

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kulturní diverzita v ošetrovateľskej péči

Bakalárska práca

Autor: Darina Klapsiová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Jihlava 2016

ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Autor práce:	Darina Klapsiová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kulturní diverzita v ošetrovateľskej péči
Cíl práce:	Zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné vědomosti o odlišnosti potřeb pacientů vietnamské, romské a muslimské komunity.


Mgr. Jana Bubláková
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou kulturní diverzity v ošetrovateľskej péči. Jejím cílem je zjistit, zda mají všeobecné sestry v České republice dostatečné vědomosti o odlišnostech potřeb pacientů vietnamské, romské a muslimské komunity. Práce je členěna na stav současné problematiky a část výzkumnou. Současný stav problematiky definuje kulturu a její základní pojmy, teorii transkulturního ošetrovateľství a blíže popisuje romskou, vietnamskou a muslimskou komunitu. Výzkumná část prezentuje data získaná dotazníkovým šetřením.

Klíčová slova: multikulturní, Rom, Vietnamec, muslim

Abstract

Bachelor thesis deals with the issue of cultural diversity in nursing care. Its aim is to find out whether have a general nurse in the Czech republic sufficient knowledge about the differences of the needs of patients of vietnamese, romany and muslim communities. The thesis is divided on the status of the current issues and part of the research. The status of the current issues defines a culture and its basic concepts, theory of transcultural nursing and further describes the roma, the vietnamese and the muslim community. The research part presents the data obtained by the questionnaire survey.

Keywords: multicultural, Rom, Vietnamese, muslim

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat zejména vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Janě Bublákové, za cenné rady, trpělivost, vstřícnost a čas, který mi při tvorbě této práce věnovala. Velké díky patří rovněž všem respondentům, kteří se podíleli na mém dotazníkovém šetření. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mě po celou dobu mého studia podporovala.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“.

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

podpis

Obsah

Úvod	8
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY	9
1.1 Kultura	9
1.1.1 Kulturní diverzita	10
1.1.2 Multikulturní společnost	10
1.1.3 Interkulturní společnost	10
1.1.4 Transkulturní společnost	10
1.1.5 Kulturní slepota	10
1.1.6 Kulturní bolest	11
1.1.7 Kulturní šok	11
1.2 Teorie transkulturního ošetrovatelství	11
1.2.1 Model vycházejícího slunce	11
1.2.2 Model kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče	12
1.3 Pravidla ošetrování pacienta z jiného kulturního prostředí	13
1.4 Specifika minorit	14
1.5 Vietnamci	15
1.5.1 Povaha	15
1.5.2 Rodina	15
1.5.3 Stravování	16
1.5.4 Komunikace	16
1.5.5 Zdraví	17
1.6 Romové	18
1.6.1 Povaha	18
1.6.2 Hodnoty	18
1.6.3 Rodina	19
1.6.4 Komunikace a zdraví	19
1.7 Muslimové	20
1.7.1 Islám	20
1.7.2 Korán	20
1.7.3 Šaría	21
1.7.4 Stravování	22
1.7.5 Komunikace	22
1.7.6 Islámská etika	23
1.7.7 Hygiena	24
1.7.8 Pověry	24

1.7.9 Smrt	24
1.8 Vnímání cizinců a migrantů českou společností.....	25
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	26
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
2.2 Metodika výzkumu	27
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	27
2.4 Průběh výzkumu	29
2.5 Zpracování získaných dat.....	30
3 Diskuze	54
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	61
Závěr	62
Seznam použité literatury.....	63
Seznam tabulek a grafů	67
Seznam příloh.....	69

Úvod

Téma mé bakalářské práce zní Kulturní diverzita v ošetrovatelské péči. Tuto problematiku jsem si zvolila částečně kvůli její aktuálnosti a částečně proto, že je podle mého názoru a dosavadních zkušeností ze strany zdravotníků poměrně opomíjená.

Po otevření hranic v listopadu 1989, se Česká republika stala přechodným nebo trvalým místem pobytu pro mnoho jednotlivců i rodin jak ze sousedních, tak ze vzdálených zemí. Čím dál častěji se v České republice začínají usídlovat lidé nejrozličnějších kultur, náboženství i barvy pleti. A přestože jejich počet zatím není vzhledem k české majoritní společnosti nijak výrazný, jsou tito lidé součástí naší společnosti. Z tohoto důvodu jsou všeobecné sestry vystavovány situacím, kdy se setkávají s pacienty odlišných etnik a kultur v souvislosti s vykonáváním své profese. Často si mohou připadat bezradné, protože nemají pro práci s nimi dostatečné zkušenosti a vědomosti (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Trendem dnešní doby je rozšiřování vzdělání také o poznatky z oblasti multikulturního ošetrovatelství, které je vyučováno na vysokých školách zdravotnického zaměření. Každá sestra by měla disponovat alespoň minimální znalostí z oblasti péče o pacienta z jiného kulturního prostředí. Znalost jednotlivých nuancí, které s sebou odlišné kulturní prostředí přináší, by mělo umožnit sestře lépe se orientovat v potřebách pacienta, a tedy umožnit tyto potřeby adekvátně naplnit. Kvalitně, kulturně ohleduplně prováděná péče bude mít za následek důvěru pacienta a ochotu k další spolupráci. S pacientem z odlišného kulturního prostředí se může setkat sestra jako s cizincem, který je nucen akutně vyhledat lékařskou pomoc, nebo jako s imigrantem, který se rozhodl pro život v naší zemi, ale ještě se nebyl schopen naší kultuře dostatečně přizpůsobit.

Smyslem této práce je zmapovat problematiku multikulturního ošetrovatelství a odhalit, zda mají všeobecné sestry v České republice dostatečné znalosti o vietnamské, romské a muslimské kultuře.

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

1.1 Kultura

Pojem kultura má svůj původ v antickém středověku. Je odvozena od latinského slova *colere*, tedy co je pěstováno. V roce 45 př. n. l. dal kultuře nový rozměr římský filozof Marcus Tullius Cicero (106-143 př. n. l.) v Tuskulských hovorech, když nazval filozofii kulturou ducha (Kutnohorská, 2013; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Dle Morre (2015) je kultura naučená, nikoli vrozená. Kultuře se učíme od dětství v rámci socializace do společnosti, v níž se nacházíme. Je předávána z generace na generaci a vzniká jako reakce na prostředí, ve kterém žijeme. Je dynamická, reaguje na vnější podmínky, neustále se přizpůsobuje a mění.

Kulturu tedy vytváří naučené, sdílené a předávané hodnoty, víra, zvyky, tradice a normy určité skupiny osob. Ovlivňuje lidské myšlení, jednání i rozhodování (Kutnohorská, 2013).

Pojetí kultury

Pojetí kultury lze rozlišit na širší a užší. Širší pojetí zahrnuje vše, co je vytvářeno civilizací, tedy materiální věci jako budovy, průmysl, nástroje a duchovní výtvoř, jako náboženství, umění, politika aj. Užší pojetí kultury se vztahuje k chování určitého společenství lidí - na jeho komunikaci, normy, symboly, zvyklosti, tradice a hodnoty (Kutnohorská, 2013).

Vrstvy kultury

Moree (2015) uvádí, že kultura funguje na vrstevnatém systému. Povrchových vrstev si lze všimnout rychleji. Zato hlubší vrstvy nejsou na první pohled vůbec patrné, jsou spojeny s životními očekáváními a hodnotami.

Zevní vrstva - je nazývána tzv. kulturní vrstvou a obsahuje například řeč, stravu, oblečení a architekturu.

Střední vrstva - obsahuje to, co vnímáme pomaleji, až po bližším styku s danou kulturou. Radíme zde například hodnoty, normy, gesta a rituály.

Vnitřní vrstva – obsahuje základní hodnoty, pravdy, otázky života a humor. Tato vrstva vyžaduje velice dlouhý a intenzivní styk s danou kulturou (Kutnohorská, 2013).

1.1.1 Kulturní diverzita

Pojednává o rozmanitosti kultur a rozdílech mezi nimi, týkajících se životního stylu, tradic, zvyků, náboženství, jazyka, norem a dalších hledisek (Špirudová, Tomanová, Kudlová, et al., 2006).

1.1.2 Multikulturní společnost

V této společnosti vedle sebe žije více kultur se svými zvyky a odlišnostmi. Tyto skupiny se navzájem tolerují, ale nedochází zde k prolínání kultur do sebe. Leontiyeva a Vávra (2009) uvádí, že jádrem multikulturalismu je uznání druhého, uznání jeho práva „nebýt jako my“. Multikulturalismus respektuje jiné kultury, zároveň však může vést k izolovanosti, znevýhodňování až možné diskriminaci dané kultury (Škrabová b, 2010).

1.1.3 Interkulturní společnost

V interkulturní společnosti se aktivně podporují vztahy mezi majoritní skupinou a minoritními skupinami. Základem je respekt, tolerance a rovnost. Snaží se vyvarovat předsudků a stereotypů (Kutnohorská, 2013).

1.1.4 Transkulturní společnost

Transkulturní společnost je charakteristická oboustranným kulturním prolínáním mezi majoritní skupinou a ostatními minoritními skupinami. Dochází zde k vzájemnému mísení a ovlivňování. Tento pojem se ale v praxi téměř nevyužívá, používá se spíše termín transkulturní ošetřovatelství (Škrabová b, 2010; Kutnohorská, 2013).

1.1.5 Kulturní slepota

Kulturní slepota je pojem označující stav, kdy si jedinec není dostatečně vědom toho, že je jeho chování kulturně předpojaté.

1.1.6 Kulturní bolest

Kulturní bolest je diskomfort, který je pacientům způsoben zdravotníky, kteří si neuvědomují, že některé jejich výroky mohou být pro pacienta nepříjemné, ponižující, nebo mohou vyznít jako urážka - poznámky o výšce, váze, víře, rodině, atd. (Špirudová, Tomanová, Kudlová, et al., 2006).

1.1.7 Kulturní šok

Kulturní šok zažívají osoby, které přecházejí do neznámého kulturního prostředí. Tyto osoby jsou dezorientované, neschopné reagovat na jiné lidi a situace, protože jejich způsoby jsou pro ně neznámé. Jedná se o proces, který trvá týdny až měsíce. Záleží na tom, jak se je osoba schopna přizpůsobit změnám, které ji v cizím prostředí obklopují (Kutnohorská, 2013).

1.2 Teorie transkulturního ošetřovatelství

S první myšlenkou kulturně přizpůsobené ošetřovatelské péče na světě přišla americká profesorka Madeleine Leininger v padesátých letech 20. století. Její zájem o vliv kultury na chování člověka ve zdraví a nemoci podmínily její zkušenosti z praxe, kdy si začínala všimnat odlišností u jednotlivých národností a etnik. Tehdy zjistila, že kultura neovlivňuje pouze životní styl, ale i ošetřovatelskou péči (Pavlíková, 2006; Špirudová, Tomanová, Kudlová, et al., 2006).

1.2.1 Model vycházejícího slunce

V roce 1960 tedy Madeleine Leininger jako první definovala transkulturní ošetřovatelství a tuto svou teorii následujících třicet let dále rozvíjela a obohacovala (Pavlíková, 2006; Špirudová, Tomanová, Kudlová, et al., 2006).

Jak uvádí Kutnohorská (2013), tato teorie má pomoci sestrám k dosažení co nejlepší péče o pacienty jiné kultury, čehož sestry docílí tím, že se jejich kulturu budou snažit pochopit. Lidé odlišných kultur mají jiné hodnoty, odlišný pohled na svět, na zdraví, nemoc, ošetřování i léčbu. Lidská bytost je zde popisována holisticky a je ovlivněná sociálním prostředím. Cílem transkulturního ošetřovatelství je tedy poskytovat lidem odlišných kultur péči s ohledem na jejich kulturu a s pomocí kulturně vhodných způsobů (Pavlíková, 2006).

Model Leiningerové graficky znázorňuje teorii transkulturní péče s jejími koncepcemi (příloha 1). Má čtyři úrovně:

- *První úroveň* – obsahuje filozofický názor a úroveň sociálního systému.
- *Druhá úroveň* – zde se nachází fakta o jedincích, rodinách, skupinách a situacích v odlišných zdravotnických systémech.
- *Třetí úroveň* – udává charakteristiky a specifika každého systému a péče.
- *Čtvrtá úroveň* – zahrnuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování, udržování nebo přizpůsobování kulturní péče. Dochází zde k rozvoji transkulturní péče tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami kultury, ke které pacient náleží (Kutnohorská, 2013).

1.2.2 Model kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče

Tento model vytvořily v roce 1988 autorky Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar, za účelem usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům jiné kultury. Model navazuje na teorii Leiningerové a utváří další rovinu transkulturního ošetrovatelství – hodnocení stavu potřeb pacienta a ošetrovatelské intervence. Stanovuje, že je každá lidská bytost jedinečná a má být hodnocena podle šesti kulturních jevů:

- *Komunikace*
- *Interpersonální prostor*
- *Sociální začlenění*
- *Čas*
- *Ovládání prostředí*
- *Biologické variace* (Špirudová, Tomanová, Kudlová, et al., 2006)

1.3 Pravidla ošetřování pacienta z jiného kulturního prostředí

Naprosto stěžejní je najít vhodný způsob komunikace s pacientem. Komunikujeme nejen verbálně (mluvením) ale i neverbálně (gestikulací, mimikou a pohybem). Dorozumívat se s pacientem můžeme buď přímo, anebo přes zprostředkovatele (tlumočník, komunikační karty, obrázky, fotografie). (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Při ošetřování pacienta jiné kultury je nutné:

- *Rozpoznat a vážit si kulturních odlišností* - je důležité si uvědomit rozdíly dané kultury, aby byla poskytnuta efektivní péče a nedocházelo k selhávání komunikace.
- *Chápat kulturní důvody chování pacienta* - je potřebné být aktivní, zajímat se o danou kulturu a vyhledávat informace o ní.
- *Naslouchat a učit se dříve, než začnete radit* – je nutné vždy zhodnotit úroveň chápání pacienta a rámec přijatelnosti.
- *Být empatická a vcítit se do odlišné kultury* - je důležité se s pacientem ztotožnit, abychom mohli lépe porozumět jeho potřebám a problémům.
- *Projevovat úctu a respekt k pacientům a jejich kultuře* - touto cestou odstraníme překážky v komunikaci. Používáme vždy evalvační přístup, zapojujeme pacienta do rozhodování a podporujeme jeho zvyky.
- *Být trpělivá.*
- *Hodnotit své chování* - je nutné myslet na to, že naše kultura není stejná jako jejich (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

1.4 Specifika minorit

Při ošetřování pacientů je nutné vždy zohlednit jeho etnické a kulturní hodnoty a názory, které se vztahují k poskytování zdravotnické péče. Mezi základní údaje, které by měl zdravotník znát, patří:

- *Etnicita* - je důležité vědět zda je pacient utečenec, přistěhovalec nebo člen usedlé integrované menšiny. Toto zjištění může pomoci lépe pochopit pacientovy potřeby.
- *Jazyk* – je důležité zjistit rodný jazyk, přestože pacient mluví česky. Svůj rodný jazyk může začít používat během vysoké horečky, stresu, aj.
- *Náboženství a víra* – je nutné pacienta podporovat v jeho potřebách.
- *Rodina* – souvisí se sdílením informací a rozhodováním pacienta
- *Stravování* – může ovlivňovat zdraví pacienta a proto je třeba zjistit, jestli mu jeho kultura některá jídla nezakazuje
- *Názory na zdraví* – toto zjištění může pomoci při léčebné spolupráci (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Přestože v České republice není populace zcela etnicky a kulturně homogenní, tak je problematika ošetřování pacientů jiných kultur stále nedostatečně známá a opomíjená. Proto se i v dnešní době často stává, že sestry nejsou dostatečně připravené na poskytování ošetrovatelské péče všem pacientům bez rozdílu (Špirudová, Tomanová, Kudlová, et al., 2006).

1.5 Vietnamci

Vietnam se rozkládá v Jihovýchodní Asii na poloostrově Zadí Indie. Z východu jej omývá Jihočínské moře, dále sousedí s Kambodžou, Laosem a Čínou. Hlavním městem je Hanoj. V zemi se mluví převážně vietnamsky, s dialekty Bac, Nam a Hue (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Vietnamci do České republiky začínali migrovat většinou z důvodu špatných ekonomických podmínek ve Vietnamu. Přicházeli sem za vidinou lepšího výdětku, který jim umožňoval poskytovat zajištění pro rodinu ve Vietnamu a možnost vzdělávání pro své děti v Evropě. V dnešní době zde žijí celé vietnamské rodiny (Bittnerová, Moravcová, 2006).

