

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**MULTUKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ VE
ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

LUCIE KRATOCHVÍLOVÁ

Praha 2010

MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Bakalářská práce

LUCIE KRATOCHVÍLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2010-4-30

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

ABSTRAKT

KRATOCHVÍLOVÁ, Lucie. *Multikulturní ošetřovatelství ve zdravotnickém zařízení*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Praha. 2010. s. 77

Bakalářská práce je zaměřená na teorii i praxi multikulturního přístupu v ošetřovatelství. Cílem práce je jednak pozorovat úroveň informovanosti osob pracujících ve zdravotnictví a poukázat na nebezpečí jistého kulturního nedorozumění, které může plynout z neznalosti specifických potřeb etnických či národnostních skupin, s nimiž se může zdravotnický personál ve své praxi setkat. Dalším cílem je zjistit možné nedostatky v ošetřování osob vietnamské národnosti. Metodou vedoucí k zjištění údajů byl dotazníkový průzkum na odborných pracovištích nemocnice v Praze. Dotazník v počtu šedesáti kusů byl koncipován jako zjednodušený test znalosti z oblasti multikulturního ošetřovatelství, přitom důraz byl kladen na specifika péče o osoby vietnamské národnosti. Shromážděné dotazníky byly vyhodnoceny a jejich výsledky zpracovány do grafů, čímž bylo možno vyzorovat a porovnávat konkrétní zjištěná fakta, která byla dále zdrojem pro závěrečnou část práce, pojednává o výsledcích výzkumu. Uvedené výsledky se shodují s předem stanovenými hypotézami. Bylo tedy zjištěno, že informovanost sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství není vysoká. Na základě zjištěného jsem se pokusila navrhnout opatření vedoucí ke zlepšení situace v dané oblasti.

Klíčová slova

Kultura. Multikulturní ošetřovatelství. Potřeby. Přístup. Specifika vietnamského etnika. Spiritualita.

ABSTRACT

KRATOCHVÍLOVÁ, Lucie. *Multi-cultural aspects of health care in hospitals*. College of Health, o.p.s. Diploma work consultant: PhDr. Jana Hlinovska, Prague. 2010. p. 77

Our bachelor diploma work is focused on multi-cultural aspects in health care with its theoretical and practical attributes. The aim of this work is firstly to observe the level of medical staff's education; secondly to show the potential danger of trans-culture misunderstanding caused by the low education in the field of special ethnical and cultural needs of the minorities. Our next aim is to discover potential insufficiency in care giving to Vietnamese people. The method to get requested information was a questionnaire survey done at specialized wards in Prague's hospital. The questionnaire was built as a simple test of elementary multicultural knowledge a special emphasis was given to people of Vietnamese nationality. All information received was transformed to charts and graphs after collecting and evaluating the questionnaires. After that it was possible to display, comment and compare discovered facts. The final conclusion has made a basement for the final part of our work. The results that we achieved comply with the hypothesis we had created before we did our survey. We found out that the multicultural awareness among the medical staff is not high enough as it should be. On account of that we have tried to offer a proposal of acquisition leading to improve the situation in the area of multicultural health care.

Key words:

Culture. Multi-cultural aspects of health care. Needs. Spirit. Vietnamese specifics.
Spirituality

PŘEDMULUVA

Soužití v rozmanité společnosti, vzájemná tolerance a respekt k jedinečnosti každého člověka je podstatou soudobého života. V duchu humanity a kosmopolitního přístupu k věci jsou vypracovány rozličné teorie o přístupu k osobám jiných národností a etnik.

Tato práce vznikla za účelem popsání situace v oblasti zdravotnické péče o osoby jiné národnosti, kultury či vyznání. Stěžejním bodem zájmu se staly vietnamské národnosti, které tvoří nezanedbatelné procento populace imigrantů žijících na území ČR. Považuji za podstatné poukázat na kulturní specifika a odlišnosti péče o takové osoby, stejně tak působit v procesu edukace zdravotnického personálu ve smyslu zvýšení informovanosti v oblasti multikultury.

Podklady pro práci byly čerpány z mnoha knižních zdrojů, periodik a internetových pramenů. Komplikací a porovnáním získaných informací byl shromážděn materiál, který lze použít jako silný osvětový a informativní nástroj.

Práce je určena pro osoby pracující na odděleních velkých nemocnic, kde existuje předpoklad zvýšené četnosti setkání se s osobami jiných národností. Výsledky průzkumu jsou též vhodným podnětem k zamyšlení nad efektivitou vzdělání zdravotnických sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Janě Hlinovské za její cenné rady a metodickou podporu.

OBSAH

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | MULTIKULTURA | 11 |
| 1.1 | Multikulturní výchova | 11 |
| 1.2 | Nejčastěji užívané pojmy v multikulturní výchově | 12 |
| 1.2.1 | Etnikum, etnická skupina | 12 |
| 1.2.2 | Národ, národnost | 13 |
| 1.2.3 | Kultura | 14 |
| 1.2.4 | Předsudky, diskriminace | 14 |
| 1.2.5 | Menšina, dominantní skupina | 15 |
| 1.2.6 | Rasy, rasismus | 16 |
| 2 | MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ | 17 |
| 2.1 | Faktory ovlivňující multikulturní ošetřovatelství | 18 |
| 2.2 | Zásady multikulturní ošetřovatelské péče | 18 |
| 3 | KULTURNÍ ŠOK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | 20 |
| 3.1 | Fáze kulturního šoku | 20 |
| 3.2 | Prevence kulturního šoku | 21 |
| 4 | RESPEKTOVÁNÍ SPIRITUALITY A REGIONALITY PRO OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ JINÝCH KULTUR | 22 |
| 4.1 | Spiritualita a religionita pacienta | 23 |
| 4.2 | Spirituální hodnoty | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 5 VIETNAMSKÉ ETNIKUM | 26 |
| 5.1 Historie česko-vietnamských vztahů | 26 |
| 5.2 Jazyk | 28 |
| 5.3 Kultura a tradice | 29 |
| 5.3.1 Rodinné vztahy | 29 |
| 5.3.2 Náboženství a svátky | 30 |
| 5.3.3 Dotyková kultura | 31 |
| 6 ZÁSADY A SPACIFIKA OŠETŘOVÁNÍ VIETNAMSKÉHO ETNIKA | |
| 6.1 Nároky na zdravotní péči | 32 |
| 6.2 Hospitalizace Vietnamců v ČR | 33 |
| 6.3 Znaky péče | 33 |
| 6.4 Stravovací zvyklosti | 35 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | |
| 7 VYTÝČENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMŮ, CÍLŮ, HYPOTÉZ | |
| 7.1 Výzkumný problém | 36 |
| 7.2 Výzkumný cíl | 36 |
| 7.3 Výzkumné hypotézy | 36 |
| 7.4 Výběrový soubor | 37 |
| 7.5 Metoda výzkumu | 37 |
| 7.6 Hypotetické tvrzení | 38 |
| 7.7 Metodika průzkumu | 38 |
| 7.8 Průzkumný vzorec | 38 |
| 8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ NA I. INTERNÍ KLINICE | 40 |
| 9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ NA ORL | 52 |
| DISKUSE | 64 |
| ZÁVĚR | 72 |
| POUŽITÁ LITERATURA | 75 |
| PŘÍLOHY | |

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je multikulturní problematika v ošetrovatelství. V našem prostředí se od uvolnění hranic počátkem devadesátých let začaly objevovat různé, do té doby neznámé kultury se všemi svými rozdíly a zvláštnosti. To s sebou přináší pochopitelnou potřebu po změně náhledu na odlišnosti ošetrovatelských postupů.

Měli bychom si klást otázku, jak dobře jsme na tyto změny připraveni. Nelze pacienta brát pouze jako „porouchaný“ stroj, který vyžaduje nutnou opravu, měli bychom k němu přistupovat jako k unikátní, holistické a komplexní bytosti, která má své potřeby, návyky a specifika.

Když je člověk hospitalizován, často prožívá různé pocity a stavy, které se dají charakterizovat jako zoufalost, beznadějnost a strach. Pacient se trápí svým vlastním osudem, svým eventuálními bolestmi, cítí se osamělý, odtržený od svých blízkých. Je mimo svůj domov, který pro něj skýtá pocit bezpečí a saturaci elementárních duševních potřeb.

Všechny tyto pocity prožívá člověk přicházející k nemocničnímu ošetření s velkou intenzitou, ta stoupá v okamžiku nejistoty, která je způsobena kulturní odlišností prostředí. Člověk pocházející z jiného kulturního prostředí vnímá tuto situaci mnohem intenzivněji. Právě v tomto okamžiku může dojít k nepředloženým nedorozuměním s potencionálně velice zásadními dopady.

Poznávejme specifika jiných kultur včetně jejich potřeb v oblasti péče, protože je tak lze s úspěchem předcházet trans-kulturním nedorozuměním. Proč nedodat pacientům svým přístupem pocit, že mají nárok požadovat kvalitní péči v oblasti svých specifických potřeb? I tím jim můžeme dopřát alespoň na chvíli možnost zapomenout na bolest a utrpení.

Poznávání odlišností v ošetrován pacientů jiných kultur, náboženství nebo etnik je podřízena koncepcí celé bakalářské práce, která se zabývá multikulturním ošetrovatelstvím po stránce teoretické i praktické. V části teoretické je pojednáno o definicích, modelech a specifikách multikulturního přístupu k pacientům, stejně tak i o

spirituálních potřebách pacientů s jinou kulturou. Do podrobnějších rozměrů jsou rozpracovány individuální potřeby osob vietnamské národnosti. Praktická část se zabývá výzkumem informovanosti zdravotnického personálu v dané oblasti. Výsledky jsou dále statisticky vyhodnoceny a prezentovány společně s příslušným komentářem.

Práce si klade za úkol přinést zjištění a upozornit na eventuální nedostatky, stejně tak jako navrhnout jejich možné odstranění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURA

Multikultura je souhrn v požadavků respektujících všechny lidi a jejich kultur. Volání po uznání rovné hodnoty rozdílných kultur je výrazem základní, hluboké a univerzální lidské potřeby bezpodmínečného přijetí, která tvoří podstatnou součást silného pocitu identity. Vytváření identity osoby je úzce spojeno s pozitivním sociálním uznáním. Každá liberálně demokratická politika by měla klást důraz na vytváření a udržování sociálního prostředí, které respektuje všechny národy v jejich kulturní rozmanitosti tím, že jim dává pocit příslušnosti k širšímu společenství.

