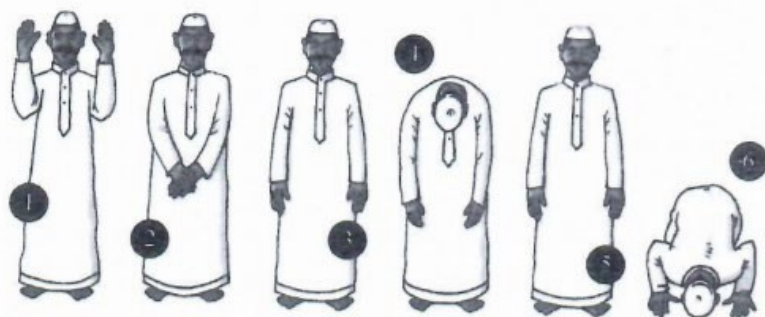
ZÁBOJNÍKOVÁ, Katarína. *Cizinec na našem lůžkovém oddělení*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

ZEMANOVÁ, Kamila. *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče*. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Lavičková Magdaléna.

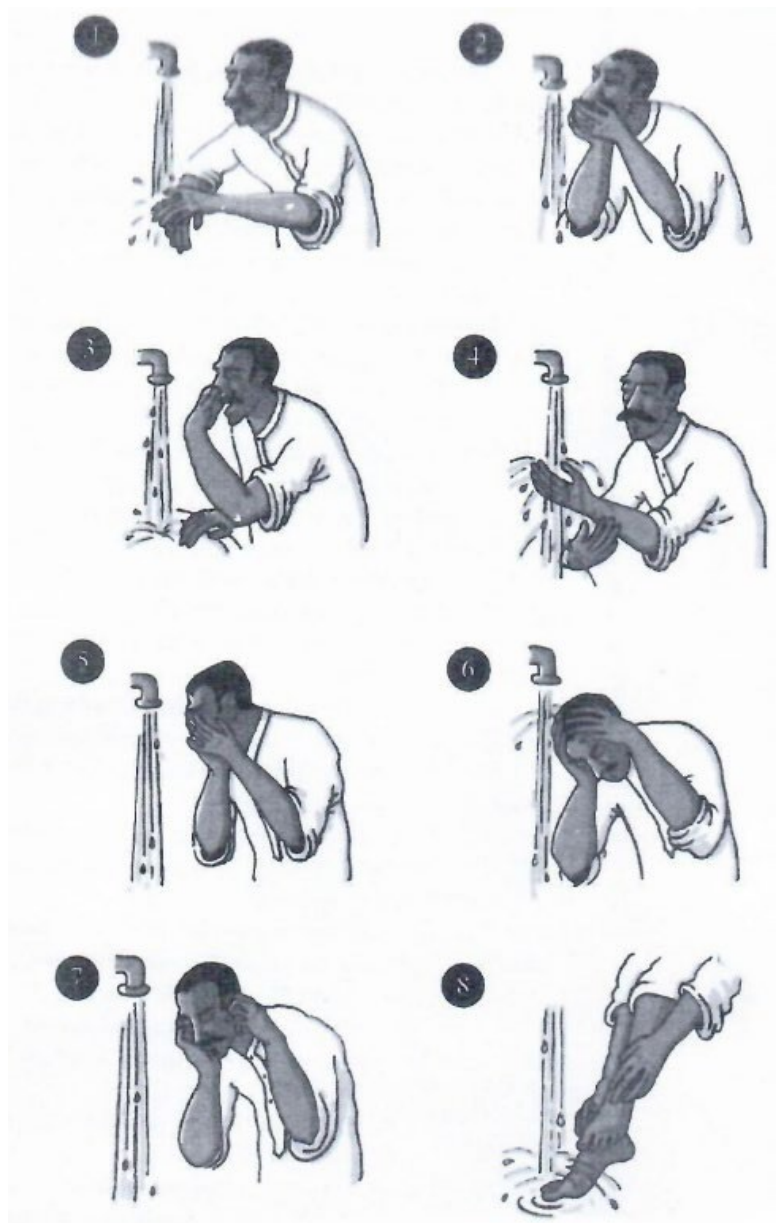
13 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Modlení muslimů</i> (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 20).....	92
Příloha B – <i>Rituální omývání muslimů</i> (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 24).....	93
Příloha C – <i>Dotazník</i>	94
Příloha D – <i>Informační brožura</i>	98

Příloha A – Modlení muslimů (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 20)



Příloha B – *Rituální omývání muslimů* (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 24)