1.5.1 Povaha

Všeobecně jsou Vietnamci známí svou hrdostí, pílí a pracovitostí. Už na malé děti je vyvíjen velký nátlak a po zvládnutí češtiny se často stávají nejlepšími žáky ve třídě. Vietnamci se u nás většinou živí podnikáním a obchodují nejčastěji s textilním zbožím, elektronikou či ovocem a zeleninou. Starší děti mají na starost nejen přípravu do školy a běžné domácí práce, ale také výpomoc u rodičů v obchodě (Bittnerová, Moravcová, 2006).

1.5.2 Rodina

Nejvýraznějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Vietnamské rodiny bývají hlavně patriarchální. Hlavní slovo má otec, a i když jsou ženy mužům rovnocenné, v rodině zaujímají spíše podřízené místo. Rodina mezi sebou vykazuje velkou soudržnost a navzájem se velice podporují. Otec má nejvyšší autoritu a je velice přísný. Jeho povinností je vykonávat těžkou práci a v případě krize být pro celou rodinu oporou. Od dětí se očekává absolutní podřízenost starší osobě a ty tuto skutečnost přijímají samozřejmě. Úcta patří mezi základní pilíře vietnamské morálky. Rodiče celkově své děti moc nechválí, jejich přístup je spíše přísný, na druhou stranu ale také velice obětavý. Celkově je zde kladen větší důraz na úspěšnost a nezávislost než u Čechů. Vietnamci respektují prvorozenectví, proto majetek dědí vždy prvorozený syn (Bouzek, 2008; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská 2005; Kutnohorská, 2013).

1.5.3 Stravování

Vietnamci kladou velký důraz na dodržování tradic při přípravě jídla a stolování. Na jeho přípravu si udělají čas i 2 až 3 hodiny. U jídla se pak sejde celá rodina a hoduje se velmi dlouho. Často je to jediná příležitost denně, kdy si na sebe přes velké časové vytížení udělají čas, proto zde řeší nejdůležitější věci ohledně domácnosti, práce a školy. K jídlu se zasedá až po tom, co se usadí hostitel. Je nachystáno vždy více jídla, než člověk sní, nepředpokládá se totiž, že by host snědl vše. U nás je nepřipustné, aby se u jídla mlaskalo nebo říhalo, ale u Vietnamců je to pochvala hostiteli, kterému tím vyjadřujeme svou spokojenost s jídlem. Zbytky jídla se nechávají spadnout na zem a trochu jídla se nechává i na stole, jako projev sytosti. Na závěr se podává symbolicky rýže, kterou si nikdo nenabírá. Pokud si host nabere, urazí tím hostitele, protože mu dá najevo, že se najedl málo. Vietnamci nepřijímají nic studeného – i nápoje se pijí teplé. Mléčné výrobky jedí minimálně (Kutnohorská, 2013; Kelnarová, Matějková, 2009).

1.5.4 Komunikace

Vietnamci si nikdy nestěžují na své problémy, protože tím nechtějí zhoršovat situaci svým příbuzným. Patří to mezi jejich pravidla slušného chování. Při pozdravu si podávají ruce, kdy si levou rukou ještě stisknou spojené pravice (Kutnohorská, 2013).

Při podávání se věc podává oběma rukama, což nás nutí k drobnému úklonu a tím k vyjádření úcty. Podání jednou rukou je neuctivé. Pokud se chceme chovat uctivě, děláme pomalé a klidné pohyby. Jestliže chce vietnamský pacient někoho přivolat rukou, otočí ji hřbetem nahoru a pokyvuje rukou v zápěstí. Toto gesto se podobá spíše odhánění. Je zde nutné chápat jinak i úsměv. Vietnamci se často usmívají, pokud chtějí zlehčit nepříjemnou situaci (neví si rady, nerozumí, pokud trestají své dítě apod.). Znalost těchto věcí je pro sestru velice důležitá, protože si úsměv může vyložit tak, že pacient rozumí tomu, co mu říká. Ten se ale úsměvem pouze omlouvá za skutečnost, že ji nerozumí. Často také přikyvují, i když nechápou. Proto je zde nutná zpětná vazba (Kutnohorská, 2013).

Vietnamci považují za nevhodné:

- Položit nohy na nábytek.
- Dotýkat se cizí ženy, popř. žena cizího muže.
- Přeložit nohu přes nohu.
- Dívat se upřeně do očí – přímý pohled do očí je vnímán jako pocit nadřazenosti.
- Smrkat do kapesníku – smrkání na veřejnosti je vnímáno jako neslušnost.
- Líbat se na veřejnosti.
- Podávat předmět jednou rukou.
- Pohladit vlasy, nebo se dotknout hlavy dítěte – je to výsada rodičů.
- Řešit intimní věci, nebo politiku na veřejnosti (Škrabová a, 2010; Kutnohorská, 2013).

1.5.5 Zdraví

Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Pokud dojde k narušení této rovnováhy, vznikne nemoc. Lékařskou pomoc Vietnamci většinou vyhledávají až po té, co jim nepomohou žádné léčebné byliny, čaje ani domácí léčení. Je nutné jim vše vysvětlovat co nejpřesněji a nejjednodušeji. Musíme se také neustále ujišťovat, zda něco nepotřebují. Ptát se na to, jak se cítí, jestli nemají zažívací potíže, nebo necítí bolest. Pokud se nezeptáme, sami nic neřeknou, aby neobtěžovali. O léky na bolest se taky nepřihlásí, protože se bojí lékové závislosti. Pokud pacient nerozumí, je vhodné pozvat tlumočníka a nenechat jen překládat některého člena rodiny (často dochází k chybnému překladu). Není vhodné pacientovi sdělovat jeho stav bez konzultace s rodinou. Ta si obvykle nepřeje pacientovi ještě přidělovat nějaké starosti. Ve vietnamské komunitě o členy rodiny v nemoci pečuje žena, bez ohledu na pohlaví nemocného. Pacienti mohou požadovat, aby jim u hygieny pomohl někdo z rodiny, v čemž by se jim mělo vyhovět. Jsou velice stydliví a neradi se baví o fyziologických funkcích jako vylučování moči, stolice a zvracení. Těhotné ženy dbají na své zdraví, jí zdravá jídla, dostatečně odpočívají, dodržují speciální hygienu (čistí si zuby slanou vodou) a nenamáhají se. Při porodu trpí tiše a snaží se nenaříkat. Jestliže nastane nějaký problém s dítětem, je vhodné tuto

skutečnost sdělit nejprve otci a ten pak rozhodne, jak a kdo to oznámí matce (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Kelnarová, Matějková, 2009; Kutnohorská, 2013).

1.6 Romové

Romové původně žili v Indii, odkud se později přesídlili do Arábie a Egypta. Dnes žijí téměř ve všech zemích světa, převážně však v Evropě. Jejich mateřský jazyk je romština. Romové po staletích kočovali a vykonávali nejrůznější řemesla. U nás se začali trvale usazovat až po roce 1959, kvůli zákazu kočování (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

1.6.1 Povaha

Jsou známí svou hlučností, slabou vůlí, netrpělivostí, strachem z bolesti, citlivostí, nespolehlivostí a živým temperamentem. Romové mají problém s plánováním daleké budoucnosti, žijí dneškem. Všeobecně mají rádi slavnosti, hudbu, tance a humor, ironii však nechápou. Romové zpravidla dobře a rychle rozpoznají, jaký k nim mají zdravotníci vztah, a pak se k nim podle toho chovají. Není pro ně zvykem děkovat, ani prosit a také často lžou. V romské komunitě není zahanbující, pokud muž pláče (Bouzek, 2008; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

1.6.2 Hodnoty

Romové mají na rozdíl od Čechů úplně jiné priority a styl života. Nejvyšší hodnotou je pro ně život, jeho zachránění, udržování a množení. I přestože někdo po autonehodě zůstane vážně postižený, reakce rodiny je radostná, protože přežil. Druhou největší hodnotou je rodina. Školské vzdělání pro ně vysokou hodnotu nemá. Rodiče své děti často podporují v záškoláctví a nepomáhají jim ani s přípravou do školy. Práce je v jejich systému hodnot také na nižších příčkách. Jak uvádí Davidová a kolektiv (2010), Romové většinou žijí ze sociálních dávek a dlouhodobě nepracují. Z romské populace je v České republice dlouhodobě ekonomicky činných necelých 20 % (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Kelnarová, Matějková, 2009).

1.6.3 Rodina

Tradiční rodina má mnoho členů a je výrazně patriarchální. Hlavou rodiny je muž, který o všem rozhoduje a nese za ni odpovědnost. Pracuje pouze příležitostně a spíše udržuje vztahy s příbuznými. Naopak žena má na starosti domácnost, obstarává jídlo (prací, nebo žebráním) a vychovává děti. To že je žena muži podřízena, můžeme vypožorovat i z toho, že chodí několik kroků za manželem. V rodině se nedělá rozdíl mezi bratrem a bratrancem, všichni si jsou velice blízcí. Je to národ s nejsilnějšími rodovými vazbami vůbec. Všichni se podporují a pomáhají si. Jejich staří lidé se těší daleko větší úctě než u nás. Je pro ně například nemyslitelné, dát rodiče do domova důchodců. Postarat se o své rodiče je pro Romy automatické a přirozené a sami rodiče s přijutím této péče nemají problém. Nejvyšší trest je vyhnání z rodiny, kdy Rom ztrácí všechny sociální jistoty a rodinné vazby. Největším bohatstvím pro rodinu jsou její děti. Romské děti rodiče neučí příliš brzy samostatnosti, a proto mohou mít problémy při nástupu do školky, popř. první třídy, protože se zdají být pomalejší. Na malé děti dohlíží převážně matka a starší sourozenci, v pubertě pak otec, který bývá přísnější. Romové zakládají rodiny hodně mladí, z čehož pramení různé potíže (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Kelnarová, Matějková, 2009).

1.6.4 Komunikace a zdraví

Ošetřování Romů bývá často náročné, protože oni sami zdravotnickému personálu moc nedůvěřují. Špatně se s nimi komunikuje a často chtějí jednat pouze s nejvyšším představitelem oddělení. V nepřítomnosti rodiny se cítí nepříjemně, mají strach, proto mohou být agresivnější nebo mohou odmítat spolupráci. Dalším velkým problémem je komunikace s rodinou romského pacienta. Hned na počátku hospitalizace bychom měli zjistit, kdo bude za rodinu se zdravotníky jednat a komu podávat informace o nemocném (většinou je to muž). Romská komunita je známá svou starostlivostí o nemocného a často se shlukují na pokoji, čímž ruší ostatní pacienty i chod oddělení. Vyžadují být u svého blízkého i mimo návštěvní hodiny. Do nemocnice přichází většinou celá rodina. Romští pacienti bývají velice emotivní, nahlas sténají a stěžují si i na malé bolesti, požadují hned analgetika. Svůj zdravotní stav konzultují vždy s rodinou. Musíme zde počítat s tím, že romský pacient bude brát léky a dodržovat doporučení jen do doby, dokud se mu neuleví

a příznaky neustoupí. Proto je velice důležité ho vícekrát upozornit na následky tohoto jednání. Při ošetřování romského pacienta je nejdůležitější a zároveň nejtěžší získat si jeho důvěru. Při komunikaci s ním musí být zdravotnický personál trpělivý, mluvit na něj jasně a dostatečně srozumitelně, nepoužívat odborné termíny a vnímat neverbální komunikaci (Kelnarová, Matějková, 2009; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

1.7 Muslimové

Muslim je člověk, který vyznává Islám.

1.7.1 Islám

Islám (v překladu mír, odevzdanost a poslušnost) je monoteistické náboženství, které vzniklo v 7. st. n. l. na Blízkém východě, a přestože je z velkých světových náboženství nejmladší, patří mezi vyznání s nejrychleji rostoucím počtem věřících. Jeho ústřední autoritou je Korán, svatá kniha, kterou Alláh předal v 7. st. n. l. proroku Mohamedovi. Mohamed je stejně jako Abraham, Mojžíš i Ježíš prorok, ale jeho Korán je konečné poselství všech těchto předchůdců, tedy proroctví ve své úplné, konečné formě a po něm už Bůh nesešle žádné proroky (Světová náboženství, 2005; Kutnohorská, 2013; Nabozenstvi.apu: Islám, 2007; Islamweb: Islám a muslimové).

1.7.2 Korán

Korán je největší dar, který lidstvu Bůh poskytl, a proto se těší mimořádné úctě a respektu. Výtisk knihy by muslim nikdy nepoložil přímo na zem, kniha se vždy pokládá na tzv. kursí. Je určen k poslechu či ke čtení pouze v arabštině, překlad se již nepovažuje za originál. Korán byl prostřednictvím archanděla Gabriela zjevován Mohamedovi, ten ho pak sděloval svým následovníkům, kteří ho, jelikož byl Mohamed negramotný, zapisovali. Většina Koránu byla ovšem zapsána až po Mohamedově smrti, ale díky tzv. háfízům (tedy lidem, kteří celý korán uměli zpaměti) jsou muslimové přesvědčeni, že nedošlo k nějakému mylnému výkladu, či poškození Božího zjevení. Korán se skládá ze 114 kapitol (súr) a obsahuje také islámské právo a nauku (Světová náboženství, 2005; Islamweb: Islám a muslimové; Holcátová, Oudová, 2016).

1.7.3 Šaría

Šaría je islámský zákon, který určuje, jak se má správný muslim chovat a vysvětluje cestu, kterou musí následovat, aby dosáhl spasení. Podrobně popisuje společenský, osobní i náboženský život muslimů. Za podstatu islámského práva se považuje zejména pět pilířů islámu, které by měl plnit každý muslim (Nabozenstvi.apu: Islám, 2007).

1.7.3.1 Šaháda

Vyznání islámské víry, kdy je Alláh uznáván jako jediný Bůh a Mohamed jako jeho prorok, kterého by měl každý muslim následovat jako svůj vzor (Světová náboženství, 2005; Islamweb: Islám a muslimové).

1.7.3.2 Salát

Povinná modlitba, která je vykonávána pětkrát denně (za svítání, v poledne, odpoledne, při západu slunce a v noci). Modlení může probíhat buď v soukromí, nebo kolektivně (většinou v páteční poledne) a vždy začíná slovy Allah akbar (v překladu Alláh je veliký). Modlit se musí každý, s výjimkou nesvéprávných, duševně a jinak vážně nemocných, malých dětí a menstruuujících žen (také rodiček a žen v šestinedělí). Zejména k modlení by měla mít sestra vždy úctu a respekt. Měla by pacientovi poskytnout vodu (nebo písek) pro očistu před modlením, nedotýkat se koberečku a nepřecházet při modlitbě přímo před nimi, aby nenarušila jejich spojení s Mekkou. Modlitby posilují víru a povzbuzují k vyšší mravnosti, dobru a zabraňují špatnosti a zlu (Kutnohorská, 2013; Islamweb: Islám a muslimové).

1.7.3.3 Zakát

Zakát je poskytování milodaru chudým. Platí ji muslim každý rok podle svého bohatství ve výši 2,5% majetku přesahujícího nisab (minimum).

1.7.3.4 Ramadán

Ramadán je měsíc půstu, kdy by se po 40 dní od rozbřesku do západu slunce měli muslimové vzdát jídla, pití, kouření, pohlavního styku, špatných úmyslů a přání. Tento půst má v muslimovi rozvíjet trpělivost, nesobeckost a pevnou vůli.

1.7.3.5 Hadždž (*pout' do Mekky*)

Pokud to věřícímu dovoluje fyzická a finanční situace, měl by jednou za život podniknout pout' do Mekky (rodiště islámu). (Světová náboženství, 2005; Nabozenstvi.apu: Islám, 2007; Islamweb: Islám a muslimové).

1.7.4 Stravování

Muslimové jsou velice pohostinní, hosta přijmou v kteroukoli denní i noční dobu a odmítnutí by hostitele velice urazilo. U stolu se setkává celá rodina, jídlo se jí zpravidla rukama, a to špičkami prstů. Když je člen rodiny hospitalizován, rodina si často přeje, aby mu mohla vařit, popřípadě chtějí být alespoň přítomni, aby hospitalizovaný nejedl sám. Muslimové mají zakázáno konzumovat alkohol a nápoje s ním nebo jídla na něm připravované, vepřové maso a všechny výrobky z něho. Z mořských ryb mohou všechny šupinaté a některé garnáty (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

1.7.5 Komunikace

Komunikace s muslimy je pro nás velice obtížná, protože zde musíme dodržovat určitá tabu, na které nejsme zvyklí.

