

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u pacienta
jiné kultury**

bakalářská práce

Autor práce: Vendula Bartoňová

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Vendula Bartoňová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovateľskej péče u pacienta jiné kultury
Cíl práce:	Zjistit míru znalostí a praktických zkušeností všeobecných sester v oblasti ošetrovateľskej péče jiných kultur

Mgr. Simona Hájková
vedoucí bakalářské práce

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

Anotace

Bakalářská práce se věnuje poskytování ošetrovatelské péče pacientům jiných kultur. Současný stav problematiky se bude zabývat multikulturním ošetrovatelstvím, etickými aspekty a komunikací zaměřenou na specifika pacientů jiných etnik v oblasti ošetrovatelské péče. Výzkumná část práce bude zaměřena na zjištění míry znalostí a praktických zkušeností všeobecných sester v oblasti poskytování ošetrovatelské péče jednotlivým kulturám. Cílem práce je zjistit, jaký vliv mají získané znalosti všeobecných sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství na ošetrovatelskou péči o pacienty jiné kultury, s jakými problémy se v praxi nejčastěji setkávají a získat podklady pro ošetrovatelskou péči. Výzkumná část bude realizována kvantitativní formou pomocí dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Kultura; Odlišnosti; Sestra; Pacient; Ošetrovatelská péče

Annotation

The bachelor's thesis deals with the provision of nursing care to patients of the other cultures. The current state of the issue will deal with multicultural nursing, ethnical aspects and communication goals on the specifics of patients of other ethnic groups in the field of nursing care. The research part of the work will be focused on determining the level of knowledge and practical experience of general nurses in the provision of nursing care to individual culture. The aim of this work is to find out what effect knowledge in the field of multicultural nursing has on the nursing care of patients of other cultures, what problems they often encounter in practice and acquire the basis for nursing care. The research part will be realized in a quantitative form using a questionnaire survey.

Key words

Culture; Differences; Nurse; Patient; Nursing care

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 8. května 2021

.....
Podpis studentky

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Simoně Hájkové za odborné vedení mé práce, její veškerou pomoc a trpělivost. Děkuji také všem respondentům, kteří mi umožnili získat potřebná data k výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině za důvěru a podporu během celého studia.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Multikulturní/transkulturní péče	11
1.1.1 Základní pojmy multikulturního ošetrovatelství.....	11
1.1.2 Historie multikulturního ošetrovatelství	15
1.1.3 Model Leiningerové.....	16
1.1.4 Etické zásady multikulturní/transkulturní ošetrovatelské péče	19
1.2 Charakteristika vybraných kultur	21
1.2.1 Národnostní menšiny v ČR.....	21
1.2.2 Charakteristika pacienta vietnamské minority.....	22
1.2.3 Charakteristika pacienta romské minority	25
1.2.4 Charakteristika pacienta ukrajinské minority	26
1.3 Komunikace v multikulturní a transkulturní ošetrovatelské péči	28
1.3.1 Vybraná specifika komunikace pacientů jiné kultury.....	28
1.3.2 Komunikace v interakci všeobecná sestra – pacient.....	31
1.4 Specifika pacientů vybrané kultury a jejich respektování v rámci ošetrovatelské péče	31
1.4.1 Role sestry a její přístup v péči o pacienty jiné kultury.....	31
2 Výzkumná část.....	33
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	33
2.2 Metodika výzkumu.....	33
2.3 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí.....	34
2.4 Průběh výzkumu.....	34
2.5 Zpracování dat.....	34
2.6 Výsledky výzkumného šetření	35
2.6.1 Všeobecné informace o respondentech.....	35
2.6.2 Teoretické znalosti sester v oblasti poskytování ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury.....	39
2.6.3 Praktické znalosti sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi jiné kultury	49
2.6.4 Otázky směřující k rozšíření znalostí sester při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury	58
3 Diskuze	65
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	75
Seznam použité literatury	79

Seznam použitých zkratk

% procento

WHO angl. World Health Organization, česky Světová zdravotnická organizace

tj. to jest

JIP Jednotka intenzivní péče

ČR Česká republika

ČSFR Česká a Slovenská Federativní Republika

tzv. tak zvaně

apod. a podobně

Seznam použitých příloh

Příloha č. 1: Dotazník – Specifika ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury

Příloha č. 2: Žádost o poskytnutí výzkumného šetření

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk respondentů	35
Graf č. 2: Ukončené nejvyšší vzdělání respondentů	36
Graf č. 3: Délka praxe	37
Graf č. 4: Druh pracoviště	38
Graf č. 5: Míra znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství	39
Graf č. 6: Jazyk, kterým se domluvíte, kromě českého	40
Graf č. 7: Znalost cizího jazyka	41
Graf č. 8: Co si představujete pod pojmem kulturně specifická péče	42
Graf č. 9: Zájem o ošetrovatelskou péči u pacienta jiné kultury	43
Graf č. 10: Poznatky o zvyklostech při ošetrování pacienta jiné kultury	44
Graf č. 11: Co znamená úsměv vietnamského etnika	45
Graf č. 12: Typický rys romské kultury	46
Graf č. 13: Pacient ukrajinské národnosti	47
Graf č. 14: Postupy v rámci péče o pacienta jiné kultury	48
Graf č. 15: Setkání se s pacientem jiné kultury	49
Graf č. 16: Převažující kultura	50
Graf č. 17: Plánování ošetrovatelské péče	51
Graf č. 18: Průběh ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury	52
Graf č. 19: Co je největším problémem	53
Graf č. 20: Způsob komunikace s pacientem	54
Graf č. 21: Využívání verbálních komunikačních prostředků	55
Graf č. 22: Překážky v péči o pacienta	56
Graf č. 23: Možnost využití tlumočnicka během ošetrovatelské péče	57
Graf č. 24: Znalost kulturních hodnot při ošetrování pacienta	58
Graf č. 25: Nárůst pacientů odlišné kultury v ČR	59
Graf č. 26: Přizpůsobení při péči o pacienta jiné kultury	60
Graf č. 27: Rozšíření znalostí sester v oblasti cizího jazyka	61
Graf č. 28: Vzdělávání sester ze strany zaměstnavatele v oblasti oš. péče o pacienta jiné kultury	62
Graf č. 29: Forma vzdělávání	63
Graf č. 30: Návrhy pro zkvalitnění ošetrovatelské péče	64

Úvod

V posledních letech na území České republiky značně stoupl počet cizinců, a to především z důvodu migrace. K migraci dochází z důvodu ekonomických, politických, sociálních nebo volnočasových. Jednou z potíží imigrantů je překonávání jazykové bariéry, kulturní šok a celkové rozpoložení, které se může projevit na zdravotním stavu každého jedince. Právě proto by měl být zdravotnický systém připravený na ošetrovatelskou péči o pacienty jiné kultury. Ve své bakalářské práci se chci zaměřit na úroveň poskytování specifické ošetrovatelské péče pacientovi jiné kultury ze strany zdravotníků, konkrétně ze strany všeobecných sester. Cílem práce je nejen ověření teoretických znalostí všeobecných sester v této oblasti ošetrovatelské péče, ale také to, zda a jak jsou všeobecné sestry schopné prakticky reagovat na odlišnosti vyplývající z chování pacienta jiné kultury. V teoretické části bakalářské práce se zabývám obecnými pojmy a historií multikulturního ošetrovatelství a také charakteristikou vybraných minorit, které jsou součástí dotazníkového šetření. Výzkumná část práce proběhla formou dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit nejen teoretické znalosti a praktické zkušenosti všeobecných sester v oblasti péče o pacienty jiné kultury, ale rovněž odborný názor respondentek na tuto problematiku i z hlediska budoucího vývoje a osobního sebevzdělávání.

1 Současný stav problematiky

1.1 Multikulturní/transkulturní péče

„Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče, víry a praktiky jedince, skupiny stejné či odlišné kultury. Cílem je poskytnout kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči pro zdravé a nemocné jedince, nebo jim pomáhat překonat nepříznivé podmínky, chorobu či umírání kulturně vhodným způsobem.“ (Trojanová, 2017, s. 84)

Přesun jednotlivců i skupin, který probíhá v rámci migrace, ovlivňuje život původního obyvatelstva ve všech oblastech života. Stejně tak narůstá počet imigrantů, kteří do naší země přicházejí k dlouhodobějšímu pobytu a tím je naše společnost vystavena novým situacím, na které je potřeba vhodně reagovat (Ministerstvo vnitra České republiky, 2021).

Vzhledem k tomu, že naše země byla přijata do Evropské unie, předpokládá se, že se bude pozvolna měnit také národnostní, kulturní a etnická struktura, a také počet migrantů – nejsme již země prvního kontaktu (s výjimkou letecké dopravy), jelikož migranti kvůli nastavení politiky a zákonů (Schengenská dohoda) musejí žádat o azyl v první zemi EU, do které doputují (Ministerstvo vnitra České republiky, 2021).

Multikulturalismus je ideál harmonické soužití odlišných kulturních a etnických skupin v pluralitní společnosti. Jeho základem je tvrzení, že samostatně etnické skupiny mají právo se kulturně lišit od většinové společnosti, stejně jako má většina právo na svoji kulturu (Kutnohorská, 2013).

1.1.1 Základní pojmy multikulturního ošetrovatelství

Oba termíny – multikulturní a transkulturní – se dříve používaly (dodnes se často používají) ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož. Je ale třeba upozornit na to, že mají své specifické významové odlišnosti. Snahou těchto společností byla dříve koncepce asimilace (přizpůsobení se většinové společnosti) migrantů (vysvětluje se strachem z ohrožení vlastní, často velmi nízké, národní identity.) Tyto snahy se ale záhy ukázaly jako málo efektivní a na základě kritiky této koncepce se přijal koncept multikulturalismu (60. a 70. léta 20. století). Ten podporoval uchovávání intaktní

(nedotčené) kulturní identity migrantů jako předpoklad psychické stability, která je důležitá pro dobré soužití odlišných kultur (Kutnohorská et al., 2005).

V 80. letech se dospělo ke zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců (vytvářejí se cizinecká ghetta), objevují se tendence k jejich společenskému znevýhodňování a sociální segregaci, tj. rozdělování – v tomto případě z kulturních faktorů. Moderní pluralitní společnosti ale potřebují sociální a ekonomickou integraci migrantů, jejich podíl na řešení problémů v oblasti sociální, ekonomické i politické. Tomuto směřování tedy lépe vyhovuje pojetí transkulturalismu, které staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci (tj. začleňování) mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami (Kutnohorská et al., 2005).

Etnikum, etnická skupina

Jsou to výrazy, které označují historicky vzniklou sociální skupinu, do které se člověk narodí a jejíž členové mají společné specifické etnické rysy, jako je jazyk, náboženství a kultura. Také ale barva pleti, národní nebo geografický původ předků (Kutnohorská et al., 2005).

Národ, nacionalismus

Národ je společenství, které je osobité, kulturní a politické, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. Nacionalismus je nutným důsledkem určitých společenských poměrů, které snadno pronikají do všech oblastí společenského života. Nacionalismus tedy v žádném případě není náhodný jev, jeho kořeny sahají do velké hloubky a mají značný význam (Kutnohorská et al., 2005).

Kultura

Je komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty, systémy, právní předpisy, poznání, umění, zvyky a schopnosti, které získal jedinec jako příslušník společnosti v průběhu socializace. Kultura je výsledkem lidské činnosti a není předávána geneticky, pouze z generace na generaci. Je založena na symbolech, na chování určité skupiny lidí nebo podle produktů jejich chování. Rozdělujeme ji tak na materiální a nemateriální. Je produktem lidského myšlení, zahrnuje ideje, vzory a hodnoty (Kutnohorská et al., 2005).

Kulturní vzory

Kulturní vzory jsou naučená a závazná schémata, která se užívají při jednání ve standartních situacích, například v podobě obyčejů, mravů, zákonů a tabu. Kulturní vzor je hlavně zdůrazněním toho, že *„nikdo se nikdy nedívá na svět zcela nepředpojatě, a život jednotlivce je především nikdy nekončícím přizpůsobováním se vzorcům a standardům tradičně předávaným v jeho společenství.“* (Kutnohorská et al., 2005, s. 22)

Socializace

Díky tomuto procesu je jedinec schopen se zařadit do sociální skupiny a učit se tak její normy a hodnoty (Kutnohorská et al., 2005).

Enkultura

Tento proces apeluje zejména na kulturní hodnoty. Zdůrazňuje konkrétně to, aby každá společnost, která chce přežít, předala významy a interpretace světa další své generaci (Kutnohorská et al., 2005).

Akultura

Akultura jsou vědomé i nevědomé změny v kulturních vzorech, které jsou způsobené intenzivním kontaktem dvou odlišných kulturních systémů (Kutnohorská et al., 2005).

Asimilace

Při asimilaci dochází k postupnému včleňování se jedné kultury do druhé. To většinou může vést k zániku znaků původní kultury, které jsou nahrazeny znaky dominantními (přijímané kultury). Asimilace, která však nastoupila přirozeně, nenásilně, může přinést vzájemné obohacení obou kultur (Kutnohorská et al., 2005).

Kulturní šok

Překvapivé zjištění, které je většinou vyvolané kontaktem s cizí neznámou kulturou, definuje kulturní šok. Antropologové tento termín užívají k popsání pocitů dezorientace a stresu těch, kteří vstupují do neznámého kulturního prostředí (Kutnohorská et al., 2005).

Tato neznámá kulturní prostředí se mohou lišit klimatickými podmínkami, jazykem, zvyky, stravou i myšlením. Proto je důležité, aby došlo k vyrovnání a přizpůsobení se prostředí, jinak by to mohlo vést k dlouhodobým negativním následkům. Proces adaptace může trvat týdny až měsíce. Záleží na tom, jak jsme schopni přijímat a pracovat se změnami v cizím prostředí.

Studie doktora Oberg z roku 1954 uvádí čtyři fáze:

V první fázi zmiňuje počáteční euforii, okouzlení a nadšení. Další fáze uvádí, že probíhá krize, náhlý obrat, pocity nepříjemnosti, frustrace a úzkosti. V třetí fázi dochází k zotavení a kulturnímu učení, v poslední fázi dochází k přizpůsobení, a potěšení z fungování v nových podmínkách (Kutnohorská, 2013).

Stereotypy, předsudky

Jako stereotyp můžeme označit všechny členy skupiny, která je nespolehlivá a zjednodušená. Členové nerozlišují individuální rozdíly uvnitř jejich skupiny (Kutnohorská et al., 2005).

Předsudky jsou názory a myšlenky, které obsahují negativní hodnocení nebo odsouzení. Ovlivňují tak nežádoucím způsobem pohled na osoby nebo skupiny (Kutnohorská, 2013). Předsudek bývá vnímán jako určitá předpojatost, která je charakterizována kritickým úsudkem a následným postojem (Čeněk et al., 2016).

Xenofobie

Xenofobie je psychickým pocitem, na kterém mohou vyrůstat nenávistné ideologie, na podkladě předsudků. Mohou tak vznikat ideologie jako je rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus apod. (Kutnohorská et al., 2005). Jedná se o termín, který klade důraz na specifický druh strachu, který se projevuje udržováním si odstupů od neznámého (Čeněk et al., 2016).

1.1.2 Historie multikulturního ošetřovatelství

Multikulturalismus definujeme jako ideál společné existence odlišných kulturních a etnických skupin v pluralitní společnosti. Tvrdí nám, že každá samostatná etnická skupina má právo se nějakým způsobem kulturně lišit od většinové společnosti a stejně tak má právo na vlastní kulturu a právo. Prosazuje se zdůrazňováním lidských práv a svobod, které nesmí být znehodnoceny privilegii určitých rasových, náboženských nebo nenáboženských skupin. Pojetí multikulturalismu uplatňuje nový směr pro budoucnost. Bhikhu Parekh definoval hlavní rysy, které jsou v dnešních multikulturních společnostech unikátní. Je důležité sdílet sounáležitost, která je založená na principu sdílení kulturních, etnických a jiných charakteristik, které jsou pro multikulturní společnost velmi rozmanité. Multikulturalismus představuje systém, kdy jsme schopni chování, které uznává a respektuje přítomnost všech rozmanitých skupin. Multikulturalismus si tímto cení a váží společensko-kulturní odlišnosti menšin, kdy se snaží je podpořit a umožnit jim jejich trvalé podílení se na životě společnosti v rámci kulturních souvislostí. Díky tomuto přístupu je pak těmto menšinám umožněno uplatnění se v rámci organizace společnosti.

Historický exkurz: migrace obyvatelstva patří mezi nedílnou součást dějin lidské společnosti, a proto je potřeba s ní počítat i do budoucnosti. Československá, dnes Česká republika, byla průmyslově a kulturně vyspělý stát, který byl cílem migrace pro osoby z blízkých i vzdálených oblastí. Když v roce 1918 vznikala Československá republika, byla složena právě z Čechů a Slováků, kteří už tehdy byli složeni z mnohonárodnostních menšin – zejména německých, německo-židovských, polských, maďarských, rumunských s velkým počtem romského obyvatelstva. Velké přesuny obyvatelstva proběhly po 2. světové válce, kdy Československou republiku opustilo 2,5 milionů Němců. V poválečném období se naopak přistěhovaly tisíce Řeků, také reemigranti z Volyně, Rumunska a Maďarska, rovněž ze zámoří, což změnilo počet cizinců a jejich složení. Došlo také k migraci ze zemí dříve označovaných za socialistické – ze států bývalého SSSR, zejména z Ukrajiny. V 90. letech 20. století probíhala válka v tehdejší Jugoslávii, která způsobila přistěhovalectví z Balkánu. Do České republiky se přistěhovalo velké množství osob z Asie (Vietnamu, Mongolska a Číny), kdy k migraci osob vietnamské národnosti docházelo již v 50. letech v důsledku válečného konfliktu ve Vietnamu, následně pak v letech následujících na základě mezistátních dohod o kulturní a vědeckotechnické spolupráci (Prát, Kouřilová, 2015).

Skupiny minorit můžeme většinou hledat na určitých územích, na která se soustředí (např. určité městské části). Vytvářejí zde majoritní národnostní skupinu, což často bývá podmíněno historicky. V České republice národnostní menšiny najdeme jak ve Slezsku a na severní Moravě, kde se nachází minorita polská, tak v celém pohraničí, kde se nachází minorita německá a slovenská.

Podíl cizinců je v České republice spolu se Slovinskem ze všech postkomunistických zemí nejvyšší. Nejvíce potomků se v České republice narodilo Vietnamcům, dále pak Slovákům a Ukrajincům. Skoro všichni cizinci přicházejí do Česka právě kvůli pracovním příležitostem, tomu tedy odpovídá věková skladba, která určuje věkový průměr kolem 35 let. Počet lidí pod 15 let a nad 65 let je minimální. Karlovarský a Ústecký kraj má největší hustotu obyvatel vietnamské minority, zatímco Středočeský, Jihomoravský a Moravskoslezský kraj má zase největší hustotu slovenské minority. Největší množství cizinců je v Praze, kde tvoří 15,9 % obyvatelstva (což je asi 210 000 obyvatel), a nejméně cizinců se nachází v kraji Zlínském, Olomouckém a v kraji Vysočina. (Český statistický úřad, 2019).

1.1.3 Model Leiningerové

Nejprve bych chtěla zmínit metaparadigma podle Thomase Kuhna, který jej představuje jako jádro, tedy obsah. Je to celkový pohled, který se zaměřuje na vědní disciplíny a tvoří první úroveň rozlišení mezi určitými vědními disciplínami. Metaparadigma tvoří koncepce a teorie, které jsou prvkem určujícím při rozhodování mezi tím, co by mělo být předmětem výzkumu a co nikoliv. V oblasti ošetrovatelství jsou tyto hlavní složky paradigmatu: osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství.

Definice transkulturního ošetrovatelství dle Madeleine Leiningerové je obecně přijímána a přejímána. Její teorie se zaměřuje na význam kultury v práci všeobecné sestry. Všeobecná sestra by měla být schopna pochopení pacientovy/klientovy kultury. Tato teorie má všeobecným sestrám pomoci zlepšit jejich péči o pacienty, kteří jsou z odlišného kulturního prostředí, a která nám ukazuje pohled na svět a hodnoty lidí, jenž se kulturně odlišují. Pacienti z jiných kultur vnímají zdraví, péči, chorobu, léčbu, závislost a nezávislost odlišně. Model Leiningerové byl dříve kritizován, protože v rámci stejné kultury nebere v potaz rozdíly v socioekonomickém rozvrstvení stejně jako sociální změny, které ovlivňují jedince v různých fázích životního cyklu. Její model byl

ale bez ohledu na pravdivost kritiků nadčasový a připravila tak základ pro současný vývoj.

Leiningerová vnímá bytost jako holistickou, která je ovlivněná sociálním pozadím. Na osobnost nahlíží jako na jedince (individuum). Individua popisuje třemi základními charakteristikami. První charakteristika nám říká, že bytost potřebuje péči a zároveň je schopna zajímat se a pečovat o jiné lidi s ohledem na jejich potřeby, pohodu a přežití. Dále je charakteristika zaměřena na kulturní bytosti, které přezívají v různém prostoru a čase. Vzhledem k tomu jejich schopnost pečovat o děti, mladé a starší dospělé má různé varianty a je proměnlivá v závislosti na prostředí. Třetí charakteristika uvádí bytosti komplexní (holistické), odmítající být nazírány jako orgány těla a části těla, požadující celostní náhled na život, péči, kulturu a zdraví (Kutnohorská et al., 2005).