Příloha C – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Marcela Filipová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci zpracovávání průzkumné části závěrečné práce na téma Přípravenost NLZP na poskytování multikulturní péče bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a údaje získané prostřednictvím dotazníkového šetření budou použity pouze pro účely zpracování průzkumné části závěrečné práce.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena
2. Kolik je Vám let?
.....
3. Počet let Vaší odborné praxe:
 - a) Do 2 let
 - b) 2 – 5 let
 - c) 6 – 10 let
 - d) Více než 10 let
4. Na jakém oddělení pracujete? Na jaké pozici pracujete? (např. všeobecná sestra na interním oddělení)
.....
5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Středoškolské
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské – Bc.
 - d) Vysokoškolské – Mgr.
 - e) Specializační vzdělání – prosím, uveďte jaké.....
6. Setkal/a jste se v rámci svého studia s problematikou multikulturní ošetrovatelské péče?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Následující otázku vyplňte, prosím, pouze v případě, že jste u otázky č. 6 zvolili odpověď a)

Ano

7. Jednalo se v rámci studia o samostatný předmět věnující se multikulturní ošetrovatelské péči?
- a) Ano
 - b) Ne, tato problematika byla zahrnuta v rámci jiného předmětu
 - c) Nevím

Následující otázku vyplňte, prosím, pouze v případě, že jste u otázky č. 7 zvolili odpověď a) Ano a b) Ne, tato problematika byla zahrnuta v rámci jiného předmětu

8. Jak hodnotíte využití znalostí a dovedností z tohoto předmětu pro výkon Vašeho povolání?

- a) Vědomosti a dovednosti hojně využívám v praxi
- b) Vědomosti a dovednosti občas využiji v praxi
- c) Vědomosti a dovednosti nevyžívám v praxi

9. Jak často se při výkonu svého povolání setkáváte s pacientem z minoritní skupiny (Romové, Vietnamci, muslimové atd.)?

- a) 1x do týdne
- b) 1x za měsíc
- c) Méně často než 1x za měsíc
- d) Nikdy

10. Uveďte, prosím, s kterými minoritními skupinami se při výkonu svého povolání setkáváte nejčastěji (lze zvolit více možností):

- a) Romové
- b) Vietnamci
- c) Muslimové
- d) Ukrajinci
- e) Slováci
- f) Němci
- g) Ostatní – prosím, uveďte které

11. Popište vlastními slovy pojem kulturní šok:

.....
.....

12. Kolikrát denně by se měli modlit muslimové?

- a) 3x denně
- b) 5x denně
- c) 2x denně
- d) Nevím

13. Co předchází pravidelnému modlení muslimů?

- a) Očista těla
- b) Půst
- c) Sundání tradičního oděvu (u žen tzv. čádor)
- d) Nevím

14. Muslimům je zakázáno konzumovat (lze zvolit více možností):
- a) Hovězí maso
 - b) Vepřové maso
 - c) Alkoholické nápoje
 - d) Mléčné výrobky
 - e) Nevím
15. Pohlazení dítěte po hlavě cizí osobou je negativně vnímáno:
- a) Muslimy
 - b) Romy
 - c) Vietnamci
 - d) Nevím
16. Nejrozšířenějším náboženstvím ve Vietnamu je:
- a) Konfucionismus
 - b) Křesťanství
 - c) Buddhismus
 - d) Hinduismus
 - e) Nevím
17. Úsměv jako vyjádření pro nepochopení či omluvu je typický pro:
- a) Romy
 - b) Vietnamce
 - c) Muslimy
 - d) Nevím
18. Pro kterou minoritní skupinu je jednou z nejhlavnějších hodnot rodina, naopak vzdělání pro ně nemá příliš vysokou hodnotu?
- a) Pro Vietnamce
 - b) Pro muslimy
 - c) Pro Romy
 - d) Nevím
19. Pro kterou z minoritních skupin je typický výraznější projev na fyzickou bolest?
- a) Pro Vietnamce
 - b) Pro Romy
 - c) Pro muslimy
 - d) Nevím
20. Dodržování léčebného režimu pouze do ustoupení akutních potíží je typické pro:
- a) Pro Romy
 - b) Pro Vietnamce
 - c) Pro muslimy
 - d) Nevím
21. Je Vám zaměstnavatelem umožněno další vzdělávání v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče?
- a) Ano
 - b) Ne – prosím, uveďte, z jakého důvodu.....