V souvislosti s ubýváním obyvatelstva a stárnutím populace v rozvinutých zemích se i v České republice stále hovoří o nutnosti ve zvýšené míře přijímat imigranty, kteří s sebou často přinášejí zcela odlišné hodnoty. Migrace obyvatelstva je základní způsob existence a přežití lidstva. Zatímco dříve trvala celá staletí, dnes se zrychlila na pouhé týdny.

1.1 Multikulturní výchova

- je oblast vědecké teorie, která má transdisciplinární charakter
- je oblast výzkumu, který zásobuje teorii i praxi poznatky o multikulturní realitě, v níž se rozvíjí současná civilizace
- je oblast infrastruktury, která vytváří organizační a informační základnu pro teorii a realizaci multikulturní výchovy
- je oblast praxe, edukační a osvětové činnosti realizované na školách i v institucích celoživotního vzdělávání s cílem sbližování a spolupráce mezi etniky, národy, kulturami a rasami (Kutnohorská,2005,s.16).

Termín multikulturní ošetřovatelství použila v 60. roce 20. století Madeleine Leiningerová, americká profesorka ošetřovatelství a antropologie. (Archalousová, 2003, s. 31)

Účelná a účinná pomoc ve zdravotní péči klientům různých kultur si žádá na jedné straně dobrou připravenost a na druhé straně se může pro všechny zdravotnický personál stát velkou odměnou, když vidí, že svými znalostmi a dovednostmi vyvolává u pacientů spokojenost.

K cílům multikulturního ošetrovatelství patří výchova nové generace sester, vybavených odpovídajícími znalostmi, vnímavostí a pochopením světa kolem nich.

1.2 Nejčastější užívané pojmy v multikulturní výchově

Tato kapitola seznamuje se základními pojmy, které jsou užívány v souvislosti s multikulturní či transkulturní problematikou. Některé termíny jsou veřejností vnímány nepřesně, a proto je nezbytné vysvětlit jejich význam i základní rozdíly.

Vysvětlení pojmů vychází z terminologie sociologie, kulturní antropologie, etnologie, pedagogiky a sociální práce. Často vzájemně prolínají, zejména pokud se jedná o pojmy etnikum, etnické skupiny, národ, národnostní menšina, kultura, dominantní skupina, nebo rasismus, rasy. Je proto nutné definice pozorně vnímat a případně se k nim navracet.

1.2.1 Etnika, etnická skupina

Výraz „etnikum“ pochází z anglické řečtiny, v níž etnos znamená „kmen, rasa, národ“, a následně z latinského slova ethnicus, což znamená pohan, pohanský. Z toho vyplývá, že teorie o etnické diferenciaci lidstva mají velmi staré kořeny. V západoevropské tradici znamená kulturně definované a diferenciované skupiny lidí. Ve stejném významu se používá pojem etnická skupina. Všemi těmito termíny se často označuje také národ, národnost, národnostní menšina, kmen, což je ovšem nepřesné, neboť ne všichni příslušníci jednoho etnika jsou příslušníky stejného národa.

Etnická skupina je společenství, v němž je účast obvykle dána zrozením, a jehož členové sdílejí pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny, nebo sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy mezi které patří rysy jazykové, kulturní, náboženské, dále barva pokožky, národní nebo geografický původ předků aj. V etnických skupinách jsou udržovány stálé, jednou provždy dané a během společenského vývoje schválené a osvědčené způsoby existence skupin. Etnická skupina je společenství jedinců, kteří udržují a šíří své kulturní a sociální dědictví z generace na generaci (on-line Transkulturní ošetřovatelství, 12.12.2009 15:00).

1.2.2 Národ, národnost

Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. K této definici se uvádějí tři typy kritérií, jimiž jsou národy identifikovány:

- a) Kritérium kultury je spisovný jazyk (především u národů Evropy a mnoha národů Asie), společné náboženství (např. u národů Blízkého východu) nebo společná dějinná zkušenost (např. v USA - pokud se rozlišuje „americký národ“).
- b) Kritérium politické existence je pro národy buď vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě.
- c) Psychologické kritérium znamená, že subjekty národa (jednotlivci) sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu. Silné národní uvědomění, jež je v souladu s následným jednáním, se nazývá vlastenectví. Jeho vyhraněnou podobou, kdy dochází ke střetu s jinými národy, nazýváme nacionalizmem (Šišková, 2001, s. 100).

Národnost je obvykle chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. OSN doporučuje zjišťovat národnost obyvatel na základě tohoto širokého vymezení: *„příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, která ji odlišuje od ostatní populace“* (Ivanková, 2005, st. 21).

1.2.3 Kultura

Kultura byla vždy součástí výbavy lidského druhu. Sdílený způsob slovního vyjadřování, mimika, různá gesta a postoje, způsob oblékání, příprava a konzumace jídla, to vše a mnoho dalšího reprezentuje lidskou kulturou. Kultura ovšem není u všech lidí stejná. Kulturní rozmanitost je jedním z ústředních vztahů lidského života.

Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etnické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění, zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil. Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování. Kultura není předávána geneticky a je vždy výsledkem lidské činnosti.

Každá z těchto schopností umožňuje lidem určitým způsobem redukovat množství problémů, jimž jsou jako celek vystaveni, umožňuje přežívat v prostředí kulturním způsobem. Zároveň však každá z těchto jedinečných dispozic má tendenci zvrhávat se z nástroje řešení problémům v cíl sám o sobě a získává podobu ritualizované činnosti. Ritualismus je potom možno definovat jako standardizované jednání, založené na vnucených nebo tradičních pravidlech, která jsou nástrojem upevňujícím normativní uspořádání daného společenství (online Transkulturní ošetřovatelství, 12.12.2009 15:00).

1.2.4 Předsudky, diskriminace

Jednou ze zvláštností multikulturní reality světa je to, že v ní hrají významnou roli předsudky a stereotypy. I když tyto pojmy mají stejnou psychologickou podstatu, je účelné je rozlišovat. Někteří odborníci mezi nimi rozdíl nečiní, jiní odlišují předsudky jako názory a postoje, které obsahují vesměs nepříznivý nebo nepřátelský kontext vůči jiným, zatímco stereotypy mohou být postoje neutrální, nebo dokonce obsahující příznivý, pozitivní vztah. Stereotyp nemusí mít nutně rasistický podtext.

Předsudky představují zvláštní komplex v nezdůvodněných postojů a stanovisek, které si lidé průběžně osvojují pod vlivem prostředí, nebo je převezmou

od nějaké „autority“. Předsudky jsou vlastně laciné berle, s jejichž pomocí lze snadno překonávat obtíže, které provázejí formování vlastního názoru na něco, co se poněkud vymyká našemu zaběhnutému vidění okolního světa (Haisová, 2005, s. 14).

Diskriminace však nemusí být pouze negativní, ale lze rozlišit i pozitivní. Pozitivní diskriminace je nazývána afirmativní akcí a znamená kladné úsilí, které podporuje členy menšinové skupiny a jejich zájmy (Ivanková, 2005, s. 32).

1.2.5 Menšina, dominantní skupina

Pod pojmem menšina rozumíme obecně jakoukoliv skupinu lidí definovanou určeným sociologicky významným společným znakem (např. náboženská menšina, národnostní komunita, jazyková skupina, rasová skupina, sexuální menšina), která se počtem nemůže rovnat, tvořící v dané společnosti většinu (dominantní). Je to množina lidí, která je pro své fyzické či kulturní charakteristicky vyčleněna od ostatních příslušníků společnosti, přičemž dominantní skupina se k nim chová odlišným a nerovným způsobem. Nejčastěji se jedná o skupinu podřízenou, jejíž členové mají výrazně menší množnost kontroly nebo moci nad svými životy než dominantní skupina. Důležitým znakem menšin je, že jsou si vědomy jistého sociálního znevýhodnění.

Dominantní skupinou rozumíme sdružení uprostřed společnosti, která má výjimečné postavení ve funkci ochránců a držitelů hodnotného systému společnosti a je prvním „udělovačem“ odměn ve společnosti.

Na útlak dominantní skupinou mohou menšiny reagovat různými způsoby:

- unikat ze soužití s dominantní skupinou, avšak navenek předstírat pasivní přijetí dominantních jednání a norem
- nenásilně odporovat tlaku dominantní skupiny a přitom si vytvářet hrdé a seberepektující postoje uvnitř vlastní skupiny
- násilně odporovat, nebo dokonce obrátit svou agresi proti vlastním lidem, což může vyústit v asociální jednání (alkoholismus, kriminalita, prostituce).

V moderním světě je proto pro většinu menšin typické, že jsou zároveň utlačované i ochraňované. Nejčastěji jsou však menšiny ohroženy pohrdáním, což způsobuje stav sociální frustrace (Ivanková, 2005, s. 34).

1.2.6 Rasy, rasismus

Pojem rasa je zejména v evropské kultuře laicky používán s určitým nádechem ideologické problematičnosti. Je proto nutné pojem uchopit a vymezit vědecky. Rasa je antropologický termín, jehož původ není zřejmý. Předpokládá se, že se jedná o výraz arabský (v arabštině znamená hlava, původ, kořen). V dnešním slova smyslu jej použil francouzský antropolog Francois Bernier v roce 1684 při klasifikaci plemen (Průcha, 2001).

Kromě somatického třídění ras existuje ještě pojetí ras v kulturní psychologii, sociologii a filozofii, které není založeno na anatomických kriteriích (např. nordická rasa, židovská, arabská rasa ...)

Rasismus je ideologií, která tvrdí, že psychologické kvality jednotlivců jsou nutně spojeny s viditelnými fyzickými rysy a že se nikdy nemohou změnit. Lidstvo se podle nich dělí do přesně vymezených ras, některé jsou přirozeně lepší a některé horší. Podřadná rasa musí navždy zůstat podřadnou.

Rasismus byl vždy teoretickou základnou k násilnému ovládnutí jedněch národů a států druhými a také důvodem k vyhlášením válek. Zpravidla byl založen na splývání rasy a národa, tj. pojmů a zákonitostí biologických a společenských, nebo na ještě složitějším směšování faktorů a předsudků o těchto pojmech (nejčastější příčina). Vycházel z nevědeckých a falešných představ a názorů jednotlivců či skupin a považoval je za jediné, správné a směřující, a to zpravidla proto, že vyhovovaly politice zastánců těchto teorií. Opíral se o nevědecké teorie o rasové méněcennosti a nerovnocennosti lidí na světě (Šišková, 2008).