Vývoj této teorie začal v polovině 50. let 20. století, kdy se Madeliene Leiningerová začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Její zájem byl ovlivněn hlavně z její vlastní zkušenosti ze sesterské praxe, kdy si všimla odlišného chování jedinců jiných národností a etnik, a uvědomovala si, že kultura má značný vliv na poskytování a přijímání ošetrovatelské péče. V roce 1960 popsala transkulturní ošetrovatelství a v následujících třiceti letech dále rozvíjela a obohacovala její teorii. Ve své knize z roku 1970 s názvem „Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“ popsala základní myšlenky transkulturní péče. V další publikaci „Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice“ z roku 1978 popsala hlavní koncepce – činnosti transkulturního ošetrovatelství, ve kterých definitivně ukázala, že antropologie a ošetrovatelství jsou vzájemně velmi spjaté, ale zároveň přeci jen odlišené. Její teorie se pevně ukotvila v ošetrovatelské vědě (Pavlíková, 2006).

Leiningerová popsala předpoklady své teorie v devíti bodech. Péče je nevyhnutelná pro lidský růst, vývoj a přežití. Je nevyhnutelná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče. Typy, modely a procesy lidské péče se odlišují mezi jednotlivými kulturami. Každá kultura má laickou péči a profesionální ošetrovatelskou praxi. Hodnoty, víra a kulturní péče jsou zakořeněné v náboženských, rodinných, společenských, politických, kulturních, ekonomických a historických rozměrech. Jako další předpoklad zmínila, že terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jen tehdy, pokud se poznají a při poskytování péče do detailů využívají kulturní hodnoty, výrazy či praktiky. Poté, že pro poskytnutí uspokojivé péče je potřebné pochopit rozdíly mezi očekáváním

poskytovatele a příjemcem péče. V dalším bodě popisuje, že pro zdraví a blaho lidí je nevyhnutelné kulturní zhodnocení a všestranné způsoby péče, o což všechny všeobecné sestry celosvětově usilují. Ošetřovatelství je kulturní profesí a disciplínou, která se zabývá péčí (Kutnohorská, 2013).

Metaparadigma oboru a koncepce teorie transkulturního/multikulturního ošetřovatelství nám zobrazuje jednotlivé ošetřovatelské koncepce a teorie, které se mezi sebou liší pohledem na čtyři základní odvětví ošetřovatelství. Leiningerová definuje jednotlivé komponenty a to osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013).

Ošetřovatelství

„Profese a vědní disciplína, která poskytuje péči osobám různých kultur. Typy péče vedou činnosti poskytovatelů k tomu, aby byly shodné s kulturou pacienta. Předchází se tak možným konfliktům mezi poskytovateli a příjemci péče.“ (Pavlíková, 2006, s. 68).

Koncepce teorie

Leiningerová v předpokladech své teorie popisuje, že podstatou péče je ošetřovatelství. Kulturně orientovaná péče je nezbytná pro pohodu, zdraví a lidský růst a vývoj, pro přežití a čelení smrti. Tato péče je holisticky pojímána ve vědomostech, objasňování a předpovídání fenoménů ošetřovatelské péče i v oblasti řízení ošetřovatelských rozhodnutí a činnosti. Dále popisuje transkulturní ošetřovatelství jako vědu a profesi o humánním rozměru pečování, v jehož centru stojí služba jedinci, skupinám, společnostem a institucím. Kulturně orientovaná péče je nezbytná pro léčení a vyléčení. Není možné, aby bylo vyléčení bez péče, ale lze aby byla péče bez léčby. Kulturní péče se vždy odvíjí od kulturních rozdílností, současně také od kulturní univerzality. Další bod uvádí, že každá kultura má rodovou péči, která se liší transkulturně a individuálně. Hodnoty kulturní péče a její praktiky jsou zakořeněné ve světonázorových, jazykových, filozofických, náboženských a duchovních, rodinných a společenských atd. dimenzích kultury. Důležité je, aby kulturní péče byla prospěšná a uspokojující jedince, rodinu, skupiny a komunity v jejich prostředí. Tato vhodná péče bude prospěšná jen tehdy, bude-li bezpečná a účelná. Leiningerová uvádí, že pokud se setkáváme s kulturními konflikty, stresem a bolestí, jsou odrazem nedostatků ve vědomostech, které by měly vést ke vhodné, bezpečné a citlivé péči. Podle Leiningerové je ošetřovatelství rozlišení pojmů

péče a ošetřování, kdy péči považuje za znak, který dělá ošetřovatelství profesí a tvoří duši a srdce ošetřovatelství (Kutnohorská et al., 2005).

1.1.4 Etické zásady multikulturní/transkulturní ošetřovatelské péče

Základem multikulturní ošetřovatelské péče sestry je vykonávat tuto péči v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny. V roce 1994 Evropská porada WHO o Právech pacientů schválila dokument „Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec.“ V tomto dokumentu je na mnoha místech zdůrazněno, že při poskytování ošetřovatelské péče je nutno respektovat kulturu pacienta. WHO při podpoře zdravotní strategie používá termín „svědomí zdraví“, který hájí princip zdraví – je důležité respektovat základní lidské právo člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení nebo sociálního postavení. Cílem všeobecné sestry v multikulturním ošetřovatelství je poskytnout pacientovi jiné kultury všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění zvládání nepříznivých situací. Podporovat pacienta při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných principů. Všeobecná sestra má dvě stejně hodnotné etické povinnosti, kterými jsou: ochrana lidské důstojnosti, udržování zdraví lidí (Pavlíková, 2006).

K etickým zásadám patří dodržování základních etických principů, které v ošetřovatelské péči platí pro všechny zdravotnické pracovníky stejně. Dodržování etických principů také platí při poskytování transkulturního ošetřovatelství. Jak už víme, každá kultura má svá specifická pravidla, a to nejen co se týče ošetřovatelství. Ošetřování je kultura, tedy se svou kulturní a etickou hodnotou. Mezi základní etické principy ošetřovatelství patří: autonomie, důvěryhodnost, spravedlnost, benefice a pravdomluvnost (veracita).

Jednou z etických zásad je morální spravedlnost a rovnost. Dále kulturní ohleduplnost a dodržování lidských práv. Ke konání prospěchu člověka je potřeba zásada obecného prospěchu, další zásadou je sloužit druhým a chránit je před destruktivními vlivy. Poslední zásada se týká dostatečně častého monitorování etických veličin tak, aby nám pomohly rozlišovat mezi potřebami různých kultur (Kutnohorská et al., 2005).

Respektování spirituálních potřeb

Základem ošetrovatelské péče o pacienty je holistický přístup, který pacienty vnímáme jako celek. Snažíme se tak uspokojit jejich všechny potřeby, mezi které patří potřeby biologické, psychické, sociální a již zmiňované spirituální potřeby. U nás v České republice (a obecně v Evropě) je nejrozšířenějším náboženstvím protestantismus a katolicismus. Často se sestry dostávají do situace, kdy nemají dostatek znalostí o dané spiritualitě a neví, jak právě k pacientovi přistupovat. Je pak tedy třeba pacientovi dobře naslouchat, nemít strach se dotázat na jeho spirituální či náboženské potřeby. Uspokojit pacientovy náboženské potřeby lze například respektováním jeho víry, snahou získat informace o jeho duchovních potřebách, informovat jeho i příbuzné o bohoslužbách ve zdravotnickém zařízení, zprostředkovat mu návštěvu mnicha, kněze nebo rabína, či návštěvu jiných věřících. Duchovní potřeby mohou být mnohdy biologickou potřebou pro nemocné pacienty, a je proto důležité s pacientem komunikovat tak, aby se jeho potřeby nestaly neřešitelným problémem. Právě u pacientů jiných kultur toto platí dvojnásobně (Kutnohorská, 2013).

Je důležité, aby všeobecná sestra věděla, jaké jsou její vlastní pocity ke spiritualitě, duchovnu či náboženství, a byla tak schopna tolerovat spiritualitu nemocného. Všeobecná sestra by proto měla dokázat pacientovi svůj respekt k jeho víře, vyjádřit mu svoji empatii, naslouchat, vyslechnout jeho potřeby a pocity, a vytvořit tak vzájemný vztah důvěry. Základem je být otevřen k pacientově samotě a bezmoci, ve které ho všeobecná sestra může povzbudit, aby mu bylo lépe. Zajistit pacientovi soukromí, čas a ticho pro jeho spirituální aktivity, zajistit návštěvu duchovního rádce, a také nabídnout možnost k diskuzi o různých systémech víry a světónázorech (Kutnohorská, Kisvetrová, 2010).

Definice tradice

Jedná se o kulturní a duchovní dílo, které nemá autora. Obsahuje souhrn myšlenkových, uměleckých, duchovních i praktických vědomostí, hodnocení, znalostí a postojů, které se předávají z generace na generaci (Sokol, 2007).

Tradice v ošetrovatelství je jedním z komponentů (součástí) kultury, kde komponentem ošetrování je kultura. Právě k poznání pacienta nám napomáhá pochopení jeho kulturní tradice, která v ošetrovatelství byla vždy předávána pouze laicky, ústně. V dnešní době je právě znalost tradice a její projev jedním z nejdůležitějších aspektů poznání kultur jiného

národa. Důležitým rysem transkulturního/multikulturního ošetrovatelství je srovnávací povaha tohoto oboru, kdy porovnává rozmanitost a podobnost, která se vyskytuje v léčbě, péči o dobrou kondici, ve vzorcích rozvoje onemocnění a také ve vyrovnávání se s umíráním a smrtí. Zda tedy existují dané kulturní tradice, pak by se s nimi měla všeobecná sestra seznámit a pokud je to v jejích možnostech, tak je respektovat a využívat ve své ošetrovatelské péči (Sokol, 2007).

Důležitým pojmem, který by měla všeobecná sestra znát v oblasti spirituálního ošetrovatelství, je pojem rituál, což je určitá forma jednání, využívána hlavně v náboženství. Je důležité dodržet všechny jeho znaky, jakékoliv odchýlení může ohrozit účinnost obřadu. Dalším pojmem je symbol – znak, znamení, nějaký signál. Bývá často umělecky zpracován a je schopen na sebe upoutat, nebo také v okamžiku ohrožení zase uvolňovat, lidskou energii (Sokol, 2007).

1.2 Charakteristika vybraných kultur

1.2.1 Národnostní menšiny v ČR

Česká republika nikdy nebyla společností pouze jednoho etnika, už jen díky své geografické poloze – nachází se uprostřed Evropy. Historicky do populace České republiky přispívají Poláci a Němci. Dalšími příslušníky menšin, které položili svůj základ soužití v naší republice po druhé světové válce jsou Řekové, Bulhaři a Rumuni. Jiným takovým etnikem jsou Ukrajinci, jejichž minulost na našem území se datuje již od období mezi dvěma světovými válkami a poté po roce 1989. Na základě velkého menšinového podílu obyvatelstva tak Česká republika přijala Listinu základních práv a svobod, která vznikla jako společný dokument ČSFR v letech 1990–1991 a byla uzákoněna 9. ledna 1991. I přesto si mnozí jedinci z menšinových etnik připadají ve společnosti špatně a uvádějí, že se jim zde i nedaří. Prý to není způsobeno intolerancí nebo xenofobií, ale dělá jim potíže pochopit „český humor“, který, jak my víme, je občas ironický a specificky český (Kutnohorská, 2013).

1.2.2 Charakteristika pacienta vietnamské minority

V roce 1954 byl v Hanoji otevřen Československý zastupitelský úřad a v roce 1955 vietnamské velvyslanectví v Praze. Vietnamská migrace do České republiky začala od roku 1956 v několika vlnách. Jeden z primárních důvodů, proč Vietnamci přicházeli do České republiky, bylo studium. Později přicházeli i dělníci, kteří zde zůstali a založili rodiny. Po roce 1989 přicházeli Vietnamci i z okolních zemí. Přicházeli také za vidinou zlepšení své ekonomické situace, užít se a žít na dobré úrovni, která jim umožní zabezpečit rodinu. Pro Vietnamce je důležité, aby dítě mělo úctu k rodičům – má zodpovědnost za jejich péči jak v nemoci, tak ve stáří. Vietnamská společnost je založena na pevných rodinných vztazích a rodina je jejich středem života. Hlavní slovo má v rodině muž. I přesto, že ženy mají stejná práva jako muži, bývá vždy upřednostňován syn. Etnickým znakem této komunity je uzavřenost, která má dva důvody, a to odlišnou kulturu a jazyk (Kutnohorská, 2013).

V historii bylo ošetřování pacientů ovlivněno z hlediska válek, kterých bylo v minulosti mnoho. Všeobecné sestry v těchto dobách byly připravovány a vzdělávány hlavně pro první pomoc a ošetřování válečných zranění. Role vietnamské všeobecné sestry v současné době je velmi náročná pro specifikaci. Mezi jednotlivými oblastmi Vietnamu totiž existují rozdíly v praktické i teoretické výuce (Tóthová, 2010).

U Vietnamců je typické, že nikdy své blízké okolí nezatěžují svými vlastními problémy. Co se týče kontaktu s vietnamským pacientem, muž by se neměl dotýkat ženy, pokud je cizí. Vietnamci podávají levou ruku, tu pak semknou i pravou. Když někomu něco podávají, tak oběma rukama s mírným úklonem na znamení úcty. Považují za nevhodné pokládání nohou na nábytek. Nevhodný je také přímý pohled do očí, který působí namyšleně, domýšlivě. Neslušné je rovněž smrkání do kapesníku. Jejich citové vnímání je jiné než to naše. České milenecké páry se líbají na veřejnosti, což pro Vietnamce je nepřipustné. Není pro ně vhodné se na veřejnosti vychloubat s tím nejcennějším, co mají. Důležité je vnímat neverbální komunikaci, ve které by mohlo dojít k nedorozumění nebo nepochopení pacienta. Je vhodné se chovat slušně, umírněně, a nedávat najevo naše problémy. Není vhodné hovořit o politice a intimních záležitostech. Pohyby je třeba dělat pomalu a klidně, nejednat afektovaně, mluvit spisovně a srozumitelně, projevovat naši úctu. Pokud jde pacient na vyšetření, je důležité mu vše popsat, a v případě intimních dotazů mu vysvětlit, že je to součástí anamnézy, pro správné

posouzení pacientova stavu, a že tyto informace potřebuje lékař i všeobecná sestra (Kutnohorská, 2013).

Velkým projevem při komunikaci s vietnamským pacientem je právě úsměv a přikývnutí. Ten má ve vietnamské kultuře mnoho významů. Pokud něčemu Vietnamci nerozumí, usmívají se, aby tak vyjádřili omluvu za to, že nám nerozuměli. Nahlas se smějí, když chtějí zmírnit nepříznivou situaci, nerozumí nebo se cítí ohroženi. Při výchově dítěte, kdy ho trestají za něco, co nemělo dělat, tak se také usmívají. Je důležité úsměv vnímat při lékařských vyšetřeních, když se nám pacient snaží úsměvem naznačit, že nerozumí. Stává se, že pacient přikyvuje, i když nerozumí. Důležitá je zpětná vazba a při neznalosti jazyka pacienta má neverbální komunikace významnou roli (Kutnohorská, 2013).

Jedním z projevů významným pro vietnamskou minoritu je pohlazení po vlasech, které lze ale provádět pouze u dětí a jen rodiči. Považuje se jinak za přílišnou sebedůvěru. Pro Vietnamce jsou jejich vlasy cennou záležitostí, která zdobí jejich hlavu a cení si ji na svém vzhledu spolu s hlavou jako částí těla nejvíce. Hlava je pro ně „sídlo života“, proto bychom neměli vlasy hladit, ani u dětí.¹

Co se týče jídla, vietnamská kultura bere stolování a pohostinnost jako jednu ze základních znaků slušného chování. Jedí třikrát denně, oběd a večeře jsou považovány za hlavní jídla. Na přípravu jídla si vyhražují dvě až tři hodiny. Když se u stolu sejde celá rodina, nejčastěji u oběda, řeší se většinou důležité otázky. Ať už jsou to otázky, které se týkají chodu domácnosti, pracovní záležitosti, tak i vzdělání dětí. Tento proces může trvat i velmi dlouho, než se vše dojí a vyřeší. Pokud nám hostitel nabízí jídlo, nikdy ho neodmítáme. Také vždy nabízí více jídla, než jsme schopni sníst, ale s tím předpokladem, že to nesníme vše. Pokud jíme hůlkami, nikdy je na stole nedáváme do tvaru „V“, symbolizuje to smrt. Abychom neurazili hostitele, doporučuje se si nepřidávat. Ukázali bychom, že jsme se nenajedli dostatečně a mohli bychom ho urazit. Vhodné je ale mlaskat, a dokonce i říhat. Což se u nás považuje za neslušné chování u stolu. Pro Vietnamce je to znakem spokojenosti a také pochvalou pro hostitele, která potvrzuje, že jsme se dostatečně nasytili a chutnalo nám. Stůl bývá vždy prostřen pro každého jedince – každý má svoji vlastní misku, hůlky, polévkovou lžici a po pravé ruce ještě jednu malou misku, která slouží na omáčky. Vždy před jídlem si otírají misky a hůlky

¹Mohu potvrdit z vlastní zkušenosti – měla jsem spolužačku právě vietnamské národnosti, nikdo se jejích vlasů nemohl dotknout, i přesto, že jí je všichni chválili a obdivovali je.

do ubrousku, proto nikdy ubrousky nesmí chybět. Základní potravinou pro Vietnamce je rýže, kterou jsou schopni připravit na mnoho způsobů. Preferují ji s drůbežím a rybím masem. Pijí hlavně teplé čaje, nebo vodu pokojové teploty, nikdy nepijí nic extrémně chladného. Jídlo je pro Vietnamce posvátné a jedno vietnamské přísloví říká: „Ani blesk neuhodí do toho, kdo hoduje.“

Ve vietnamské kultuře hraje při ošetřování nemocného velkou roli žena, která je za péči o něj zodpovědná. Žena poskytuje hygienickou péči a zajišťuje výživu. Pokud je potřeba transfúze pro pacienta, členové rodiny jsou vždy ochotni svoji krev poskytnout. Vietnamci jsou stydliví, především ženy. Proto nikdy nechtějí dopomoci při osobní hygieně a chtějí se o sebe postarat sami. Jestliže je pomoc vyžadována, tak od rodinného příslušníka stejného pohlaví. Velkou pozornost věnují těhotným ženám, dbají na vhodnou a zdravou výživu, dostatek odpočinku a nesmí dělat nic fyzicky náročného. Pokud je Vietnamec obézní, je to pozitivním znakem, který ukazuje spokojenost, dobré ekonomické a sociální postavení (Kutnohorská, 2013).

Komunikaci při ošetřování a zdravotním vyšetření je důležité provádět co nepřesněji a nejjednodušeji. Pacienti vietnamské minority nám mohou přikyvovat, usmívat se, a to i přesto, že nám nerozumí. Proto je důležité vždy myslet na naši zpětnou vazbu. Jazyková bariéra je právě jedním z největších problémů v ošetrovatelské péči o pacienta jiné kultury. Někdy lze využít tlumočníka, kterým může být člen rodiny, ale je důležité dávat pozor na to, co oznamujeme a jak moc citlivé to může být. Dáváme si pozor zejména na témata týkajících se pohlaví. Pacienti mohou vyžadovat přítomnost dalšího člena rodiny při vyšetření a my bychom měli být schopni vždy vyhovět. Vietnamci nikdy nechodí do nemocnice jen tak, pouze tehdy, když mají velké potíže a bolesti. Sami ale nikdy nic neoznamují, neprojevují se hlasitě, pokud se bolest dá vydržet. Pokud mají bolest, lék nevyžadují, protože se bojí, že jim na něm vznikne závislost. Ať už je závažnost diagnózy pacienta jakákoliv, vždy ji prvně konzultujeme s rodinou, a pak až ji sdělujeme pacientovi. Rodina si často přeje, abychom pacientovi nic o jeho stavu neříkali a nestresovali ho. Pacient považuje samotnou nemoc za stres, proto nechtějí, aby se pacient stresoval z případné hospitalizace, či jiných obav do budoucna (Kutnohorská, 2013).

1.2.3 Charakteristika pacienta romské minority

Romové pochází z Indie, jejich prvními osídlenými státy byla Arábie a Egypt. V dnešní době Romové žijí po celém světě. V Evropě jsou o Romech zmínky ve 13. století. Do České republiky přišli ve 14. století. Nyní je najdeme v Polsku, Maďarsku nebo i Německu (Ivanová et. al., 2005).

Historické prameny se ve 14. století o Romech zmiňují jako o kočovných skupinách, které se lišily barvou pokožky, jazykem, oblečením a hlavně temperamentem. Evroptští obyvatelé je z počátku vítali, díky novým vymoženostem v oblasti technologií zpracování železa a kovů. Jejich komunikace je specifická jejich hlasitou intonací a výraznými gesty, které používají k zdůraznění jejich projevu. Jednou z charakteristických vlastností je i jejich temperament (Nováková, 2012).

S Romy se lze setkat téměř ve všech státech Evropy. Vzhledem k jejich rodnému jazyku, kterým je romština, dochází k častým komplikacím v oblasti komunikace, kdy vzniká určitá jazyková bariéra. V roce 1989 se Romové stali národnostní minoritou, a tak získali všechna práva a povinnosti svobodných občanů, stejně jako naši občani. Negativní stránka romské minority je vysoká nezaměstnanost – způsobená jejich nízkým vzděláním a předsudky jiného obyvatelstva. Romové se však málo přizpůsobovali normám dominantní společnosti (Horáková et al., 2011).

Pro Romy je nejdůležitější rodina a vše, co vede k zachování jejich života. Rodinu vnímají více než práci, rodina má funkci vzdělávací, ochrannou a obživnou. V porovnání s rodinou českou mají Romové mnohem silnější rodinné vazby, navzájem se podporují a pomáhají si jakkoliv. Hlavní roli v domácnosti, co se týče rozhodování, má muž. Žena se stará o chod domácnosti, stará se o muže a vychovává děti. Romské dívky se často vdávají velmi mladé, protože za ukončení dospívání považují založení rodiny. Mezi jejich další vlastnosti patří vyšší schopnost empatie než u nás Čechů, také mají rádi humor, žijí okamžikem a nemyslí na budoucnost. Jedním z prvků neslušného chování u Romů je z našeho pohledu nezvyklost poprosit nebo poděkovat (Ivanová et al., 2005).