Je tabu mluvit o rodinných a intimních problémech a to zejména v případě, kdy má rozhovor probíhat mezi lidmi jiného pohlaví a odlišné víry. Muslim často na tyto otázky odpovídá vyhýbavě. Při zjišťování rodinného stavu a počtu dětí můžeme nevědomky urazit muslimku, která není vdaná, protože nemít manžela, je považováno za poskvrnu a mimomanželský styk je zakázán (Kutnohorská, 2013).

V muslimské komunitě se muž smí dotknout pouze ženy, která patří do jeho rodiny. Kontakt mezi odlišnými pohlavími je zakázán, a proto by, pokud je to možné, měl muslimského pacienta ošetřovat vždy zdravotník stejného pohlaví.

Potřásání rukou pro ně není obvyklé. Namísto pozdravu si pokládají ruku na srdce. Většina muslimů se ale u nás snaží přizpůsobit. Znaří význam potřásání rukou, a tak ruku personálu podávají automaticky nebo si muslimka přes svou ruku přetáhne kousek látky, aby se ruce nedotýkaly přímo. Pouze ortodoxní muslimové toto odmítají, a proto mají ruce za zády. V islámském světě je pravá ruka brána za čistou a levá za nečistou, proto je pro muslimy urážka a nevychovanost, pokud jim je věc podána levou rukou. S pomocí oděvů muslimové vyznávají svou víru a zachovávají si čistotu, proto bychom jim i v nemocničním prostředí měli umožnit nosit alespoň to nejnntnější oblečení. Většina muslimek nosí tzv. čádor, ve kterém mají zahaleno celé tělo, kromě tváře. Liberální muslimky mívají zahaleny alespoň vlasy (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Kutnohorská, 2013).

1.7.6 Islámská etika

Vychází z islámského práva a určuje co muslim a muslimka nesmí dělat. Pro obě pohlaví platí zákaz – zostuzování islámu, zřikání se víry, rouhání se, cizoložení, okrádání, křivého svědectví, pití alkoholu a požívání vepřového masa (Kutnohorská, 2013).

Muži nesmí:

- být homosexuálové.
- oblékat se do ženského oblečení.
- nosit hedvábí a šperky ze zlata.
- vyrábět sochy a portréty.
- hrát na hudební nástroj.
- věnovat se hazardu.
- půjčovat peníze se ziskem, nabízet úvěry a pojištění.

Ženy nesmí:

- mít holé ruce a nezakryté nohy.
- mít vidět vlasy na veřejnosti.
- nosit kalhoty, paruku.

- mít pohlavní styk před svatbou.
- vdát se za muže jiného vyznání.
- nechat si věštit budoucnost ani se jinak zaplést s magií (Kutnohorská, 2013).

1.7.7 Hygiena

Voda je symbol božství, je potřebná k očištění, která je nezbytná před každým modlením. Pokud muslim nemá vodu, stačí k omývání použít i písek. Muslim vykonává tzv. velké mytí i malé mytí. Malé mytí se využívá před modlitbami. Velké mytí (umytí celého těla) je prováděno minimálně každý pátek. Dále také po sexuálním styku, menstruaci, porodu, a pokud se přeruší půst (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Kutnohorská, 2013).

1.7.8 Pověry

Někteří muslimové věří, že se dny dělí na šťastné a nešťastné. Tato skutečnost může mít ve zdravotnictví význam pro plánování důležitých výkonů (např. operací). Mezi nešťastné dny patří úterý a pátek. V úterý zemřelo mnoho učedníků islámu a proto má přívlastek krvavý den. Sobotu berou jako nejnešťastnější den ze všech, a proto tehdy nezahajují cestu, neholí se, ani si nestříhají nehty (Kutnohorská, 2013).

1.7.9 Smrt

V islámské kultuře smrt není chápána jako konec, ale pouze ukončení času zkoušky, kterou muslim na tomto světě vykonal. Je to jen přestup do posmrtného věčného života s Bohem. Život i smrt je plně v Alláhových rukou, proto by se měli všichni muslimové během svého života se smrtí smířit. Islám dovoluje všechny prostředky k prodloužení a záchraně života, včetně transfuzí krve od muslimských i nemuslimských dárců. Eutanázie není povolena. Pokud už zdravotní stav pacientu nedovoluje, aby sám rozhodoval o své léčbě, převezme tuto aktivitu mužský člen rodiny. O umírajícího muslima se velice intenzivně stará jeho rodina, která s ním bývá ve dne i v noci. Tvář umírajícího by měla být otočená k Mekce. Po celou dobu je mu předčítán Korán a šeptána slova víry, která byla tím prvním, co muslim slyšel při příchodu na tento svět a měla by být i posledním, když ho opouští (Kutnohorská, 2013).

„ Vyznávám, že není božstva kromě Boha a Mohamed je posel Boží. “ (Ostřanský, 2009, s. 180).

Po smrti se vykonává rituální příprava těla pro pohřbení. Tělo mrtvého omývá vždy osoba stejného pohlaví. Po omytí se celé tělo, kromě obličeje, zahalí do plátna a do jednoho dne se vykovává pohřeb do země bez náhrobku, protože před Alláhem jsou si všichni rovni. Ještě před tím je tělo pokropeno vodou ze studny, kterou si zesnulý přivezl z Mekky (pokud cestu do Mekky vykonal). Tělo je uloženo se zkříženými horními končetinami na hrudi, což symbolizuje modlení. U muslimů je nepřípustná kremace a pitva, ta se vykonává, jen pokud to vyžaduje zákon. Pohřbu se nemohou účastnit ženy. V prvních třech dnech se rodina nahlas modlí a přijímají kondolence a po 40 dní dodržují období smutku, kdy si muži nestříhají vlasy (Kutnohorská, 2013).

1.8 Vnímání cizinců a migrantů českou společností

Česká společnost a její tolerance k migrantům a minoritám se liší v závislosti na jejich etniku a národnosti. Nejkladněji se obyvatelé staví ke Slovákům, Polákům a Němcům, naopak negativní postoj Češi mají k obyvatelům Balkánu, Romům a muslimům (Drbohlav a kol, 2010).

Jejich postoje se také liší v závislosti na formě/typu migrace a délce pobytu v České republice. Nejvstřícnější postoj Češi mají ke studentům, stážistům a žadatelům o azyl z humanitárních důvodů. Naopak na ekonomické migranty a na osoby, které se chtějí v České republice trvale usadit, je pohlíženo spíše negativně.

Většina obyvatel vyžaduje, aby se daná minorita co nejvíce přizpůsobila české majoritní společnosti, pouze 4 % Čechů souhlasí s tím, že by cizinci žili jen podle svých zvyků a původní kultury. Více než polovina obyvatel vidí v přílivu migrantů do České republiky společenský problém (Drbohlav a kol, 2010).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl práce

Zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné vědomosti o odlišnosti potřeb pacientů vietnamské, romské a muslimské komunity.

Výzkumné otázky

1. Jak často se všeobecné sestry v České republice setkávají s pacienty odlišné kultury?
2. Jaké rozdíly sestry vnímají při ošetřování pacientů romské komunity?
3. Jaké rozdíly sestry vnímají při ošetřování vietnamské komunity?
4. Jaké rozdíly sestry vnímají při ošetřování muslimské komunity?
5. Setkaly se sestry během pečování o pacienty jiné kultury s nějakým problémem?
6. Mají dostatečné znalosti o odlišnostech jednotlivých kultur?

Tato část bakalářské práce pojednává o metodice výzkumu, charakterizuje vzorek respondentů, výzkumné prostředí, průběh výzkumu a na závěr prezentuje vlastní výsledky výzkumu.

2.2 Metodika výzkumu

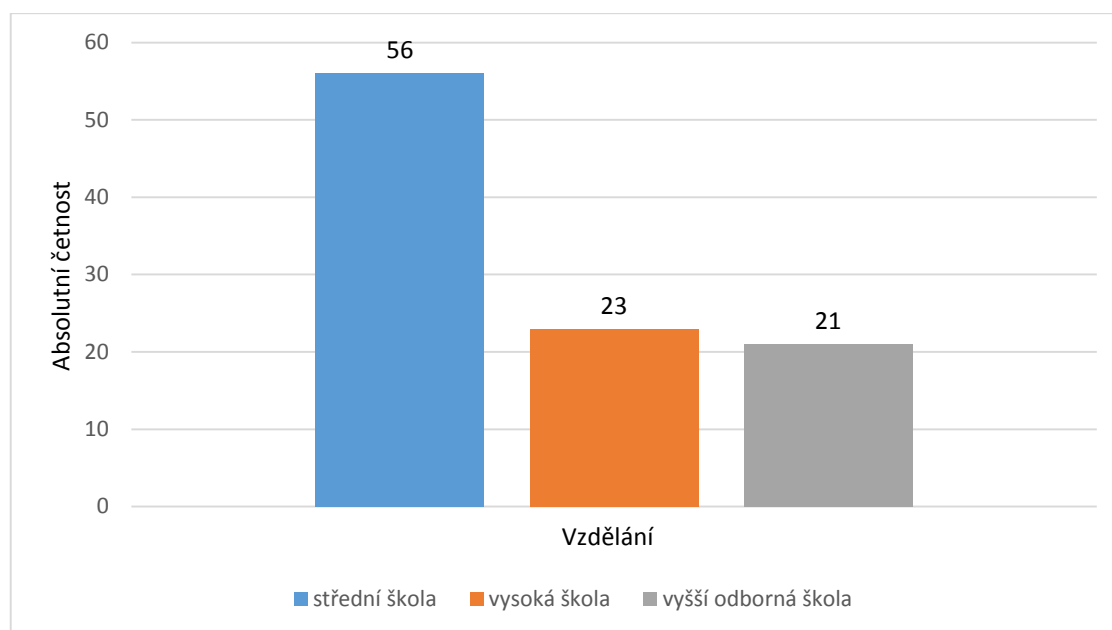
Jedná se o kvantitativní výzkumné šetření. Pro zpracování výzkumné části byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který se skládal z 26 otázek a byl zcela anonymní. První 2 otázky byly identifikační (nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe), zbylé otázky se již týkaly problematiky bakalářské práce. V dotazníku bylo použito 18 uzavřených otázek, 6 polootevřených a 2 otevřené otázky.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazníky byly vytvořeny v papírové i elektronické podobě. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry a zdravotní asistenti. Jediným kritériem pro výběr výzkumného souboru byla práce v těchto zmíněných oborech. V Nemocnici Jihlava p. o., bylo rozdáno celkem 130 dotazníků, z nichž se jich vrátilo 63 plně vyplněných a 25 neúplných, které musely být z dotazníkového šetření vyřazeny. Návratnost dotazníků byla 48,5%. Zbylých 37 dotazníků, jsem získala z webového portálu www.survio.com. Celkem jsem získala 100 správně vyplněných dotazníků.

Vyhodnocení otázky č. 1

Otázka: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 1 Vzdělání

Graf 1 nám znázorňuje, že z celkového počtu respondentů bylo 56 středoškolského vzdělání, 23 vysokoškolského a 21 osob vystudovalo vyšší odbornou školu.

Vyhodnocení otázky č. 2

Otázka: Délka Vaší praxe?

Tabulka 1 Praxe

Délka praxe	absolutní četnost	relativní četnost (%)
1-5 let	42	42 %
6-10 let	19	19 %
11-20 let	16	16 %
21-30 let	13	13 %
31 a více let	10	10 %

Nejpočetnější skupinu v dotazníkovém šetření (42 %) tvořily sestry s praxí 1-5 let. Na druhém místě se umístily sestry s praxí 6-10 let – 19 %, s 11-20 lety praxe bylo 16 %

sester, 21-30 let praxe mělo 13 % sester a nejméně sester (10 %) mělo praxi v oboru 31 a více let.

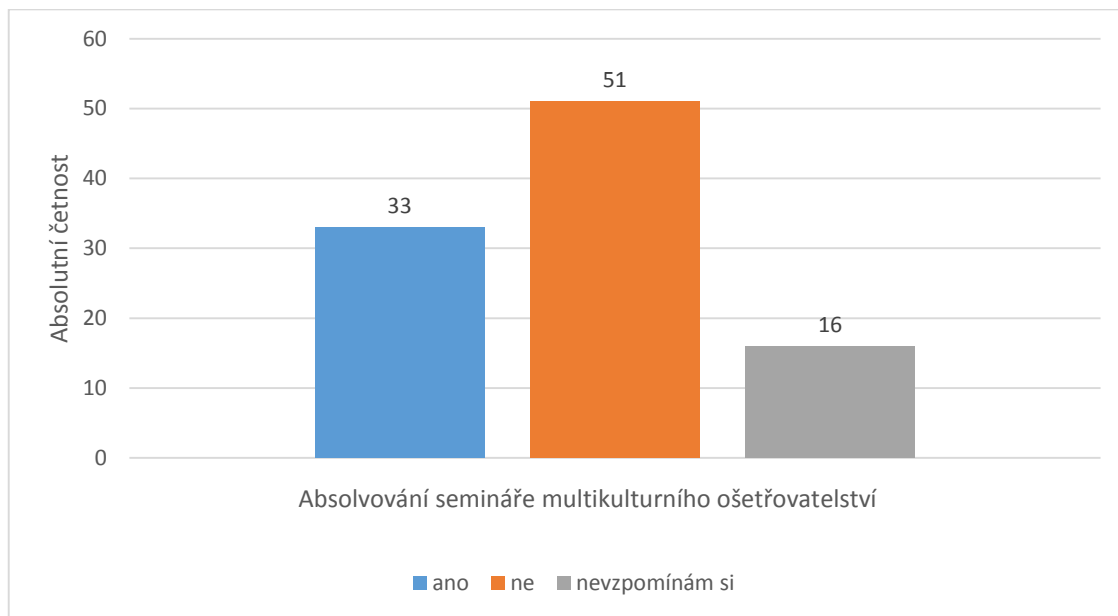
2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v období od ledna do března v Nemocnici Jihlava, p.o., po schválení výzkumného šetření náměstkyní pro ošetrovatelskou péči paní Mgr. Jarmilou Cmuntovou. Dotazníky byly rozdány na odděleních – chirurgie A, chirurgie B, interna C, interna D, kardiologie A, ortopedie, traumatologie a gynekologie. V elektronické podobě byl dotazník umístěn na webový portál www.survio.com.

2.5 Zpracování získaných dat

Vyhodnocení otázky č. 3

Otázka: Absolvoval/a jste seminář týkající se problematiky multikulturního ošetrovatelství?



Graf 2 Seminář

Na grafu 2 vidíme, že 51 (51 %) sester neabsolvovalo seminář týkající se multikulturního ošetrovatelství, 33 (33 %) absolvovalo a 16 (16 %) si nevzpomíná.

Vyhodnocení otázky č. 4

Otázka: Setkal/a jste se již během své praxe s péčí o romské příslušníky?