2 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Multikulturní ošetřovatelství je praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s respektováním jejich souborů hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individuální podporu ve zdraví a nemoci. Smyslem multikulturního ošetřování je naplnit lidské potřeby tak, aby pacient/klient neměl důvod odmítnout spolupráci anebo nepociťoval nespokojenost. To vyžaduje od sestry nejen vědomosti, vnímavost, ale i pochopení a zájem o morální aspekty kultury pacienta/klienta, jako respektování práv zakomponovaných v lidských právech.

Multikulturní ošetřovatelství je význačná oblast teorie a praxe ve zdravotnictví, soustředěná na porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí. Cílem multikulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně specifickou a univerzální praktickou péči pro podporu zdraví a k prospěchu lidí, případně pomáhat ve svízelných situacích, onemocněních nebo smrti kulturně podmíněnými postupy (Kutnohorská, 2004, s. 53).

Víme, že reakce na zdraví a chorobu je záležitost nejen biomedicínká, ale i psychosociální, kulturní, etnická a v neposlední řadě i náboženská. Pojem multikultura je však v našem prostředí málo znám. Proto si sestry často při ošetřování neuvědomují rozdíly v etniku, rase, jazyce, náboženství. Málo se v této vzdělávají oblasti. Což je na škodu nejen pacientům, ale i sestrám. Sestry nemohou růst kulturně a ani vědomostně (Trčková, 2001, s. 14).

Práce s duchovními tématy je důležitá ačkoli se na první pohled zdá, že neovlivňují přímo somatické zdraví pacienta. Opak je pravdou. Zdravotní personál by se měl zajímat o duchovní život osoby v jeho péči a aktivně se účastnit příslušných vzdělávacích programů (Průcha, 2001, s. 50).

2.1 Faktory ovlivňující multikulturní ošetrovatelství

- Nárůst populační migrace.
- Kulturní míšení.
- Nárůst kulturního vědomí pacienta/klienta.
- Rozšiřování elektronické komunikace, zavádění moderní zdravotnické techniky.
- Migrace lékařů a sester.
- Množství právních kroků, které pacient/klient podnikají na obhajobu svých kulturních práv.
- Zájem o lidská práva na adekvátní péči.
(Trčková, 2001, s. 14).
- Štět „kultury života“ (podpora starých, péče o děti) s „kulturou smrti“ (eutanázie, potraty).
- Posun od péče soustředěné do nemocnic k péči v přirozených komunitách.
- Větší požadavky kulturních menšin na adekvátní péči.
- Prohlubování rozdílů mezi kulturou sociálně slabých a bohatých.
- Výskyt násilí, hněvu, sociálního útlaku anebo nespravedlnosti.
- Širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur o potřebách se domluvit.
(Slezáková, Pavlíková, 2004, s. 6).

2.2 Zásady multikulturní ošetrovatelské péče

- V zájmu zdraví, léčby a pocitu pohody jednotlivce, rodin, skupin a institucí je nevyhnutelná humánní péče respektující danou kulturu.
- Vědomosti o multikulturním ošetrovatelství jsou potřebné pro bezpečnou praxi.
- K lidským právům patří péče respektující víru, hodnoty, zvyky a postupy dané kultury jsou součástí ošetrovatelských služeb.
- Odvozování zkušeností o efektivních způsobech kulturní péče tvoří základ multikulturního ošetrovatelství a slouží jako návod na rozhodování.

- Poznatky z praxe laické a profesionální péče se často liší úrovní a hloubkou vědomostí a praktickými zkušenostmi, proto je nutné ověřit si je u pacienta/klienta.

(Semínová, 2004, s. 103).

- Holistický přístup a vědomosti z multikulturního ošetrovatelství jsou nevyhnutelné pro pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů týkajících se světonázoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenstva, náboženství, technologií, ekonomických a politických faktorů a specifických kulturních hodnot, zvyků a způsobů péče o pohodu, zdraví a o choré osoby.

- Podstatou vzdělávání, výzkumu a praxe v multikulturním ošetrovatelství je kulturně odlišný životní styl, způsob učení a péče o zdraví v různých etapách života lidí.

- Multikulturní ošetrovatelství vyžaduje poznání sebe samého, vlastní kultury a ochotu pomáhat jiným.

- Praxe v multikulturním ošetrovatelství je založená na poznacích získaných výzkumem a hlubokým studiem jednotlivých kultur. Tyto vědomosti se potom využívají při poskytování profesionální péče. Jde o hodnoty, vývojové etapy života a zvyky dané kultury, které jsou důležité k udržení dobrého zdravotního stavu a pohody v určitých životních situacích.

- Multikulturní ošetrovatelství vyžaduje úzkou spolupráci pacienta/klienta a sestry, aby byla zabezpečená individuální péče a dosažení očekávaných výsledků.

- Je potřebné poznat a chápat způsob verbální a neverbální komunikaci, její znaky, významy a dorozumívání, aby bylo možné dosáhnout v péči očekávané výsledky.

- Sestry realizují multikulturní ošetrovatelství s respektem lidských práv a nemůžou dopustit neetické chování a právně nepřijatelné rozhodnutí a činnosti anebo nerespektování kulturního tabu.

- Pochopení kulturního kontextu pacient/klient tvoří základ vzájemné interakce, zhodnocení zdravotního stavu, holistické péče a naplnění jeho očekávání.

(Slezáková, Pavlíková, 2004, s. 6).

3 KULTURNÍ ŠOK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Pojmem kulturní šok se označuje: „psychická reakce, kterou prožívá člověk přemístěný do kultury velmi odlišné od jeho vlastní kultury nebo od kultury, na kterou je zvyklý“. Je to vlastně psychická reakce člověka na neobvyklé situace, ve kterých ztrácejí efektivnost jeho předcházející způsoby chování.

3.1 Fáze kulturního šoku

Podle Obergera se kulturní šok odehrává ve čtyřech fázích:

I. FÁZE: Fascinace novými lidmi a novou kulturou

II. FÁZE: Krize - je to období, kdy člověk začíná pociťovat problémy, které se postupně prohlubují. Život v nové kultuře se stává složitým. Složitá je komunikace i včlenění se do sociálních vazeb (např. snadno urazíte nebo se dotknete člověka jiné kultury, ačkoli jste to neměli v úmyslu apod.). Američané, kteří pracují v zahraničí, mají problémy kvůli kulturnímu šoku. Uvědomme si, že novou kulturu začneme poznávat, teprve když dostaneme krizi pod kontrolu.

III. FÁZE: Poznání - učíme se zvládat různé situace. Začínáme porovnávat kritéria mezi kulturami: učíme se, jak komunikovat (nakupovat, domluvit si schůzku, řešit problémy na úřadech), poznáváme pravidla kultury (specifická pravidla pro určité náboženské obřady, rituály spojené s jídlem, specifika společenských rolí pro muže, ženu a děti, řešení zdravotních problémů atd.).

IV. FÁZE: Přizpůsobení se - je to období, kdy se člověk opět těší z nové kultury, váží si jí i lidí kolem (Špirudová, 2005, s. 158).

Tvrdíme-li, že systém profesionální zdravotnické péče je subkulturou, pak je třeba také připustit, že i v tomto prostředí mohou mít jedinci problémy s kulturní adaptací a mohou prožívat kulturní šok.

3.2 Prevence kulturního šoku

Klienti, kteří náležejí k odlišným etnikům a kulturám, patří do kategorie tzv. pacientů se zvýšenými specifickými nároky na ošetřování. Je to proto, že jejich ošetřování je vždy spojeno s respektováním a řešením specifických požadavků, kterými je dosahováno kulturně uzpůsobené (kulturně vhodné, citlivé, ohleduplné) péče. Ke specifickým požadavkům a prevenci kulturního šoku je důležitá realizace kulturně uzpůsobené péče o tyto jedince (Anastasiadou, 2002, s. 21).

Řídíme se několika pravidly:

- Potřeba komunikovat s nimi v jiném jazyce, než je jazyk dominantní, ve kterém ošetřující osoby běžně komunikují a vedou dokumentaci.
- Nutnost uzpůsobit procesy specifickým nárokům klienta a jeho rodiny (od vstupního procesu posuzování stavu potřeb, přes diagnostiku, terapeutické strategie, výživu, adaptaci, spolupráci s rodinou až po proces edukace, propouštění a následné péče).
- Speciální znalostní i postojové vybavení samotných členů ošetřujícího personálu. Ideální je ošetřující personál se speciálním vzděláním v oblasti multikulturního ošetřovatelství, se zkušenostmi s poskytováním péče klientům odlišných etnik a kultur, s aktivní znalostí cizích jazyků. V osobním vybavení by zdravotníci měli mít vlastnosti, jakými jsou například vysoká míra tolerance a schopnost rychle se adaptovat a přizpůsobovat změně, schopnost kulturní empatie, trpělivost, vstřícnost, otevřenost a další.
- Nutnost uzpůsobit organizaci a metody jedince tak, aby byly zohledněny jejich specifické bio-psycho-sociální a duchovní i kulturní potřeby a také požadavky na kvalitu okolního prostředí.
- Nezbytnost postupovat v souladu se speciální zdravotnickou legislativou, která řeší problematiku péče o cizince s legálním či nelegálním statutem, pojištěný a bez pojištění (Špirudová, 2005, s. 158).

4 RESPEKTOVÁNÍ SPIRITUALITY A RELIGIONITY PŘI OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ JINÝCH KULTUR

V ošetřovatelství se s pojmem spirituální potřeby setkáváme až na začátku desátých let 20. století, a to díky zahraniční literatuře, která přišla do univerzitních knihoven hlavně ve Spojených státech. V předchozích čtyřiceti letech naše zdravotnická veřejnost nepřipouštěla existenci duchovních potřeb, které byly zúženě vnímány jen jako víra v Boha.

Duchovní potřeby byly vnímány jen ve vztahu k víře v Boha, jako zajištění obřadů spojených s určitým vyznáním nebo zajištění kontaktu pacienta s představitelem nějaké církve (Semínová, 2004, s. 102).