Jednou z hlavních problematik romské minority je jejich nepochopení a netolerance cizích kultur, což způsobuje vzájemnou nedůvěru. Z těchto důvodů se pak vyskytuje problém společného soužití s romskou minoritou. Hlavní negativní roli zde hrají předsudky, média nebo nezájem okolí pro bližší poznání jejich kultury (Kaleja et al., 2012).

Romové své zdraví vnímají jako jeden celek. Je ale důležité mít na paměti, že Romové nejsou příliš trpěliví, vytrvalí a mají slabší vůli. Pokud nejsou s rodinou, mají strach, který často projevují agresí a nespoluprací. Během ošetrovatelské péče pak z důvodu jejich nedůvěry dochází k nepochopení a nejasnostem. Mají velký strach z bolesti a smrti, jsou hlasití, když je něco bolí a emotivní. Léky si berou jen do ustoupení příznaků (Ivanová et al., 2005).

Pokud není respektována intimita romského pacienta, což má vliv na jeho fyzickou a psychickou pohodu, vede to pak k jeho nespolupráci. Je-li projeven dostatečný respekt, jsou Romové v případě nutnosti ochotni dodržovat dietní opatření a podstupovat bez protestů diagnostické a léčebné výkony (Nováková, 2012).

K pacientovi je třeba přistupovat individuálně. Využít vhodná slova k vysvětlení příčiny a průběhu jeho onemocnění a zajistit, aby zdravotníkům romští pacienti rozuměli. Základem je získat pacientovu důvěru, díky které lze docílit vhodné ošetrovatelské péče. Na pacienta nespíchat, být trpělivý, vnímat jeho komunikaci, nebát se emocí a hovořit jasně a stručně (Ivanová et al., 2005).

1.2.4 Charakteristika pacienta ukrajinské minority

Ukrajinská sovětská republika vznikla v roce 1922 a stala se tak součástí Svazu sovětských socialistických republik. V roce 1991 po rozpadu SSSR se stala Ukrajina samostatným státem, který usiluje o demokracii. Ukrajina totiž neměla úplně jednoduchý historický průběh vzniku. Často ztrácela svoji jednotu a svobodu. Je složená z mnoha odlišných skupin, které však mají některé společné znaky. Ukrajinská společnost vychází hlavně z křesťanských tradic, především ale z pravoslaví a trochu z řeckého katolictví. Stále má na Ukrajinu velký vliv Rusko, početná židovská menšina a také velké množství muslimů. V České republice je ukrajinská menšina hned po slovenské největší. Ukrajínština má slovanský základ stejně jako čeština, ale k psaní užívají azbuku (Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 2002).

Ukrajinci přichází do České republiky hlavně za prací, vzděláním a za lepšími sociálně ekonomickými podmínkami. Do České republiky přichází hlavně mladí muži nebo ženatí muži s dětmi (Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 2002).

Díky podobné společné komunistické historii a podobnému jazyku není naše vzdálenost k Ukrajině tak velká. Co se týče projevu, Ukrajinci mají větší národnostní hrdost ve srovnání s Čechy, kteří mají sklon k sebekritickému humoru a sebeironii, která někdy může vést k nepříjemnostem (Jelínková, 2010).

Mezi Ukrajinci, kteří přicházejí většinou ze západní části země a kteří staví v Čechách domy, silnice a vykonávají z pravidla nekvalifikované práce, se lze často setkat s vysokoškolsky vzdělanými pracovníky, kteří měli problém uživit se ve své zemi. Přesto jsou tito pracovití a slušní lidé, často stíhaní jak vlastní mafí, tak také natvrdlostí Čechů (Bouzek, 2008).

Pokud Ukrajinci chtějí v ČR získat práci, jsou buďto najati přímo na Ukrajině českou či ukrajinskou firmou, nebo přijedou sami do ČR a zde hledají práci. Mnoho z Ukrajinců se vydá na „ukrajinskou burzu práce“ u pražského Výstaviště, kde si ukrajinští občané předávají užitečné informace. Je mnoho Ukrajinců, kteří už mají předem kontakt od někoho ze svých přátel. Většina Ukrajinců pracuje za velmi tvrdých podmínek 8 až 12 hodin denně, často i o víkendech (Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 2002).

Co se týče chování ukrajinských pacientů, nejde říct, že by byli něčím nároční. Jsou ukáznění, nemají žádné speciální požadavky a příliš se neprojevují. Výhodou je jejich přizpůsobivost a chápání požadavků zdravotnického zařízení. Jediným problémem je komunikace s ukrajinským pacientem v souvislosti s jazykovou bariérou (Kutnohorská, 2013).

Při komunikaci s Ukrajinci lze uplatnit vše, co známe o komunikaci s Rusy, protože jsou jimi Ukrajinci velmi ovlivněni. Hlídnou si čas a dodržují termíny (Kutnohorská, 2013).

Při seznamování si tradičně muž nepodává ruku s ženou např. při setkání či seznamování. Jejich vzhled se řídí mottem – žena vypadá jako žena, muž jako muž (např. ukrajinský muž s dlouhými vlasy je spíše výjimkou) (Jelínková, 2010).

Pokud se však ale opozdí, považují to za normální, raději tedy zmiňují přibližný čas a ne přesný. Jsou schopni velké pochvaly, jakou žádný jiný národ na světě. Uctívají své tradice, projevují vděčnost, respekt a dbají na společenské vystupování. Pozdrav i rozloučení je pro ně rituálem. Neskáčou nikomu do řeči, naslouchají a nejsou zbrklí. Co se týče ukrajinské kuchyně, není o tolik odlišná jako česká kuchyně. Jejich potraviny jsou složeny z venkovských prostředků, jako je žito, proso, ječmen, ryby, drůbež, zvěřina, houby, lesní plody a med (Kutnohorská, 2013).

1.3 Komunikace v multikulturní a transkulturní ošetrovatelské péči

1.3.1 Vybraná specifika komunikace pacientů jiné kultury

V multikulturní komunikaci se lze potkat s pacienty mluvícími různými jazyky – ti pak nejsou schopni, kvůli této komunikační bariéře, říci, co je tíží. Tudíž nemohou dodržovat léčebný režim, pokud dobře nerozumí instrukcím sestry – na obou stranách tak dojde k negativním emocím (Špaténková, Králová 2009).

Komunikace bývá často kamenem úrazu. Komunikace je nástrojem projevení respektu, důstojnosti, jejím prostřednictvím dáváme prostor k vyjádření úcty člověku. Nejdůležitějším komunikačním prostředkem je pozdrav, oslovení, společenské obraty jako prosím a děkuji, a to nejen v běžné mezilidské komunikaci, ale i v multikulturní péči o pacienta. Lidská důstojnost může být také narušena právě absencí a neznalostí těchto komunikačních prostředků (Kutnohorská, 2013).

Multikulturnímu ošetrovatelství a komunikaci v této oblasti je v literatuře věnována dostatečná pozornost. Podstatné je se soustředit na specifika komunikace s pacienty jiné kultury, která jsou důležitá pro ošetrovatelskou praxi. Aby ošetrovatelská péče u pacienta jiného etnika byla efektivní, vyžaduje dostatečnou znalost a určitou přípravu v této problematice. Komunikace je v životě člověka nenahraditelnou složkou, kterou potřebuje ke splnění lidských potřeb. Dává lidem smysl života a pokud je efektivní, má myšlenkový, intelektuální a citový vliv na ostatní. V tomto komunikačním procesu dochází k všestrannému a interaktivnímu působení. Aby tento proces fungoval, je potřebné splnění vzájemné důvěry, přátelství a porozumění v mezilidských vztazích.

Tento etický rozměr komunikace má významný rozměr v ošetrovateľskej praxi (Lomnický, 2010).

Správna komunikácia v multikultúrnom ošetrovateľstve je stěžejní otázkou. Pri poskytovaní ošetrovateľskej péče môže dôjsť k mnoha druhom potíží, ktoré je vždy nezbytné v konkrétnej situácii a podmienkach správne zhodnotiť a vyriešiť. S pacientmi môžeme komunikovať priamo alebo prostredníctvom zprostredkovateľa, ktorým je osoba alebo pomôcka (Kutnohorská, 2013).

Významným prvkom v komunikácii s pacientom je reč tela. Veľká väčšina chýb v komunikácii vyplýva práve zo sebereflexie postojov zdravotníka k pacientom iných etníc. Každé etnikum, národ či rasa, má svoje určité komunikačné špecifiká. Pre úspešnú komunikáciu je teda nezbytné znáť kultúrne špecifikum komunikácie. Tieto znalosti začínajú byť využívané pri príprave budúcich diplomatov, učiteľov, manažerov a zdravotníkov, ktorí majú predpoklady k tomu, že súčasťou ich práce bude komunikácia s príslušníkmi iných národov (Průcha, 2010).

Dôležité je dodržiavať komunikačnú etiketu, čo sú zvyklosti, ktoré sú súčasťou komunikácie a stretávania ľudí. Do komunikačnej etikety patrí najčastejšie neverbálna komunikácia, ako je podanie ruky, úsmev. Komunikačné rozdiely medzi pacientmi inej kultúry sú najčastejšie v súvislosti s osobným priestorom, očným kontaktom, četnosťou dotýkav a urážlivými gestami. Pacienti, či všeobecne príslušníci iných zemí, neočakávajú, že sa obyvatelia danej zeme naučia hovoriť ich jazykom a že budú používať ich zvyklosti, ale urobí na nich dojem, ak použijú aspoň nejaké znaky a reč tela. (Kutnohorská, 2013).

Komunikácia sa delí na verbálnu a neverbálnu. Verbálna komunikácia je reč mluvená. Je základným sdieľacím prostriedkom. Ak je jedinec v nemocničnom zariadení a nemá v dôsledku neznalosti jazyka schopnosť vyjadriť svoje problémy, popísať je a porozumieť inštrukciám zdravotníckeho personálu, dochádza tak k nespokojeniu potreby komunikácie. Všeobecná sestra by mala byť schopná vnímať nejen to, čo pacient hovorí, ale aj akým spôsobom to hovorí. Pacient môže používať ironiu, za ktorou sa snaží schovávať svoje obavy a pod. a ak všeobecná sestra tieto vlastnosti je schopná odlišiť, je tak schopná efektívnej ošetrovateľskej diagnózy (Kutnohorská, 2013).

Komunikační karty, piktogramy v multikulturním ošetřovatelství

Komunikační karty a piktogramy jsou neverbální prostředky, které pomáhají získávat a předávat informace. Komunikační karty pomohou překonat jazykovou bariéru, ale nenahradí plnou komunikaci v rodném jazyce nebo za pomoci tlumočníka. Tato komunikace je sice časově náročná, ale pro nás z pravidla velmi přínosná. Komunikační karty, respektive piktogramy, jsou tvořené obrazovou částí, která vyjadřuje situace, děje nebo potíže vhodnou symbolikou, která je doplněna textem v příslušném jazyce. Všechny obrazce, symboly nemusí být vždy lehce rozpoznatelné bez odůvodnění textem. Piktogramem jde sestavit jednoduché, ale výstižné věty jako: „Kde Vás to bolí?“. Piktogramy lze využít také u handicapovaných pacientů, ale nelze je použít u nespolupracujících pacientů (Špirudová, 2006).

Vzhledem k neznalosti jazyka, kterým hovoří pacient jiného etnika, je nutno si uvědomit, že jeho citlivost k neverbální komunikaci, která je způsobená pobytem v jiném kulturním prostředí a z důvodu nemoci, je zvýšená. Proto je nutné věnovat neverbální komunikaci zvýšenou pozornost. Jeden z nejčastěji používaných znaků neverbální komunikace je výraz tváře, kterým nejen pacienti, ale všeobecně lidé, vyjadřují strach, překvapení, hněv, smutek a znechucení. Výraz tváře bude mít vždy na celém světě stejné vyjádření. Rozšířeným znakem je pozdrav a podání ruky. Podání ruky je ve většině evropských kultur součástí pozdravu a projevem sympatie. V mnoha kulturách je také projevem úcty, například při kondolenci, kdy projevujeme pochopení, empatii a smutek druhého (Kutnohorská, 2013).

Významný neverbální prvek je gestikulace, se kterou se setkáme zejména u romské menšiny, ale také u Ukrajinců (u Vietnamců minimálně). Základem je tedy vždy správně odhadnout danou situaci a podle ní zvolit správný způsob komunikace (Kutnohorská, 2013).

Komunikace s pacientem jiné kultury prostřednictvím tlumočníka

Pokud se cizinec ocitne v nemocnici v jiné zemi, dostane se do situace, kdy se cítí bezmocný. Nerozumí totiž ani lékařům ani sestřám. Dalším alternativním způsobem je komunikace za pomoci tlumočníka, který je schopný zprostředkovat informace jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienta a zajistit tak splnění všech jeho potřeb. Každá nemocnice má přístup na svých internetových stránkách k seznamu a k telefonním

kontaktům na tlumočníky různých jazyků. Tlumočníci by měli být kreativní a empatičtí (Kolektiv autorů, 2004).

1.3.2 Komunikace v interakci všeobecná sestra – pacient

V ošetrovatelském procesu, stejně jako v systému přímé ošetrovatelské péče, je kvalita komunikace významným činitelem. Špatná a nedostatečná komunikace je jedním z nejvýznamnějších zdrojů vedoucím k nespokojenosti pacienta. Stejně tak platí, že správná a efektivní komunikace vede k lepší kvalitě péče o pacienta a jeho spokojenosti. Odborná literatura nám ukazuje, že jsou tři skupiny proměnných, které určují kvalitu a kvantitu komunikace všeobecná sestra – pacient. Tou proměnnou je sestra, jako poskytovatel péče, dále pacient/klient, který je konzumentem péče, a proměnná vztahující se k situaci a charakteristikám zdravotnického pracoviště (Špirudová, 2006).

1.4 Specifika pacientů vybrané kultury a jejich respektování v rámci ošetrovatelské péče

1.4.1 Role sestry a její přístup v péči o pacienty jiné kultury

Zdravotnický personál a všeobecné sestry obecně, se čím dál častěji dostávají do styku s pacienty jiných kultur, což vede k situacím, ve kterých vznikají různé bariéry a problémy (Průcha, 2010).

V dnešní době, kdy lidé cestují, jak už v rámci poznávání, za studiem, prací nebo na dovolenou do zahraničí, vznikají často komplikované situace při poskytování zdravotní péče, právě z hlediska odlišnosti potřeb pacientů. Pacienti mají rozdílné zkušenosti, vědomosti o nemoci a zdraví (Kačorová, 2010).

Všeobecná sestra by měla být schopna respektovat zvyky a hodnoty každého pacienta, a zajistit mu všechny podmínky tak, aby mu vyhovovaly (Jankovský, 2018).

Hlavní povinností sestry je dbát na prevenci nemocí, podporovat a udržovat zdraví každého jedince. Je vhodné se zaměřit na faktory ovlivňující zdraví, mezi které patří například kouření, které se projevuje u kardiovaskulárních onemocnění, nebo se zaměřit na výživu, která se také může odrážet na fyzické i psychické stránce pacienta (Nováková, 2012).

Dále by měla být všeobecná sestra schopna ukázat své znalosti ohledně dané problematiky, být ochotná se nadále edukovat v oblasti kultury odlišného etnika. Není sice možné, aby znala podrobně každou kulturu, ale pokud bude naslouchat pacientovi a jeho rodině, významně zkvalitní jeho ošetrovatelskou péči. Je vhodné, aby se všeobecná sestra při poskytování péče o pacienta jiné kultury zajímala o doporučené způsoby ošetrovatelství minoritních etnik. Měla by respektovat víru, hodnoty, zvyky a způsoby léčby dané kultury, což patří mezi základní lidská práva. Všeobecná sestra by měla dbát na pacientův způsob komunikace z důvodu jeho kulturní odlišnosti, aby nedošlo k nedorozumění a odlišným reakcím – proto se musí zamýšlet nad svým projevem a respektovat pacientovy návyky, názory na zdraví nebo nemoc (Kutnohorská, 2013).

2 Výzkumná část

Praktická část bakalářské práce obsahuje jeden cíl práce a tři výzkumné otázky. Zahrnuje také metodiku, průběh výzkumu, a především vyhodnocení a návrh řešení současné problematiky.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou specifické znalosti a zkušenosti všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů jiného etnika.

Pro splnění cíle jsem si zvolila následující otázky:

1. Jaká je úroveň teoretických znalostí všeobecných sester v oblasti péče o pacienta jiné kultury?
2. Jaké jsou praktické zkušenosti všeobecných sester v rámci ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury?
3. Jakým směrem by se měla vyvíjet ošetrovatelská péče o pacienta jiné kultury z pohledu sester?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkum jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, který byl prováděn formou dotazníkového šetření.

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno všeobecné sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči a mají možnost se setkat s pacientem jiné kultury. Výzkum proběhl v Nemocnici Nové Město na Moravě.

Dotazník je tvořen 27 otázkami. Z toho 25 otázek je uzavřených a 2 otázky jsou otevřené (7 a 27). U 4 otázek měli respondenti možnost více odpovědí – jedná se o otázky číslo 6, 8, 17, 18 a 21. První 4 otázky byly anamnestické, abych zjistila informace o respondentovi a informace obecné, které zjišťovaly nejvyšší ukončené vzdělání respondentů, délku jejich praxe, na jakém pracovišti plní ošetrovatelskou péči.

První výzkumná otázka má prověřit teoretické znalosti sester, co se týče oblasti specifických aspektů poskytování ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury – otázky

č. 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15 a 21. Druhá výzkumná otázka je zaměřena na praktické zkušenosti sester v oblasti zmiňované v první výzkumné otázce, ke které se vztahují otázky č. 8, 10, 16, 17, 18, 19, 20 a 22. Otázky č. 12, 23, 24, 25, 26 a 27 se odkazují ke třetí výzkumné otázce, která je zaměřena na vývoj a směr rozšiřování znalostí sester v oblasti poskytování ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury.

2.3 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici Nové Město na Moravě. Skupina respondentů byla tvořena všeobecnými sestrami, které pracují v nemocnici. Rozesláno bylo 115 (100 %) dotazníků. Celkem bylo vyplněno 100 dotazníků a 15 dotazníků bylo vráceno nevyplněných. Návratnost byla 86,96 %. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 všeobecných sester, z toho 12 respondentů (12 %) z ambulantního sektoru, z toho 78 respondentů (78 %) z lůžkových oddělení a 10 respondentek (10 %) uvedlo jiné oddělení.

2.4 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo v období od ledna 2021 do března 2021. Výzkum probíhal v Nemocnici Nové Město na Moravě. Výzkumu předcházelo schválení žádosti o povolení výzkumného sběru dat náměstkyní nemocnice Mgr. Bohdanou Marečkovou (viz. příloha č. 2). Po schválení žádosti jsem rozdala dotazníky na jednotlivá oddělení.

2.5 Zpracování dat

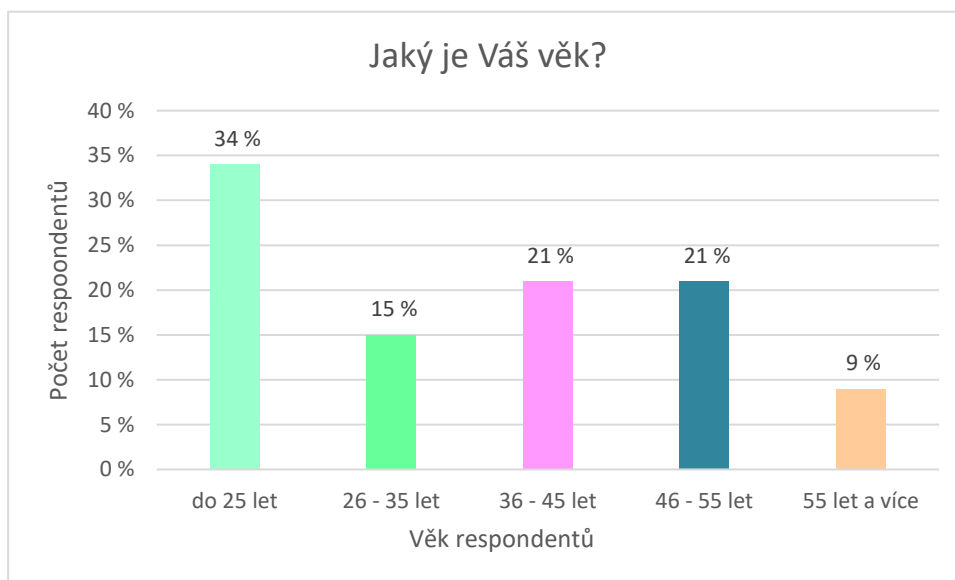
Ke zpracování dat bakalářské práce jsem využívala počítačové programy Microsoft Office Word 2016, Microsoft Office Excel 2016, Adobe Acrobat Reader.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Z výzkumného řešení jsem díky výsledkům z grafu č. 1–4 využila odpovědi k charakteristice vzorku respondentů. Grafy č. 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15 a 21 obsahují odpovědi pro oblast týkající se teoretických znalostí respondentů v multikulturním ošetrovatelství. Pomocí grafů č. 8, 10, 16, 17, 18, 19, 20 a 22 jsem zmapovala praktické zkušenosti respondentů a grafy č. 12, 23, 24, 25, 26 a 27 obsahují návrhy pro zkvalitnění a rozšiřování znalostí respondentů v oblasti ošetrovateľské péče o pacienta jiné kultury.