Následující otázku vyplňte, prosím, pouze v případě, že jste u otázky č. 21 zvolili odpověď b) Ne

22. Ocenil/a byste možnost dalšího vzdělávání v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne – prosím, uveďte z jakého důvodu.....
23. Využíváte na Vašem pracovišti informované souhlasy v jazykové úpravě určené pro minoritní skupiny?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
24. Využíváte na Vašem pracovišti záznam ošetrovatelské anamnézy určené pro minoritní skupiny?
- d) Ano
 - e) Ne
 - f) Nevím
25. Využíváte na Vašem pracovišti alternativní způsoby komunikace s klienty z minoritních skupin?
- d) Ano
 - e) Ne
 - f) Nevím

Následující otázku vyplňte, prosím, pouze v případě, že jste u otázky č. 26 zvolili odpověď a) Ano

26. Jaké alternativní způsoby komunikace s pacienty z minoritních skupin využíváte na Vašem pracovišti? (lze zvolit více možností)
- f) Piktogramy
 - g) Komunikační karty
 - h) Služby tlumočnicka
 - i) Slovník
 - j) Jiné – prosím, uveďte které.....

Pokud máte zájem o zaslání výsledků dotazníkového šetření, uveďte zde, prosím, svoji emailovou adresu.

.....

Příloha D – *Informační brožura*

INFORMAČNÍ BROŽURA

**Specifika multikulturní ošetrovatelské péče
u pacientů z vybraných minoritních skupin
(muslimové, Romové, Vietnamci)**

Autor: Bc. Marcela Filipová



Obrázek1



MUSLIMOVÉ

NÁBOŽENSTVÍ

Věřící v islámské náboženství se nazývají muslimové. Islám je v současnosti jedno z celosvětově nejrozšířenějších monoteistických náboženství. Dle výkladu Koránu se řídí veškerý soukromý i veřejný život muslima (3, s. 94–95).

Muslimové se modlí pětkrát denně, a to při východu slunce, v poledne, odpoledne a večer na osobním modlitebním koberečku či na čistém místě (1, s. 18). Modlíci je otočen tváří k Mekce (Mekka je rodné město proroka Mohameda a nalézá se v západní části dnešní Saúdské Arábie). Při modlitbě jsou specifikovány jednotlivé pozice modlíciho a jejich pořadí za sebou. Modlitbě muslima předchází očista těla. Pokud je muslimský věřící psychicky zdravý a svéprávný, dosáhl-li věku vyšší než 13 let a netrpí-li závažnou nemocí, má za povinnost pravidelně modlení. Muslimky se nesmějí modlit při menstruaci, při porodu a v šestinedělí (3, s. 96).

Muslimové věří, že nejvyšší dar od boha Alláha je lidský rozum. Z důvodu neovlivňování rozumu jinými látkami je muslimům zakázána konzumace alkoholu, drog a jiných látek ovlivňující kognitivní funkce. Dalším darem od boha je tělesný vzhled, který by muslimové neměli upravovat (měli by se tedy vyhnout tetování, piercingům, plastickým operacím s výjimkou zákroku ze zdravotní indikace) (1, s. 27).

RITUÁLNÍ OMÝVÁNÍ

Muslimové se rituálně omývají před každou modlitbou vodou. Muslim si nejdříve začíná omývat ruce, poté ústa, nosní dírky, dále obličej, uši, předloktí. Rituální mytí ukončuje očista hlavy a chodidel (3, s. 97–98)

STRAVOVÁNÍ MUSLIMŮ

Společné stolování je pro muslimy velmi důležité a často při hospitalizaci příbuzného trvají na vlastním připravování pokrmů. Muslimové mají zakázáno konzumovat alkoholické nápoje, pokrmy připravované na alkoholu a vepřové maso. Dále by se měli zdržet požívání zvířat, která nebyla rituálně zabita (rituál se nazývá halál) a pošla sama (1, s. 71).

Nejvíce známým specifikem pro muslimy ve stravování je dodržení půstu v měsíci ramadánu, který jim nařizuje Alláh skrze Korán. Ramadán je devátým měsícem v muslimském kalendáři, při němž by se měl každý muslim soustředit na vyznání své víry a oprostít se od běžných problémů. Při ramadánu se muslimové po dobu od východu slunce do jeho západu vzdávají konzumace jídla a pití, kouření a pohlavního styku. Po západu slunce až do rozbřesku je držení půstu zrušeno, avšak po tuto dobu je zakázáno si vyhrazené aktivity půstu vynahrazovat. Dodržení půstu je závazné pro každého dospělého, zdravého jedince, avšak platí určité podmínky, kdy se muslimové mohou měsíčního půstu zdržet. Půst neplatí pro osoby s mentálním postižením, které nedokáží pochopit význam půstu, dále je půst odpuštěn starým lidem, jedincům s akutním onemocněním či s chronickým onemocněním, při kterém by půst mohl zhoršit jejich zdravotní stav. Půstu se zdržují taktéž menstrující, těhotné a kojící ženy (1, s. 63–70).