Pakliže duchovní potřeby zredukujeme na víru, vyznání a realizaci náboženských praktik, nepřipustíme, že tzv. nevěřící člověk má také duchovní potřeby. Pokud bychom navíc duchovní potřeby zúžili jen na křesťanské potřeby, vyloučíme z péče lidi, kteří vyznávají islám, judaismus, buddhismus...

Pokud bychom takto rozlišovali, potírali bychom rozdíl mezi výrazem spiritualita a religionita. Religionita je ve své podstatě víra, náboženství či náboženské cítění konkrétní osoby včetně názorů, postojů, rituálů apod. Pojem spiritualita zahrnuje duševno člověka na celkové úrovni. O významu spirituality bude pojednáno dále.

Stále častěji se ale budeme jako profesionálové setkávat s nemocnými s jiným vyznáním, a proto i životním stylem, než je u nás obvyklé, s jinými kulturními zvyklostmi a odlišným chápáním smyslu života a světa. Proto začíná být kladen důraz na multikulturní ošetřovatelství, které by mělo zohlednit i potřeby nemocných, které byli formováni jiným prostředím, a kteří mají i odlišné duchovní potřeby (samozřejmě také hygienické, stravovací, relaxační...)

Často je používán jednoduchý algoritmus: věřící-nevěřící. Pokud je věřící, zjistit, jakého vyznání, pokud je bez vyznání, pak nemá duchovní potřeby. Takový přístup k duchovním potřebám nelze nadále akceptovat.

Oblasti spirituálních potřeb by měla být mezi ostatními potřebami již v dokumentaci věnována náležitá pozornost. Zdravotníci profesionálové by si měli být vědomi, že nemocný člověk, i když se neztotožňuje s žádným náboženským přesvědčením, má i kulturní potřeby, citlivěji vnímá spravedlnost, ptá se po smyslu života a smrti, touží po odpuštění a vědomí, že mu bylo odpuštěno.

Lidé věřící v možnost nějaké formy posmrtného života neprožívají tak intenzivní negativní emoce z možného konce své existence. Jejich víra přispívá ke zmírnění úzkosti z konce života.

Lidé, kteří ve střední etapě života měli vlažný vztah ke svému náboženství, nezúčastňovali se bohoslužeb, nekontaktovali duchovní pracovníky, se s postupujícím věkem mění. Může u nich docházet k většímu příklonu ke své víře a náboženství. Důvodem je častější kontakt se smrtí ve vlastní rodině i ve skupině vrstevníků nebo hrozící smrt vlastní. Uvědomování si konečnosti vlastního života může traumatizovat a vyvolávat pocity strachu, bezmocnosti, úzkosti z nepoznaného „konečného prostředí“. Proto starším osobám pomáhá návrat k náboženství vyrovnat se s realitou, zúčastnit se aktivně života, znova si cenit sebe samého a akceptovat smrt jako nevyhnutelnost (Anastasiadou, 2002).

4.1 Spiritualita a religionita pacienta

Úsilí co nejlépe porozumět tělesné stránce pacienta je předmětem snahy nejen lékařů, ale i učitelů všech škol se zdravotnickým zaměřením, a to jak středních a vyšších, tak i vysokých. Setkáme-li se však v praxi s reálným pacientem, pak zjišťujeme, že máme co činit nejen s jeho tělesnou (fyzickou) stránkou, ale s celým pacientem (vyjadřuje to výraz vystihovaný latinským termínem *totus homo* - celý člověk). Redukce pacienta jen na jeho tělesnou stránku je hrubým zkreslením skutečnosti (Ivanková, 2005).

Zdravotníci všech stupňů by si už měli uvědomit, že pacient má vedle své tělesné stránky též svou stránku psychickou. I když se vyšetření psychické stránky pacienta nevěnuje zdaleka tak velká pozornost jako vyšetření fyzického stavu, přece jen je zde třeba vidět určitý pokrok oproti tomu, co bylo před 10-20 lety. Je možné, že svůj podstatný podíl na tom mají výsledky tzv. psychosomatických výzkumů, které ukazují úzký vzájemný vztah mezi tím, co se děje v psychické a tělesné oblasti člověka. Zavírat oči před výsledky těchto empirických studií již není možné.

Otázkou je, zda tyto dvě dimenze vystihují celého člověka. Stále častěji se setkáváme s upozorněním na to, že člověk nemá jen stránku tělesnou a psychickou, ale i svou stránku duchovní (spirituální). Vědí-li zdravotníci toho o tělesné stránce pacienta hodně, o psychické málo, pak tam, kde jde o duchovní stránku člověka se toho ví obvykle ještě méně.

Jde-li o člověka, pak termín „duchovno“ je možno chápat jako orientaci člověka, to oč mu v životě jde, kam směřuje jeho úsilí, pro co žije.

Lékaři studují diagnostiku pacienta na fakultě i v postgraduálním vzdělávání, i v praxi se v tom zdokonalují. Pacientům, kterým v praxi pomohli tím, že správně diagnostikovali jejich fyzický stav, to bylo přínosné. Kliničtí psychologové - pokud je v nemocnicích máme - diagnostikují psychickou stránku pacienta. Informují nás o tom, v jakém stavu jsou psychické funkce pacienta? I tu se snaží odborníci diagnostikovat. Pravdou je, že dobrá profesionální diagnostika duchovního stavu pacienta je zatím „hudbou budoucnosti“ v naší zdravotnické praxi. Experimentální práce ukazují, že stav duchovní dimenze člověka má na celkovém zdravotním stavu pacienta - a na jeho uzdravení - významný podíl (Jarošová, 2000).

Chceme-li porozumět pacientovi s nímž se setkáme, je dobré vědět něco o jeho tělesné, psychické i duchovní stránce. Je však důležité tyto tři stránky vidět jako celek, nikoli tři odlišné aspekty, mezi nimiž neexistují vzájemné vztahy. Právý opak je pravdou. Ukazuje se, že pacientem subjektivně hodnocený stav i jeho celkový zdravotní stav je všemi těmito třemi dimenzemi výrazně ovlivňován.

Setkáme-li se s pacientem, přicházíme do styku s celým člověkem - nejen s jeho tělem a psychikou. Jeho momentální zdravotní stav se netýká jen jeho těla, ale i jeho psychiky a navíc jeho celoživotního zaměření. Jeho momentální stav může ohrožovat nejen tělo, smysl jeho života. Příkladem může být podnikatel, který žije „jen pro podnik“! A nemoc či pobyt v nemocnici chápe jako zásah do jeho vlastních snah (do toho, oč mu v životě v první řadě jde).

4.2 Spirituální hodnoty

Moderní ošetrovatelství na tuto potřebu nezapomíná, např. Gordonové model funkčního zdraví se o této potřebě zmiňuje v položce č.11 - víra, přesvědčení, životní hodnoty. Jde o jednu z významných složek bio-psycho-sociálních potřeb jedince a významný bod holistického přístupu v péči o zdraví a spokojenost jedince. Porucha, opomenutí této položky životních hodnot mohou vést k rozvoji stresu a nemocí.

Duchovní potřeba jedince ovlivňuje jeho postoj k životním potřebám a hodnotám jako je např. ochrana nenarozeného života, a to v průběhu celého života až k respektování včetně práva na lidsky akceptovanou smrt bez separace, prodlužování či zkracování bytí na Zemi. Do širokého okruhu patří i respektování soukromí, nahoty, dotýkání se cizího člověka, oslovování, konzumace nepřijatelné stravy a poživatin...

Je tedy dobré znát, které církve a náboženské společnosti mají zastoupení v naší zemi, a respektovat je (např. Římsko katolická církev, Pravoslavná církev, Českobratrská církev evangelická, Husitská církev, muslimové, židé, svědci Jehovovi...) (Průcha, 2003).

5. VIETNAMSKÉ ETNIKUM

Abychom mohli lépe pochopit vietnamského člověka, jeho pohnutky k přestěhování do ČR nebo například porozumět překážkám, se kterými se tady musí potýkat, uvádím základní informace o Vietnamu, doplněné některými údaji o ČR.

Vietnam se rozkládá na ploše 329 560 km², což je číslo mnohonásobně větší než to, které udává rozlohu Česka (78 867 km²). Většinu vietnamského území pokrývají tropické lesy a hory. Nejvíce lidí obývá roviny, kde jsou vhodnější podmínky pro život, který se u velké části Vietnamců točí okolo pěstování rýže. Vietnam má 86 116 560 (údaje z roku 2008) obyvatel, z čehož 3 289 000 (údaje z roku 2007) lidí žije v hlavním městě Ha Noi (Dodd, 2006, s. 3).

Vietnamské dějiny jsou protkány nepřetržitými boji za svobodu a nezávislost. Vietnam byl kolonizován Francií (od roku 1859 do roku 1945). V průběhu druhé světové války okupovaly Vietnam japonské jednotky. Dne 2. září 1945 Vietnam vyhlásil nezávislost, ovšem tím nepřestal čelit francouzským pokusům o znovu kolonizování země. Došlo k osmileté válce s Francií, která skončila až v roce 1954, s tím že byl Vietnam rozdělen na základě Ženevských dohod. Sedmnáctá rovnoběžka oddělovala sever, kde vznikla Vietnamská demokratická republika vedená komunisty, a jih, jenž byl pod vlivem Západu (zejména USA). Americké angažování ve Vietnamu vyvrcholilo v březnu 1965 válkou, která trvala deset let, a to až do 30. dubna 1975, kdy byl jih země osvobozen. V lednu 1976 byla země znovu sjednocena pod názvem Vietnamská socialistická republika. Tyto konflikty zmiňují zejména proto, že tak jako jiné utlačované národy, i Vietnamci jsou ovlivněni v myšlení a chování svou historií (online Vietnam, 13.12.2009 16:00).

5.1 Historie česko-vietnamských vztahů

ČSSR navázala diplomatické vztahy s Vietnamskou socialistickou republikou 2. 2. 1950. Začala spolupráce, která měla za cíl pomoci vietnamské společnosti postižené válečnými událostmi umožněním vzdělání, pracovních školení a praxe Vietnamcům v různých oborech (zejména strojírenství a lehkém průmyslu). Imigrace z Vietnamu na území dnešní ČR přicházela od roku 1956 v několika vlnách. V tomto

roce po mezistátní dohodě přišlo několik jednotlivců a zejména sto dětí ve věku 6-13 let. V roce 1959 se však vietnamská strana rozhodla vzít děti zpět, neboť se obávala ztráty jejich vlastní kulturní identity (nebyly to obavy plané, ale založené na zkušenostech po návratu dětí z jiných spřátelených států). Naprostá většina dětí se tak vrátila do Vietnamu. Jen ti nejstarší, z nichž bylo na základě prospěchu z českého jazyka vybráno patnáct, směli po prázdninách ve vzdělávání v Československu pokračovat (Hlavatá, 2008).