2.6.1 Všeobecné informace o respondentech

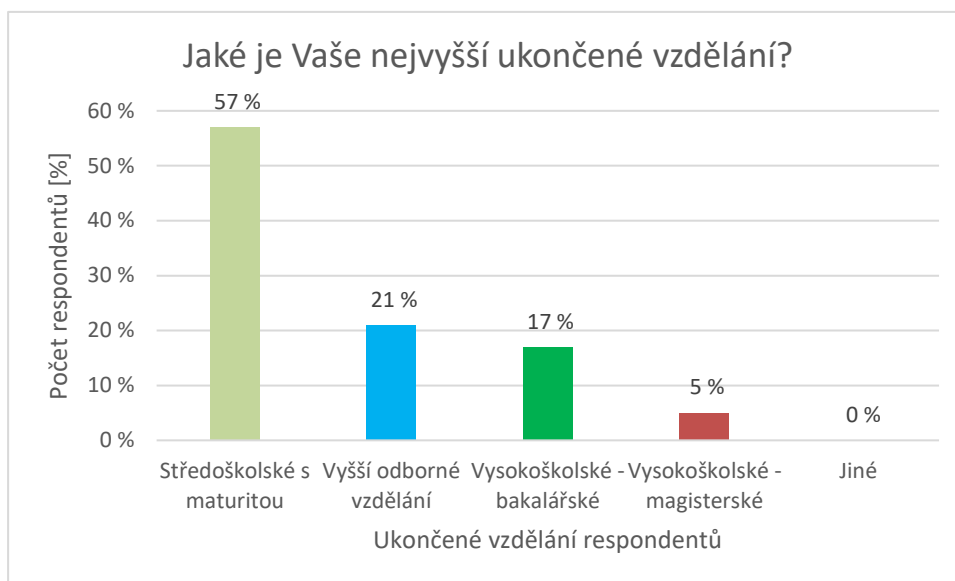
Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?



Graf č. 1: Věk respondentů

Z dotazovaného počtu 100 respondentů je 34 (34 %) ve věku do 25 let. 21 (21 %) respondentů je ve věku 36–45 let, 21 (21 %) respondentů je ve věku 46–55 let. Věkové rozmezí 26–35 let označilo 15 (15 %) respondentů a nejméně, tedy 9 (9 %), odpovědělo věkem 55 let a více.

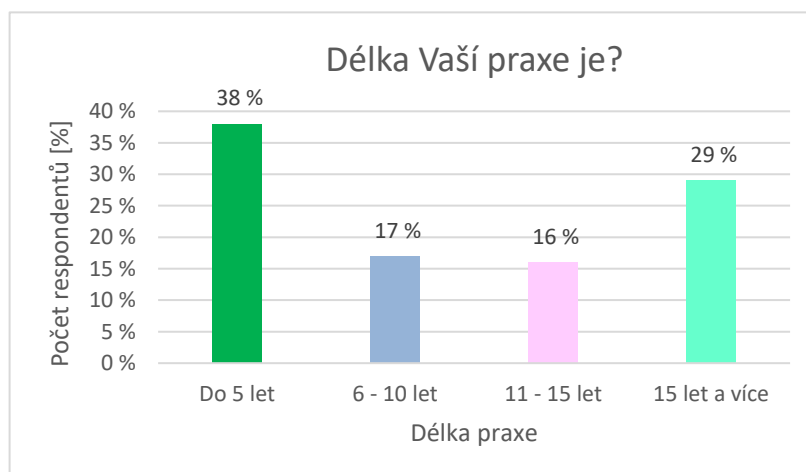
Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?



Graf č. 2: Ukončené nejvyšší vzdělání respondentů

Z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů má 57 (57 %) respondentů nejvyšší ukončené vzdělání středoškolské vzdělání s maturitou. 21 (21 %) respondentů má ukončené vyšší odborné vzdělání. 22 (22 %) respondentů odpovědělo, že má ukončeno vysokoškolské vzdělání, z čehož 17 (17 %) respondentů završilo vzdělání bakalářské a 5 (5 %) respondentů magisterské.

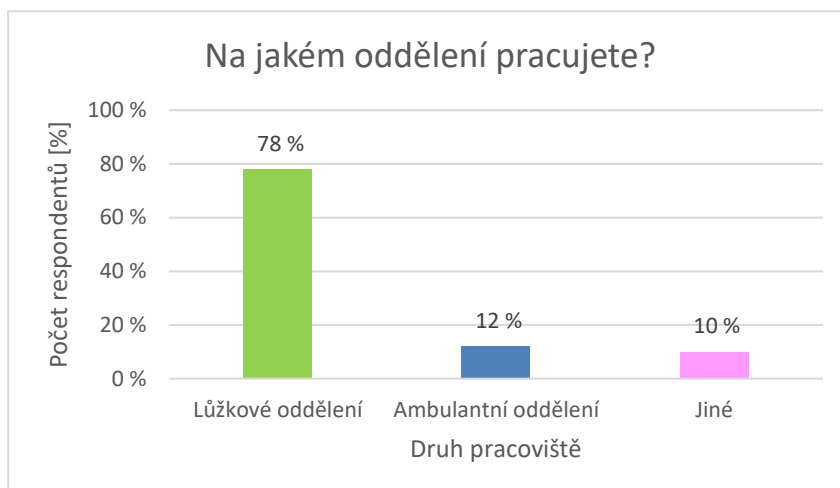
Otázka č. 3: Délka Vaší praxe je?



Graf č. 3: Délka praxe

Nejkratší délku praxe (do 5 let) má 38 (38 %) respondentů. 17 (17 %) respondentů má 6–10 let praxe. 11–15 let praxe má 16 (16 %) respondentů, a nejdelší praxi 15 let a více má 29 (29 %) respondentů.

Otázka č. 4: Na jakém oddělení pracujete?

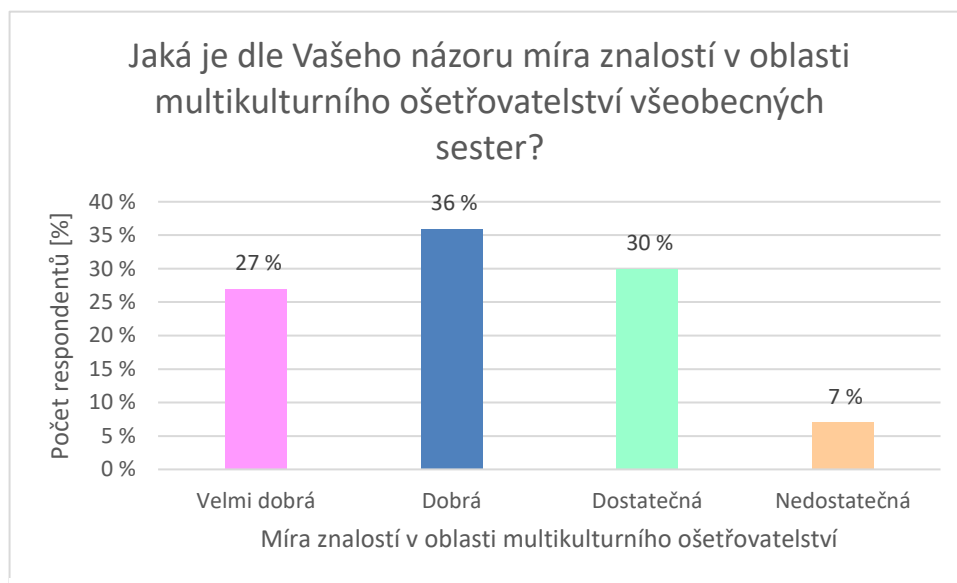


Graf č. 4: Druh pracoviště

78 (78 %) respondentů odpovědělo, že pracuje na lůžkovém oddělení, 12 (12 %) respondentů pracuje na ambulantním oddělení. 10 (10 %) respondentů odpovědělo, že pracuje na jiném pracovišti. 5 (5 %) respondentů odpovědělo oddělení chirurgické JIP a 5 (5 %) sester na oddělení hemodialýzy.

2.6.2 Teoretické znalosti sester v oblasti poskytování ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury

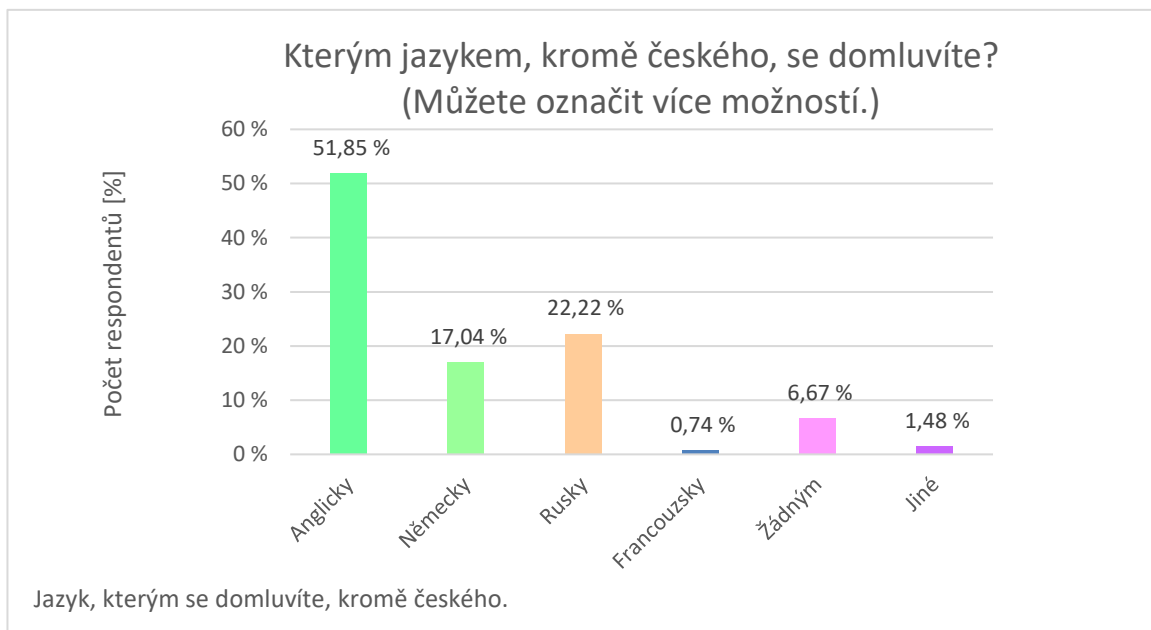
Otázka č. 5: Jaká je dle Vašeho názoru míra znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství všeobecných sester?



Graf č. 5: Míra znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství

Nejvíce respondentů, tedy 36 (36 %), odpovědělo, že jejich míra znalostí je dobrá. 27 (27 %) respondentů ohodnotilo své znalosti jako velmi dobré, 30 (30 %) respondentů jako dostatečné a pouze 7 (7 %) respondentů označilo své znalosti jako nedostatečné.

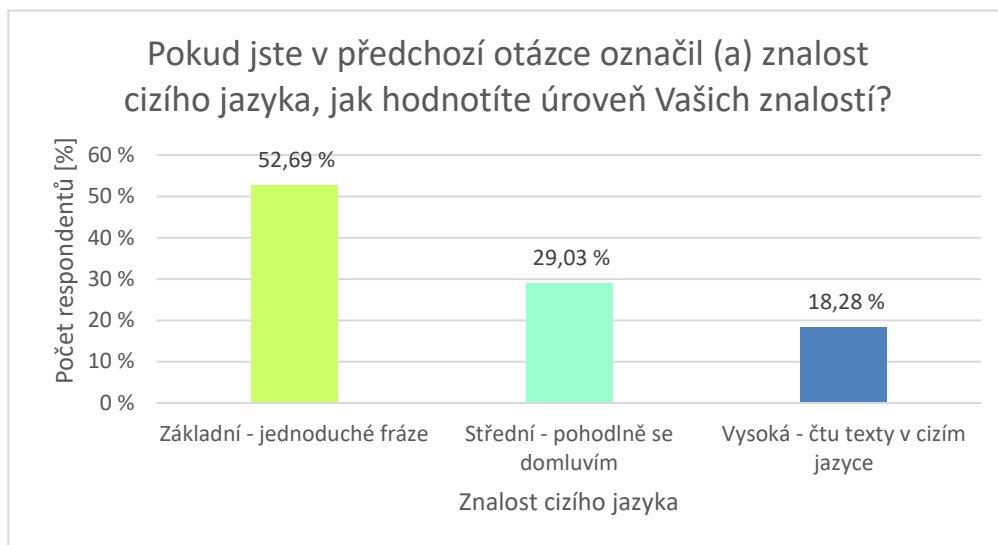
Otázka č. 6: Kterým jazykem, kromě českého, se domluvíte? (Můžete označit více možností.)



Graf č. 6: Jazyk, kterým se domluvíte, kromě českého

Jelikož u této otázky bylo možno uvést více odpovědí, přišlo od dotazovaných 100 respondentů celkem 135 odpovědí. Nejvíce, tj. 70 odpovědí obsahovalo vybranou variantu, že se domluví anglicky, což činí 51,85 % z celkového počtu získaných odpovědí. 30 (22,22 %) respondentů odpovědělo, že se domluví jazykem ruským. 23 (17,04 %) respondentů odpovědělo, že se domluví německým jazykem. Nejméně odpovědí, a to 1 (0,74 %) odpověď respondenta byla, že se domluví francouzsky. Žádným dalším jazykem kromě českého se nedomluví 9 (6,67 %) respondentů. 2 (1,48 %) respondenti odpověděli, že se domluví slovensky.

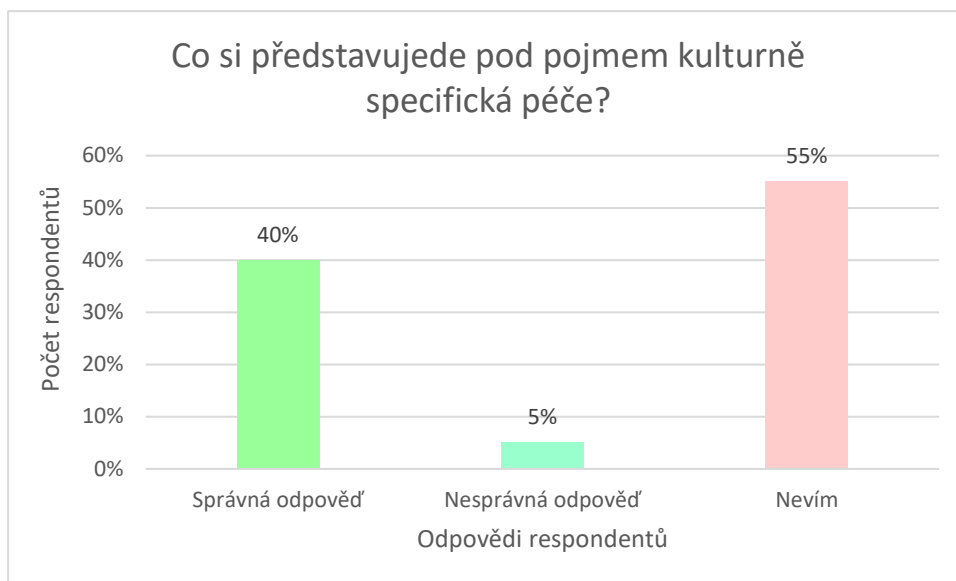
Doplňující otázka k otázce č. 6: Pokud jste v předchozí otázce označila znalost cizího jazyka, jak hodnotíte úroveň Vašich znalostí?



Graf č. 7: Znalost cizího jazyka

49 (52,69 %) respondentů odpovědělo, že jejich znalosti jsou základní. 27 (29,03 %) respondentů ohodnotilo své znalosti jako střední, 17 (18,28 %) respondentů hodnotí své znalosti jako vysoké.

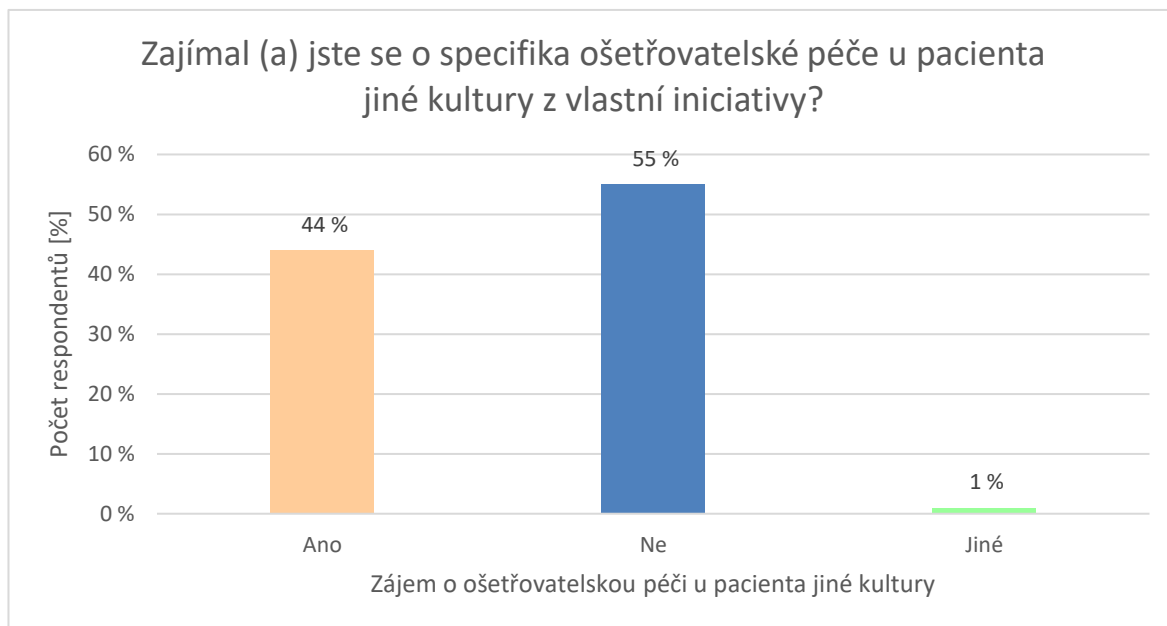
Otázka č. 7: Pokuste se prosím vlastními slovy napsat, co si představujete pod pojmem kulturně specifická péče a co je jejím cílem?



Graf č. 8: Co si představujete pod pojmem kulturně specifická péče

Z dotazovaných 100 respondentů mi odpovědělo v rámci dotazníkového šetření 45 (45 %) respondentů a zbylých 55 (55 %) respondentů uvedlo, že neví odpověď. Z toho 40 (40 %) respondentů uvedlo správné nebo alespoň částečně správné odpovědi. 5 (5 %) respondentek uvedlo mylné odpovědi. Jedna z mylných odpovědí zněla: Moderní léčebné metody, homeopatická léčba, jejíž cílem je méně invazivní a šetrnější způsob léčby.

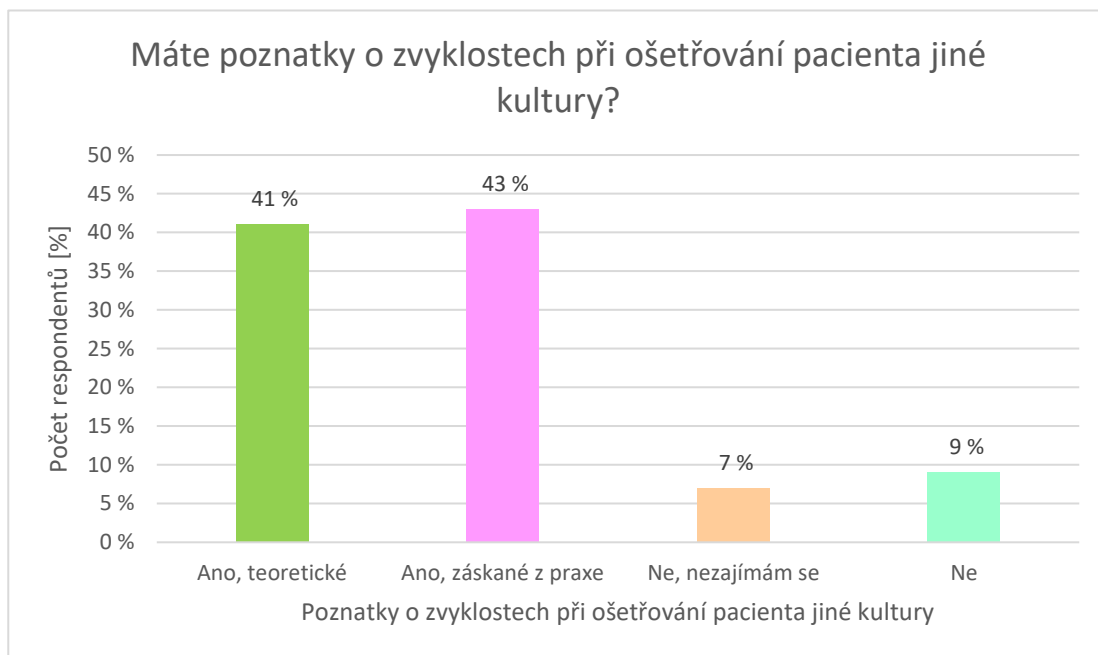
Otázka č. 9: Zajímal (a) jste se o specifika ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury z vlastní iniciativy?



Graf č. 9: Zájem o ošetrovatelskou péči u pacienta jiné kultury

Z vlastní iniciativy se o multikulturní péči zajímalo 44 (44 %) dotazovaných respondentů. 55 (55 %) respondentů odpovědělo, že se o tuto problematiku nezajímá. Jeden respondent k otázce uvedl, že se o tuto tematiku zajímal z důvodu hospitalizace cizince.