KOMUNIKACE

Při komunikaci s muslimy je vhodné brát v potaz určitá tabuizovaná témata, o kterých si muslimové nepřejí hovořit. Mezi ně patří například rozebírání intimních a rodinných potíží při rozhovoru s osobou opačného pohlaví a rozhovor o fyziologických funkcích (defekace, mikce, zvracení apod.). Na pováženou jsou také otázky zaměřeny na rodinný stav jedince, a to zejména u svobodných a starších muslimů, jelikož žít svobodný je muslimy bráno negativně. Stejně tak je nevhodné se muslimky ptát na počet dětí, bezdětné ženy si tyto otázky mohou brát jako narážku na neplodnost (3, s. 101–102).

Co se týče nonverbální komunikace, i zde jsou určitá specifika, která by měl zdravotnický personál při péči o muslimského pacienta respektovat. Oční kontakt mezi příslušníky opačných pohlaví je brán jako vyzývavý. Podání ruky při setkání či loučení dvou jedinců není pro muslimskou kulturu běžným zvykem. Ortodoxní muslimové se striktně vyhýbají tělesnému kontaktu s cizími jedinci či se zdravotníky opačného pohlaví. V muslimské kultuře taktéž platí pravidlo, že k podávání čistých věcí je určena pravá ruka a levá slouží k podávání věcí nečistých (3, s. 101–102).

UMÍRÁNÍ A SMRT V MUSLIMSKÉ VÍŘE

Dle výkladu Koránu je smrt okamžikem přestoupení jedince z pozemského života, který je brán jako zkouška, do věčného života (3, s. 102 –103). V muslimských komunitách není problematika smrti tabuizována. Eutanázie a sebevražda však tolerovány nejsou. Přáním muslimů je zemřít pokud možno v domácím prostředí (1, s. 82).

Při záchraně lidského života jsou muslimskou vírou tolerovány všechny lékařské výkony (např. transfúze krve od nemuslimského dárce). Muslimská víra plně podporuje snížení bolesti a utrpení umírajícího na co nejnižší možnou míru (3, s. 102 –103).

Umírající jedinec má právo na participaci při rozhodování a plánování lékařské i ošetrovatelské péče. Pokud jeho účast na rozhodování není již možná, přebírá tuto funkci mužský člen rodiny, který vystupuje jako mluvčí pacienta. Rodina při péči o jedince v terminální fázi života zaujímá velmi důležitou roli. Pokud je to možné, jsou umírajícímu neustále na blízku a jejich péče zahrnuje taktéž předčítání pasáží z Koránu. Umírající muslim by měl být dle tradice otočen tváří k Mekce a měl by umírat v přítomnosti rodiny a duchovních (3, s. 102–103).

Na projevy modlení a rituálního omývání by měl být nelékařský zdravotnický personál připraven s respektem, aby mohl pacientovi muslimského vyznání tyto pro něj běžné aktivity zajistit také při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Při plánování výkonů by měl zdravotnický personál brát v úvahu taktéž existenci tzv. šťastných a nešťastných dnů, jimž muslimové přikládají velkou váhu, a toto s nimi pokud možno konzultovat (3, s. 97– 98).

JAKÁ JSOU SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE?

Při poskytování ošetrovatelské péče je nutné brát ohled nejen na dietní opatření, ale i na perorální podání léků či parenterální výživu v období ramadánu. Problémem v muslimských komunitách je samovolná úprava dietních opatření jedincem muslimského vyznání, které může vést k ohrožení či zhoršení jeho zdravotního stavu. Akutní chirurgické výkony jsou muslimy v období ramadánu tolerovány, avšak v případě elektivních chirurgických výkonů je nutné jejich naplánování mimo období půstu. Z pohledu muslimských pacientů dodržující půst je nevhodné, aby ošetřující zdravotnický personál před nimi konzumoval jídlo či pití (1, s. 63–70).

Při vyšetření muslimské ženy je vhodné zajistit vyšetření lékařkou. V případě vyšetřování lékařem/zdravotníkem nemuslimem je nutná přítomnost manžela či mužského člena rodiny (otec, strýc, bratr) vyjma akutního ošetření. Tato opatření platí v muslimských zemích. V zemích, kde muslimové žijí v kulturní menšině, se požadavky mohou různě lišit (1, s. 43–46).