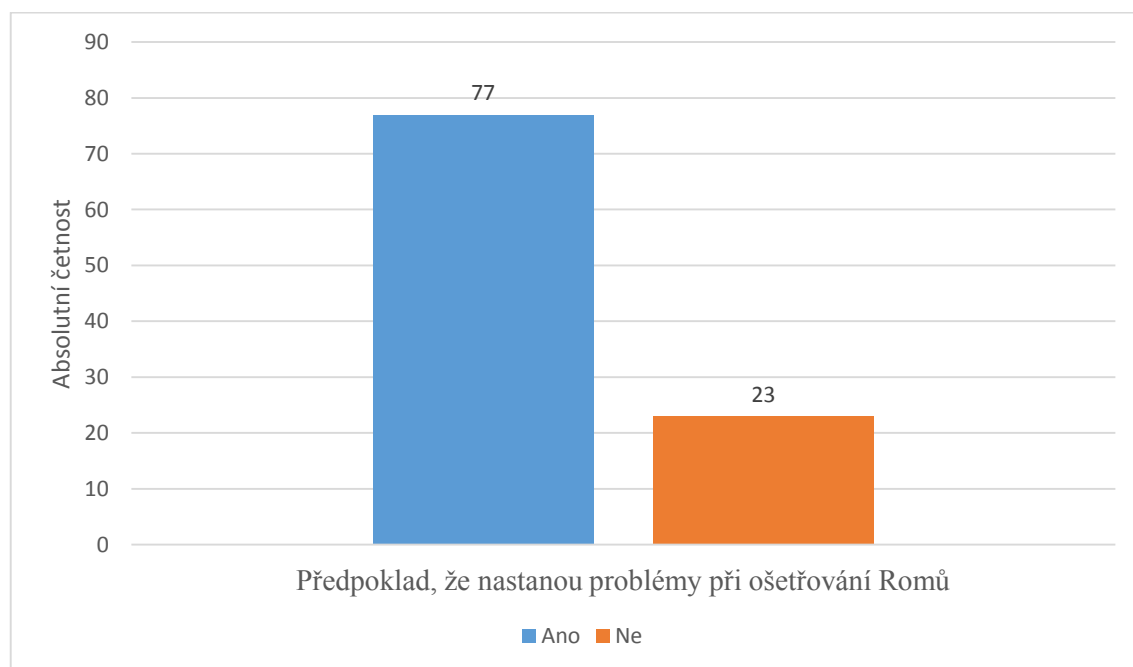
Tabulka 2 Péče o romské příslušníky

Péče o romské příslušníky	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Ano, velmi často	52	52 %
Ano, ale zřídka	46	46 %
Ne	2	2 %
Nedokážu posoudit	0	0 %

O Romy pečovalo velmi často 52 % respondentů, 46 % zřídka, nikdy o Roma nepečovalo 2 % dotázaných sester. Možnost nedokážu posoudit, nezvolil nikdo.

Vyhodnocení otázky č. 5

Otázka: Předpokládáte, že mohou při ošetřování Romů nastat nějaké problémy? Pokud ano, vypište jaké.



Graf 3 Předpoklad problémů s Romy

77 % sester zvolilo, že při ošetřování Romů mohou vzniknout problémy, 23 % problémy nepředpokládalo.

Tabulka 3 Problémy, při ošetřování Romů

Problémy při ošetřování Romů	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Agresivita	34	19,2 %
Nepřizpůsobivost	28	15,8 %
Nedodržování léčby	23	13 %
Konflikty s rodinou	22	12,4 %
Akumulace rodiny	17	9,6 %
Hlučnost	12	6,8 %
Problémy v komunikaci	12	6,8 %
Neúcta k zaměstnancům	10	5,6 %
Přecitlivělost	9	5,1 %
Útěk z nemocnice	6	3,4 %
Netrpělivost	4	2,3 %

Ze 77 % sester, které očekávalo problémy při ošetřování Romů, uvedly všechny alespoň jeden problém. Největším problémem je agresivita, kterou uvedlo 34 sester (19,2 %), nepřizpůsobivost - 28 sester (15,8 %), nedodržování léčby - 23 sester (13 %), konflikty s rodinou pacienta - 22 sester (12,4 %) a akumulace rodiny na oddělení - 17 sester (9,6 %). Dále sestry uváděly také hlučnost – 12 sester (6,8 %), problémy v komunikaci - 12 sester (6,8 %), neúcta k zaměstnancům – 10 sester (5,6 %) přecitlivělost – 9 sester (5,1 %), útěk z nemocnice – 6 sester (3,4 %) a netrpělivost 4 sestry (2,3 %).

Vyhodnocení otázky č. 6

Otázka: Jaké vlastnosti přisuzujete Romům?

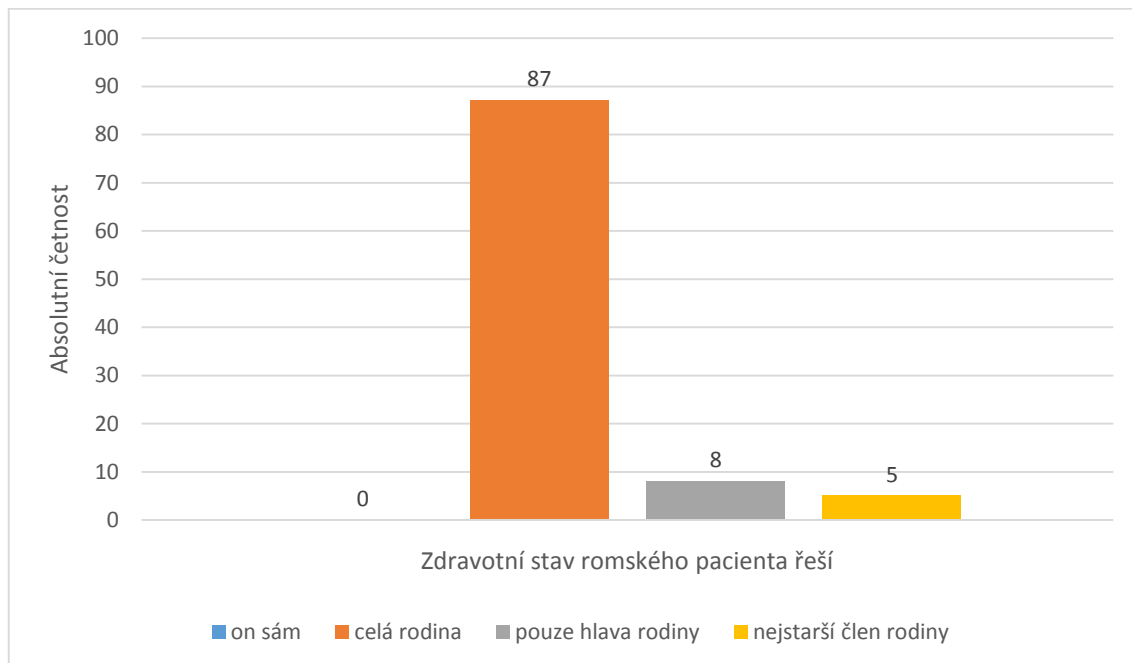
Tabulka 4 Vlastnosti přisuzované Romům

	+2	+1	0	-1	-2	
Zodpovědný	0	1	32	48	19	Nezodpovědný
Mírný	0	7	43	30	20	Agresivní
Trpělivý	0	4	28	41	27	Netrpělivý
Klidný	0	10	37	33	20	Výbušný
Tichý	0	0	21	38	41	Hlučný
Soustředěný	0	8	48	35	9	Roztěkaný
Citlivý	17	19	41	15	8	Necitlivý

Tato otázka byla řešená sémantickým diferenciálem. V poli +2, které vyjadřuje pozitivní variantu vlastnosti, neoznačila žádná sestra, že by byli Romové zodpovědní, mírní, trpěliví, klidní, tiší nebo soustředění. Pouze citlivost zde označilo 17 sester. V poli +1, které vyjadřuje spíše pozitivní vlastnosti, se k zodpovědnosti kloní 1 sestra, 7 sester se kloní k mírnosti, 4 k trpělivosti, 10 ke klidnosti, 8 k soustředěnosti a 19 k citlivosti. Neutrální pole, tedy 0, zvolilo u zodpovědnosti 32 sester, u mírnosti 43 sester, u trpělivosti 28 sester, u klidnosti 37 sester, u tichosti 21 sester, u soustředěnosti 48 sester a u citlivosti 41 sester. V poli -1, vyjadřujícím spíše negativní variantu vlastnosti označilo 48 sester nezodpovědnost, 30 sester agresivitu, 41 sester netrpělivost, 33 sester výbušnost, 38 sester hlučnost, 35 sester roztěkanost a 15 sester necitlivost. V poli -2 vyjadřujícím krajně negativní variantu dané vlastnosti, se vyskytlo u vlastnosti nezodpovědný 19 odpovědí, u agresivní 20 odpovědí, u vlastnosti netrpělivý 27, u výbušný 20, u hlučný 41, u roztěkaný 9 a u vlastnosti necitlivý 8 odpovědí.

Vyhodnocení otázky č. 7

Otázka: Zdravotní stav romského příslušníka řeší

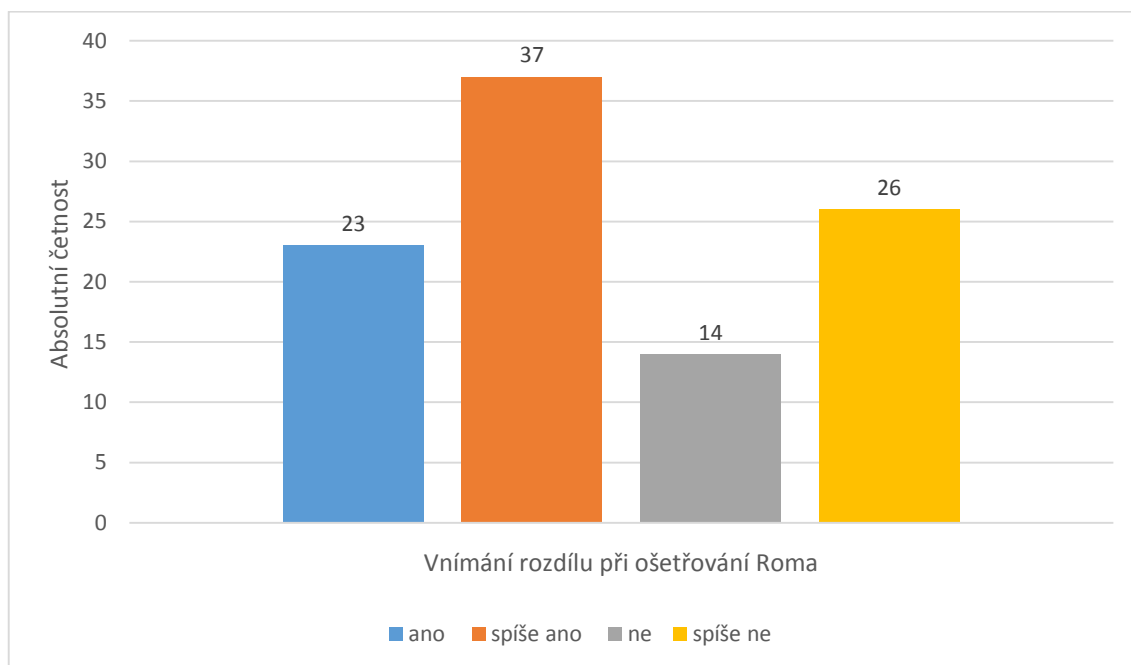


Graf 4 Zdravotní stav Roma

Podle grafu 4 si 87 (87%) sester myslelo, že zdravotní stav Roma řeší celá rodina, 8 (8%) sester se domnívalo, že jeho stav řeší pouze hlava rodiny a 5 (5%) označilo, že se stav řeší s nejstarším členem rodiny. Možnost, že svůj zdravotní stav řeší Rom sám, neoznačil nikdo.

Vyhodnocení otázky č. 8

Otázka: Vnímáte nějaké rozdíly, při ošetřování romského pacienta? Pokud ano, vypište jaké.



Graf 5 Rozdíl při ošetřování romského pacienta

Rozdíly při ošetřování romského pacienta vnímalo 23 (23 %) respondentů a spíše vnímalo 37 (37 %) respondentů. Rozdíly vůbec nevnímalo 14 (14 %) sester a spíše nevnímalo 26 (26 %) sester.

Tabulka 5 Rozdíly při ošetřování Roma

Rozdíly při ošetřování Romů	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Po vymizení obtíží, nedodržují léčebná doporučení	37	33,3 %
Nespolupráce se zdravotnickým personálem	29	26, 2 %
Jsou citlivější, mají menší práh bolesti	23	20, 7 %

Léčba se konzultuje s celou rodinou	18	16, 2 %
Nevím	4	3,6 %

Z 60 (60 %) sester, které vnímalo, nebo spíše vnímalo rozdíly při ošetřování romského pacienta, se 37 sester (33,3 %) shodlo na tom, že po vymizení obtíží, už romští pacienti nedodrží léčbu. 29 sester (26,2 %) jako rozdíl uvedlo nespolečenskou spolupráci Romů se zdravotnickým personálem. 23 sester (20,7 %) uvedlo, že jsou Romové citlivější a mají menší práh bolesti, 18 sester (16,2 %) napsalo, že se léčba konzultuje s celou rodinou a odpověď nevím uvedly 4 sestry (3,6 %).

Vyhodnocení otázky č. 9

Otázka: Pečoval/a jste během své praxe o pacienta z vietnamské komunity?

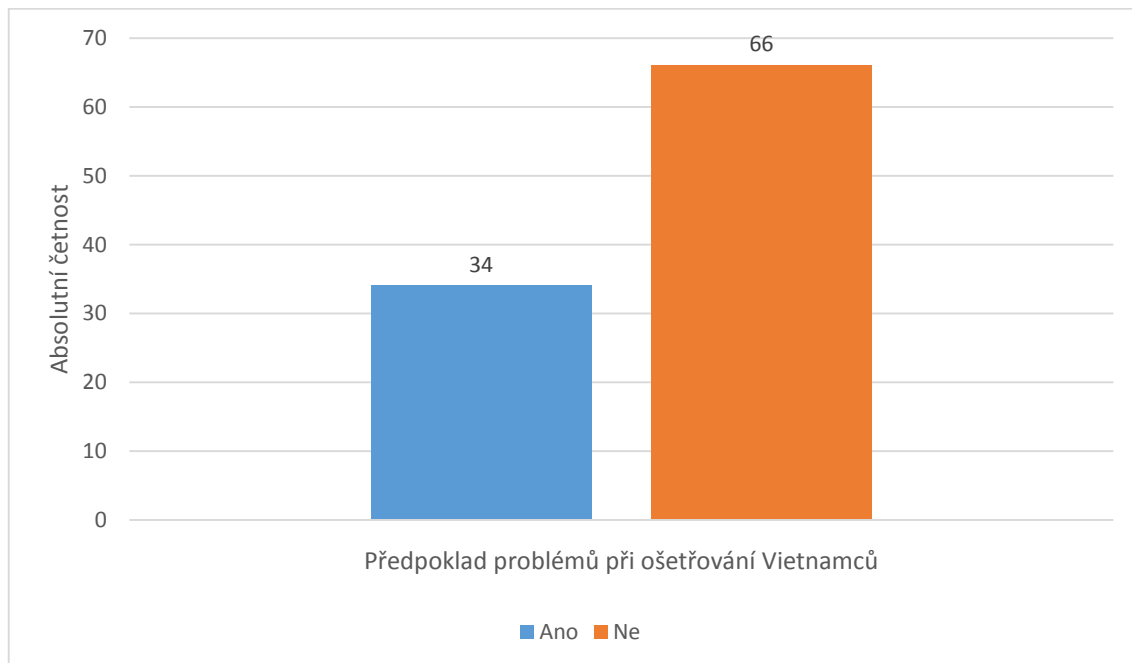
Tabulka 6 Péče o vietnamské pacienty

Péče o vietnamské pacienty	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Ano, velmi často	11	11 %
Ano, ale zřídka	55	55 %
Ne	33	33 %
Nedokážu posoudit	1	1 %

Pouze 11 (11%) sester uvedlo, že vietnamské pacienty ošetřuje velmi často, 55 (55 %) uvedlo, že se s nimi setkala zřídka. 33 (33%) sester se s péčí o vietnamského pacienta nesetkalo nikdy a 1 (1%) toto nedokázalo posoudit.

Vyhodnocení otázky č. 10

Otázka: Předpokládáte, že by mohly při ošetřování Vietnamců nastat nějaké problémy?



Graf 6 Předpoklad problému u Vietnamců

Většina sester (66 %) neočekávala při poskytování péče vietnamským pacientům žádné problémy. (34 %) sester je očekávalo - všechny tyto sestry uvedly jediný problém týkající se obtížné komunikace a jazykové bariéry.

Vyhodnocení otázky č. 11

Otázka: Jaké vlastnosti přisuzujete Vietnamcům?