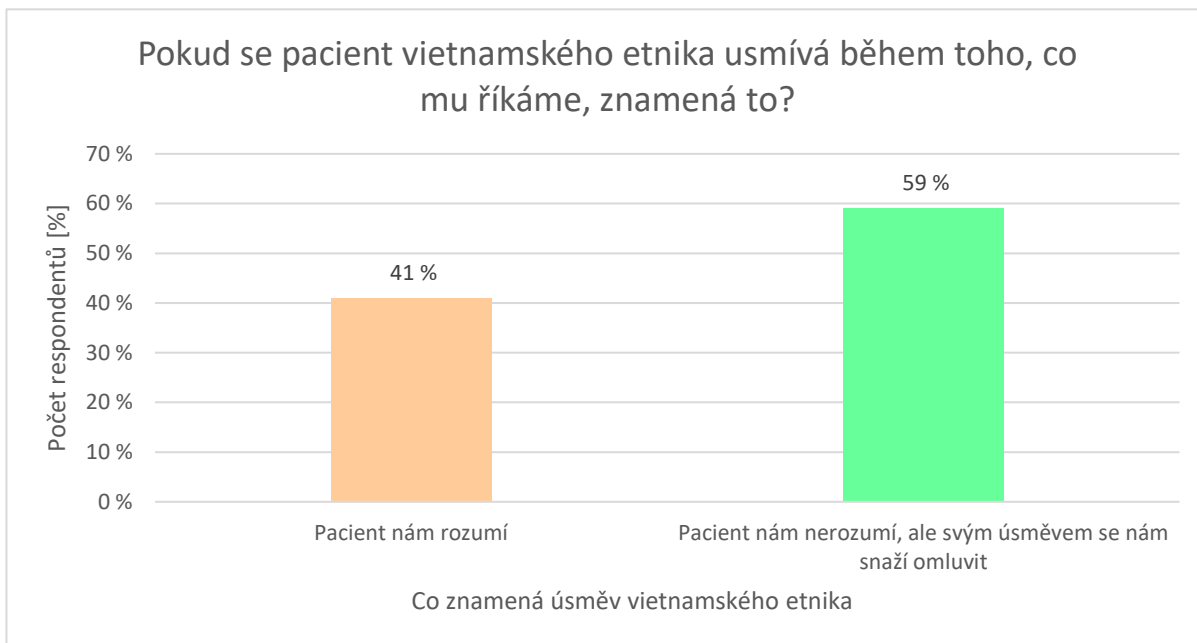
Otázka č. 11: Máte poznatky o zvyklostech při ošetřování pacienta jiné kultury?



Graf č. 10: Poznatky o zvyklostech při ošetřování pacienta jiné kultury

7 (7 %) respondentů odpovědělo, že se o zvyklostech ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury nezajímá. 9 (9 %) respondentů odpovědělo, že nemá žádné poznatky. 43 (43 %) respondentů naopak odpovědělo, že mají poznatky praktické a 41 (41 %) respondentů má poznatky teoretické.

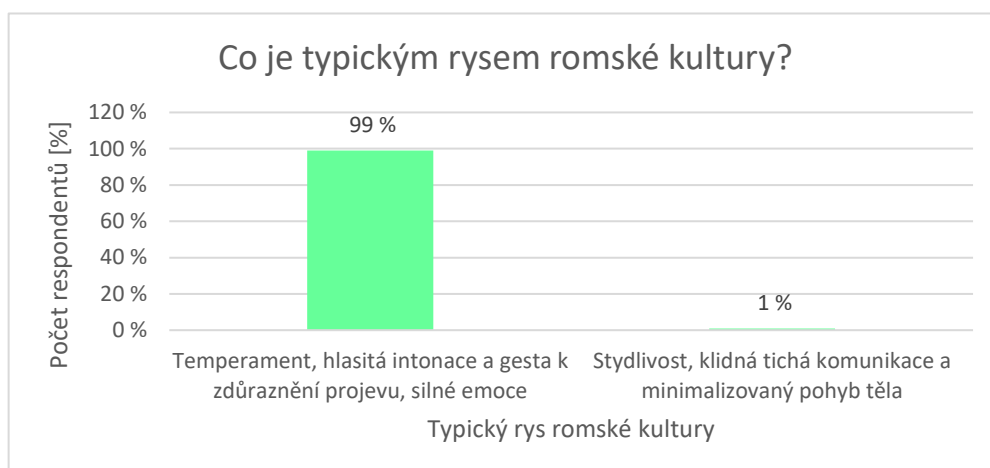
Otázka č. 13: Pokud se pacient vietnamského etnika usmívá během toho, co mu říkáme, znamená to?



Graf č. 11: Co znamená úsměv vietnamského etnika

Správnou odpovědí je zde možnost: „Pacient nám nerozumí, ale svým úsměvem se nám snaží omluvit“. 59 (59 %) respondentů zvýraznilo správnou odpověď a 41 (41 %) respondentů odpovědělo špatnou variantou.

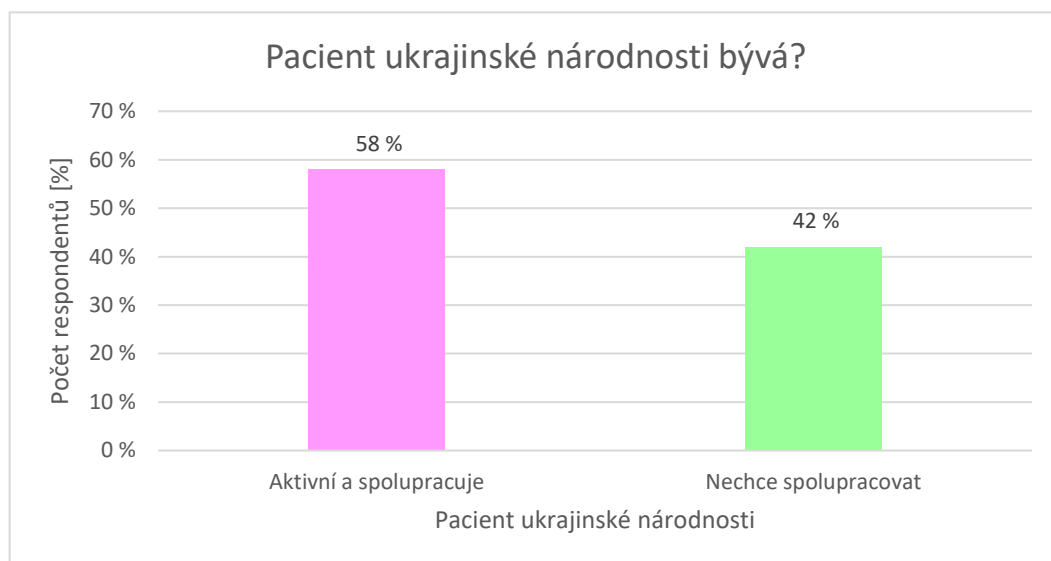
Otázka č. 14: Co je typickým rysem romské kultury?



Graf č. 12: Typický rys romské kultury

V této otázce je správnou odpovědí možnost: „Temperament, hlasitá intonace a gesta k zdůraznění projevu, silné emoce“. 99 (99 %) respondentů odpovědělo správně, špatnou odpověď zvolil pouze 1 (1 %) respondent.

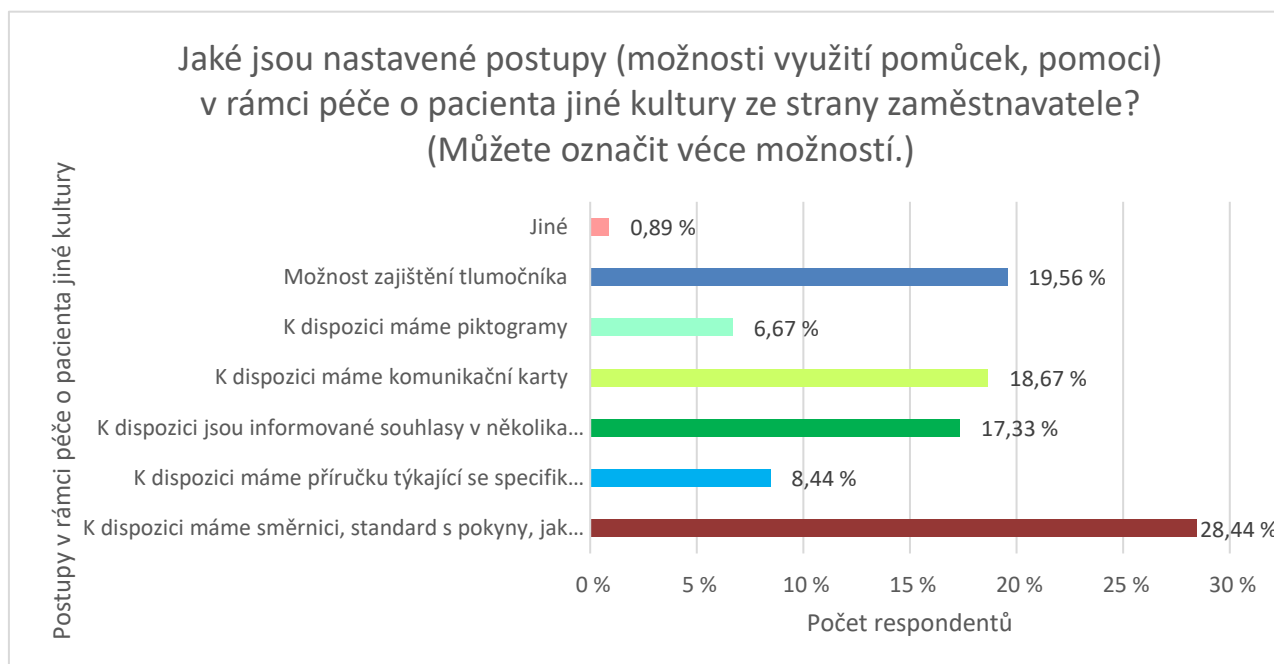
Otázka č. 15: Pacient ukrajinské národnosti bývá?



Graf č. 13: Pacient ukrajinské národnosti

Jako správná zde byla podle charakteru ukrajinské národnosti vyhodnocena odpověď: „Aktivní a spolupracuje“. Možností „Nechce spolupracovat“ odpovědělo 42 (42 %) respondentů, správnou odpověď zvolilo 58 (58 %) respondentů.

Otázka č. 21: Jaké jsou nastavené postupy (možnosti využití pomůcek, pomoci) v rámci péče o pacienta jiné kultury ze strany zaměstnavatele? (Můžete označit více možností.)

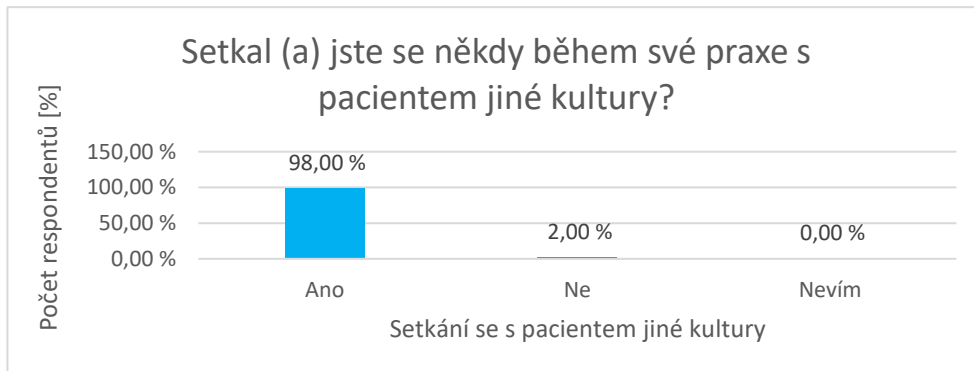


Graf č. 14: Postupy v rámci péče o pacienta jiné kultury

Tato otázka, která obsahuje více možností, které může respondent vybrat, získala celkem 225 odpovědí. 64 (28,44 %) respondentů uvedlo, že k dispozici mají směrnice, standard s pokyny, jak postupovat. 44 (19,56 %) respondentů uvedlo, že mají k dispozici tlumočníka. 42 (18,67 %) respondentů zvolilo možnost týkající se komunikačních karet. 39 (17,33 %) respondentů zvolilo odpověď, která uvádí, že jsou k dispozici informované souhlasy v několika překladech. 19 (8,44 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že je k dispozici příručka týkající se specifík jednotlivých kultur. 15 (6,67 %) respondentů volilo možnost, že k dispozici mají piktogramy a 2 (0,89 %) respondenti uvedli možnost „Jiné“. U této možnosti jeden respondent uvedl, že by poprosil o pomoc zkušenějšího kolegu a druhý tázaný respondent uvedl, že na oddělení mají napsané kontakty na kolegy, kteří danými řečmi umí hovořit.

2.6.3 Praktické znalosti sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi jiné kultury

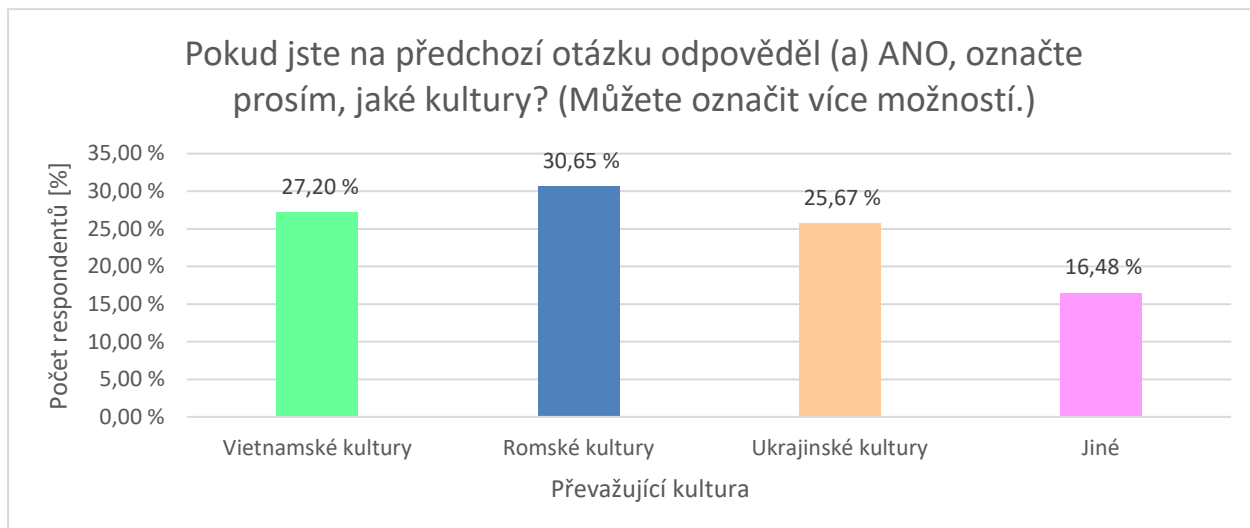
Otázka č. 8. Setkal (a) jste se někdy během své praxe s pacientem jiné kultury?



Graf č. 15: Setkání se s pacientem jiné kultury

S pacientem jiné kultury se nesetkali pouze 2 (2 %) respondenti, zbytek dotázaných respondentů 98 (98 %) se s pacientem jiné kultury setkalo.

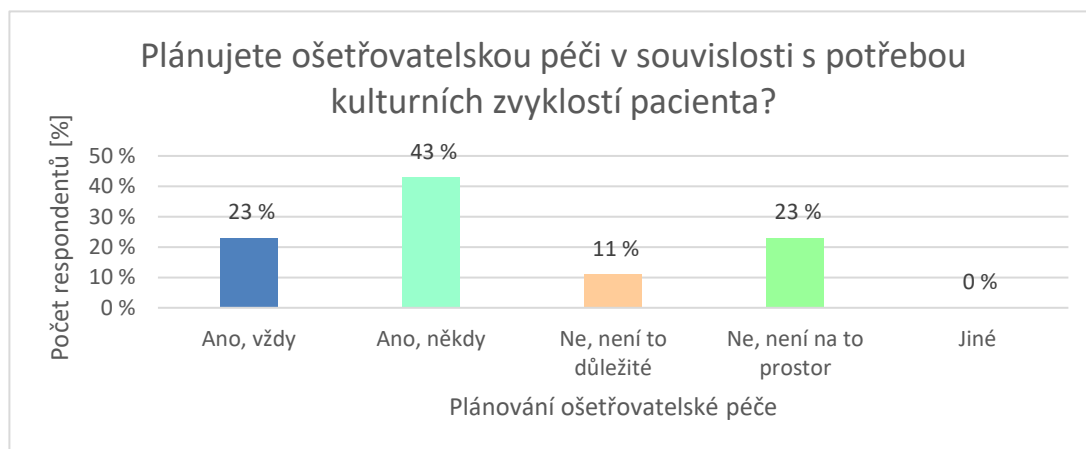
Doplňující otázka k otázce č. 8: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl (a) ANO, označte prosím, jaké kultury? (Můžete označit více možností.)



Graf č. 16: Převažující kultura

Od všech respondentů bylo zaznamenáno 261 odpovědí. Nejvíce se jich setkala s pacientem romské kultury, a to celkem 80 (30,65 %). 71 (27,20 %) respondentů odpovědělo, že se setkala s pacientem vietnamské kultury. S pacientem ukrajinské kultury se setkala 67 (25,67 %) respondentů. Na odpověď „Jiné“ bylo získáno 43 odpovědí respondentů, a to s tím, že doplňující písemnou odpověď (komentář) uvedlo pouze 30 sester. Jednou z odpovědí bylo Slovensko, další odpověď byla Afrika, dále opět po jedné odpovědi Mongolsko a Indie. Sedm sester uvedlo Británie, potom čtyři sestry uvedly Maďarsko, dále pět sester uvedlo Francii, tři sestry uvedly Polsko a Německo. Dvě sestry ještě uvedly Arménii a další dvě Itálii.

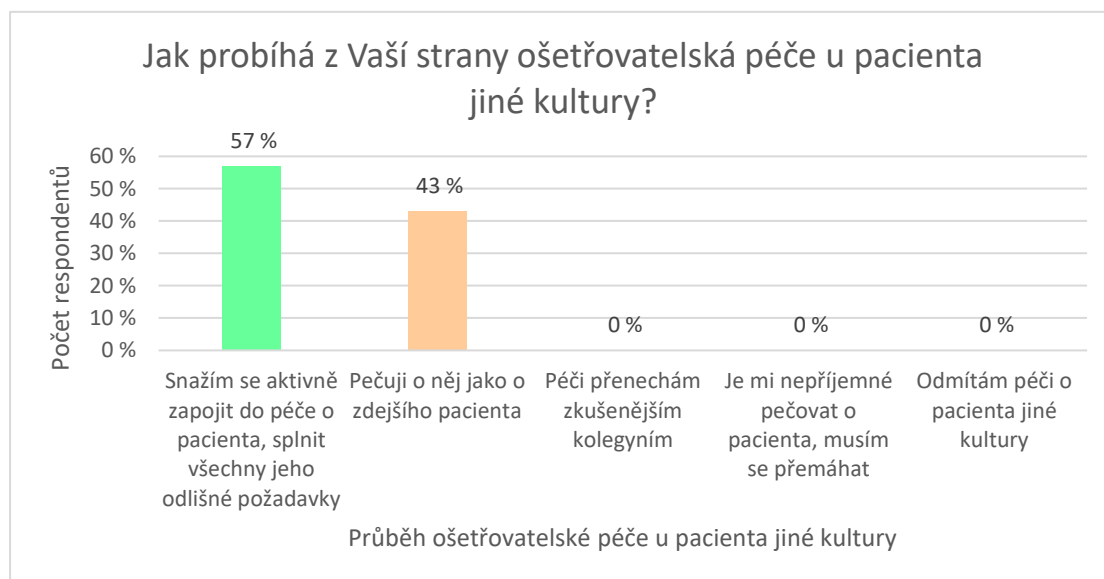
Otázka č. 10: Plánujete ošetrovatelskou péči v souvislosti s potřebou kulturních zvyklostí pacienta?



Graf č. 17: Plánování ošetrovatelské péče

Nejčastější odpovědí respondentů, a to 43 (43 %), byla odpověď „Ano, někdy“. 23 (23 %) respondentů odpovědělo „Ano, vždy“. 23 (23 %) respondentů odpovědělo „Ne, není na to prostor“ a 11 (11 %) respondentů odpovědělo „Ne, není to důležité“.

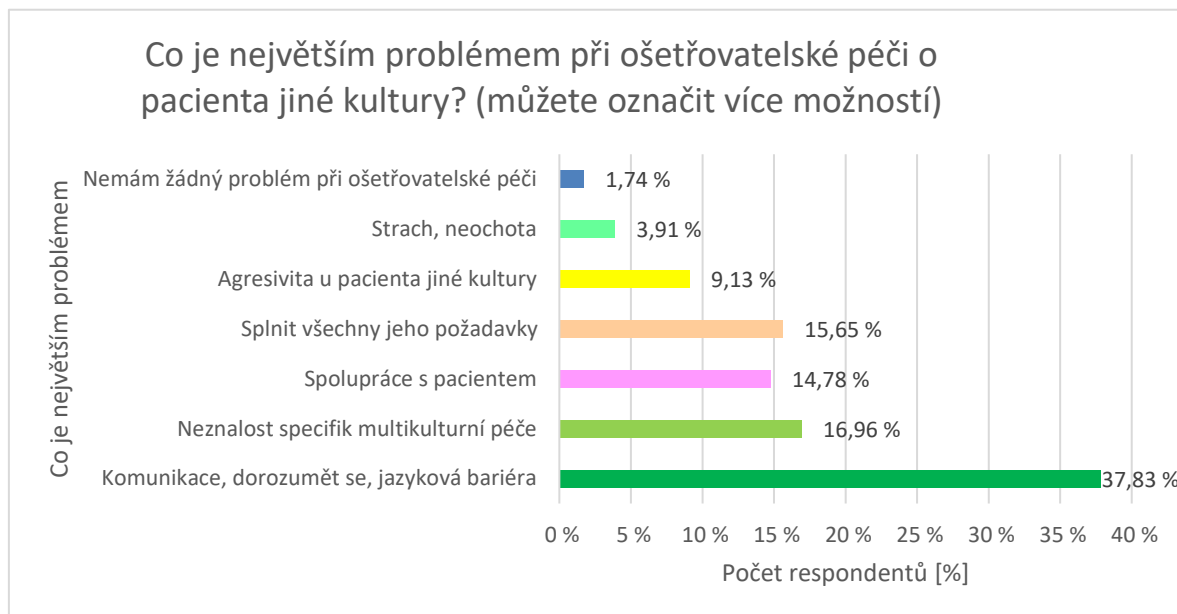
Otázka č. 16: Jak probíhá z Vaší strany ošetrovatelská péče u pacienta jiné kultury?