Naše společnost v této době vnímala Vietnamce jako usměvavé, pilné lidi, kteří se pohybují ve skupinkách (podle příkazu vietnamské ambasády, který platil do roku 1980, se Vietnamci mohli venku pohybovat nejméně ve trojicích), příliš na sebe neupozorňují a mají výborné studijní výsledky (kdo výborně nebo chvalitebně neplnil své studijní povinnosti, byl poslán zpět do Vietnamu).

Zásadním mezníkem ve vývoji migrace vietnamské populace do Československa je rok 1973. Vládní delegace Vietnamské demokratické republiky navštívila Československo, aby projednala příchod nových deseti až dvanácti tisíc vietnamských občanů k získání profesních zkušeností. Vietnamský požadavek naši stranu zaskočil, protože se zdál být mimořádně velký. Vietnamská vláda pokládala přípravu kvalifikovaných dělníků hlavních profesí za jednu z klíčových otázek obnovy a rozvoje ekonomiky země, avšak neměla možnost tuto přípravu provést na svém území. Smlouvy uzavírané postupně v roce 1973, 1974, 1979 a 1980 umožnily příjezd velkého množství dělníků, učňů, studentů a stážistů. Pobyt byl sjednán učňům na sedm let, stážistům na čtyři roky s možností prodloužení. Jejich počet byl nejvyšší v letech 1980-1983, přibližně 30 000 osob. Vietnamci byli umístěni po celém území České republiky, nejvíce v Praze (kolem 4000 osob).

Do konce osmdesátých let se tento počet postupně snižoval až o jednu třetinu v době ukončení platnosti mezistátní smlouvy v roce 1990. Ve druhé polovině 80. let docházelo z obou zúčastněných stran (vietnamské a československé) k vlastnímu jednostrannému využívání situace. Československo stále více využívalo Vietnamce v neatraktivních oborech, na pásové výrobě ve fabrikách, při pomocných pracích a při „záchraně“ plnění plánu. Na vietnamské straně se objevovala možnost migrace za úplatu. Vietnamci využívali výdělků k posílání zboží do Vietnamu. Snaha naučit se

řemeslu či zdokonalit se v pracovní činnosti ustupovala vidině rychlejšího a snadnějšího výdělků.

V současné době Vietnamci emigrují z ekonomických důvodů, jelikož ve Vietnamu ani kvalifikovaní a vysokoškolsky vzdělaní lidé nemůžou najít práci, o přiměřeném finančním ohodnocení nemluvě (on-line Brouček, 18.12.2009 19:00).

5.2 Jazyk

Vietnamština je tonální jazyk, který rozlišuje 6 tónů a zapisuje se latinkovým písmem s hojným využíváním diakritických znamének a tónových značek. Celou jeho základní slovní zásobu tvoří jednoslabičná neohebná slova.

Ve vietnamštině neexistuje tykání a vykání v podobě, jakou známe v češtině. Vykání nahrazuje zvláštními zdvořilostními obraty, jejichž aplikace závisí na řadě okolností, vztahujících se k věkové a společenské příslušnosti účastníka rozhovoru. Pomocí široké škály osobních zájmen vyjadřuje vztahy nadřazenosti a podřazenosti, mezi staršími a mladšími, mužem a ženou, mezi přáteli jedné věkové kategorie a vztahy neutrální (Dodd, 2006).

Zajímavé je, že ve vietnamské komunikaci téměř nenalezneme zápor. Na přímou otázku vyžadující reakci ano nebo ne se nám dostane odpovědi typu: „myslíte, že je to opravdu tak?“, „je to dosti složité“, „musíme si to promyslet“ apod. Důvodem je vliv buddhistické filosofie na vietnamské myšlení - nesouhlasit s vysloveným stanoviskem druhé osoby je nezdvořilost (on-line Varianty, 17.01.2010 18:00).

První generace migrantů z Vietnamu většinou ovládá vietnamštinu velmi dobře. Je to však bohužel často jediný jejich dorozumívací jazyk. Při komunikaci s úřady ale i v běžném životě jsou pak odkázáni na tlumočníky, kteří jim se vším potřebným musí pomoci. Ačkoli je zřejmé, že vietnamština je velmi odlišná od češtiny, nebývá toto jediným, dokonce ani hlavním důvodem, proč migranti z Vietnamu česky neumí.

Hlavním důvodem je totiž jejich představa, že jakmile si vydělají dostatek peněz, vrátí se zpět do své vlasti, do Vietnamu, a nebudou tudíž češtinu potřebovat. Dočasná emigrace se však většinou protáhne na několik let a Vietnamci se potýkají s naprostou jazykovou nevybaveností. Ta způsobuje neschopnost zapojit se do života většiny a uzavírání se ve vlastní komunitě. Zcela opačně jsou na tom již jejich potomci, kteří se narodili v Čechách, nebo lidé, kteří se sem přestěhovali jako malí. U těch už naopak můžeme pozorovat výrazné těžkosti při komunikaci ve vietnamštině, zato však výbornou znalost češtiny (Zimová, 2005).

5.3 Kultura a tradice

Každý národ si ve svém podvědomí po staletí předává odkaz tradic a kultury předků. Po generace se dědí systém hodnot a nahmatatelná identita zdůrazňovaná v jednoduše a pospolitosti národa. Asijské národy, a Vietnamce nevyjímaje, obzvláště silně vnímají historické vazby. Jejich chování je podmíněno respektováním tisíce let starých archetypů a prapůvodních vzorů.

5.3.1 Rodinné vztahy

V tradiční vietnamské rodině panuje velká soudržnost. Kladou velký důraz na dodržování tradic při přípravě jídla, u kterého se sejde celá rodina a řeší nejdůležitější otázky domácnosti, obchodu, vzdělávání dětí atd. Obědvá se velmi dlouho. Pevnou a neodlučitelnou tradicí je uctívání předků. Vietnamci jsou velmi zaměřeni na rodinu. V rodině rozhoduje otec nebo nejstarší syn a manželky jsou podřízené. Muži mají za povinnost vykonávat těžké práce a být silní v krizi. Očekává se, že děti budou poslouchat a uctívat rodiče a mít respekt před staršími. Učí je, aby byly poctivé, tiché a slušné. Vietnamci připisují vysokou hodnotu vzdělání a jsou v procesu vzdělávání v ČR velmi úspěšní (Černík, 2007).

Ženy jsou strážkyněmi rodinného krbu a mají na starost výchovu dětí. Učí je, aby byly poctivé, tiché a slušné. Mládež je také přísně vedena k cudnosti a zdrženlivosti. Trvá mnohdy několik let známosti, než mladý muž smí políbit své

děvče. Podle místních zvyklostí by se dívka měla vdávat jako panna. K českým dívkám se Vietnamci chovají odlišně. Vysvětlení je prosté. Bílé dívky obecně nemají pro Vietnamce takovou hodnotu jako vietnamská děvčata a jsou pro ně podřadnější (on-line Rösslerová, 19.01.2010 17:00).

5.3.2 Náboženství a svátky

Ve Vietnamu působí jak asijské náboženské směry jako konfucianismus, taoismus a buddhismus, tak křesťanská církev. Asi 85 % Vietnamců ve Vietnamu se hlásí k buddhismu a 8 % ke křesťanství, z toho v naprosté většině ke katolictví. Ačkoli ze statistik vyplývá, že naprostá většina Vietnamců jsou buddhisté, ve skutečnosti to není tak jednoznačné. Nevyznávají totiž většinou pouze jedno náboženství, ale od každého si vezmou to, co se jim líbí. Věří a modlí se také k duchům, například k duchu stromu, duchu rodiny, duchu krbu, nebo duchu vesnice (Hlavatá, 2008).

Pro Vietnamce jsou však nezávisle na náboženském cítění nesmírně důležité praktiky uctívání předků, opírající se o přesvědčení, že zemřelý člen rodiny nadále žije v jiné formě existence, zajímá se o svět a své příbuzné na Zemi, a má schopnost jejich činy ovlivňovat. Proto jsou data výročí úmrtí příbuzných důležitými dny oslav či vzpomínkových aktů. Cílem rituálů je zajistit pohodu zemřelých předků a jejich příznivou nakloněnost vůči pozůstalým. Každá vietnamská rodina má doma oltář svých předků, kam zemřelým nosí jídlo, peníze a další věci, čímž dbá o pohodlí zemřelých předků. K zemřelým se vždy modlí muž, avšak žena zajišťuje praktickou stránku věci, tedy nákup obětí. Nejdůležitějšími dny, kdy se vykonávají na oltářiku oběti, jsou dny novoluní a úplňku, tedy první a patnáctý den v měsíci podle lunárního kalendáře. S prosbou o příznivou pomoc se na své předky obrazejí Vietnamci vždy, když je čeká mimořádná událost, jako např. podepsání smlouvy, složení zkoušky, otevření firmy, apod. Sociální a nenáboženskou funkcí uctívání předků je reprodukce a kultivace hodnot příbuzenství, jako je především úcta dětí k rodičům, rodinná soudržnost a lojalita a pokračování rodové linie. Uctívání předků je pro Vietnamce velmi důležité a praktikují ho proto i Vietnamci žijící v ČR (Zimová, 2005).

Nejdůležitějším vietnamským svátkem je Nový rok (Tet). Vietnamský Nový rok je pohyblivý svátek, který se slaví mezi 21. lednem a 20. únorem. Pro Vietnamce

je to něco, jako by pro Čechy byla kombinace Vánoc, Silvestra a Velikonoc. Tet se slaví v rodinném kruhu a jsou to svátky klidu a pohody, kterým ovšem předchází obvyklý nákupní shon.