Muslimské ženy nesmějí kojit na veřejnosti, z tohoto důvodu je doporučována časná dimise muslimské ženy do domácího prostředí. V některých muslimských komunitách stále ještě přetrvává obava z krmení dítěte mlezivem a nahrazují jej zředěnou vodou s medem (1, s. 54–55).

Jistá specifika má i příchod nového muslima na svět. Pro muslimy je důležitá přítomnost otce u porodu z důvodu zajištění specifických ceremoniálů, což může být v některých případech v našich podmínkách problematické (1, s. 56–57).

Postoj muslimů k provádění potratů je spíše negativní a to i v případě sdělení diagnózy narození dítěte se zdravotním znevýhodněním. Jako důvody k akceptování provedení umělého ukončení těhotenství je muslimy uznáváno bezprostřední ohrožení života matky, těhotenství ženy po znásilnění a velmi často také velmi vážná vrozená vývojová vada plodu. Společnou podmínkou je provedení umělého ukončení těhotenství před stovacátým dnem těhotenství, kdy je dle víry plodu věnována duše (1, s. 58–59).

Co se týče transplantace orgánů, obecně je v současné době přijímán názor, že pokud darovaný orgán zachrání život jinému člověku, jedná se o dobrý skutek, který Alláh oceňuje (1).



Obrázek2



Obrázek3



ROMOVÉ

HODNOTOVÝ SYSTÉM ROMŮ

Nejvýznamnějšími hodnotami pro romské etnikum jsou bezesporu život a rodinné vztahy. Pro romské etnikum je typická široká, rozvětvená rodina s mnoha dětmi, která zahrnuje i prarodiče, tety a strýce (4, s. 18–19). Avšak v závislosti na současný způsob života se i v romské společnosti ztrácí tradice udržování blízkých vztahů mezi širokou rodinou (9, s. 29). Typická romská rodina byla vždy založena patriarchálně, v současnosti se ale rovnoprávnost mezi romskými ženami a muži postupně vyrovnává (10, s. 126).

Romské dívky se stávají matkami v poměrně mladém věku. Období těhotenství a mateřství má pro romské etnikum velký význam (10, s. 126). Na primární místo v péči staví Romové zejména velmi malé děti, o které až úzkostně pečují (4, s. 18–19). Romové si velmi váží stáří a starších členů rodiny, kteří jsou velmi vážení (7, s. 337).

Na rozdíl od Čechů nehraje pro Romy úroveň dosaženého vzdělání či vykonávaná profese významnou roli (4, s. 18–19). Romové žijí přítomným okamžikem, budoucnosti nepřikládají velký význam (9, s. 30).

Většina romského etnika je nevěřící nebo vyznávají křesťanství (římsko-katolická církev), ojediněle pak vyznávají pravoslavnou či protestantskou víru (10, s. 126).

Zdravému způsobu života a prevenci Romové nepřikládají velký význam. Svůj zdravotní stav řeší až v době, kdy pociťují obtíže či nedostatky. Obecně je u romského etnika popisována vyšší morbidita a výskyt invalidity oproti majoritní české společnosti (10, s. 31)

ZDRAVÍ ROMSKÉHO ETNIKA

Závažným zdravotním problémem Romů žijící na území ČR je nikotinismus, který je značně rozšířen. Zástupci romské minority začínají s kouřením již ve velmi útlém věku a kouření se nevzdávají ani těhotné ženy (11, s. 328–335).

Dalšími faktory negativně ovlivňující zdraví romské minority je abúzus drog a v případě Romek provozování prostituce (9, s. 31).

Zdravotním problémem romského etnika je zejména v současnosti taktéž vyšší výskyt nadváhy a obezity (10, s. 128).

Přístup Romů k lékařům a nelékařským zdravotnickým pracovníkům je spíše nedůvěřivý (7, s. 337).

Typickým jevem je zveličování zdravotních obtíží (7, s. 337).

Problémem při léčbě a péči o Romy je nedodržování termínů vyšetření ze strany Romů (7, s. 337).

JAKÁ JSOU SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE?