Graf č. 18: Průběh ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury

57 (57 %) z dotazovaných respondentů odpovědělo, že se snaží aktivně zapojit do péče o pacienta a splnit všechny jeho odlišné požadavky. 43 (43 %) respondentů odpovědělo „Pečuji o něj jako o zdejšího pacienta“.

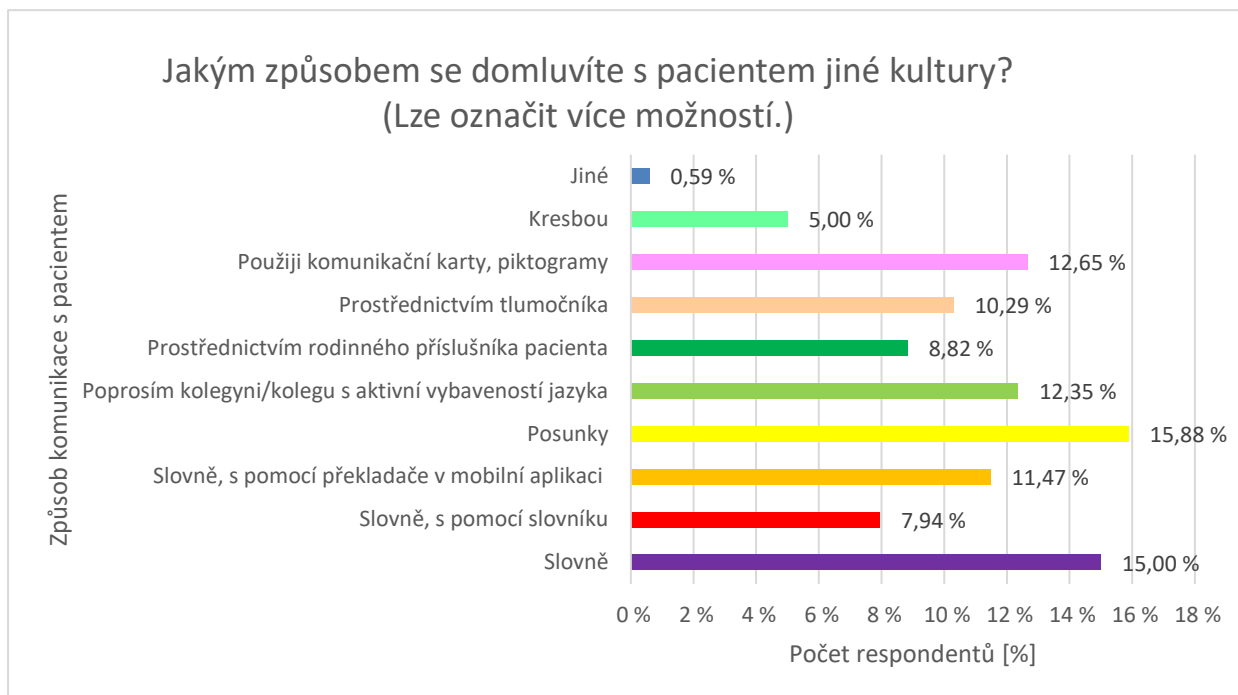
Otázka č. 17: Co je největším problémem při ošetrovatelské péči o pacienta jiné kultury? (Můžete označit více možností.)



Graf č. 19: Co je největším problémem

Od všech respondentů bylo zaznamenáno u této otázky 230 odpovědí. 87 (37,83 %) dotázaných uvedlo, že největším problémem je komunikace, dorozumět se s pacientem a jazyková bariéra. 39 (16,96 %) tázaných uvedlo, že problémem jsou neznalosti specifik multikulturní péče. 36 (15,65 %) respondentů uvedlo, že problémem je splnit všechny požadavky pacienta, 34 (14,78 %) respondentů vybralo, že je problémem spolupráce s pacientem. Méně odpovědí respondentů, a to 21 (9,13 %), bylo u odpovědi „Agresivita u pacienta jiné kultury“. 9 (3,91 %) respondentů uvedlo, že největším problémem je strach a neochota. Pouze 4 (1,74 %) dotazovaní neměli problém při ošetrovatelské péči o pacienta jiné kultury.

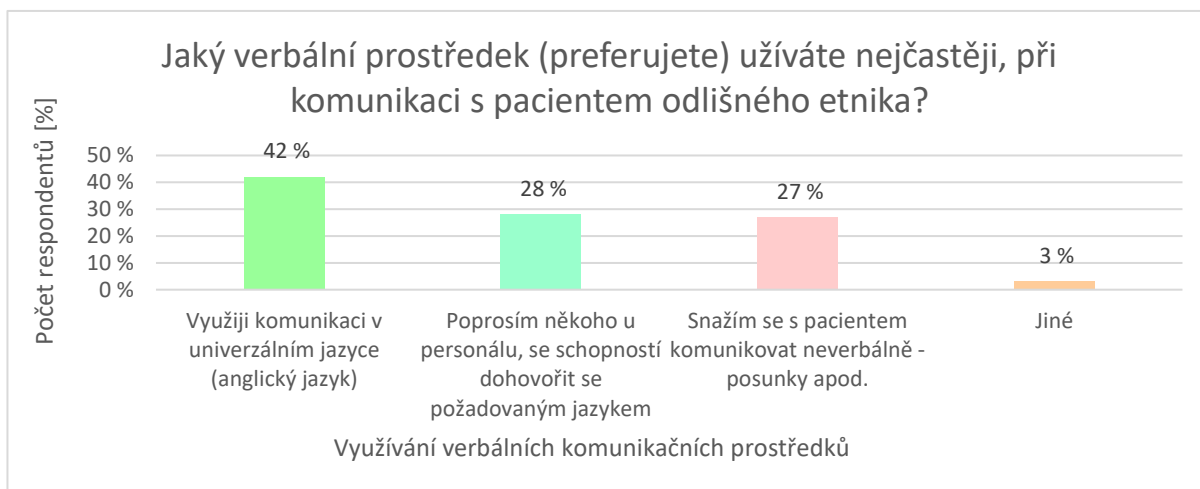
Otázka č. 18: Jakým způsobem se domluvíte s pacientem jiné kultury? (Lze označit více možností.)



Graf č. 20: Způsob komunikace s pacientem

U této otázky s více možnostmi bylo získáno celkem 340 odpovědí. 54 (15,88 %) respondentů odpovědělo, že ke komunikaci využívají posunky. 51 (15,00 %) respondentů uvedlo možnost, že se domlouvají slovně. 43 (12,65 %) respondentů volilo variantu, že se domlouvají s pacientem použitím komunikačních karet a piktogramů. 42 (12,35 %) odpovědi respondentů znělo, že by poprosily kolegyni/kolegu s aktivní vybaveností jazyka. 39 (11,47 %) respondentů odpovědělo, že by využili možnost domluvit se s pacientem slovně, s pomocí překladače. 35 (10,29 %) respondentů zvolilo komunikaci prostřednictvím tlumočníka. 30 (8,82 %) dotazovaných respondentů zvolilo možnost týkající se využití rodinného příslušníka pacienta. 27 (7,94 %) tázaných respondentů volilo pomoc slovníku. 17 (7,94 %) respondentů odpovědělo, že využije dorozumění se pomocí kresby. A jiná možnost zde byla zmíněna dvakrát (0,59 %), jedna z těchto možností byla konkretizována rukama, nohama, druhá možnost byla doplněna o možnost poprosit zkušenější kolegyni.

Otázka č. 19: Jaký verbální komunikační prostředek (preferujete) užíváte nejčastěji, při komunikaci s pacientem odlišného etnika?



Graf č. 21: Využívání verbálních komunikačních prostředků

Ze všech dotazovaných 100 respondentů odpovědělo 42 (42 %), že využijí komunikaci v univerzálním jazyce (anglickém). 28 (28 %) respondentů by poprosilo někoho z personálu, se schopností dohovořit se požadovaným jazykem. 27 (27 %) respondentů se snaží s pacientem komunikovat neverbálně – posunky apod. 3 (3 %) respondenti odpověděli „Jiné“, kdy jedna (1 %) zmínila odpověď za b), že by poprosila kolegyni a 2 (2 %) respondenti odpověděli, že by si pomohli pomocí překladače.

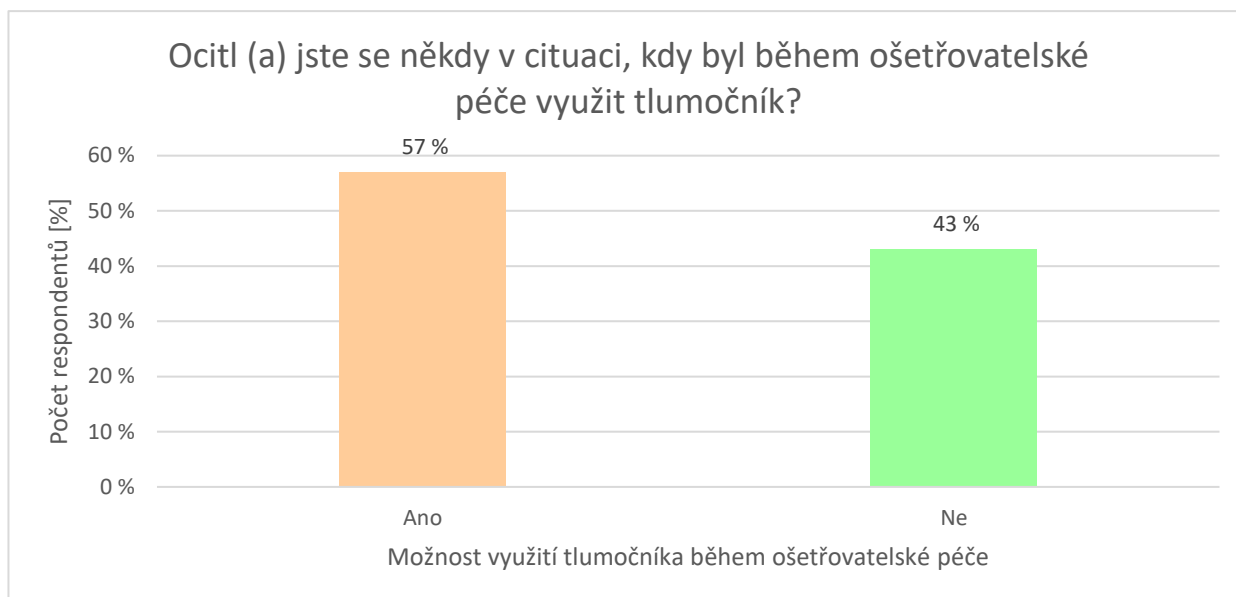
Otázka č. 20: Co považujete za překážku v péči o pacienta jiné kultury?



Graf č. 22: Překážky v péči o pacienta

Nejméně odpovědí ze všech dotazovaných 100 respondentů, a to 10 (10 %), uvedlo, že překážkou v péči o pacienta jsou zvyky pacienta. 21 (21 %) respondentů odpovědělo, že největší překážkou jsou pro ně návštěvy příbuzných. Nejvíce odpovědí bylo 69 (69 %), a to u možnosti spojené s problematikou jazykové bariéry.

Otázka č. 22: Ocitl (a) jste se někdy v situaci, kdy byl během ošetrovatelské péče využit tlumočník?

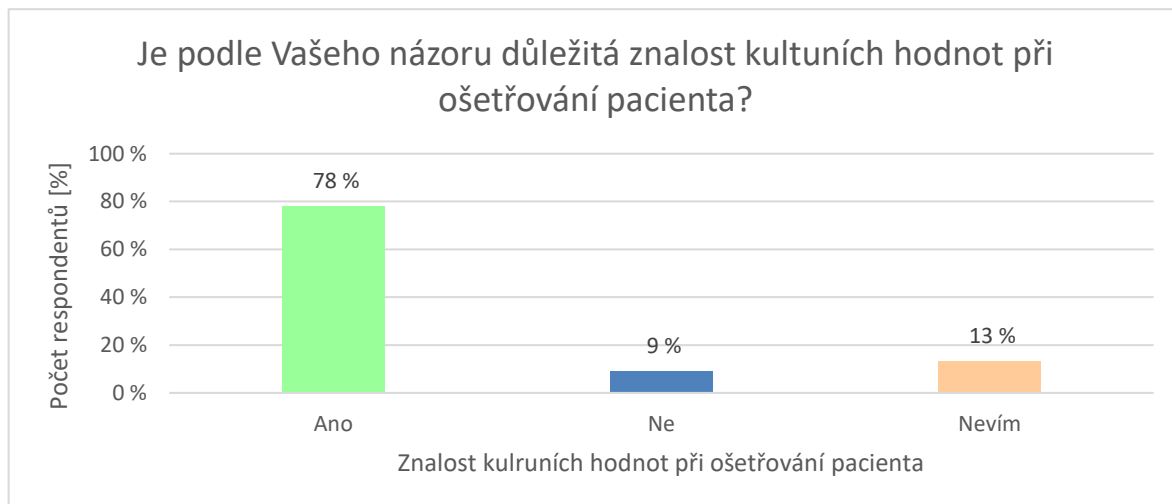


Graf č. 23: Možnost využití tlumočníka během ošetrovatelské péče

57 (57 %) respondentů odpovědělo, že se v praxi setkali s tlumočníkem, naopak 43 (43 %) respondentů se v situaci s tlumočníkem nikdy neocitli.

2.6.4 Otázky směřující k rozšíření znalostí sester při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury

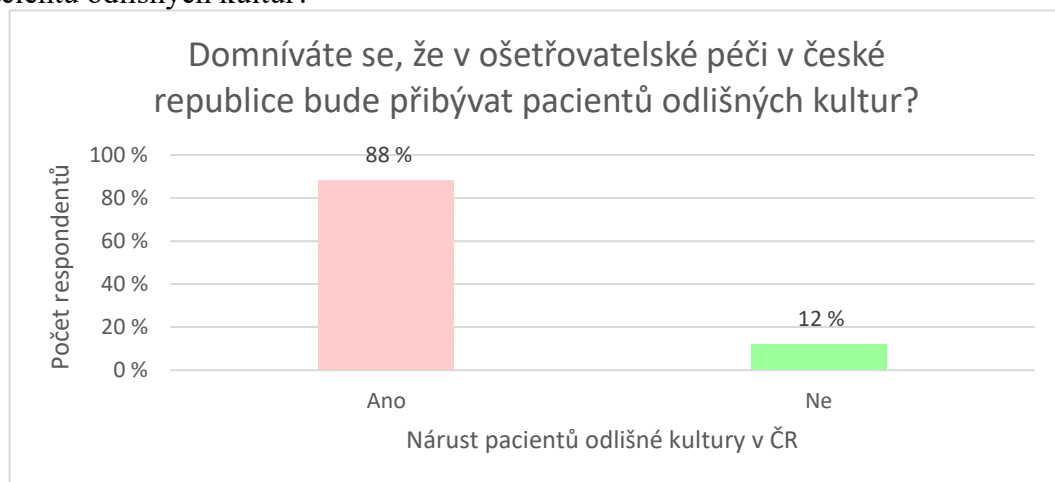
Otázka č. 12: Je podle Vašeho názoru důležitá znalost kulturních hodnot při ošetrování pacienta?



Graf č. 24: Znalost kulturních hodnot při ošetrování pacienta

13 (13 %) respondentů odpovědělo, že neví, zda je důležitá znalost kulturních hodnot. 78 (78 %) respondentů odpovědělo, že je důležité je znát, a devět (9 %) tázaných respondentů odpovědělo, že znalost kulturních hodnot při ošetrování pacienta není důležitá.

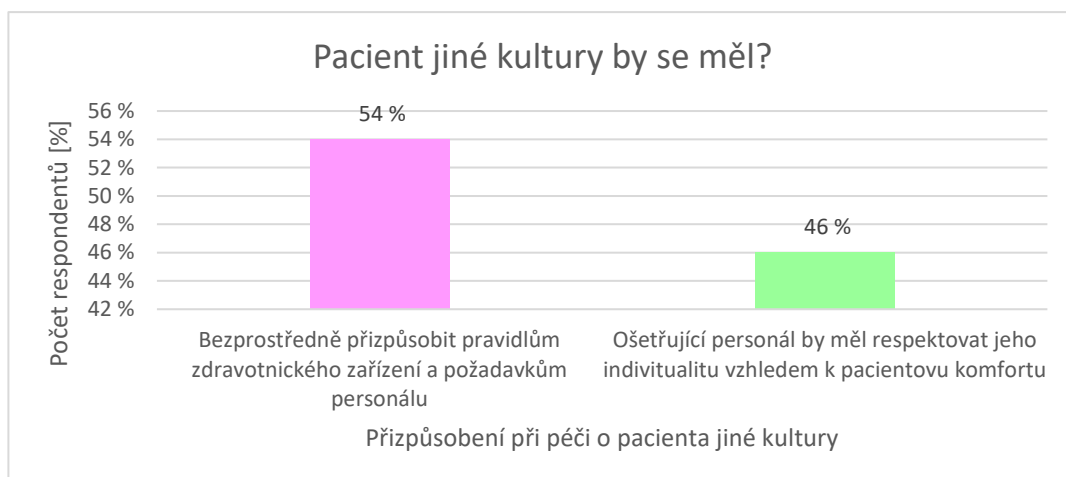
Otázka č. 23: Domníváte se, že v ošetrovateľskej péči v českej republike bude pribývať pacientů odlišných kultur?



Graf č. 25: Nárůst pacientů odlišné kultury v ČR

88 (88 %) respondentů si myslí, že bude pribývať počet pacientů odlišné kultury, pouze 12 (12 %) respondentů odpovedělo, že nebude.

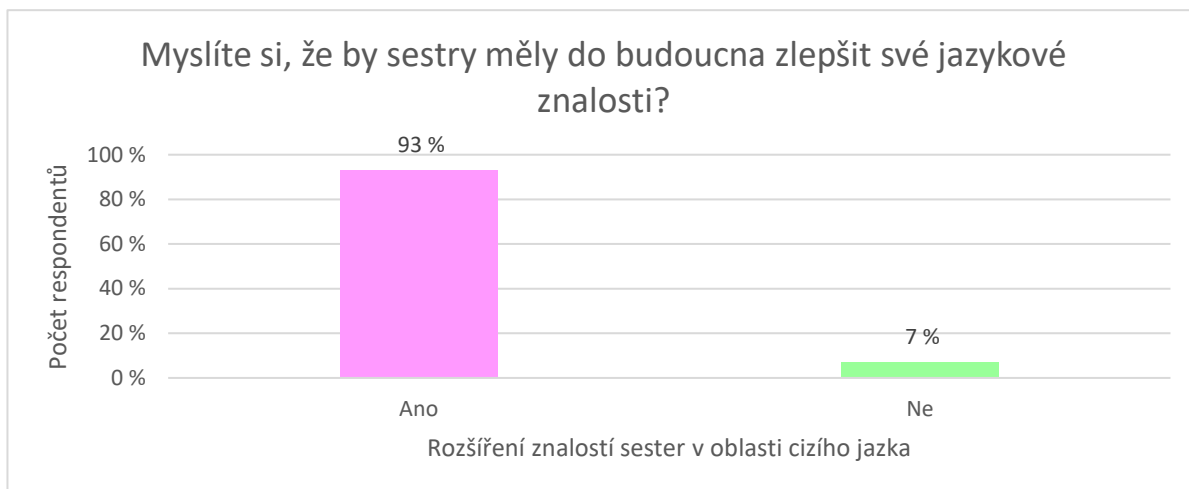
Otázka č. 24: Pacient jiné kultury by se měl?



Graf č. 26: Přizpůsobení při péči o pacienta jiné kultury

Z dotazovaných 100 respondentů jich odpovědělo na tuto otázku 46 (46 %), že personál by měl respektovat individualitu pacienta vzhledem k jeho komfortu. 54 (54 %) respondentů odpovědělo, že pacient by se měl bezprostředně přizpůsobit pravidlům zdravotnického zařízení a požadavkům personálu.

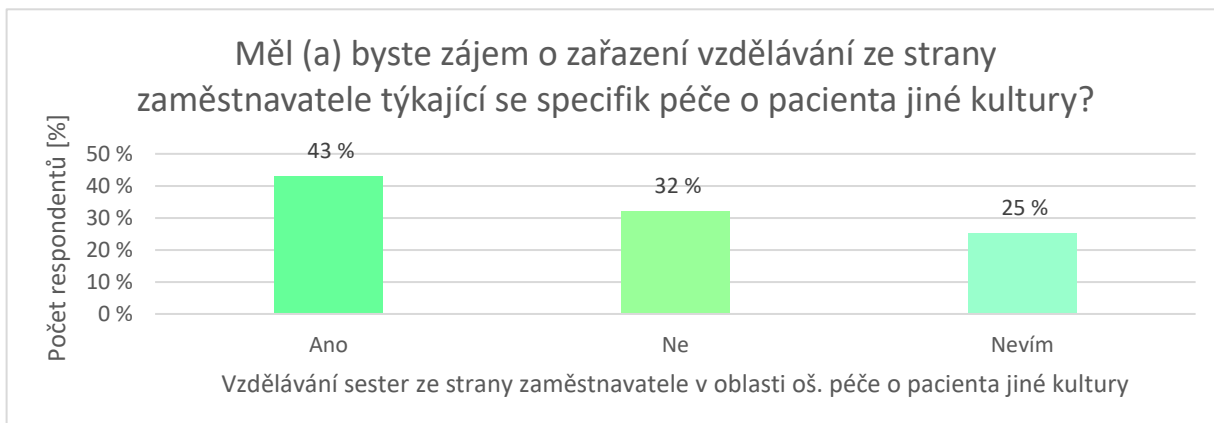
Otázka č. 25: Myslíte si, že by sestry měly do budoucna zlepšit své jazykové znalosti?



Graf č. 27: Rozšíření znalostí sester v oblasti cizího jazyka

Ze všech dotazovaných 100 respondentů si jich 93 (93 %) myslí, že by si všeobecné sestry do budoucna měly zlepšit své jazykové znalosti. Pouze 7 (7 %) respondentů odpovědělo možností „Ne“.