Každá rodina musí mít na svátky doma stromeček (nebo aspoň větévku) obalený mandarinkami nebo malé stromky rozkvetlých meruněk či broskvoní. K tradičním jídlům patří slaný koláč bánh chung nebo murt (kandované ovoce a zelenina) a samozřejmě miska slavnostní lepkavé rýže. Místo dáreků dostávají děti od dospělých peníze uložené v červených obálkách vyzdobených v přední části nějakým logem nebo obrázkem. Na oltářích (předků) se o Tetu tradičně obětují peníze a ovoce. Mnozí Vietnamci se v souladu s tradicí snaží podívat na Nový rok do Vietnamu, navštívit rodiště a příbuzné. Ostatní alespoň domů posílají peníze, dárky a telefonují. Ve dnech následujících po Novém roce se známí chodí vzájemně navštěvovat, pográtulovat jeden druhému a třeba i poděkovat za pomoc v uplynulém roce (McLoughlin, 2005).

5.3.3 Dotyková kultura

Vietnamci jsou v porovnání s Čechy mnohem více zvyklí přátelsky se dotýkat. Člověka neznalého přesných pravidel v této kultuře by však mohl nevhodný způsob navázání fyzického kontaktu vytrést. Například takové pohlazení po vlasech nebo vůbec dotýkání se hlavy druhého člověka je považováno za projev velké neúcty, proto také děti jsou častěji než na pohlazení zvyklé na poplácání po ramenech či po zádech. Co se týče projevů náklonnosti mezi mužem a ženou, panují ve vietnamské kultuře naopak tabu pro Čechy nezvyklá. Držení se za ruce nebo líbání mileneckých párů na veřejnosti je totiž ve Vietnamu nepřipustné (Černík, 2007).

Ve vietnamské kultuře probíhá podávání rukou jinak než v naší. Podání pravé ruky a zřetelný stisk ruky druhé osoby je doprovázeno lehkým stiskem levé ruky. V jednu chvíli tak člověk buď držím ruku druhé osoby v obou svých dlaních, nebo si lidé najednou podali obě ruce navzájem. Takové podání rukou symbolizuje vzájemnou úctu. Podání pouze jedné ruky může být považováno za výraz neúcty. Stejně tak oběma rukama by měl být podáván i jakýkoli předmět partnerovi, jemuž dáváme najevo, že si ho vážíme (on-line Varianty, 17.01.2010 18:00).

6 ZÁSADY A SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ VIETNAMSKÉHO ETNIKA

Vietnamský národ je typický svým lidovým charakterem a hrdostí na svou statečnost. Vietnamci, kteří k nám přijíždějí, zažívají kulturní šok, pramenící z velké odlišnosti kultur. Snad nejvýraznějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost, která jim pravděpodobně napomáhá vyrovnávat se s vnějším stresem. Vietnamci ale sdílejí některé podobné hodnoty, tak jako česká společnost, a těmi jsou především pracovitost, nekonfliktnost a snaha chovat se slušně a zdvořile v běžném společenském styku. U dětí a mládeže pozorujeme značnou motivaci a schopnosti k výborným školním výsledkům, které Vietnamci vnímají jako předpoklad sociální úspěšnosti.

Osoby vietnamské národnosti tvoří procentuelně velkou část populace cizinců žijících na území ČR. Díky své houževnatosti a schopnosti adaptace se postupně integrovali do české společnosti a etablovali se jako plnohodnotní a rovnoprávní uživatelé systému státní péče. S legalizací pobytu získávají nárok na stejný typ zdravotní péče, který je poskytován domácím obyvatelstvu. Stává se tedy běžnou praxí, že se v nemocnicích setkáváme s občany vietnamské národnosti, kteří si s sebou přinášejí své vlastní osobité nároky a potřeby v oblasti ošetřování a péče.

6.1 Nároky na zdravotní péči

Vietnamci s trvalým pobytem a případně i s českým občanstvím mají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění za stejných podmínek jako čeští občané. Týká se to cca 63 % Vietnamců. U ostatních, kteří v ČR nemají trvalý pobyt (cca 1/3), záleží na zaměstnaneckém statusu. Zaměstnanci u firem registrovaných v ČR mají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. Vietnamci, kteří v ČR podnikají, mají možnost uzavřít smluvní zdravotní pojištění. Mezi Vietnamci je tato skupina ve srovnání s ostatními migranty častěji zastoupena (Neugebauer, 2004)

6.2 Hospitalizace Vietnamců v ČR

V roce 2006 čerpalo na území ČR zdravotní péči v nemocnicích celkem 69 210 cizinců, z toho 6 184 Vietnamců (8,9 %). Nejvíce těchto pacientů hradilo zdravotní péči v nemocnici ze smluvního zdravotního pojištění v ČR (4 383 osob, tj. 70,9 %), zbytek hradil tuto péči hotově (1 085 osob, tj. 17,5 %), ze zahraničního pojištění (67 osob, tj. 1,1 %) nebo měl tuto péči hrazenou státními orgány (409 osob, tj. 6,6 %) (Šišková, 2001).

Podíl Vietnamců, kteří zdravotní péči čerpanou v nemocnicích na území ČR neuhradili, je 3,6 % (220 osob) z celkového počtu Vietnamců čerpajících péči v českých nemocnicích v roce 2006. U cizinců jako celku je to 7,2 %, u cizinců ze zemí EU 7,3 % a např. u Ukrajinců 11 % (ÚZIS ČR). Tyto údaje svědčí o dobré platební morálce v oblasti hrazení zdravotní péče čerpané Vietnamci v ČR ve srovnání s ostatními cizinci (Semílová, 2004).

6.3 Znaky péče

Vietnamští pacienti dobře chápou, že dodržování času při návštěvě lékaře je důležité, ale někdy vnímají čas odlišným způsobem a mohou se zpozdít. Dobré je, aby měli k dispozici telefonní číslo, na které by zavolali, když se zpozdí nebo musí zrušit návštěvu. Je-li dostatečně zdůrazněna důležitost návštěvy a rozvrh užívání léku, obvykle splní očekávání zdravotnického personálu.

Jazykové bariéry samozřejmě mohou vést k tomu, že přikývnu na znamení, že sdělení slyšeli, ale nemusí rozumět nebo souhlasit. Mohou váhat s kladením otázek ve skupině lidí, proto je vhodnější vytvořit soukromí pro komunikaci. Když pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité mu vyhovět, je-li to možné. Rodina je rovněž důležitá při sdělování závažné diagnózy. Rodina často nechce, aby byl pacient ve stresu a měl ještě více obav (Picka, 2007).

Vietnamské ženy jsou zodpovědné za péči o nemocného člena rodiny. Poskytují hlavní péči kolem lůžka bez ohledu na pacientovo pohlaví. Očekává se, že

poskytnou nemocnému denně koupel a jídlo. Když někdo onemocní, farář nebo mnich navštěvují pacienta a rodinu.

Je-li třeba transfúze, členové rodiny bývají ochotni darovat krev. Jestli je za určitých podmínek nutná pitva, rozhoduje o ní celá rodina. Vietnamci mají respekt před lékařskými autoritami a vyhledají preventivní prohlídky, když jim to lékař nebo sestra zdůrazní. Tlumočnick je důležitý zejména pro starší lidi. Člen rodiny může být využit jako tlumočnick, ale je nutné dávat pozor na citlivost tématu, hlavně u takových, které se týkající pohlaví.

Vietnamští pacienti jsou velmi stydliví a skromní, hlavně ženy, a je nutné zajistit soukromou místnost na prohlídku a nabídnout každému nemocniční košili, kalhoty a župan. Při osobní hygieně upřednostňují sprchu ráno, a to každý den. Budou dávat přednost používání záchodu před podložní mísou nebo močovou lahví. Smrkání do kapesníku je u nich považováno za směšné a neslušné. Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá a raději si ji dělají sami. Pokud nemohou, upřednostňují, aby jim pomáhal člen rodiny stejného pohlaví. Respekt k soukromí a studu jsou důležité při pobytu Vietnamců v nemocnici.

Hodně pozornosti věnují těhotným ženám a dbají na zdravá jídla a dostatek odpočinku. Namáhavá činnost je pro ně nemyslitelná hlavně pak v posledním trimestru. Těhotné ženy musí být v teple a musí dodržovat speciální hygienu (např. na čištění zubů musí používat slanou vodu atp.). Jestli budoucí rodiče absolvují společně těhotenský kurz, otec se bude cítit lépe, bude-li přítomen porodu. Rodička může odmítnout chodit, ale když bude dobře poučena, bude s tím souhlasit. Je vhodné nabídnout nefarmakologické prostředky tišení bolesti. Nastávající rodičky trpí tise. Křik není u vietnamských žen obvyklý. Důležitá je pro ně hygiena. Přírozený porod je upřednostňován před císařským řezem. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je lepší je prokonzultovat s otcem nebo jiným členem rodiny. Tato osoba rozhodne, kdo to oznámí matce, nejlépe i v přítomnosti lékaře (on-line Kocourek, 17.01.2010 18:00)

6.4 Stravovací zvyklosti

Stravují se 3x denně, přičemž oběd a večeře jsou hlavní jídla. Když jsou nemocní, upřednostňují teplé, měkké jídlo. Mají rádi listnatou zeleninu a ovoce. Rýži jí s každým jídlem. Nic studeného ústy nepřijímají. Hodně pijí, hlavně teplé čaje nebo vodu pokojové teploty popřípadě čaj bez citrónu a bez cukru zředěný vodou. Nemají v oblibě extrémně studené nápoje, hlavně ne s ledem.

Požívají minimum mléčných výrobků, neboť věří, že způsobují střevní potíže, nemusí tolerovat laktózu. 3-6 měsíců v roce nesmí konzumovat žádné plody moře. Když jsou nemocní, jedí nejraději rýžovou kaši, hodně zeleniny a ovoce, čistý vývar se zeleninou a rýží. Mají rádi méně solenou stravu.

Pro Vietnamce není obezita problém – naopak je to pozitivní známka dobrého socioekonomického postavení a spokojenosti (on-line Varianty, 17.01.2010 18:00).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VYTÝČENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU, CÍLŮ, HYPOTÉZ

7.1 Průzkumný problém

Na základě teoretických poznatků a dosažených praktických zkušeností jsme stanovili následující průzkumný problém:

Je míra informovanosti sester o multikulturním ošetřovatelství v obecné rovině nízká?