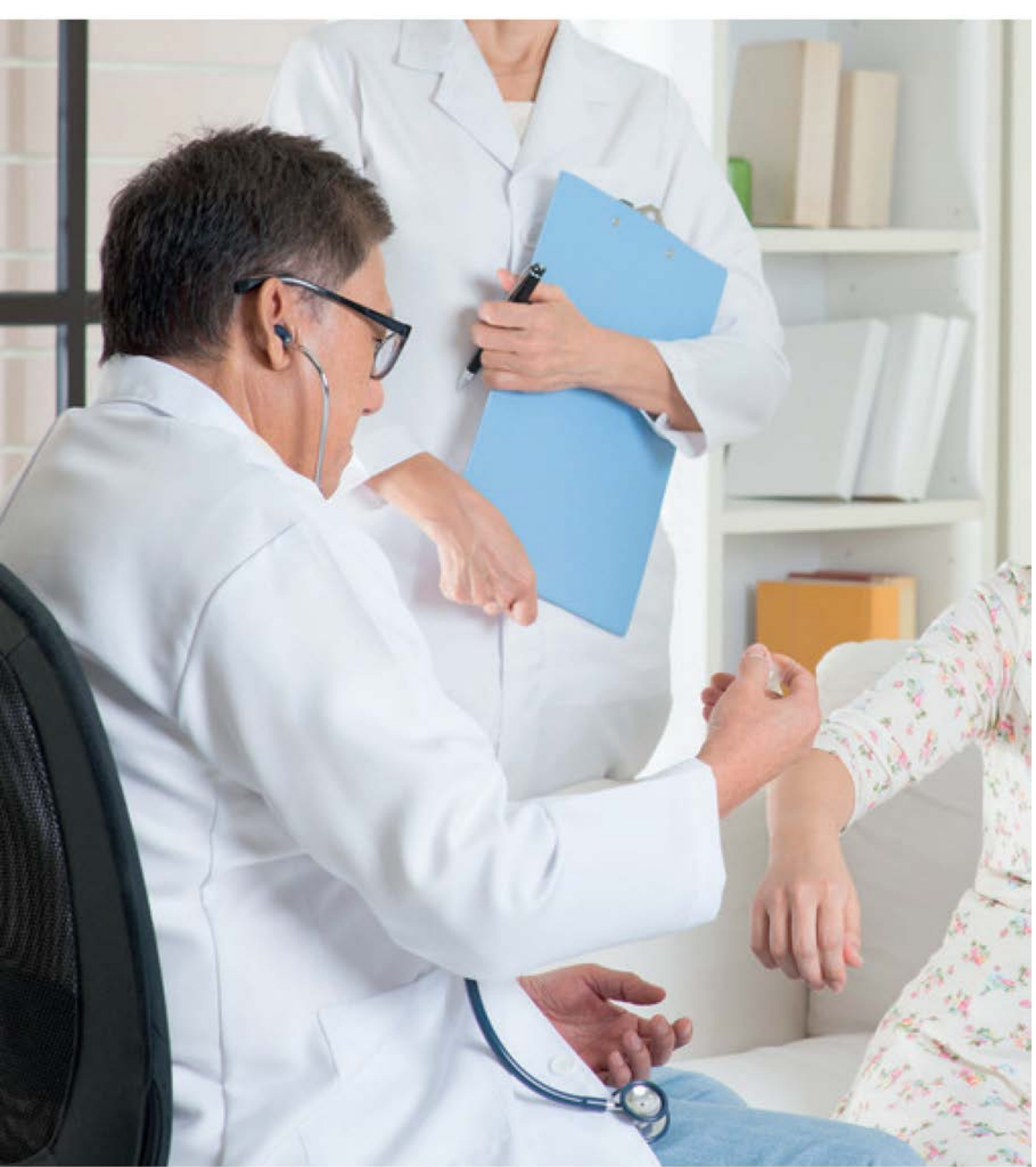
Při komunikaci s Romy je důležitá i neverbální komunikace, na kterou Romové kladou velký důraz. Pro Romy je typická hlučnost při projevu, gestikulace a emoční projevy, se kterými musí zdravotnický personál počítat (10, s. 119–122).

Při hospitalizaci je pro většinu Romů největším problémem odloučení od rodiny (10, s. 119–122). Romské etnikum považuje onemocnění za problém celé široké rodiny, která také dochází za romským pacientem na návštěvy (7, s. 337).

Prožívání období těhotenství Romkami se různí, některé se zcela vyhýbají manuální práci, jiné i v tomto období vykonávají veškeré práce (2, s. 104). Pro rodičky romského etnika je typický expresivní verbální i nonverbální projev při porodu. V době po porodu odcházejí z porodnice za svou rodinou z důvodu zajištění péče o ostatní děti a vrací se zpět pro novorozence (6, s. 166).



Obrázek 4



Obrázek S



VIETNAMCI

HODNOTOVÝ SYSTÉM VIETNAMCŮ

Vietnamské komunity jsou založeny na pevných vztazích v rodině, která je v jejich pojetí velmi široká. Děti jsou od dětství vychovány k úctě ke svým rodičům a odpovědnosti za péči o své rodiče ve stáří či nemoci (3, s. 112).