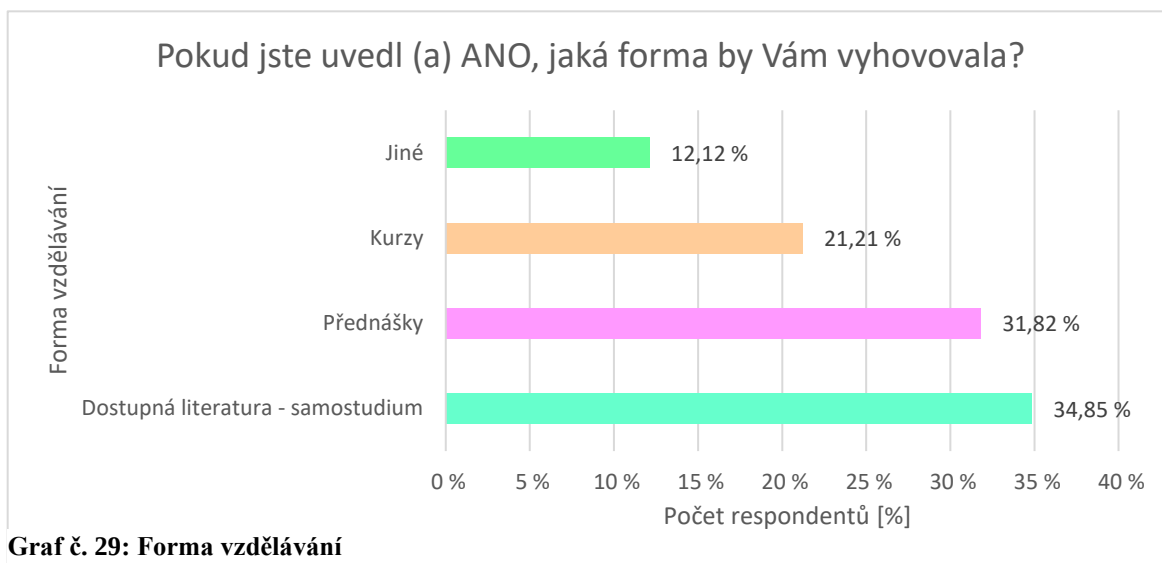
Otázka č. 26: Měl (a) byste zájem o zařazení vzdělávání ze strany zaměstnavatele týkající se specifík péče o pacienta jiné kultury?



Graf č. 28: Vzdělávání sester ze strany zaměstnavatele v oblasti oš. péče o pacienta jiné kultury

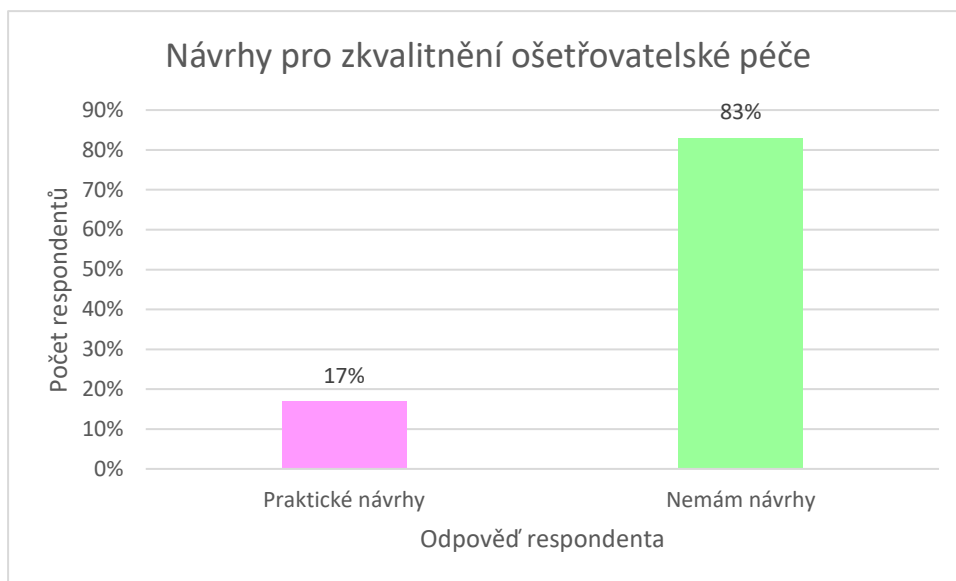
Z dotazovaných 100 respondentů má zájem o zařazení vzdělávání ze strany zaměstnavatele týkající se specifík péče o pacienta jiné kultury 43 (43 %) respondentů. 25 (25 %) dotazovaných respondentů odpovědělo, že neví a 32 (32 %) respondentů nejeví o tuto možnost zájem.

Doplňující otázka k otázce č. 26: Pokud jste uvedl (a) ANO, jaká forma by Vám vyhovovala?



23 respondentů (34,86 %) volilo možnost ve formě samostudia. 21 (31,82 %) respondentů vybralo možnost vzdělávání formou přednášky. 14 (21,21 %) respondentů by zvolilo vzdělávání se formou kurzu, a 8 (12,12 %) tázaných respondentů uvedlo jiné možnosti vzdělání. Možnost „Jiné“ obsahovala opět formu komentáře, kterou zvolilo všech 8 (12,12 %) respondentů, kteří danou možnost zvolili. Tři doplňující odpovědi zde zněly: formou webináře, další tři odpovědi: příručka příslušné kultury a poslední dvě odpovědi zněly „formou videa“.

Otázka č. 27: Máte nějaké návrhy, které by pomohly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury?



Graf č. 30: Návrhy pro zkvalitnění ošetrovatelské péče

Na tuto otevřenou otázku z dotazovaných 100 respondentů odpovědělo alespoň jednou větou pouze 17 (17 %) respondentek. 83 respondentů (83 %) odpovědělo „Ne, nemám žádné návrhy“, nebo odpověď vynechali.

Mezi nejčastěji zmíněný návrh patřila forma vzdělávání všeobecných sester formou přednášek, kurzů a aby se všeobecné sestry naučily cizí jazyky.

3 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem si zvolila jeden cíl, který má za úkol zmapovat teoretické znalosti všeobecných sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury a zjistit jejich praktické zkušenosti v rámci poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Cíl má tři výzkumné otázky. Pro získání odpovědí jsem použila dotazník. Dotazník v úvodu obsahuje 4 otázky, které jsou zaměřené na věk, nejvyšší ukončené vzdělání respondentů, jejich druh pracoviště, délka praxe ve zdravotnictví, a jaké jsou jejich znalosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Následuje 23 otázek, z čehož dvě otázky jsou otevřené. Otázky v dotazníku jsou rozdělené na tři části. V první části dotazník poukazuje na teoretické znalosti respondentů. Druhá část zjišťuje praktické zkušenosti respondentů v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Poslední část dotazníku zjišťuje, zda by respondenti měli zájem o rozšíření znalostí v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury, a jakými způsoby či prostředky by byli ochotni se vzdělávat. K zhodnocení výsledků jsem využila diplomovou práci Bc. Zemanové Kamily (2016), která se zabývala Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče, dále bakalářskou práci Lenky Málkové (2019), která měla téma Sestra a péče o pacienty jiné kultury.

Všeobecné informace o respondentech

V úvodu dotazníku, v první otázce, měly respondenty uvést, jaký je jejich věk. Nejvíce respondentek uvádí věk do 25 let 34 (34 %). Dále na odpovědi 26–35 let, a 36–45 let odpověděl stejný počet respondentek, a to 21 (21 %) a 21 (21 %). Nejméně odpovědělo 9 (9 %) respondentek odpovědi 55 let a více. V práci Zemanové (2016) je uvedeno, že 54 % respondentek je ve věku do 40 let a zbylých 46 % 40 let a více. Málková (2019) se ve své práci dotazovala 21 sester ve věku od 21 do 53 let. V druhé položce jsem měly respondenty uvést, jaké je jejich nejvyšší ukončené vzdělání. Nejvíce respondentek z Novoměstské nemocnice, tedy 57 (57 %), má středoškolské vzdělání s maturitou. 21 (21 %) respondentek uvedlo vyšší odborné vzdělání. 22 (22 %) respondentů uvedlo, že má vysokoškolské vzdělání, z toho 17 (17 %) respondentů má vzdělání bakalářské a 5 (5 %) respondentů magisterské. Zemanová (2016) prováděla výzkum se všeobecnými sestrami, z nichž 64,9 % dosáhlo vzdělání střední školy a 35,1 % absolvovalo vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání. V rámci porovnání s výše zmiňovanou prací Málkové (2019) jsem zjistila, že mnou dotazovaní dosáhli vyšší úrovně dokončeného vzdělání. Třetí část byla zaměřena na délku praxe všeobecných sester ve zdravotnictví.

Nejvíce odpovědí – 38 (38 %) – uvádělo délku praxe do 5 let. Praxi 6–10 let vyplnilo 17 (17 %) respondentů. Dále 11–15 let odpovědělo 16 (16 %) respondentů. Na odpověď 15 let a více odpovědělo 29 (29 %) respondentů. Čtvrtá otázka úvodu byla zaměřena na typ pracoviště respondentů, nejvíce odpovědí – 78 (78 %) – znělo, že pracují na lůžkovém oddělení. 12 (12 %) respondentů odpovědělo že pracují na ambulantním oddělení. 10 (10 %) respondentů volilo možnost „Jiné“, ve které 5 (5 %) respondentů napsalo, že pracují na oddělení chirurgické JIP, a 5 (5 %) respondentů napsalo, že pracují na oddělení dialýzy. 38,7 % respondentek dotazovaných Zemanovou (2016) pracuje na ambulantním oddělení a zbylých 61,3 % pracuje na oddělení lůžkovém. Podle druhé výše uvedené práce od Málkové (2019) zhruba třetina respondentů pracuje na ambulantním oddělení a dvě třetiny na oddělení lůžkovém.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je úroveň teoretických znalostí všeobecných sester v oblasti péče o pacienta jiné kultury?

Ke zhodnocení 1. výzkumné otázky se v dotazníku vztahují otázky č. 5, 6, 7 (otevřená otázka), 9, 11, 13, 14, 15 a 21, které se zaměřují na zmapování teoretických znalostí všeobecných sester v rámci multikulturního ošetrovatelství. Otázka č. 5 se dotazovala respondentů na míru znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství. 36 (36 %) tázaných respondentů odpovědělo, že jejich znalost je „Dobrá“ a 27 (27 %) respondentů uvedlo jejich znalost jako „Velmi dobrá“. Dále 30 (30 %) respondentů zvolilo možnost, že jejich znalost je „Dostatečná“, zbylých 7 (7 %) respondentů uvedlo v dotazníku jejich znalost jako „Nedostatečná“. Málková (2019) uvádí, že většina tázaných respondentů se této problematice ve škole nevěnovala a nejspíše si ani nepamatuje probírání tohoto tématu. Otázka č. 6 zjišťuje, jakým jazykem jsou všeobecné sestry schopny se domluvit. Získala jsem 70 (51,85 %) odpovědí, ve kterých sestry uvedly anglický jazyk. 30 označených (22,22 %) odpovědí prokázalo schopnost hovořit jazykem ruským. 23 (17,04 %) respondentů je schopno mluvit slovensky. Jedna odpověď (0,74 %) dotazovaného respondenta uvedla, že se dorozumí francouzsky. 9 (6,67 %) respondentů nehovoří žádným jazykem a dvě (1,48 %) odpovědi volily možnost „Jiné“, ve kterých oba respondenti doplnili slovenský jazyk. Otevřená otázka číslo 7. se vztahuje k první výzkumné otázce, která se zabývá teoretickými znalostmi všeobecných sester v péči o pacienta jiné kultury a ptá se na respondentů na to, aby zkusili popsat, co si představují pod pojmem kulturně specifická péče a co je jejím cílem?

Z dotazovaných 100 respondentů odpovědělo v rámci dotazníkového šetření 55 (55 %) „nevím“. Zbylých 45 (45 %) odpovědí se dělilo na 40 (40 %) odpovědí správných a 5 (5 %) odpovědí mylných. Nejčastější odpovědí bylo, že všeobecná sestra by měla poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi bez ohledu na jeho národnost, další odpověď uváděla, že každá kultura vykazuje jiné chování, rysy a všeobecná sestra by měla vědět, jak se v dané situaci zachovat, pokud k ní na oddělení přijde tento pacient, a jak se o něho postarat. Někteří respondenti uvedli, že netuší, co je kulturně specifická péče. Z výše uvedených odpovědí všeobecných sester, které odpověděly na otázku, co si představují pod pojmem multikulturního ošetrovatelství a co je jeho cílem, lze usoudit, že všeobecné sestry jsou víceméně orientovány v této oblasti, ale stále jsou zde mezery, které by bylo vhodné v budoucnu vyplnit, protože několik odpovědí respondentů obsahovalo informaci, že všeobecné sestry nemají zdání, co si pod tímto tématem představí. Odpovědi mých respondentů se rovněž velmi shodují s prací Lenky Málkové z roku 2019. Otázkou č. 9 jsem chtěla zjistit, zda se všeobecné sestry z vlastní iniciativy zajímají o multikulturní ošetrovatelství. Z vlastní iniciativy se o multikulturní péči zajímalo 44 (44 %) respondentů. 55 (55 %) respondentů odpovědělo, že ne, a jeden respondent odpověděl, že se o tuto otázku zajímal z důvodu hospitalizace cizince na jeho pracovišti. Otázka č. 11 měla za úkol zmapovat, zda mají všeobecné sestry nějaké poznatky o zvyklostech pacienta během jeho ošetrování. 7 (7 %) z respondentů odpovědělo, že se o zvyklostech ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury nezajímá. Dále 9 (9 %) respondentů odpovědělo, že nemá žádné poznatky. 43 (43 %) respondentů naopak odpovědělo, že mají poznatky praktické a 41 (41 %) respondentů má poznatky teoretické. Otázka č. 13 měla zjistit, jak jsou sestry znalé v oblasti péče o pacienta vietnamského etnika, kde správnou odpovědí byla odpověď za b) – Pacient nám nerozumí, ale svým úsměvem se nám snaží omluvit. Na tuto odpověď jsem získala 59 (59 %) správných odpovědí ze sta dotazovaných respondentů. Zbylých 41 (41 %) respondentů odpovědělo špatně, že nám pacient rozumí. Otázka č. 14 měla zjistit, jak jsou všeobecné sestry znalé v oblasti péče o pacienta romského etnika, kde správnou odpovědí byla odpověď za a) – Temperament, hlasitá intonace a gesta k zdůraznění projevu, silné emoce, kterou uvedla ve své práci Nováková (2012). Správnou odpověď jsem od dotazovaných respondentů získala 99krát (99 %). Špatně odpověděl pouze 1 (1 %) respondent, který uvedl, že pacient je stydlivý, klidný a komunikuje tiše a s minimalizovaným pohybem těla. Otázka č. 15 měla zjistit, jak jsou všeobecné sestry znalé v oblasti péče o pacienta ukrajinské etniky, kde správnou odpovědí byla odpověď za b) Nechce spolupracovat.

Na tuto odpověď odpovědělo správně 42 (42 %) respondentů, špatně odpovědělo 58 (58 %) respondentů. Poslední otázka č. 21 měla zjistit, jaké jsou nastavené postupy v rámci péče o pacienta jiné kultury ze strany zaměstnavatele, a jaké postupy všeobecné sestry využívají. 64 (28,44 %) respondentů mělo zvolenou možnost, že k dispozici jsou směrnice, standart s pokyny, jak postupovat. Dále 44 (19,56 %) respondentů volilo variantu využití tlumočníka. 42 (18,67 %) odpovědi respondentů získala možnost týkající se komunikačních karet. U 39 (17,33 %) odpovědí byla zvolena možnost, která uvádí, že jsou k dispozici informované souhlasy v několika překladech. 19 (8,44 %) tázaných uvedlo možnost využití příručky týkající se specifík jednotlivých kultur. 15 (6,67 %) respondentů odpovědělo, že mají k dispozici piktogramy a 2 (0,89 %) odpovědi měly zvolenou možnost „Jiné“. U této možnosti oba respondenti uvedli doplňující komentář. Jeden dotazovaný respondent uvedl, že by poprosil o pomoc zkušenějšího kolegu a druhý respondent uvedl, že na oddělení mají napsané kontakty na kolegy, kteří se danými řečmi dorozumí. Z tohoto výzkumného šetření, který byl zaměřen na teoretické znalosti, lze posoudit, že ve většině otázek jsou znalosti všeobecných sester téměř 50/50. Pouze u otázky č. 13 je téměř 100% správná odpověď od všech všeobecných sester, což se týká znalostí v oblasti romské kultury. Jak je uvedeno v teoretické části bakalářské práce v popisu vietnamské minority, kdy jedním z projevů při komunikaci s Vietnamským pacientem je právě úsměv a přikývnutí, který má v jejich kultuře mnoho významů. Pokud nám pacient nerozumí, usmívá se, aby tak vyjádřil omluvu za to, že nám nerozumí. V rámci dotazníkového šetření jsem zjistila, že všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o vietnamskou kulturu mají menší znalosti o chování tohoto etnika než u pacientů etnika romského. Stejně tak to bylo ve výzkumné otázce číslo 15, kdy jsem zjišťovala teoretické znalosti v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta ukrajinské kultury, kdy správná odpověď byla v 58 %. V literatuře o ukrajinských pacientech se zřídka dočteme o tom, že by ukrajinští pacienti byli pasivní, nechtěli spolupracovat apod. Právě naopak jsou aktivní, komunikují, a jediným problémem se vždy jeví pouze jazyková bariéra, při které si ale i přesto vždy jsou schopni poradit a s personálem zdravotnického zařízení se domluví tzv. „rukama i nohama“.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou praktické zkušenosti všeobecných sester v rámci ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury?

Druhá výzkumná otázka se zabývá praktickými zkušenostmi všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péči pacientům jiné kultury. K této problematice se

vztahují otázky č. 8, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 22. V části, kde jsem zjišťovala praktické zkušenosti jsem začala otázkou č. 8, která měla zjistit, kolik sester se během své praxe setkala s pacientem jiné kultury. S pacientem jiné kultury se nesetkaly pouze dva respondenti (2 %). Podotázka č. 8 zjišťovala konkrétní etnika, se kterými se respondenti setkali. Nejvíce respondentů – 80 (30,65 %) – se setkala s pacientem romské kultury. Dále 71 (27,20 %) respondentů odpovědělo, že se setkala s pacientem vietnamské kultury. Počet odpovědí s možností ukrajinské kultury byl 67 (25,67 %). 43 sester se setkala s jiným pacientem. Písemnou doplňující odpověď k této možnosti uvedlo pouze 30 respondentů. Jednou z odpovědí bylo Slovensko, další odpověď činila jedenkrát Afrika, dále opět po jedné odpovědi Mongolsko a Indie. Sedm respondentů uvedlo Británie, potom čtyři respondenti uvedli Maďarsko, dále pět respondentů uvedlo Francie, tři respondenti uvedli Polsko a Německo. Dva respondenti ještě uvedli Arménii a další dva Itálii. Otázkou č. 10 jsem zjišťovala, jestli respondenti během ošetrovatelské péče plánují péči v souvislosti s potřebou kulturních zvyklostí pacienta. 43 (43 %) respondentů odpovědělo „Ano, někdy“, dále odpovědělo pouze 23 (23 %) respondentů možností ano, že plánují ošetrovatelskou péči vždy. 23 (23 %) respondentů neplánuje, protože na to není prostor, a 11 (11 %) respondentů uvedlo ne, není to důležité. Dále jsem se v otázce č. 16 ptala, jak probíhá ze strany respondentů ošetrovatelská péče o pacienta jiné kultury. 57 (57 %) respondentů odpovědělo, že se snaží aktivně zapojit do péče o pacienta, a splnit všechny jeho odlišné požadavky. 43 (43 %) respondentů odpovědělo, že o pacienta pečují jako o zdejšího pacienta. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že všeobecné sestry vždy k pacientovi v mé přítomnosti přistupovaly stejně, jako k pacientovi zdejšímu a nevytvořili jiný ošetrovatelský plán, který by byl zaměřen na jeho odlišnost. V otázce č. 17 jsem chtěla zjistit, co je pro všeobecné sestry největším problémem při ošetrovatelské péči o pacienta jiné kultury. 87 (37,83 %) respondentů uvedlo, že největším problémem je komunikace, dorozumět se s pacientem a jazyková bariéra. 39 (16,96 %) respondentů odpovědělo, že největším problémem jsou neznalosti specifik multikulturní péče. Dále 36 (15,65 %) respondentů uvedlo, že problémem je splnit všechny požadavky pacienta, a 34 (14,78 %) respondentů uvedlo, že je problémem spolupráce s pacientem. Méně odpovědí respondentů, a to 21 (9,13 %), bylo, že největším problémem je agresivita u pacienta jiné kultury. 9 (3,91 %) odpovědí respondentů označilo možnost, ve které je největším problémem strach a neochota. Pouze 4 (1,74 %) respondenti neměli problém při ošetrovatelské péči o pacienta jiné kultury. Respondenti z bakalářské práce Málkové (2019) uvedli, že mezi nejčastější problém při poskytování

ošetřovatelské péče patří komunikace a jazyková bariéra s pacientem jiného etnika. K této otázce mohu doplnit, že opět když jsem se setkala s ošetřováním pacienta jiné kultury, největším problémem byla komunikace a jazyková bariéra, kdy se všeobecné sestry obracely automaticky na mě, vzhledem k mému věku, který by automaticky měl odkazovat na lepší jazykové znalosti. Dále jsem chtěla zjistit, jakým způsobem se všeobecné sestry domluví s pacientem jiné kultury. K této problematice se vztahuje otázka č. 18. 54 (15,88 %) respondentů v této otázce odpovědělo, že se s pacientem domluví pomocí posunků. 51 (15,00 %) respondentů by použilo slovní odpověď. 43 (12,65 %) respondentů k domluvě s pacientem použijí komunikační karty a piktogramy. 42 (12,35 %) respondentů odpovědělo, že by poprosily kolegyni/kolegu s aktivní vybaveností jazyka. Zemanová (2016) uvádí požádání jiného kolegy s aktivní komunikací v cizím jazyce jako nejčastější odpověď. 39 (11,47 %) respondentů by se domluvilo s pomocí překladače a 35 (10,29 %) by komunikovalo prostřednictvím tlumočníka. 30 (8,82 %) odpovědi respondentů obsahovalo zodpovězenou možnost, že by ke komunikaci byl využit rodinný příslušník pacienta. 27 (7,94 %) respondentů ke komunikaci s pacientem využije slovník. 17 (5,00 %) respondentů volilo variantu dorozumění pomocí kresby. Jiná možnost zde byla zmíněna dvakrát (0,59 %), kdy jednou byla doplněna poznámkou rukama, nohama a druhý respondent svou odpověď doplnil vyjádřením, že by poprosil zkušenější kolegyni. Dále jsem zjišťovala, jaký verbální komunikační prostředek všeobecné sestry preferují při komunikaci s pacientem jiné kultury. K této problematice se vztahuje otázka č. 19. 42 (42 %) z tázaných respondentů odpovědělo, že využijí komunikaci v univerzálním jazyce (anglickém). Dále 28 (28 %) respondentů by poprosilo někoho z personálu se schopností dohovorit se požadovaným jazykem. 27 (27 %) respondentů se snaží s pacientem komunikovat neverbálně – posunky apod. 3 (3 %) respondenti vybrali možnost „Jiné“, kdy jeden respondent zmínil, že by poprosil kolegyni, a dva respondenti odpověděli, že by si pomohli pomocí překladače. Zemanová (2016) ve své práci uvedla, že na podkladě dat, se lze domnívat, že všeobecné sestry aktivně využívají všech variant komunikace, pokud samy nemluví v rodném jazyce pacienta. Tím eliminují bariéry při poskytování ošetřovatelské péče pacientům odlišné kultury. Otázka č. 20 zjišťovala, co je pro všeobecné sestry překážkou v péči o pacienta jiné kultury. Nejméně odpovědí respondentů, a to 10 (10 %) uvedlo, že překážkou jsou zvyky pacienta. 21 (21 %) respondentů uvedlo, jako největší překážku, návštěvu příbuzných. Nejvíce bylo odpovědí, ve kterých respondenti uvedli, že největší překážkou je jazyková bariéra – 69 (69 %). V práci Málkové (2019) respondenti uvádí

jako nejčastější problém komunikační bariéru. Z toho je patrná shoda našich výsledků. Otázka č. 22 se všeobecných sester ptala, zda se někdy ocitly v situaci, ve které byl během ošetrovatelské péče využit tlumočník. 57 (57 %) respondentů odpovědělo, že se v praxi setkali s tlumočníkem, naopak 43 (43 %) respondentů se v situaci s tlumočníkem nikdy neocitli. Zemanová (2016) ve své práci položila otázku, zda by respondenti využili služby tlumočníka, 10 respondentů odpovědělo kladně.