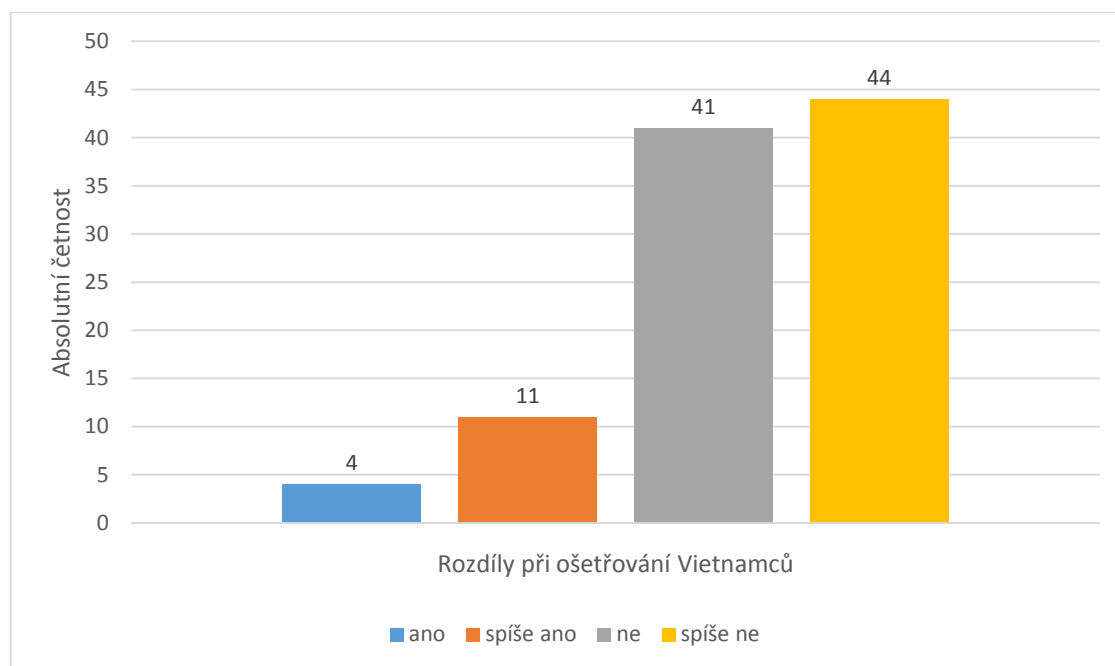
Tabulka 7 Vlastnosti přisuzované Vietnamcům

	+2	+1	0	-1	-2	
Zodpovědný	30	56	14	0	0	Nezodpovědný
Mírný	32	52	12	4	0	Agresivní
Trpělivý	37	45	16	2	0	Netrpělivý
Klidný	40	39	18	3	0	Výbušný
Tichý	50	36	13	1	0	Hlučný
Soustředěný	23	48	29	0	0	Roztěkaný
Citlivý	15	39	40	6	0	Necitlivý

Tato otázka byla řešená sémantickým diferenciálem. V poli +2, které vyjadřuje pozitivní variantu vlastnosti, označilo 30 sester zodpovědnost, 32 mírnost, 37 trpělivost, 40 klidnost, 50 tichost, 23 soustředěnost a 15 citlivost. V poli +1, které vyjadřuje spíše pozitivní vlastnosti, se k zodpovědnosti kloní 56 sester, 52 sester se kloní k mírnosti, 45 k trpělivosti, 39 ke klidnosti, 36 k tichosti, 48 k soustředěnosti a 39 k citlivosti. Neutrální pole, tedy 0, zvolilo u zodpovědnosti 14 sester, u mírnosti 12 sester, u trpělivosti 16 sester, u klidnosti 18 sester, u tichosti 13 sester, u soustředěnosti 29 sester a u citlivosti 40 sester. V poli -1, vyjadřujícím spíše negativní variantu vlastnosti označily 4 sestry agresivitu, 2 sester netrpělivost, 3 sestry výbušnost, 1 sestra hlučnost a 6 sester necitlivost. Pole -2 vyjadřující krajně negativní variantu dané vlastnosti neoznačila žádná sestra.

Vyhodnocení otázky č. 12

Otázka: Vnímáte nějaké rozdíly, při ošetřování vietnamského pacienta? Pokud ano, vypište jaké.



Graf 7 Rozdíly při ošetřování Vietnamců

Na grafu 7 je znázorněno, že pouze 4 sestry (4 %) vnímaly při ošetřování Vietnamce rozdíl, 11 sester (11 %) odpovědělo spíše ano, 44 sester (44 %) spíše ne a 41 sester (41 %) nevnímalo žádný rozdíl.

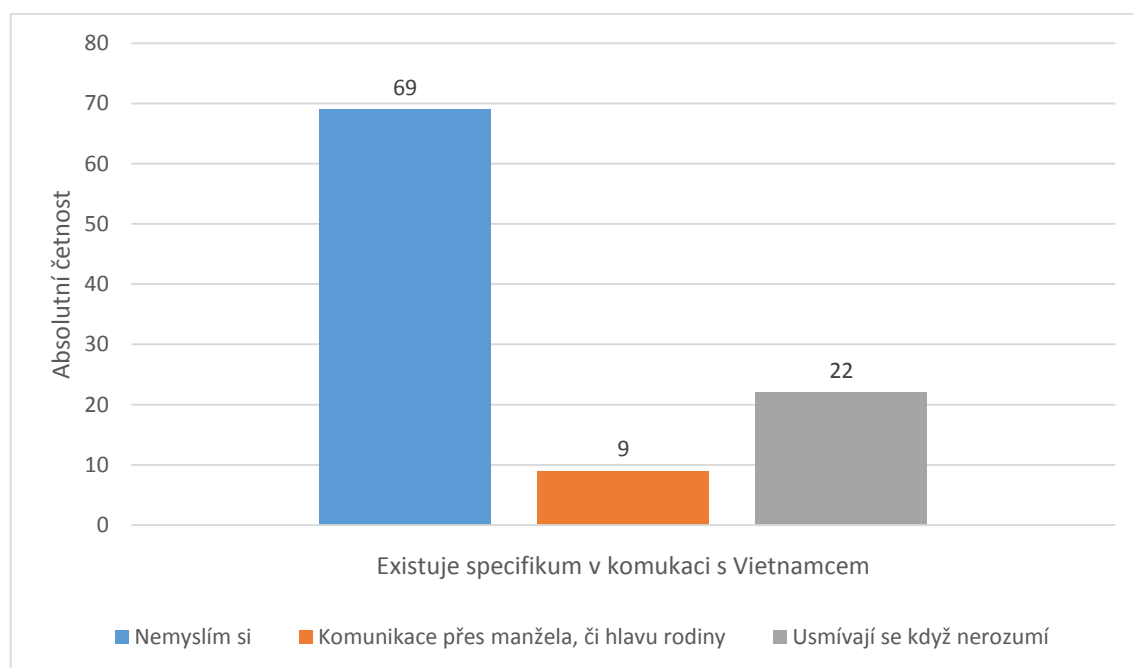
Tabulka 8 Rozdíly při ošetřování Vietnamců

Rozdíly při ošetřování Vietnamců	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Nutnost aktivního zjišťování potíží	13	46,4 %
Problémy s komunikací	10	35,7 %
Vysoký práh bolestivosti	4	14,3 %
Speciální dieta	1	3,6 %

Z 15 sester (15 %), vidělo jako rozdíl při ošetřování Vietnamce nutnost aktivního zjišťování jeho potíží 13 sester (46,4 %), problémy s komunikací uvedlo 10 sester (35,7 %), vysoký práh bolestivosti uvedly 4 sestry (14,3 %) a 1 sestra (3,6 %) uvedla speciální dietu.

Vyhodnocení otázky č. 13

Otázka: Myslíte si, že existuje nějaké specifikum v komunikaci s vietnamským pacientem?



Graf 8 Specifikum v komunikaci s Vietnamcem

Na grafu 8 můžeme vidět, že si 69 sester nemyslelo, že v komunikaci s vietnamským pacientem existuje nějaké specifikum. 9 sester jako specifikum uvádělo komunikaci přes manžela a 22 sester jako specifikum označilo to, že se Vietnamci často usmívají, pokud nerozumí.

Vyhodnocení otázky č. 14

Otázka: Co považují Vietnamci za nevhodné? (je možné více odpovědí)

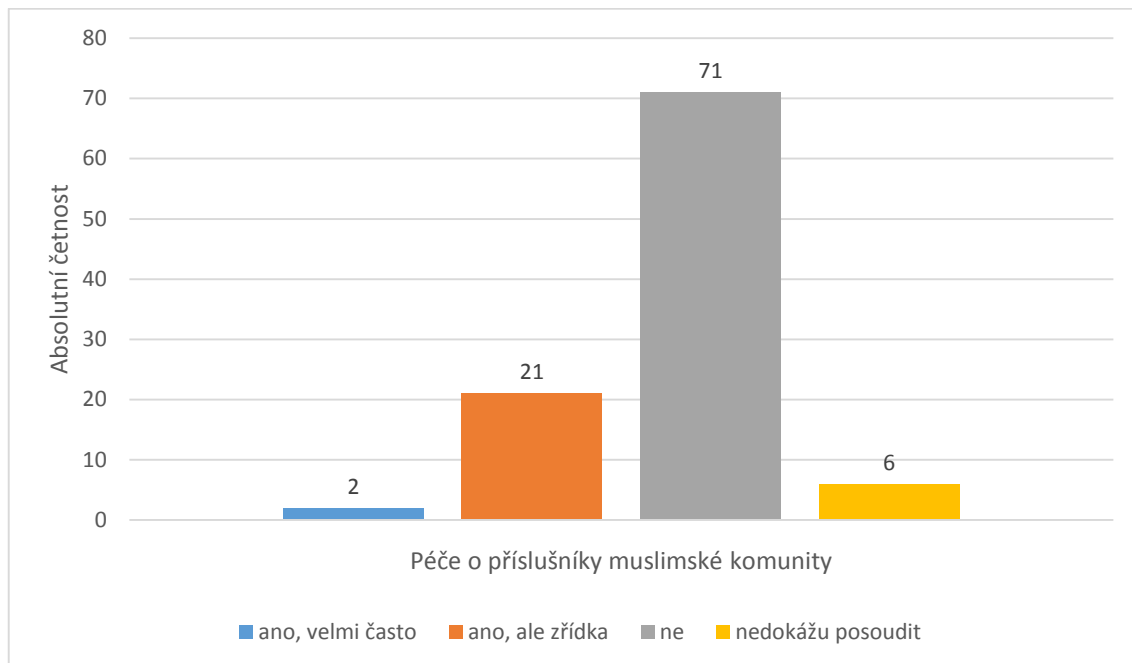
Tabulka 9 Nevhodné chování pro Vietnamce

Co považují Vietnamci za nevhodné	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Podání ruky	31	22,1 %
Pohlazení dítěte po vlasech	28	20 %
Říhání a mlaskání během jídla	20	14,3 %
Podávání věcí oběma rukama	6	4,3 %
Líbaní se na veřejnosti	46	32,9 %
Nevím	9	6,4 %

V tabulce 9 vidíme, že se 31 (22,1 %) sester domnívalo, že je pro Vietnamce nevhodné podání ruky, 28 (20 %) sester se domnívalo, že je nevhodné pohlazení dítěte po vlasech, 20 (14,3 %) sester si myslelo, že to je říhání a mlaskání během jídla. 6 (4,3 %) sester uvedlo podávání věcí oběma rukama, 46 (32,9 %) sester označilo líbání se na veřejnosti a nevím dopsalo 9 (6,4 %) sester.

Vyhodnocení otázky č. 15

Otázka: Setkal/a jste se již během své praxe s péčí o příslušníky muslimské komunity?

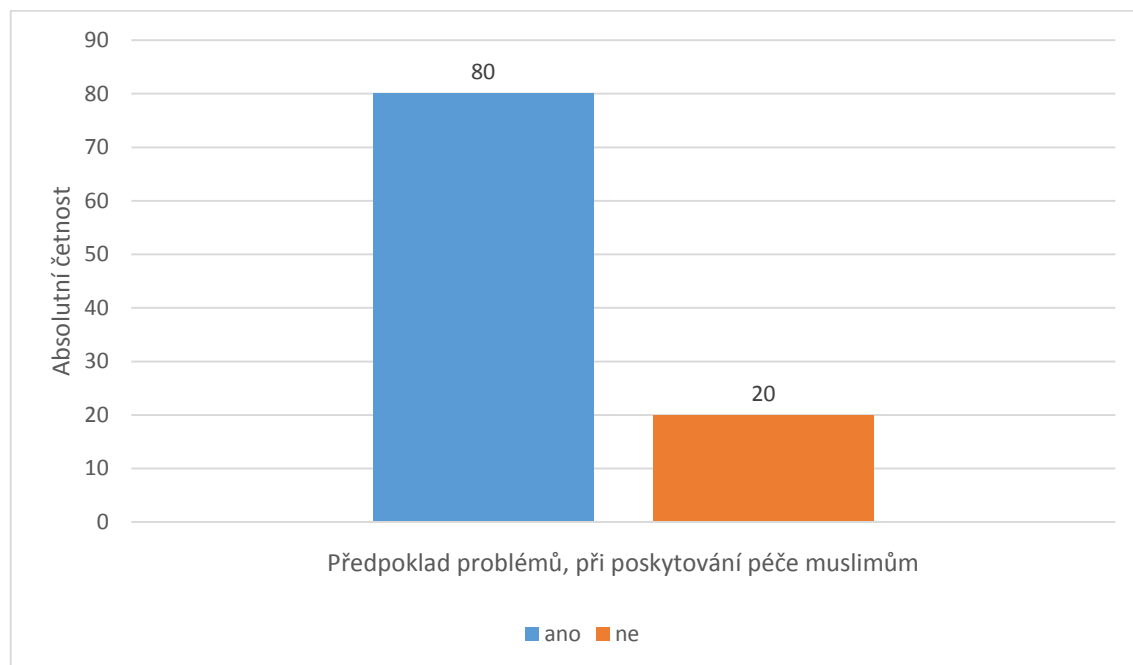


Graf 9 Péče o muslimy

O příslušníky muslimské komunity nepečovalo 71 (71 %) sester. Pečovalo, ale pouze zřídka 21 (21 %) sester a pečovaly velmi často 2 (2 %) sestry. 6 (6 %) sester toto nedokázalo posoudit.

Vyhodnocení otázky č. 16

Otázka: Předpokládáte, že by mohly při ošetřování muslimů nastat nějaké problémy?



Graf 10 Předpoklad problémů s muslimy

Na grafu 10 vidíme, že se 80 (80 %) sester domnívalo, že by mohly při ošetřování muslimské komunity vzniknout nějaké problémy, 20 (20 %) sester si to nemyslelo.

Tabulka 10 Problémy při ošetřování muslimské komunity

Problémy při péči o Muslimy	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Rozdílná kultura	19	21,3 %
Narušení jejich víry a zvyků	16	17,9 %
Neporozumění, jazyková bariéra	15	16,9 %
Ošetřování osobou jiného pohlaví	12	13,5 %
Odhalování	7	7,9 %

Strava	4	4,5 %
Agresivita	3	3,4 %
Nevím	13	14,6 %

Nejčastějším uváděným problémem při pečování o muslimskou komunitu byla rozdílnost kultury, kterou uvedlo 19 (21,3 %) sester, narušení jejich víry a zvyků uvedlo 16 (17,9 %) sester, nepochopení a jazykovou bariéru napsalo 15 (16,9 %) sester a ošetřování osobou jiného pohlaví označilo 12 (13,5 %) sester. Dalším problémem bylo odhalování, které uvedlo 7 (7,9 %) sester, strava – 4 (4,5 %) sester a agresivita, kterou uvedly 3 (3,4 %) sestry. Celkem 13 (14,6 %) sester nevědělo, jaké problémy by se mohly vyskytnout, přestože je předpokládaly.

Vyhodnocení otázky č. 17

Otázka: Co mají muslimové zakázáno jíst/pít?

Tabulka 11 Zakázané jídlo/pítí pro Muslimy

Zakázané jídlo/pítí pro muslima	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Vepřové	64	46, 4 %
Alkohol	52	37,7 %
Hovězí	9	6, 5 %
Výrobky z krve	5	3,6 %
Skopové a ryby	1	0,7 %
Nevím	7	5,1 %

64 (46,4 %) sester uvedlo, že má muslim zakázáno jíst vepřové, 52 (37,7 %) sester, že má zakázáno pít alkohol, 9 (6,5 %) se domnívalo, že nejí hovězí, 5 (3,6 %) sester označilo výrobky z krve a 1 (0,7 %) sestra si myslela, že nejedí skopové a ryby. 7 (5,1 %) sester v dotazníku uvedlo, že neví o žádném zakázaném jídle.

Vyhodnocení otázky č. 18

Otázka: Jaké vlastnosti přisuzujete muslimům?