Nejrozšířenějším náboženstvím mezi Vietnamci je buddhismus. Mezi další učení rozšířená ve Vietnamu patří konfucianismus a taoismus (9, s. 33, 51, 53). Konfucianismus je učení založené na uctívání etiky, humanity a lásky (9, s. 53).

Vietnamská kultura je založena patriarchálně a velký důraz klade na úroveň dosaženého vzdělání (3, s. 109).

V případě vietnamské minoritní skupiny v České republice je specifickým rysem její uzavřenost vůči majoritní skupině, což je způsobeno velkým rozdílem mezi českou a vietnamskou kulturou, ale také jazykovou bariérou zejména u jedinců, kteří se nenarodili na území České republiky (3, s. 109).

STRAVOVÁNÍ VE VIETNAMSKÉ KULTUŘE

Pro vietnamskou kuchyni je typická rýže, která se připravuje různými způsoby. Dalším typickým produktem jsou nudle. Z masa je konzumováno hlavně drůbeží maso a ryby, dále je hojně v kuchyni využívána listnatá zelenina a ovoce.

Vietnamci se stravují 3x denně, oběd a večeře jsou považovány za hlavní jídla.

Pitný režim Vietnamců je pravidelný, pijí zejména teplé čaje či vodu.

Zastoupení mléčných výrobků ve stravě Vietnamců je minimální. Solení ve vietnamské kuchyni je omezené (3, s. 112).

Vietnamská kuchyně upřednostňuje v ochucování pokrmů využití čerstvých bylinek (např. koriandr, máta, bazalka), díky kterým má vietnamské jídlo nenapodobitelnou chuť. Co se týče spotřeby masa, Vietnamci konzumují mimo jiné i druhy masa, jejichž konzumace je v Evropě neobvyklá (např. psí a kočičí maso). Tyto druhy masa ale konzumují pouze ve druhé polovině lunárního měsíce, jelikož dle zvyku tyto druhy masa považují za nečisté (9, s. 85–86, 90).

V případě onemocnění jedí Vietnamci nejvíce kaši z rýže, zeleninu a ovoce (3, s. 112).

Ve vietnamské společnosti je v dnešní době zvýšený výskyt civilizačních onemocnění, jako je diabetes mellitus, hypertenze, nadváha a obezita (zejména abdominální obezita), které jsou následkem zvýšeného energetického příjmu a sníženého výdaje energie pohybovými aktivitami (12, s. 296–297).

KOMUNIKACE

Pro Vietnamce je nemístné, aby se cizí muž dotýkal vietnamské ženy (4, s. 12–14).

Při podávání věci Vietnamci posupují tak, že danou věc uchopí oběma rukama a při podávání věci tak dojde k malému úklonu a tím vyjádřením úcty druhé osobě (4, s. 12–14).

Mezi Vietnamci je nemístný přímý pohled do očí, který považují za povýšenecký. Ve vietnamské kultuře je taktéž neslušné hlasité smrkání do kapesníku (4, s. 12–14).

Typickým projevem chování ve vietnamské kultuře je snaha nepřidělovat ostatním problémy, obecně se Vietnamci chovají velmi slušně a mírně (4, s. 12–14).

Typická je pro Vietnamce dochvilnost (3, s. 110).

Pohlazení dítěte po hlavě má právo pouze rodič, u ostatních lidí je pohlazení dítěte po vlasech považováno za projev přílišné směléosti. Oblast hlavy je Vietnamci pokládána za tzv. „sídlo života“ (4, s. 12–14).

Zdravotnický personál by měl klást důraz na neverbální komunikaci, která je v porozumění vietnamské kultuře stěžejní (4, s. 12–14). Například úsměv je ve vietnamské kultuře projevem nepochopení a nejistoty, jde vlastně o jejich nonverbální vyjádření omluvy za nepochopení. Je potřeba dbát na zpětnou vazbu (3, s. 110–111).



Obrázek 6

JAKÁ JSOU SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE?

Při vyšetření klienta z vietnamské minority je na místě jej při pokládání osobních otázek upozornit, že odpověď na otázky je důležitá pro sběr anamnézy a objektivní posouzení zdravotního stavu pacienta. Jednotlivé postupy je potřeba co nejjednodušeji vysvětlit a pokud je to možné povolit přítomnost rodinného příslušníka, který velmi často zejména u starších jedinců zajišťuje funkci tlumočnicka (3, s. 109–113).