7.2 Cíle

Na základě problému jsme formulovali následující průzkumné cíle:

- Zjistit rámcovou informovanost všeobecných sester v oblasti multikulturním ošetřovatelství.
- Ověřit si vědomosti všeobecných sester v pražské nemocnici formou dotazníku.
- Odhalit, zdali se sestry setkávají s pacienty s jinou kulturou.
- Zjistit míru četnosti setkávání se sester s osobami jiného etnika.
- Zjistit míru informovanosti všeobecných sester v oblasti péče o osoby Vietnamské národnosti.

7.3 Hypotézy

Z průzkumného problému a stanovených cílů jsme sestavili hypotézy. Hypotézy jsou v rámcové rovině stanoveny tak, aby postihovaly oblast multikulturního ošetřovatelství v komplexní šíři.

Hypotéza 1. Předpokládáme obecně nízkou informovanost všeobecných sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Hypotéza 2. Předpokládáme, že se všeobecné sestry setkávají s pacienty jiného etnika či kultury.

Hypotéza 3. Předpokládáme, že míra četnosti výskytu pacientů odlišného etnika či kultury je nezanedbatelná.

Hypotéza 4. Předpokládáme, že existuje obecná vůle všeobecných sester po zvýšení informovanosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Hypotéza 5. Předpokládáme nízkou znalost specifik péče a přístupu k osobám Vietnamské národnosti.

Hypotéza 6. Předpokládáme, že úroveň informovanosti zdravotnického personálu bude vyšší na oddělení, které bude vykazovat obecně vyšší úroveň dosaženého vzdělání, než na oddělení, kde bude vzdělání indikováno jako nižší.

7.4 Výběrový soubor

Výběrový soubor je tvořen všeobecnými sestrami 1. interní kliniky a oddělení ORL Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Tato oddělení byla vybrána zejména z důvodu vstřícnosti personálu k průzkumnému šetření.

7.5 Metoda průzkumu

Metodou našeho průzkumu byl dotazník, který obsahoval jak otevřené tak polootevřené otázky. Dotazník byl rozdán v počtu 64 kusů s rozdělením na pracoviště interní kliniky a ORL oddělení VFN vzhledem k předpokladu vysoké frekvence a různorodosti skladby pacientů. Návratnost byla 30 dotazníků z každého pracoviště, což činí 93.75% z celkového počtu rozdaných dotazníků. Z každého oddělení se tedy nevrátily dva dotazníky, což lze přičíst absenci některých pracovníků popř. ztrátě kopií v průběhu vyplňování na jednotlivých odděleních.

7.6 Hypotetické tvrzení

Existuje předpoklad, že velké procento osob pracujících ve zdravotnictví není dostatečně erudováno v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Pro statistické zpracování je použito induktivních průzkumných metod.

7.7 Metodika průzkumu

Metodou k získání požadovaných dat byl nestandardizovaný dotazník s uzavřenými a polootevřenými otázkami. Časový harmonogram pro jeho aplikaci byl stanoven na měsíc únor až březen 2010. Provedenému průzkumu předcházela přípravná fáze, která, zejména v měsíci lednu, zahrnovala jistý osobní před-průzkum na jednotlivých odděleních s cílem zjistit vůli personálu k provedení dotazníkového šetření.

7.8 Průzkumný vzorec

Průzkumným vzorcem byli pracovníci a pracovnice na dvou pracovištích VFN Praha. Rozdávání dotazníku bylo plošné a nebyla stanovena žádná kritéria pro výběr respondentů.

7.9 Technika dotazníku

Dotazník byl rozdělen do dvou částí. V první z nich respondenti vyplňovali údaje o svém věku, vzdělání, zda se v praxi setkávají s osobami jiných kultur a národností popř. jak často. Doplnující otázkou bylo zjišťování obecného zájmu o získání rozšíření povědomí v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Druhá část dotazníku se svými dvanácti otázkami pokrývala nejzásadnější aspekty péče o osoby Vietnamské národnosti.

Otázky byly uzavřené, v první části pak s možností alternativní odpovědi. V druhé části bylo použito předdefinovaných odpovědí, ze kterých respondenti vybírali. Vždy jen jedna odpověď byla správná.

Dotazník byl rozdán v celkovém počtu 64, návratnost byla 93.75%. Získaná data byla náležitě zpracována do tabulek a grafů opatřených komentáři. Data získaná z průzkumu dále posloužila ke stanovení závěru a jako podklad pro zpracovanou diskusi.

K hypotéze 1 se vztahovala první část dotazníku, kde byly přímé otázky pátrající po znalosti multikulturní problematiky a míry informovanosti v této oblasti. Pro hypotézy 2, 3, a 4 byly stěžejní otázky v první části dotazníku, pátrající po míře a četnosti setkávání se s osobami jiných národností v praxi. Po hypotézu 4 byla stanovena přímá otázka o obecné vůli ke zvýšení kvalifikace sester v dané oblasti. K hypotéze 5 se vztahovaly otázky 1-12 druhé části dotazníku hovořící o specifikách péče o osoby Vietnamské národnosti. K hypotéze 6 se vztahovala otázka z první části dotazníku mapující míru nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Zároveň je pro tuto hypotézu určující výsledek odpovědí na otázky 1-12 z druhé části dotazníku.

8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ NA I. INTERNÍ KLINICE

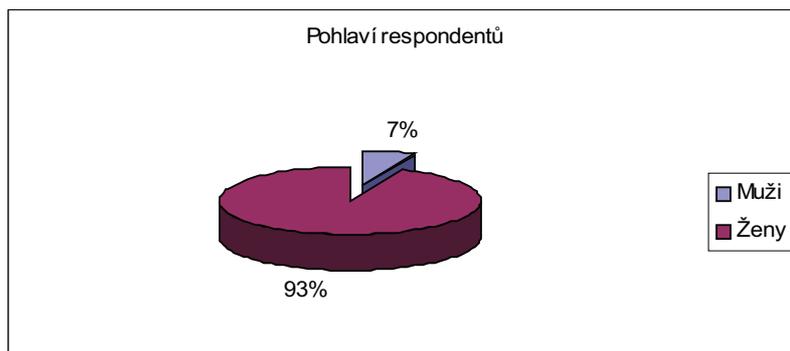
I. Část: všeobecné údaje o respondentovi

Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1 - Pohlaví

| | | |
|--------|----|---------|
| Muži | 2 | 6,67% |
| Ženy | 28 | 93,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



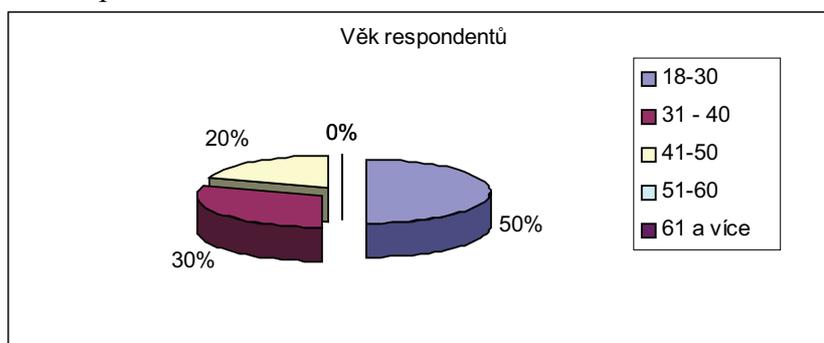
Ze třiceti respondentů jsou muži zastoupeni 7%, což jsou dva ze třiceti. Značí to velkou převahu žen na tomto oddělení.

Věk respondentů

Tabulka č. 2 – Věk

| | | |
|-----------|----|---------|
| 18-30 | 15 | 50,00% |
| 31 - 40 | 9 | 30,00% |
| 41-50 | 6 | 20,00% |
| 51-60 | 0 | 0,00% |
| 61 a více | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 2 - Věk respondentů



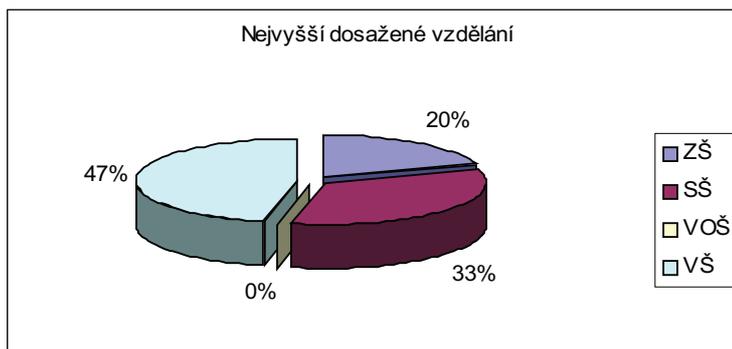
Z grafu vyplývá, že největší počet respondentů je ve věku mezi 18 až 30 lety, druhá nejčastěji zastoupená skupina je věk 31 – 40 let. Na pracovišti se nevyskytují osoby starší padesáti let.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3 – Dosažené vzdělání

| | | |
|--------|----|---------|
| ZŠ | 6 | 20,00% |
| SŠ | 10 | 33,33% |
| VOŠ | 0 | 0,00% |
| VŠ | 14 | 46,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání



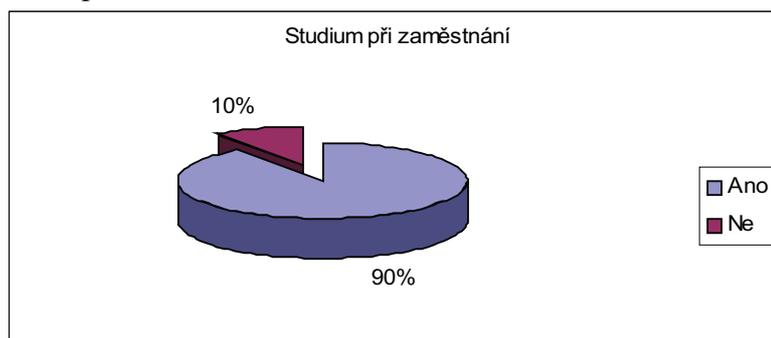
Největší procentuální zastoupení má vysokoškolské vzdělání následováno středoškolským. Vyšší odborné vzdělání nebylo zaznamenáno. Osoby s nejvyšším vzděláním základním v současné době doplňují svou kvalifikaci.