Výzkumná otázka č. 3: Jakým směrem by se měla vyvíjet ošetrovatelská péče o pacienta jiné kultury z pohledu sester?

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na všeobecné sestry, zjišťovala jsem, zda mají zájem o rozšíření znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství, a jak moc je to pro ně podstatné. K této problematice se vztahují otázky č. 12, 23, 24, 25, 26 a otevřená otázka č. 27. U tázaných respondentů v práci Málkové (2019) mnoho z nich uvedlo, že nemají zájem o rozšíření svých znalostí a potřebné informace zjistili z praxe. Otázka č. 12, se všeobecných sester ptala, jak moc je podle nich důležitá znalost kulturních hodnot při ošetrování pacienta. 13 (13 %) respondentů odpovědělo, že neví, zda je důležitá znalost kulturních hodnot. 78 (78 %) respondentů odpovědělo, že je důležité je znát, a 9 (9 %) respondentů odpovědělo, že to není důležité. Dle výsledků této otázky bych ohodnotila zájem o důležitost znalostí kulturních hodnot, jako vysokou. Otázka č. 23 se dotazuje, zda se všeobecné sestry domnívají, že v ošetrovatelské péči v České republice bude přibývat pacientů odlišných kultur. 88 (88 %) respondentů si myslí, že bude přibývat počet pacientů odlišné kultury, a 12 (12 %) respondentů odpovědělo ne. Otázka č. 24, se všeobecných sester ptá, jak by se měl pacient jiné kultury chovat ve zdravotnickém zařízení. Z dotazovaných respondentů odpovědělo 46 (46 %), že personál by měl respektovat individualitu pacienta vzhledem k jeho komfortu. 54 (54 %) respondentů odpovědělo, že pacient by se měl bezprostředně přizpůsobit pravidlům zdravotnického zařízení a požadavkům personálu. Jeden z respondentů bakalářské práce Málkové (2019) uvedl: „Ne nevím... asi nechci, proč my? Ať ví oni více o naší kultuře a přizpůsobí se.“ Je důležité, aby se zdravotnický personál snažil vyhovět požadavkům pacienta jiné kultury, což uvedlo mnoho z respondentů. V odpovědi na tuto mou otázku mírně převažuje mezi všeobecnými sestrami názor, že by se pacient odlišného etnika měl přizpůsobit požadavkům zdravotnického personálu a pravidlům zdravotnického zařízení. V otázce č. 25 jsem se všeobecných sester ptala, zda si myslí, že by všeobecné sestry do budoucna měly zlepšit své jazykové znalosti. Z dotazovaných respondentů si jich 93 (93 %) myslí, že by si všeobecné sestry do budoucna měly zlepšit své jazykové znalosti. Pouze 7 (7 %) respondentů odpovědělo, že by neměli. Můj názor se zastává zlepšení jazykových znalostí, protože je důležité, abychom porozuměli pacientovi a jeho požadavkům, což někdy nelze určit pouze posunky a neverbální komunikací. Kladné odpovědi u dané otázky mě velmi mile překvapily, jelikož skoro všichni respondenti projevíli snahu zlepšit své jazykové znalosti i když většina z nich je

narozena v období, kdy angličtina nebyla univerzálním jazykem. Otázka č. 26 je složena ze dvou částí, kdy v první části jsem se ptala, zda by všeobecná sestra měla zájem o zařazení vzdělávání ze strany zaměstnavatele týkající se péče o pacienta jiné kultury. Ze sta dotazovaných respondentů má zájem o zařazení vzdělávání ze strany zaměstnavatele pouze 43 (43 %). Dále 25 (25 %) respondentů odpovědělo, že neví, a 32 (32 %) respondentů, že nemá zájem. Pokud respondent v první části otázky č. 26 odpověděl, že má zájem o vzdělávání, byl v druhé části vyzván, aby uvedl, v jaké formě by mu vzdělávání vyhovovalo. 23 (34,86 %) respondentům by vyhovovala forma samostudia. 21 (31,82 %) respondentů projevilo náklonnost ke vzdělávání formou přednášky. 14 (21,21 %) respondentů uvedlo zájem o vzdělávání se formou kurzu, a 8 (12,12 %) odpovědi respondentů obsahovalo jiné možnosti vzdělání. Tato možnost odpovědi byla třemi respondenty vlastními slovy doplněna o možnost vzdělávání formou webináře, další tři by uvítali příručku příslušné kultury a poslední dvě odpovědi byly uváděly zájem o vzdělávání formou videa. V práci Málkové (2019) uvedlo mnoho dotazovaných respondentů zájem o zařazení vzdělávání ze strany zaměstnavatele ve formě přednášky, semináře apod. Pouze několik z nich uvedlo nezájem o rozšíření svých znalostí, protože to nepovažují za důležité. Mnou dotazovaní respondenti se z větší části staví k otázce negativně, nebo neznají odpověď. Poslední, otevřená, otázka č. 27 (Máte nějaké návrhy, které by pomohly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta jiné kultury?) se rovněž zabývá edukací všeobecných sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Na tuto otázku z dotazovaných sto respondentů odpovědělo alespoň jednou větou pouze 17 (17 %). Odpověď „Ne“, „Nemám“, napsalo 24 (24 %) respondentů. Zbýlých 59 (59 %) otázku pouze proškrtlo. Z daného je patrné, že otázku zodpověděla pouze malá část dotazovaných respondentů. Nejčastější odpovědi jsou si podobné a jsou to: Naučit se cizí jazyk. Edukace sester formou přednášek. Vzdělávání se v multikulturním ošetrovatelství formou kurzů. Někteří respondenti vyjádřili názor, že při hospitalizaci či ošetření v zahraničí by se zdravotnický personál cizincům nepřizpůsoboval a domnívají se, že ošetrovatelská péče pacientů jiného etnika je v naší republice na vysoké úrovni. Naopak očekávají přizpůsobení pacientů jiných etnik naší kultuře, zvláště pro nedostatek zdravotnického personálu, z tohoto hlediska se jim jeví individuální přístup multikulturního ošetrovatelství jako nadstandartní.

Z výzkumného dotazníkového šetření v Nemocnici Nové Město na Moravě mj. vyplývá, že téměř všichni respondenti se v ošetrovatelské péči setkali s pacientem odlišného etnika, znalosti v této oblasti získávají vyrovnaně po stránce teoretické i praktické. Minoritní kultury, zastoupené v dotazníku, tvoří podstatnou část pacientů jiné kultury, se kterými se respondenti setkali při ošetrovatelské péči. Největší znalosti, co se týče charakteristiky chování, mají s pacienty romské kultury, což je pravděpodobně dáno historicky nejdelší zkušeností s tímto etnikem. Téměř polovina respondentů se zajímá o specifika multikulturního ošetrovatelství, většina má základní znalosti v této oblasti. Více jak dvě třetiny respondentů plánují ošetrovatelskou péči dle kulturních zvyklostí daného etnika, více jak polovina se snaží plnit odlišné požadavky pacientů jiných kultur. Vnímají znalost kulturních hodnot jako důležitou. Jako největší problém vidí respondenti jazykovou bariéru (většina respondentů má pouze základní jazykové vybavení v anglickém jazyce) a neznalost specifik multikulturního ošetrovatelství v oblasti komunikace (ačkoliv mají určité zkušenosti s komunikací neverbální i s prací tlumočnicka). Část respondentů by uvítala další vzdělávání, především formou samostudia a přednášek. Převážná většina respondentů se domnívá, že pacientů odlišných kultur bude přibývat.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výzkumu šetření vyplývá, že edukace všeobecných sester v multikulturním ošetrovatelství není dostačující a zájem všeobecných sester o vzdělání se v této oblasti by mohl být větší. Ze svých zkušeností si myslím, že právě znalost zvyklostí jednotlivých kultur, které jsem ve své práci zmínila, je důležitá. Toto vše je samozřejmě ovlivněno také naší kulturou a předsudky, které mají Češi vůči jiným národům automaticky, aniž by se nad nimi prvně zamysleli nebo vložili trochu lidské empatie. Všeobecné sestry by se tak vyvarovaly předsudkům a konfliktům v rámci ošetrovatelské péče, ke kterým dochází právě v důsledku neznalosti daného etnika. Proto si myslím, že je důležité, aby všeobecné sestry měly v tomto ohledu dobré znalosti a vyhnuly se tak případným potížím jak z jejich strany, nebo ze strany pacienta. Mým návrhem je tedy systematicky vzdělávat všeobecné sestry v oblasti multikulturního ošetrovatelství a jazykové vybavenosti. Podle odpovědí v dotazníku k výzkumné otázce č. 3, ve které jsem se snažila zjistit, zda všeobecné sestry mají zájem o edukaci v tomto odvětví, bych navrhovala, aby vzdělávání všeobecných sester proběhlo pod záštitou zaměstnavatele, který by všeobecným sestrám poskytl edukaci ve formě přednášek. Přednášky by všeobecným sestrám přiblížily nejčastější minority, se kterými se lze setkat v České republice a specifika ošetrovatelské péče v dané etnicitě. Především bych doporučila zaměřit se na nesrovnalosti v rámci komunikace, která je podle mého názoru většinou kámen úrazu a každá všeobecná sestra by měla mít ve svém ošetrovatelském cíli vhodně zvolenou komunikaci, aby provedla správnou ošetrovatelskou diagnózu a mohla tak stanovit individuální plán ošetrovatelské péče. Vhodná komunikace také předá pacientovi podstatné informace, aby tak byly splněny i jeho potřeby a neměl pocit nejistoty. Dále z výsledků výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry nejsou dostatečně vzdělané v rámci jazyků. Proto bych v zájmu komunikace všeobecných sester navrhovala další vzdělávání se v jazyce, alespoň v tom nejzákladnějším, kterým je angličtina. Toto je bohužel generační problém – mladí lidé mají angličtinu od malička a není pro ně problémem se dohovorit. Starší generace s angličtinou nemá tolik zkušeností, a proto pak není možnost poskytnout správnou ošetrovatelskou péči pacientovi jiné kultury, který hovoří jiným jazykem a který ovládá jazyk anglický, coby univerzální jazyk. Pokud všeobecné sestry zájem o vzdělání se v jazyce nemají, pak bych tedy navrhovala ze strany zaměstnavatele zajistit na každém oddělení kontakty na kolegy, kteří se dokážou jiným jazykem domluvit, nebo kontakt na tlumočníka. Z uvedených odpovědí dotazovaných

všeobecných sester lze vyvodit závěr, že by si edukaci přestavily nejčastěji ve formě kurzů, přednášek a webinářů. Jelikož všeobecné sestry, i v důsledku zmiňovaného nedostatku zdravotnického personálu a také náročnosti současné pandemické situace, jsou časově velmi vytížené, navrhovala bych motivovat jejich zájem o edukaci v problematice ošetrovatelské péče o pacienty odlišných kultur vhodnými bonusy – např. bodovým ohodnocením za jednotlivé vzdělávací aktivity, které pak bude v určité výši kompenzováno finančně.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem zjistila, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester při ošetřování pacienta jiné kultury v Nemocnici Nové Město na Moravě. Na základě dotazníků jsem rozpoznala, jak je která všeobecná sestra vzdělaná v rámci multikulturního ošetřovatelství, co je největším problémem při poskytování ošetřovatelské péče pacientovi jiné kultury a jak by se všeobecné sestry samy chtěly v této problematice zdokonalit. V práci jsem si určila jeden cíl, který zmapoval teoretické znalosti všeobecných sester v ošetřovatelské péči o pacienta jiné kultury, zjistil jejich praktické zkušenosti při poskytování ošetřovatelské péče, a také vzdělanost v rámci ošetřovatelské péče o pacienta jiné etniky. K tomuto cíli jsem si stanovila tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka měla zmapovat, jaké jsou teoretické znalosti všeobecných sester v rámci multikulturního ošetřovatelství. Dle odpovědí sester, pracujících v tomto zdravotnickém zařízení jsem zjistila, že teoretické znalosti jsou v základní úrovni, v některých případech jsou jejich znalosti velmi dobré. Ve specifických otázkách jsou dobře orientovány. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na praktické zkušenosti všeobecných sester v rámci ošetřovatelské péče o pacienta jiné kultury v daném zdravotnickém zařízení. Z praktických zkušeností sester jsem se dozvěděla, že nemají příliš dobré zkušenosti. Někteří respondenti odpověděli negativně v rámci péče o pacienta romské kultury. Jiné odpovědi respondentů uvádí, že není důležité rozlišovat pacienta jiné kultury od pacienta místního a je důležité k němu přistupovat stejně jako k ostatním. Z otázek vyplynulo, že největším problémem je komunikace a jazyková bariéra způsobená nedostatečnou znalostí cizího jazyka. Třetí výzkumná otázka měla zjistit, jakým směrem by se měla vyvíjet edukace v rámci ošetřovatelské péče o pacienta jiné kultury. Dle uvedených odpovědí jsem zjistila, že všeobecné sestry mají zájem o edukaci v oblasti multikulturního ošetřovatelství, ale jelikož jde o menší část respondentů, určitě by bylo vhodné motivovat zdravotnický personál k většímu zájmu o vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Jelikož z odpovědí vyplývá, že respondenti by měli zájem o vzdělávání především v jednodušších formách, které by jim poskytl zaměstnavatel, a to například formou přednášky, webináře nebo ve formě příruček, které by byly zaměřeny vždy na jednotlivou kulturu, je toto určitě směr, který by se v ošetřovatelské péči neměl přehlížet. Při zpracování bakalářské práce jsem rovněž

zjistila, že náročnost v oblasti poskytování ošetrovatelské péče pacientovi jiné kultury je vysoká pro všechny dotazované všeobecné sestry. Byla bych ráda, kdyby má bakalářská práce přispěla k informovanosti sester a přispěla tak ke kvalitnější péči o pacientů jiných etnik. Ve srovnání s předchozími lety rostou znalosti a zkušenosti všeobecných sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty odlišných kultur. Vzhledem k aktuální celosvětové situaci je pravděpodobné, že se všeobecné sestry budou s různými etniky při své práci setkávat častěji, proto pro ně budou kvalitní znalosti specifík multikulturního ošetrovatelství nejen profesionálním přínosem, ale především přínosem pro pacienta. Poznatky získané dotazníkovým šetřením mohou být zdrojem informací pro stávající i nové všeobecné sestry a také pro všeobecné sestry, které se během své praxe s pacientem jiné kultury ještě nesetkaly. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry přistupují k ošetrování pacientů jiné etnicity, zda mají zájem o vzdělávání se v této oblasti a s jakými problémy se při poskytování péče v multikulturním ošetrovatelství všeobecné sestry potýkají. Tohoto cíle bylo dotazníkovým šetřením a odpověďmi na výzkumné otázky dosaženo.

Seznam použité literatury

BOUZEK, Jan, 2008. *Jak se domluvit s jinými? Úvod do mezikulturní komunikace*. Praha: Triton. 176 s. ISBN 978-80-7387-043-0.

ČENĚK, Jiří, Josef SMOLÍK a Zdeňka VYKOUKALOVÁ, 2016. *Interkulturní psychologie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.

Český statistický úřad, 2019. *R05 Cizinci v ČR podle regionu soudržnosti, kraje a okresu v letech 1996 - 2019 (stav k 31. 12.)* [online]. [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R05_2019.pdf/ae0261a6-48e0-40f2-b2ab-310b7b104622?version=1.0

Český statistický úřad, 2019. *R06 Nejčastější státní občanství cizinců podle regionu soudržnosti, kraje a okresu v letech 2004 - 2019 (k 31. 12.)1* [online]. [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/151070886/c01R06_2019.xlsx/69df1927-c962-491e-9a12-df9d03734ab0?version=1.0

HORÁKOVÁ, M., PROCHÁSKA, P., PEKARA, J. 2011. *Zvyky a specifika romské minority při ošetrovatelské péči v ČR*. In: NYKLEWICZ, W. (eds). *Pielęgniarstwo ponad granicami*. Łódź: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. s. 68-72. ISBN 978-83-906824-1-9.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.

JELÍNKOVÁ, Zdenka, 2010. *Ukrajinská minorita žijící v Brně. Sonda do problematiky*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Ústav evropské etnologie.

KAČOROVÁ, Jana, 2010. *Kultúrne kompetencie v multikultúrnej Európe*. In: HALUZÍKOVÁ, J., ARCHALOUSOVÁ, A. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: V. sborník příspěvků*. Opava: Slezská univerzita, s. 110-112. ISBN 978-80-7248-607-6.

KALEJA, Martin et al., 2012. *Romové – otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 204 s. ISBN 978-80-7464-175-6.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi*. 303 s. [online]. [citace 2021-04-01]. Dostupné z: http://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf

KUTNOHORSKÁ, Jana, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a IVANOVÁ, Kateřina, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana; KISVETROVÁ, Helena, 2010. Tradice v ošetrovatelství na příkladu přísloví o zdraví. In: *Ošetrovaťel'stvo-pohyb-zdravie. Zborník vedeckých prác*. Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne. Fakulta zdravotníctva. s. 196-204. ISBN 978-80-8075-450-1.

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

LOMNICKÝ, Igor, 2010. *Etická výchova jako inšpirácia na každý deň*. Nitra: Filozofická fakulta Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre. 119 s. ISBN 978-80-8094-701-9.

MÁLKOVÁ, Lenka, 2019. *Sestra a péče o pacienty jiné kultury* [online]. [cit. 2021-04-01]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3iqt45/>

PRÁT, Šárka; KOUŘILOVÁ, Jana, 2017. *MIGRACE VIETNAMCŮ DO ČESKÉ REPUBLIKY A JEJICH POZICE NA PRACOVNÍM TRHU*. [online]. [citace 2021-01-15]. Dostupné z: <https://www.econ.muni.cz/do/econ/soubory/katedry/kres/4884317/58368772/PratKourilova.pdf>

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. *Slovníček pojmů*. [online]. [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/slovnicek-pojmu.aspx>

NOVÁKOVÁ, Dita, 2012. Federace židovských obcí. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 121-151. ISBN 978-80-7387-645-6.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 2002. *Informace pro učitele: Ukrajinci v České republice*. [online]. [citace 2020-11-15]. Dostupné z: <https://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/pgps/ikvz/podkapitoly/b05cizinci/02/06.pdf>

PRŮCHA, Jan, 2010. *Interkulturní psychologie: Sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 3. vyd. Praha: Portál, Psychologie (Portál). 220 s. ISBN 978-80-7367-709-1.

SOKOL, Jan, 2007. *Malá filosofie člověka; a Slovník filosofických pojmů*. 5., rozš. vyd., (Ve Vyšehradu 3.). Praha: Vyšehrad. 411 s. ISBN 978-80-7021-884-6.

ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2009. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 196 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

TROJANOVÁ, Veronika, 2017. Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů daných etnických skupin [online]. [cit. 2021-04-18]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/g8x5pt/>

ZEMANOVÁ, Kamila, 2016. *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2021-04-01]. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ixaxa8/>