Vietnamci lékařské ošetření vyhledávají většinou až v případě dlouhodobějších potíží či velkých bolestí (3, s. 109–113).

Při sdělování diagnózy a prognózy pacientovi je s výhodou nejdříve toto probrat s rodinou, neradi totiž svého příbuzného zatěžují obavami z budoucnosti (3, s. 109–113).

Vietnamci se ze strachu ze vzniku závislosti vyhýbají užívání analgetik a sami si o léky tlumící bolest neřeknou (3, s. 109–110, 113).

Problém při hospitalizaci jedinců vietnamské minority může nastat v souvislosti s konzumací nemocniční stravy, která jim nevyhovuje. Vietnamci upřednostňují zejména rýži a velké množství zeleniny, což se v českém zdravotnickém stravování příliš nevyskytuje (6, s. 155–156).

Při poskytování ošetrovatelské péče o ženy vietnamské kultury je potřeba brát v úvahu zachování jejich soukromí při hygienické péči (3, s. 109–113).

Období těhotenství je pro vietnamské ženy velmi specifické, kladou důraz na kvalitní stravu a odpočinek (3, s. 109–110, 113). Do období těhotenství a jeho prožívání je úzce zainteresována i rodina a partner těhotné ženy.

Gravidní vietnamské ženy dodržují v perinatálním období několik specifických pravidel: je jim zakázáno namáhavě pracovat, měly by být v teple a dodržovat speciální hygienická opatření (např. na čištění zubů používají slanou vodu a bezprostředně před porodem vykonávají rituální očištění těla).

V období po porodu se dle tradice nesmějí Vietnamky po dobu tří dní mýt. Prožívání porodních bolestí není u Vietnamek většinou hlasité. Placenta je vietnamskou kulturou považována za lék (5, s. 1–5). Většina vietnamských žen požaduje, aby byl u porodu přítomný partner a po porodu byl praktikován systém péče rooming-in (8, s. 116).

Postoj vietnamské minoritní skupiny na otázku umělého ukončení těhotenství je smíšený, část z nich s interrupcí v případě nechtěného těhotenství souhlasí, část z nich ji odsuzuje (8, s. 112).

Pítva je za určitých okolností a se souhlasem rodiny povolena (3, s. 109).



Obrázek7



Obrázek S

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 [online]. [cit. 2019–04–25]. Zakoupené z: <https://www.shutterstock.com/cs/>

Obrázek 2 In: Pxphere [online]. [cit. 2019–04–25]. Dostupné z: <https://pxhere.com/en/photo/910376>

Obrázek 3 In: Pexels [online]. [cit. 2019–04–25]. Dostupné z: <https://www.pexels.com/photo/children-gipsy-poverty-726133/>

Obrázek 4 In: Flickr [online]. [cit. 2019–04–25]. Dostupné z: <https://www.flickr.com/photos/30208099@N00/2612475153>

Obrázek 5 [online]. [cit. 2019–04–25]. Zakoupené z: <https://www.shutterstock.com/cs/>

Obrázek 6 In: Pxphere [online]. [cit. 2019–04–25]. Dostupné z: <https://pxhere.com/en/photo/606517>

Obrázek 7 In: U.S. AIR FORCE [online]. [cit. 2019–04–25]. Dostupné z: <https://www.af.mil/News/Article-Display/Article/111019/pacan-gel-12-kicks-off-in-vietnam/>

Obrázek 8 [online]. [cit. 2019–04–25]. Zakoupené z: <https://www.shutterstock.com/cs/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978–80247–5631–8.
2. KALEJA, Martin a Jan KNEJP a kol. *Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978–80–7368–708–3.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978–80–247–4413–1.
4. MARÁDOVÁ, Eva. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80–86991–82–2.
5. MOCKOVÁ, Jana. *Moderní babictví. Specifika ošetrovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Praha: Levret, 2006 (10). ISSN 1214–5572
Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006–10/?pdf=57>
6. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978–80–247–3558–0.
7. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978–80–247–3976–2.
8. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978–80–7387–414–8.
9. TÓTHOVÁ, Valérie. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, 2015. ISBN 978–80–7422–467–6.
10. TÓTHOVÁ, Valérie a Věra OLIŠAROVÁ a kol. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978–80–7422–630–4.
11. URBAN, David a Alena KAJANOVÁ. *Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v České a Slovenské republice*. Kontakt: *Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2011, 2011(3), 328–338. ISSN 1212–4117.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health in Asia and the Pacific. South–East Asia Region, Western Pacific Region*. India: World Health Organization, 2008. ISBN 978–92–9022–333–7.