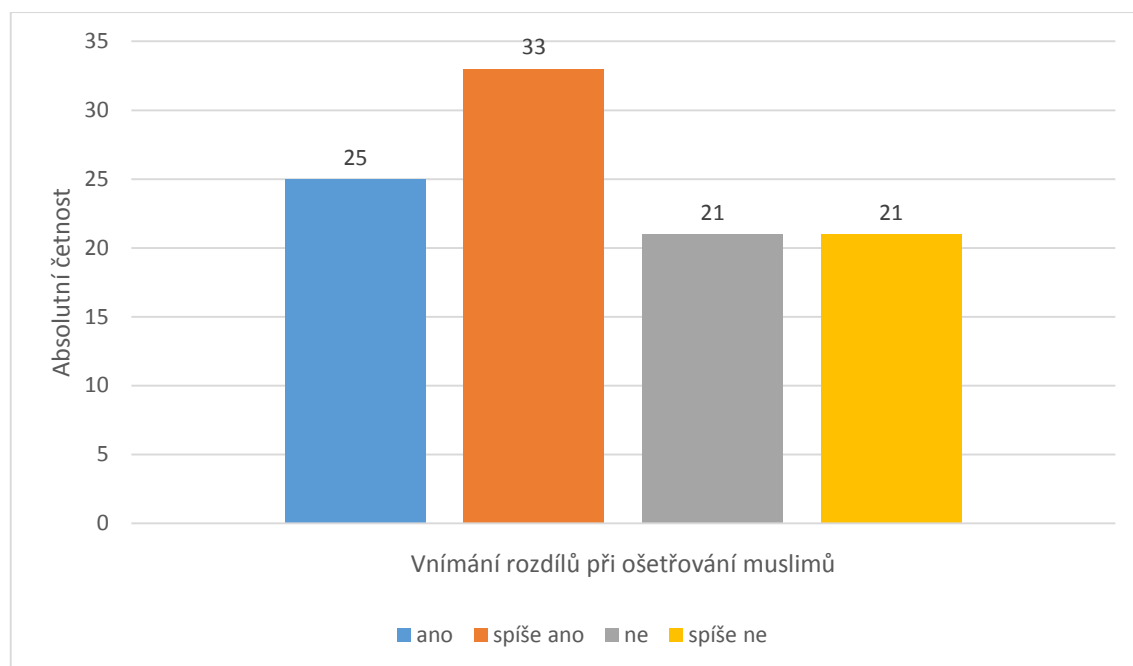
Tabulka 12 Vlastnosti přisuzované muslimům

	+2	+1	0	-1	-2	
Zodpovědný	6	20	42	20	12	Nezodpovědný
Mírný	4	13	28	38	17	Agresivní
Trpělivý	5	15	34	31	15	Netrpělivý
Klidný	5	14	34	28	19	Výbušný
Tichý	7	16	35	26	16	Hlučný
Soustředěný	6	25	37	21	11	Roztěkaný
Citlivý	3	18	41	23	15	Necitlivý

Tato otázka byla řešená sémantickým diferenciálem. V poli +2, které vyjadřuje pozitivní variantu vlastnosti, označilo 6 sester zodpovědnost, 4 mírnost, 5 trpělivost, 5 klidnost, 7 tichost, 6 soustředěnost a 3 citlivost. V poli +1, které vyjadřuje spíše pozitivní vlastnosti, se k zodpovědnosti kloní 20 sester, 13 sester se kloní k mírnosti, 15 k trpělivosti, 14 ke klidnosti, 16 k tichosti, 25 k soustředěnosti a 18 k citlivosti. Neutrální pole, tedy 0, zvolilo u zodpovědnosti 42 sester, u mírnosti 28 sester, u trpělivosti 34 sester, u klidnosti 34 sester, u tichosti 35 sester, u soustředěnosti 37 sester a u citlivosti 41 sester. V poli -1, vyjadřujícím spíše negativní variantu vlastnosti označilo 20 sester nezodpovědnost, 38 sester agresivitu, 31 sester netrpělivost, 28 sester výbušnost, 26 sester hlučnost, 21 sester roztěkanost a 23 sester necitlivost. V poli -2 vyjadřujícím krajně negativní variantu dané vlastnosti se vyskytlo u vlastnosti nezodpovědný 12 odpovědí, u agresivní 17 odpovědí, u vlastnosti netrpělivý 15, u výbušný 19, u hlučný 16, u roztěkaný 11 a u vlastnosti necitlivý 15 odpovědí.

Vyhodnocení otázky č. 19

Otázka: Vnímáte nějaké rozdíly, při ošetřování muslimského pacienta? Pokud ano, vypište jaké.



Graf 11 Vnímání rozdílů u muslimů

Rozdíly při poskytování ošetrovatelské péče muslimským pacientům vnímalo 25 (25 %) sester a spíše vnímalo 33 (33 %) sester. Naopak 21 (21 %) sester nevnímalo při pečování o Muslima žádné rozdíly a 21 (21 %) spíše nevnímalo.

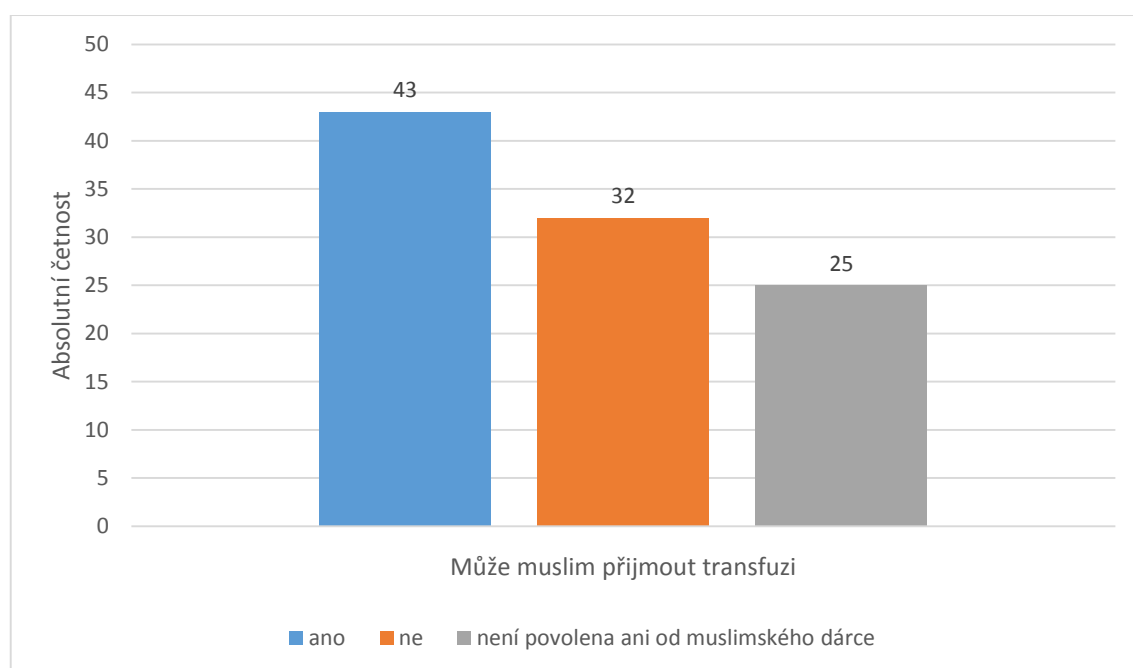
Tabulka 13 Rozdíly při ošetřování muslimů

Rozdíly při ošetřování muslimů	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Akceptace jejich kultury a zvyků	28	48,3 %
Postavení ženy ve společnosti	19	32,8 %
Nevím	11	18,9 %

Z 58 (58 %) sester, které vnímaly, nebo spíše vnímaly rozdíl při poskytování péče Muslimům jich 28 (48,3 %) uvedlo jako rozdíl to, že musí akceptovat jejich kulturu a zvyky, 19 (32,8 %) uvedlo, že mají rozdílné postavení ženy ve společnosti a 11 (18,9 %) sester nevědělo, jaké jsou to rozdíly.

Vyhodnocení otázky č. 20

Otázka: Je pro muslima povolena transfuze od nemuslimského dárce?

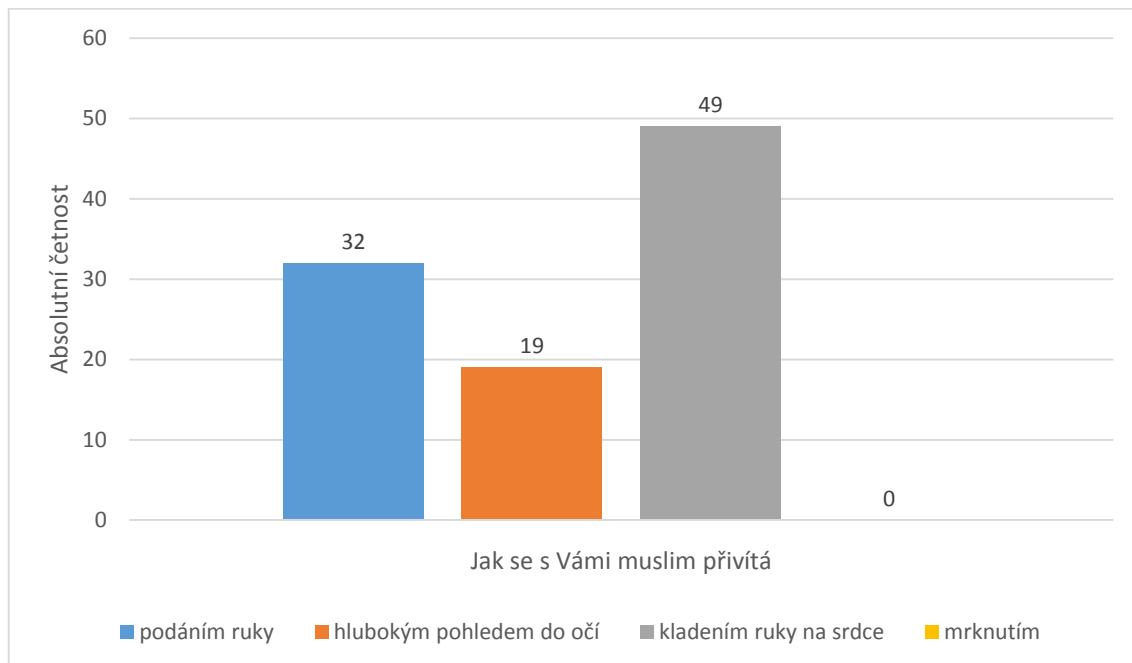


Graf 12 Muslim a transfuze

Na grafu 12 vidíme, že se 43 sester správně domnívalo, že Islám muslimům povoluje transfuzi od jakéhokoli dárce, 25 sester si myslelo, že transfuze není povolena vůbec a 32 sester se domnívalo, že transfuze být podaná může, ale pouze od muslimského dárce.

Vyhodnocení otázky č. 21

Otázka: Jak se s Vámi muslim může přivítat?

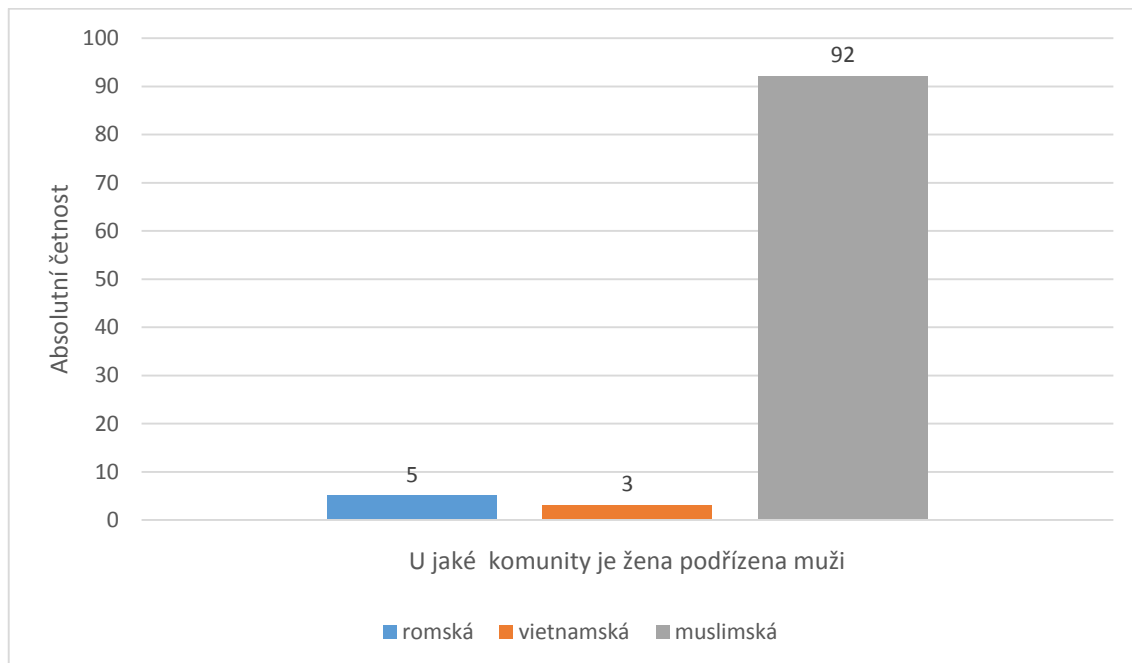


Graf 13 Pozdrav u muslimů

49 sester (49 %) sester zvolilo, že se muslimové vítají kladením ruky na srdce, 32 sester (32 %) se domnívalo, že se zdraví podáním ruky a 19 sester (19 %) zvolilo možnost pozdravu hlubokým pohledem do očí. Možnost mrknutím nezvolil nikdo.

Vyhodnocení otázky č. 22

Otázka: V jaké komunitě je žena bezvýhradně podřízena muži?

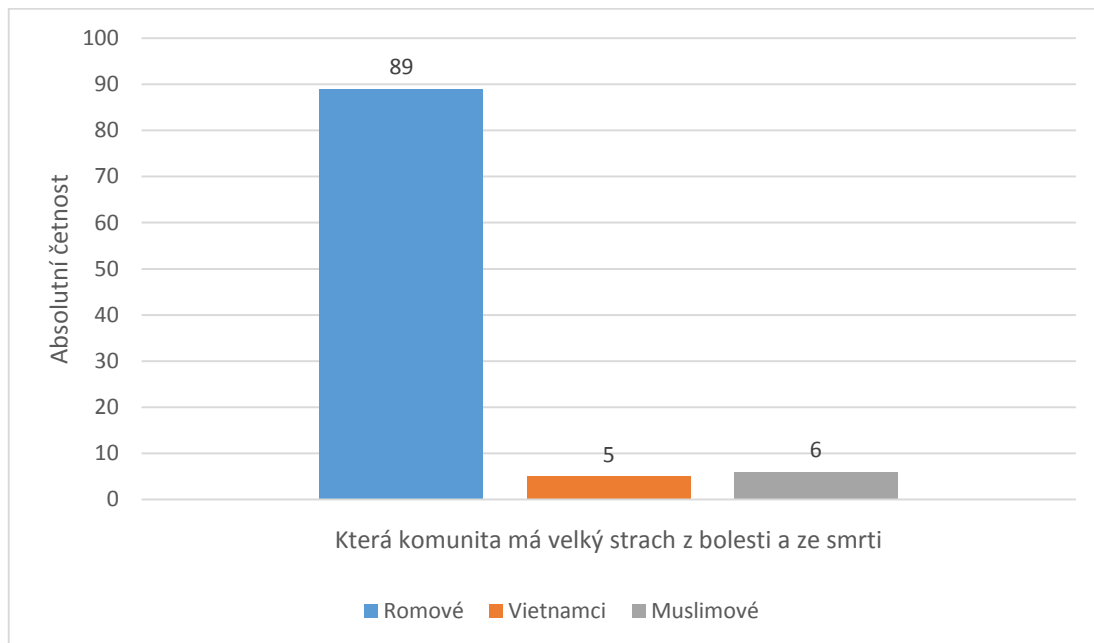


Graf 14 Podřízenost ženy

92 sester (92 %) označilo, že je žena bezvýhradně podřízena muži v muslimské komunitě. 5 sester (5 %) se domnívalo, že je žena podřízena u romské komunity a 3 sestry (3 %) zvolily, že je to tak u vietnamské komunity.

Vyhodnocení otázky č. 23

Otázka: Která komunita je známa velkým strachem z bolesti a ze smrti?

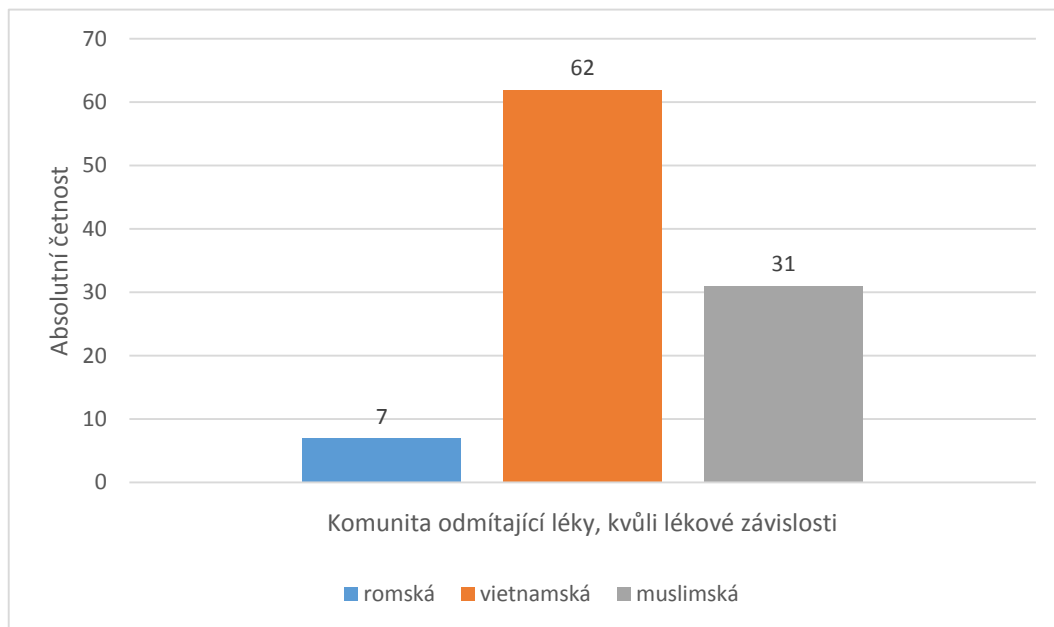


Graf 15 Strach z bolesti a ze smrti

89 respondentů (89 %) označilo jako komunitu, která je známá velkým strachem z bolesti a ze smrti Romy, 6 (6 %) respondentů označilo Muslimy a 5 (5 %) označilo Vietnamce.

Vyhodnocení otázky č. 24

Otázka: Která komunita odmítá léky, protože se bojí lékové závislosti?

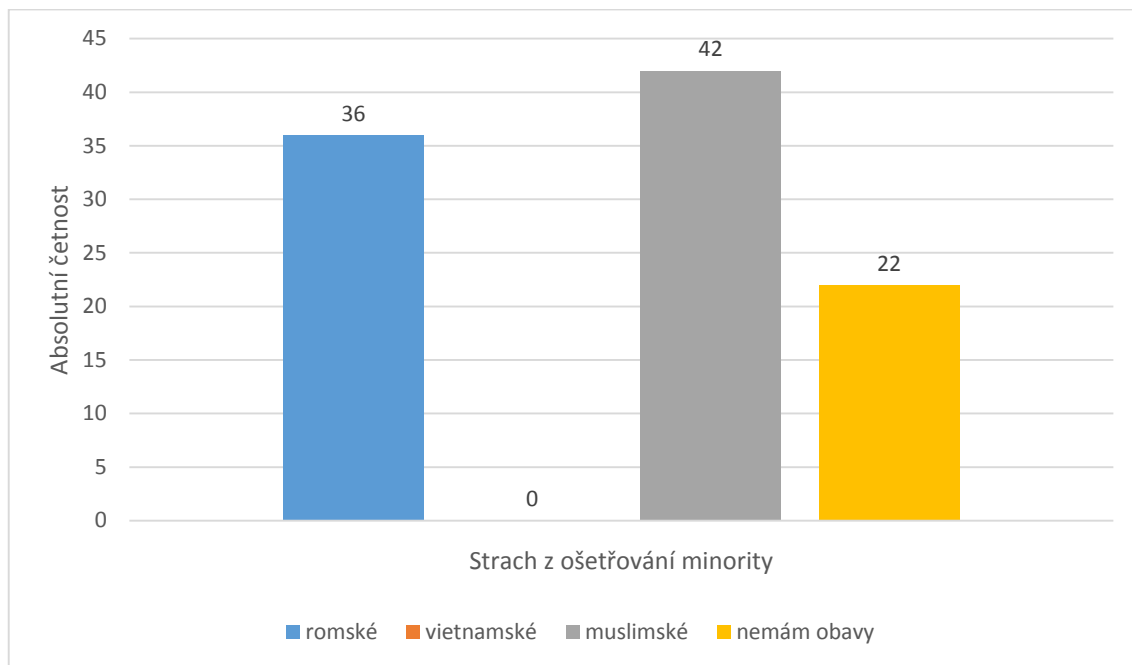


Graf 16 Komunita odmítající léky

Komunita odmítající léky byla podle 62 (62 %) sester vietnamská. 31 (31%) sester se domnívalo, že je to komunita muslimská a 7 (7%) sester označilo komunitu romskou.

Vyhodnocení otázky č. 25

Otázka: Z ošetřování které kultury máte největší obavy?

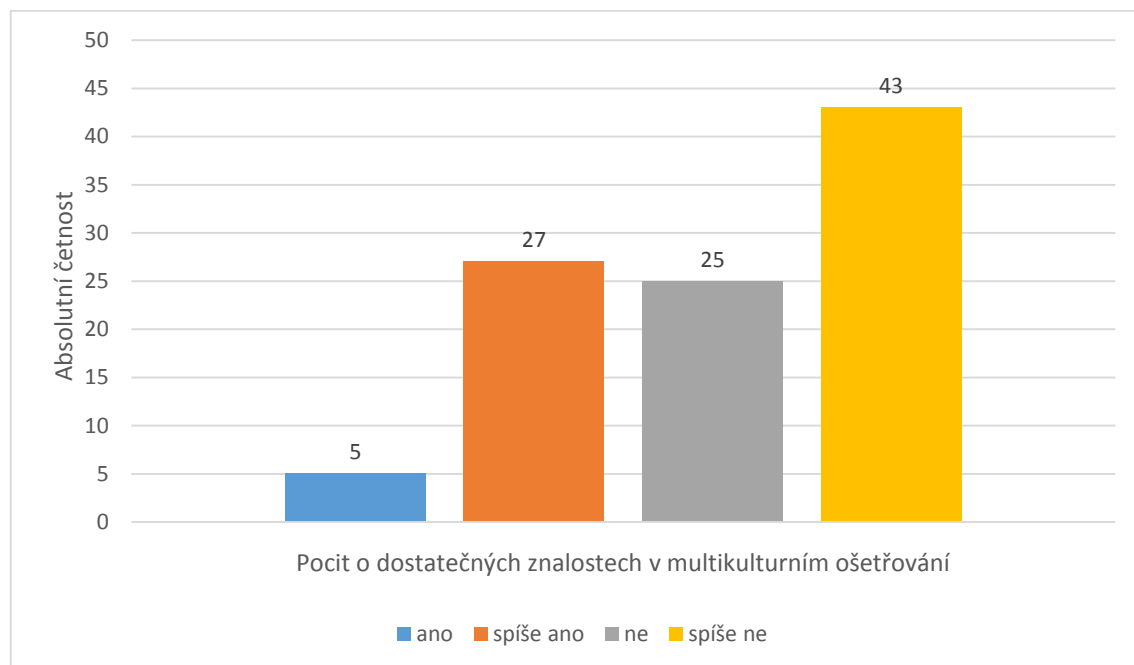


Graf 17 Strach z minority

Nejvíce měly sestry obavy z ošetřování muslimské komunity (42 %) a z ošetřování romské komunity (36 %). Z ošetřování vietnamské komunity neměla obavy žádná sestra a vůbec žádné obavy z jakékoli minority mělo 22 (22 %) sester.

Vyhodnocení otázky č. 26

Otázka: Máte pocit, že máte dostatečné znalosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství?



Graf 18 Vědomosti o multikulturním ošetřovatelství

43 (43%) sester mělo pocit, že mají spíše nedostatečné znalosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství. 27 (27 %) sester se domnívalo, že jsou jejich znalosti spíše dostatečné, 5 (5 %) sester si myslelo, že má dostatečné vědomosti a 25 sester si myslelo, že jsou jejich znalosti nedostatečné.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné vědomosti o odlišnosti potřeb pacientů vietnamské, romské a muslimské komunity. V následující diskuzi se věnuji jednotlivým výzkumným otázkám, na které jsem sestavila své dotazníkové šetření.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Otázka: Jak často se všeobecné sestry v České republice setkávají s pacienty odlišné kultury?

Pro zhodnocení této otázky byly v dotazníku vytvořeny otázky č. 4, 9 a 15.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji ošetřovanou minoritou u nás jsou Romové. S péčí o Romy se setkala celkem 98 sester (52 velmi často, 46 zřídka) ze 100 dotázaných respondentů. O vietnamské pacienty už pečovalo sester méně, a to konkrétně 66 (11 velmi často, 55 zřídka). S muslimy se při poskytování péče setkala pouze 23 sester (2 velmi často, 21 zřídka).

Dle Českého statistického úřadu (2016), byl podíl cizinců na obyvatelstvu České republiky k roku 2015 celkem 4,3 % obyvatelstva a bylo hospitalizováno celkem 36 158 cizinců. Podle shrnutí ERRC početnost romské komunity v ČR kolísá mezi 150 000 až 300 000 osobami (1,4-2,8 % obyvatel), z čehož 60 000 – 80 000 žije v sociálně vyloučených komunitách (Hlaváček, 2014). Český statistický úřad (2016) uvádí, že na území České republiky trvale pobývá 56 900 Vietnamců a 3 385 muslimů. Udávaný počet muslimů pocházející ze sčítání lidu z roku 2011, je ale dle odborníků silně podhodnocený. Neoficiální údaje hovoří o 10 000 až 20 000 muslimech (Popová, 2016).

Nejvíce z výše uvedených minorit, je na území České republiky tedy zastoupena minorita romská, pak vietnamská a nejméně muslimská. Z tohoto důvodu, jsem také očekávala, že se sestry nejčastěji setkají s ošetřováním Romů, pak Vietnamců a pouze některé s ošetřováním muslimů, což se ve výsledku potvrdilo.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Otázka: Jaké rozdíly sestry vnímají při ošetřování pacientů romské komunity?

Rozdíly při ošetřování romského pacienta v dotazníkovém šetření vnímalo celkem 60 respondentů. Nejvíce sester uvedlo, že jsou Romové rozdílní tím, že po vymizení zdravotních potíží přestanou dodržovat léčebný plán. Tento rozdíl se objevuje také v diplomové práci Kasové (2013), kde v dotazníkovém šetření označilo, že romský klient léčbu dodržuje pouze do odeznění příznaků, celkem 23 % sester. Jako další rozdíl uvedlo 29 sester nespolupráci romských pacientů se zdravotnickým personálem. Toto tvrzení se potvrdilo i v diplomové práci Reidingerové (2009), kde se 87 % respondentů, pečujících o Romy velmi často klonilo k tomu, že Romové nespolupracují či spíše nespolupracují. 23 sester uvedlo, že jsou romští pacienti citlivější a mají nižší práh bolesti. Je všeobecně známé, že je romská minorita velice emotivní. Projev emocí u Roma potvrzuje ve své diplomové práci i Kovářová (2011), kde 98,1 % respondentů odpovědělo, že se Romové projevují velice intenzivně. Dalším rozdílem bylo, že Romové konzultují léčbu s celou rodinou (18 sester – 16,2 %). Ivanová, Špirudová, Kutnohorská (2005) uvádí, že tradiční romské rodiny mají silné rodové vazby a jsou si mnohem blíží, než české rodiny. Téměř ve všem rozhodují a jednají společně, proto není výjimečné, že spolu celá rodina konzultuje i většinu lékařských rozhodnutí.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

Otázka: Jaké rozdíly sestry vnímají při ošetřování pacientů vietnamské komunity?

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že rozdíly při ošetřování vietnamských pacientů vnímá pouze 15 sester (4 ano, 11 spíše ano). To, že 85 sester, při ošetřování vietnamského pacienta nevidí žádný rozdíl je vzhledem k rozdílnosti české a vietnamské kultury poměrně překvapivý výsledek, který poukazuje spíše na nedostatek znalostí o odlišnostech vietnamské kultury. Podobnou otázku položila ve své bakalářské práci i Pálková (2012), kdy se respondentů ptala na to, zda je péče o vietnamského pacienta

odlišná od péče o běžného českého občana. Ano ji odpovědělo 45% dotazovaných středoškolsky vzdělaných sester, 55 % sester s vyšší odbornou školou a 44 % vysokoškolsky vzdělaných sester. Tedy podstatně více sester, než v mém dotazníkovém šetření.

Nejčastější odpověď byla nutnost aktivního zjišťování potíží (13 sester). Kutnohorská (2013) uvádí, že jsou Vietnamci velice zdvořilí a chovají se uctivě. Pravidla slušného chování je učí neztěžovat si, a proto zdravotníky nechtějí při hospitalizaci ničím obtěžovat. Stydí se bavit o vylučování a jiných intimních věcech, proto je úkolem sestry tyto skutečnosti (zácpa, zvracení, bolest, ...) aktivně zjišťovat. Jako další rozdíl označilo 10 sester problémy s komunikací. Ve své bakalářské práci Lojková (2012) uvádí, že se Vietnamci často usmívají, nebo nahlas smějí, pokud něčemu nerozumí, nebo si nejsou jistí. Neverbální komunikace je tedy velice důležitá a je nutností, aby se v této problematice orientoval každý zdravotník a vyžadoval od pacienta zpětnou vazbu. Jako další rozdíl byl uveden vysoký práh bolesti a speciální dieta.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4

Otázka: Jaké rozdíly sestry vnímají při ošetřování pacientů muslimské komunity?

S ošetřováním muslimské minority se v České republice všeobecné sestry příliš často nesetkávají. Z výše zmiňovaných kultur, je tato minorita také od té české nejrozdílnější. Přesto rozdíly při ošetřování muslimů předpokládá/vnímá jen 58 sester (25 ano, 33 spíše ano). Tento fakt, si vysvětlují tím, že se dotazované sestry s muslimskými pacienty příliš/vůbec nesetkaly a proto nejsou dostatečně obeznámeny s jejich specifiky.

Sestry zde uváděly nejčastěji nutnost akceptace jejich kultury a zvyků a odlišné postavení ženy ve společnosti. Zarážející je, že žádná sestra neuvedla obtížnou komunikaci, jako tomu bylo u Vietnamců. Obtíže s komunikací a jazykovou bariéru sestry uváděly až v možných problémech, kterých se týká další výzkumná otázka.

Pro zdravotníky je důležité vědět, že v muslimské kultuře je u mužů tabu oblast mezi pupkem a koleny, měli by být také vyšetřováni pokud možno personálem mužského pohlaví. U žen je tabu oblast od krku až ke kolenům. Je zakázáno, aby o muslimku pečoval muž. Při ošetřování ženy je proto třeba hlavě rodiny vysvětlit, jaká opatření jsou

nutná a zeptat se, kdo může být u vyšetření přítomen. Odhalují se vždy jen nejnútnejší části těla. Muslimce je třeba pomoci chránit její čest během hospitalizace tím, že ji nikdy nenecháme samotnou s cizím mužem v jedné místnosti. (Velkoborská, Smutná, 2009).

Rozdílem mezi muslimským a nemuslimským pacientem se ve své diplomové práci zabýval také Tančous (2009), kde mu z pěti respondentů (muslimů) uvedlo - jídlo (5), intimitu (4), ošetřování od stejného pohlaví (3), omezení pohledů a doteků (2), omezení přihlížejících (1) a modlitby (3). Vidíme tedy, že sestry z mého dotazníkového šetření vnímaly rozdíly jinak, než muslimové sami.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 5

Otázka: Setkaly se sestry během pečování o pacienty jiné kultury s nějakým problémem?

Pro zhodnocení této otázky byly v dotazníku vytvořeny otázky č. 5, 6, 10, 11, 16 a 18.

Otázky č. 6, 11 a 18 byly řešeny sémantickým diferencíalem, ve kterém sestry označovaly, jaké vlastnosti přisuzují konkrétní minoritě. Z hodnocení povahových rysů tak, jak jsou sestrami k jednotlivým minoritám přisuzovány, lze usuzovat, že za nejproblematictější skupinu v souvislosti s poskytovanou péčí považují sestry Romy, naopak jako neproblematické hodnotí Vietnamce.

Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že si 77 % sester myslí, že při ošetřování Roma mohou vzniknout problémy. Podobný výsledek v dotazníkovém šetření vyšel i Benešové (2013), které tento fakt označilo 75 % sester.

Problémy však už sestry vnímaly trochu jinak. V mém dotazníkovém šetření nejvíce sester označilo agresivitu a nepřízřívovost, nedodržování léčby a další. Kdežto u Benešové (2013), jich nejvíce uvedlo nerespektování zásad zdravotnického zařízení (79), hluchost (38), kriminalitu (15), agresivitu (19) a kumulaci na chodbách či oddělení nemocnice (27). Problém týkající se kriminality Romů se v mém výzkumném šetření nevyskytl vůbec.

S tím, že se při ošetřování Vietnamců vyskytnou nějaké problémy, počítalo v mém výzkumném šetření pouze 34 sester. Všechny se shodly na jediném problému týkající se komunikace a jazykové bariéry. Dle výsledků uvedených na webovém portále

Zdraví.e15, bývají v 85,1 % při komunikaci vietnamských pacientů s personálem nápomocni členové rodiny a známí, 76,8 % Vietnamců vyžaduje přítomnost tlumočníka. V 75 % případů jsou zdravotníci při komunikaci s vietnamským pacientem nápomocni (Tóthová, Michálková, Šeredová, 2009).

Tlumočníka požadují spíše starší lidé, kterým jinak překládá člen rodiny, což ovšem v případě projednávání intimních záležitostí není nejvhodnější. Tento výzkum prokázal, že většina vietnamských pacientů vnímá při komunikaci s ošetřujícím personálem problémy. Přesto je na obou stranách patrná snaha tyto komunikační bariéry odstranit.

Při poskytování ošetrovatelské péče muslimům předpokládá problémy 80 % sester. Pro 19 sester (21,3 %) je velkým problémem rozdílná kultura. Problémem může být také nevědomé narušení jejich víry a zvyků (16 sester), neporozumění a jazyková bariéra (12), odhalování (7), strava (4) a agresivita (3). Celkem 13 sester neznalo žádný konkrétní problém.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 6

Otázka: Mají dostatečné znalosti o odlišnostech jednotlivých kultur?

Pro zhodnocení této otázky byly v dotazníku vytvořeny otázky č. 7, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23 a 24.

V otázce, co považují Vietnamci za nevhodné, mohly sestry zvolit více správných odpovědí. Překvapivě nejvíce sester vědělo, že je nevhodné líbání na veřejnosti. Ale i přesto tuto skutečnost neuvedla ani polovina respondentů. V další správné odpovědi, a to pohlazení dítěte po vlasech, se shodlo 28 sester. Kutnohorská (2013) uvádí, že je pohlazení po vlasech pouze výsadou rodičů. V jiných případech se to považuje za znak přílišné sebedůvěry. Hlava má v jejich kultuře nedotknutelné místo, je chápána jako sídlo života, proto bychom neměli po vlasech hladit ani velmi malé děti. Další odpovědi už byly nesprávné, a to konkrétně podání ruky, říhání, mlaskání během jídla a podávání věcí oběma rukama. Devět sester nezvolilo žádnou možnost a pouze dopsalo, že neví, jak má na tuto otázku odpovědět.

První otevřenou otázkou v dotazníku byla otázka týkající se toho, co mají muslimové zakázáno jíst a pít. V dnešní době jsou témata o muslimech v médiích tak propírána, že jsem nečekala, že by některým sestrám tato otázka činila potíže. Nicméně mě výsledky poněkud překvapily. Vepřové maso označilo pouze 64 sester. Na alkohol si vzpomnělo 52 sester a na výrobky z krve 9 sester. Špatné odpovědi, jako hovězí označilo 9 sester, jedna sestra zmínila, že nejedí skopové a ryby. V bakalářské práci Starkové (2012), odpověděla na otázku, jaký druh masa muslimové odmítají správně většina sester (89 %), tedy více respondentů, než v mém výzkumu.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, zda respondenti znají správnou odpověď na to, kdo řeší zdravotní stav romského pacienta. Dle očekávání odpověděla většina správně a zvolila možnost, že pacientovu zdravotní situaci řeší celá rodina (87 sester).

To se ovšem nedá tvrdit o otevřené otázce č. 13, kde 69 respondentů odpovědělo, že v komunikaci s vietnamským pacientem neexistuje žádné specifikum. 9 sester označilo komunikaci přes manžela a pouze 22 sester správně napsalo, že se Vietnamci často usmívají, když nerozumí, nebo nepochopili, co jim bylo sděleno. Z této otázky můžeme usuzovat, že sestry nemají dostatečné znalosti o specifických neverbální složky komunikace.

Muslimové akceptují krevní transfuze a transplantace všech lidských orgánů a sami mohou krev i orgány darovat. Zachránění života je považována za velkou ctnost (Gulam, 2003). Tuto problematiku jsem řešila v otázce č. 20, kde jsem se respondentů dotazovala, zda je pro muslima povolena transfuze od nemuslimského dárce. S touto problematikou sestry nejsou dostatečně obeznámeny, jelikož správně odpovědělo pouze 43 sester.

Na otázku č. 21 o tom, jak se s námi muslim může přivítat, odpovědělo správně (kladením ruky na srdce) 49 sester. Dalších 32 sester uvedlo podání ruky. Tato odpověď se dá také uznat jako správná, protože spousta muslimů dobře zná význam potřesení rukou a proto ji u nás už podávají automaticky. Opačný názor měli respondenti v bakalářské práci Starkové (2012), která se dotazovala, zda je možné podání ruky v muslimské kultuře. Nejvíce respondentů zde uvádělo odpovědi ne (48 %) a ano, ale jen žena ženě, nebo muž muži (46 %).

Poměrně správně respondenti odpovídali i na otázky č. 22, 23 a 24. Na otázku v které komunitě je žena bezvýhradně podřízena muži odpovědělo správně – u muslimské komunity 92 sester. Také většina (89 sester) správně odpovědělo, že romská komunita je

známá velkým strachem z bolesti a ze smrti. U otázky č. 24 odpovědi už tak jednoznačné nebyly. Na otázku, která komunita odmítá léky z důvodu strachu z lékové závislosti, odpovědělo správně, že vietnamská 62 sester.

Jak můžeme vidět, 80 a více % sester správně odpovídalo pouze na otázky č. 7, 22 a 23 (Kdo řeší zdravotní stav romského příslušníka? V jaké komunitě je žena bezvýhradně podřízena muži? Která komunita je známa velkým strachem z bolesti a ze smrtí?). U otázek č. 21 (Jak se s Vámi muslim může přivítat?) a č. 24 (Která komunita odmítá léky, protože se bojí lékové závislosti?) sestry odpovídaly víceméně také správně. Procentuálně nedostačující správné odpovědi jsou u otázek č. 13 (Myslíte si, že existuje nějaké specifikum v komunikaci s vietnamským pacientem?), č. 14 (Co považují Vietnamci za nevhodné?), č. 17 (Co mají muslimové zakázáno jíst/pít?) a č. 20 (Je pro muslima povolena transfuze od nemuslimského dárce?). Z tohoto důvodu se domnívám, že všeobecné sestry mají o odlišnostech jiných kultur bohužel spíše nedostatečné znalosti.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

S ohledem na sílí migrační politiku a současnou situaci je třeba posilovat znalosti a povědomí sester o specifických jiné kultury. K tomuto by mohly dopomoci vhodně navržené letáky a brožury, které by byly dostupné na každém oddělení.

Mým dalším doporučením je oslovit sestry, či jiné organizace, které mají zkušenosti s péčí o klienty z jiného kulturního prostředí s cílem zorganizování konference, kde by tyto sestry předávaly své osobní zkušenosti ostatním.

Dalším návrhem by bylo vytvořit interaktivní výukové programy ve spolupráci se sdružením, které se jednotlivými minoritami zabývají s cílem umožnit sestrám být např. i v roli pacienta, který je najednou v naprosto jiném kulturním prostředí, než na které je zvyklý.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá kulturní diverzitou v ošetrovatelské péči. Je rozdělena na stav současné problematiky a část výzkumnou. Ve stavu současné problematiky definuji, co je to kultura a popisuji její základní dělení. Dále vysvětluji základní pojmy týkající se kultury a rozdíl mezi multikulturní, interkulturní a transkulturní společností. Vysvětluji teorii transkulturní péče, model vycházejícího slunce a model kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče. Na závěr popisuji specifika a základní informace o vietnamské, romské a muslimské kultuře.

Ve výzkumné části se zabývám výzkumným šetřením. V první části popisuji metodiku výzkumu, charakteristiku výzkumného prostředí, vzorku respondentů a průběh výzkumu. V další části už graficky řeším a vyhodnocuji dotazník, jež se skládal z 26 otázek. V diskuzi vyhodnocuji 6 výzkumných otázek.

Z výzkumu vyplynulo, že se v České republice všeobecné sestry nejčastěji setkávají s ošetrováním romské komunity, s ošetrováním vietnamské komunity už méně často a s muslimskou komunitou téměř vůbec. Téměř všechny sestry uvedly, že se při ošetrování pacienta jiné kultury setkala s problémem nebo je alespoň očekávají. U každé komunity si jsou vědomy alespoň nějakých rozdílů v péči, a přestože jsou tyto výsledky vcelku uspokojivé, je nutno podotknout, že je i zde prostor pro zvyšování jejich znalostí.

Mým cílem bylo zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné vědomosti o odlišnosti potřeb pacientů vietnamské, romské a muslimské komunity. Bohužel, přestože si jsou vědomy alespoň nějakých specifík a problémů, jejich znalosti o jiných kulturách a celkově ošetrování jiných kultur je spíše nevyhovující a bylo by vhodné tyto nedostatky napravit.

Seznam použité literatury

BENEŠOVÁ, Michaela, 2012. *Znalosti zdravotníků v rámci multikulturního ošetrovatelství v péči o romskou komunitu*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Linhartová.

BITTNEROVÁ, Dana a Mirjam MORAVCOVÁ, 2006. *Etnické komunity v české společnosti*. Vyd. 1. Praha: Ermat. ISBN 80-903086-7-8.

BOUZEK, Jan, 2008. *Jak se domluvit s jinými?: úvod do mezikulturní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-043-0

Český statistický úřad. Cizinci: Počty cizinců[online]. 7. 4. 2016 [cit.2016-04-13]
Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>

DAVIDOVÁ, Eva, 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-428-5.

DRBOHLAV, Dušan, 2010. *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-039-1.

HLAVÁČEK, Karel, 2014. *Romové v České republice* [online]. [cit.12.04.2016].
Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=91753>

HOLCÁOVÁ – OUDOVA, Barbara Kateřina, 2016. Korán a sunna [online]. Výzkumný a vzdělávací projekt © 2016[cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://muslimove.cz/koran-a-sunna/>

HYDER, Gulam, 2003. *Care of the Muslim patient* [online]. [cit.15.04.2016]. Dostupné z: http://www.defence.gov.au/health/infocentre/journals/adfhj_sep03/adfhealth_4_2_81-83.pdf

Islám a muslimové. *Islamweb.cz* [online]. Praha [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.islamweb.cz/cojestislam/03.htm>

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.

KASOVÁ, Simona, 2013. *Specifika ošetrovatelské péče o romskou minoritu v rámci agentur domácí péče*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v

Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D. Dostupné z: <http://docplayer.cz/5517284-Specifika-osetrovatelske-pece-o-romskou-minoritu-v-ramci-agentur-domaci-pece.html>.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.

KOVÁŘOVÁ, Eva, 2011. *Komunikace s romským pacientem z pohledu studentů zdravotnických oborů*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. Dostupné také z: https://theses.cz/id/hdocau/DP_Kovov.pdf.

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

LEONTIYEVA, Yana a Martin VÁVRA, 2009. *Postoje k imigrantům*. Vyd. 1. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR. ISBN 978-80-7330-173-6.

LOJKOVÁ, Tereza, 2012. *Multikulturní ošetrovatelství zaměřené na vietnamskou komunitu*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava Vedoucí práce Mgr. Irena Točíková.

MCLOUGHLIN, Seán, 2005. *Světová náboženství v kostce*. Vyd. 1. Čestlice: Rebo. ISBN 80-7234-446-3.

MOREE, Dana, 2015. *Základy interkulturního soužití*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0915-7.

POPOVOVÁ, Klára, 2016. Muslimové v České republice. [online]. Výzkumný a vzdělávací projekt © 2016[cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://muslimove.cz/muslimove-v-ceske-republice/>

OSTŘANSKÝ, Bronislav, 2009. *Malá encyklopedie islámu a muslimské společnosti*. Vyd. 1. Praha: Libri. ISBN 978-80-7277-404-3.

PÁLKOVÁ, Zuzana, 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority* [online]. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Miroslava Moučková. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3781/Specifika_osetrovatelske_pece_u_vietnamske_minority.pdf?sequence=1.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024712116.

REIDINGEROVÁ, Alena, 2009. *Poskytování kulturně senzitivní ošetrovatelské péče* [online]. České Budějovic. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/d3kkwx/downloadPraceContent_adipIdno_13052.

STARKOVÁ, Nikola, 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u muslimů* [online]. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Jandíková, DiS. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3817/Specifika%20osetrovatelske%20pec e%20u%20muslimu.pdf?sequence=1>.

TÓTHOVÁ, Valerie, MICHÁLKOVÁ, Helena a Lenka ŠEREDOVÁ, 2009. Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority. Sestra [online] 9.12.2009 [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-osetrovatelske-pecce-u-vietnamske-minority-448616>

ŠKRABOVÁ a, Helena, 2010. *Komunikace s cizinci* [online]. [cit. 16.03.2016]. Dostupné z: http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Komunikace_s_cizinci.pdf

ŠKRABOVÁ b, Helena, 2010. *Multikulturní ošetrovatelství* [online]. [cit. 18.03.2016]. Dostupné z: http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Multikulturn%C3%AD_OSE.pdf

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.

TANČOUS, Tomáš, 2009. *Specifika ošetrování muslimů v podmínkách ČR* [online]. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Prof. PhDr. Valérie Tóthová Ph.D., R.N. Dostupné z: https://theses.cz/id/3fp0bt/downloadPraceContent_adipIdno_13048.

Velká světová náboženství: Islám. APU.CZ: Aktuální publicistika [online]. Praha: Apu.cz, © 2007 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.nabozenstvi.apu.cz/islam.html>

VELKOBORSKÁ, Jana a Jarmila SMUTNÁ, 2009. Základy ošetřování pacientů islámské komunity. Sestra [online] 10.3.2009 [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zaklady-oseetrovani-pacientu-islamske-komunity-415921>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 - Praxe

Tabulka 2 - Péče o romské příslušníky

Tabulka 3 - Problémy při ošetřování Romů

Tabulka 4 - Vlastnosti prisuzované Romům

Tabulka 5 - Rozdíly při ošetřování Romů

Tabulka 6 - Péče o vietnamské pacienty

Tabulka 7 - Vlastnosti prisuzované Vietnamcům

Tabulka 8 - Rozdíly při ošetřování Vietnamců

Tabulka 9 - Nevhodné chování pro Vietnamce

Tabulka 10 - Problémy při ošetřování muslimské komunity

Tabulka 11 - Zakázané jídlo/pití pro muslimy

Tabulka 12 - Vlastnosti prisuzované muslimům

Tabulka 13 - Rozdíly při ošetřování muslimů

Graf 1 - Vzdělání

Graf 2 - Seminář

Graf 3 - Předpoklad problémů s Romy

Graf 4 - Zdravotní stav Roma

Graf 5 - Rozdíl při ošetřování romského pacienta

Graf 6 - Předpoklad problémů u Vietnamců

Graf 7 - Rozdíly při ošetřování Vietnamců

Graf 8 - Specifikum v komunikaci s Vietnamcem

Graf 9 - Péče o muslimy

Graf 10 - Předpoklad problémů s muslimy

Graf 11 - Vnímání rozdílů u muslimů

Graf 12 - Muslim a transfuze

Graf 13 - Pozdrav u muslimů

Graf 14 - Podřízenost ženy

Graf 15 - Strach z bolesti a ze smrti

Graf 16 - Komunita odmítající léky

Graf 17 - Strach z minority

Graf 18 - Vědomosti o multikulturním ošetřovatelství

Seznam příloh

Příloha 1 - Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha 2 - Dotazník