Studium při zaměstnání

Tabulka č. 4 – Studium

| | | |
|--------|----|---------|
| Ano | 27 | 90,00% |
| Ne | 3 | 10,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 4 - Studium při zaměstnání



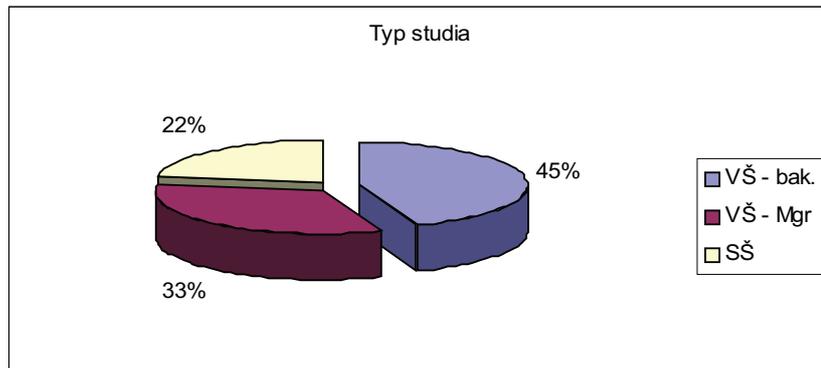
90% respondentů studuje při zaměstnání, zbylých deset procent studium již ukončilo. Druhy studia jsou uvedeny níže.

Druhy studia

Tabulka č. 5 – Typ studia

| | | |
|-----------|----|---------|
| VŠ - bak. | 12 | 44,44% |
| VŠ - Mgr | 9 | 33,33% |
| SŠ | 6 | 22,22% |
| Celkem | 27 | 100,00% |

Graf č. 5 - Typ studia



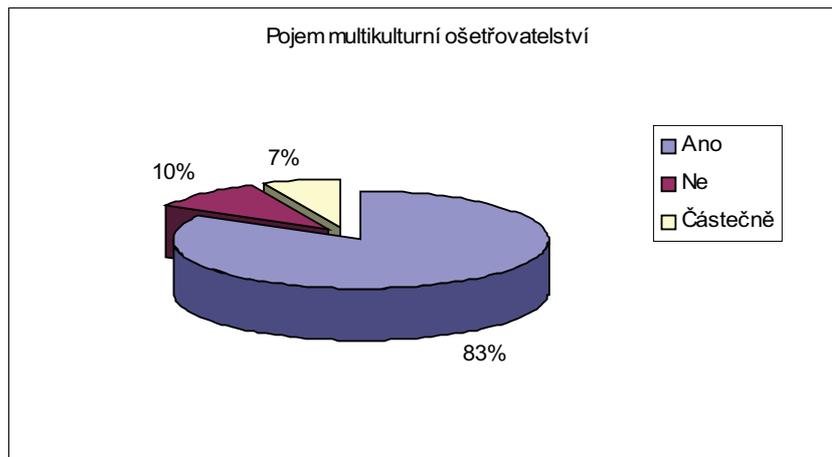
Nejčastějším studiem při zaměstnání je vysokoškolské bakalářské, druhé je magisterské vzdělání následované středoškolským.

Znáte pojem „multikulturální ošetřovatelství“?

Tabulka č. 6 – Pojem multikulturální ošetřovatelství

| | | |
|----------|----|---------|
| Ano | 25 | 83,33% |
| Ne | 3 | 10,00% |
| Částečně | 2 | 6,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 6 - Pojem multikulturální ošetřovatelství



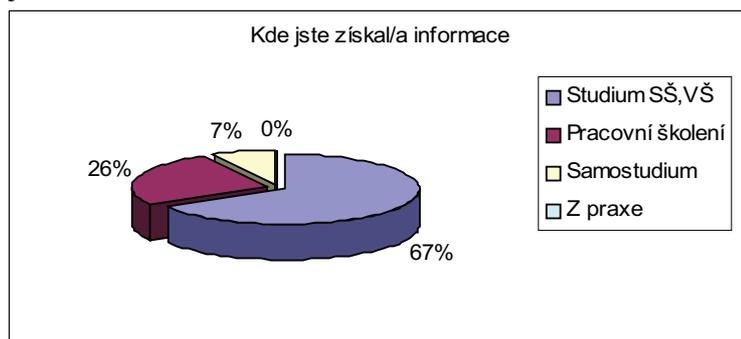
Z grafu vyplývá, že znalost pojmu multikulturální ošetřovatelství je u většiny respondentů. 83% respondentů odpovědělo kladně na otázku, zda znají pojem multikulturální ošetřovatelství, 7% zná částečně. Zápornou odpověď uvedlo sedm procent dotázaných.

Pokud ano nebo částečně, kde jste získal/a informace?

Tabulka č. 7 – Kde jste získal/a informace

| | | |
|------------------|----|---------|
| Studium SŠ, VŠ | 18 | 66,67% |
| Pracovní školení | 7 | 25,93% |
| Samostudium | 2 | 7,41% |
| Z praxe | 0 | 0,00% |
| Celkem | 27 | 100,00% |

Graf č. 7 - Kde jste získal/a informace



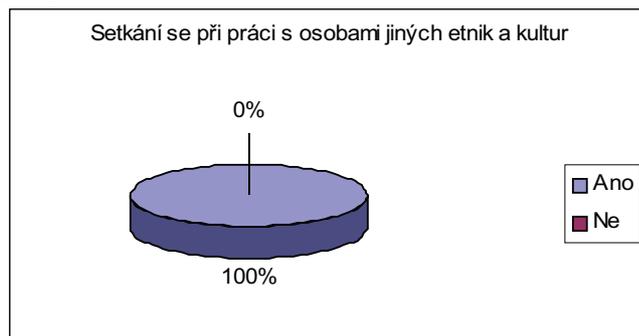
67% dotázaných získalo informace v rámci studia na SŠ, VOŠ nebo VŠ. 26% z různých pracovních školení a 7% v rámci samostudia.

Setkáváte se při své práci s osobami jiných etnik a kultur?

Tabulka č. 8 – Setkání při práci s osobami jiných etnik a kultur

| | | |
|--------|----|---------|
| Ano | 30 | 100,00% |
| Ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 8 - Setkání při práci s osobami jiných etnik a kultur



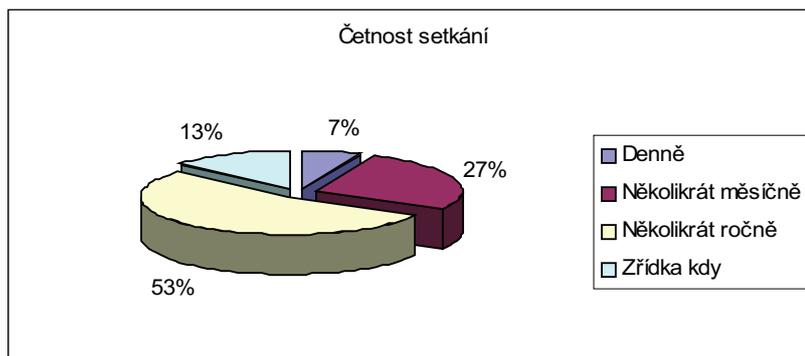
Sto procent respondentů se ve své práci setkává s osobami jiných etnik, kultur a národností, což potvrzuje závažnost tématu multikulturního ošetrovatelství.

Pokud ano, uveďte, s jakou četností se setkáváte s osobami jiného etnika či kultury.

Tabulka č. 9 – Četnost setkání.

| | | |
|--------------------|----|---------|
| Denně | 2 | 6,67% |
| Několikrát měsíčně | 8 | 26,67% |
| Několikrát ročně | 16 | 53,33% |
| Zřídka kdy | 4 | 13,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 9 - Četnost setkání.



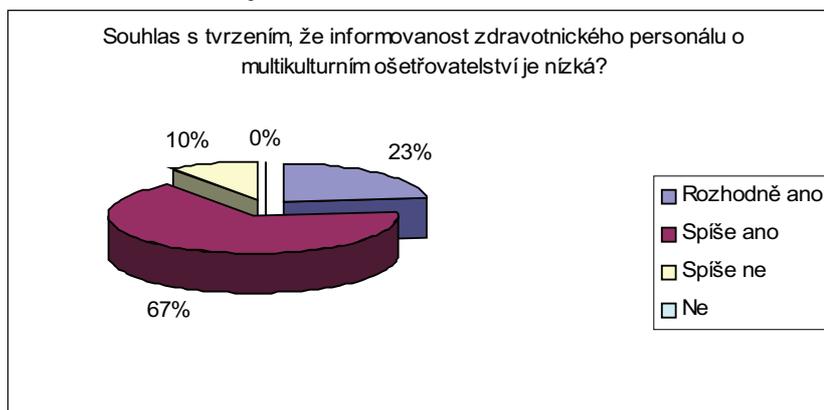
Z grafu vyplývá, že četnost setkávání se s jiným etnikem či jinou kulturou je značná. Nejvíce respondentů – 53% se setkává těmito osobami několikrát ročně, více než čtvrtina několikrát měsíčně. Existuje i 7% osob, které odpověděly, že se setkávají s osobami jiné národnosti denně.

Souhlasíte s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká?

Tabulka č. 10 – Souhlas s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká.

| | | |
|--------------|----|---------|
| Rozhodně ano | 7 | 23,33% |
| Spíše ano | 20 | 66,67% |
| Spíše ne | 3 | 10,00% |
| Ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 10 - Souhlas s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká.



23% respondentů potvrdilo, že informovanost personálu o multikulturálním ošetřovatelství je nízká. Dalších 67% si s tímto tvrzením také souhlasí. Pouze 10% dotázaných si nemyslí, že by informovanost personálu o multikulturálním ošetřovatelství byla nízká.

Měl/a byste zájem o zvýšení své informovanosti v oblasti multikulturálního ošetřovatelství?

Tabulka č. 11 – Zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturálního ošetřovatelství.

| | | |
|--------------|----|---------|
| Rozhodně ano | 5 | 16,67% |
| Spíše ano | 22 | 73,33% |
| Spíše ne | 3 | 10,00% |
| Rozhodně ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 11 - Zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturálního ošetřovatelství.



Zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturálního ošetřovatelství má 73% respondentů, což je poměrně velký počet. Dalších 17% vyjádřilo rozhodný souhlas a pouze 10% nepovažuje zvýšení informovanosti v dané oblasti za podstatné.

II.ČÁST: údaje z oboru multikulturního ošetřovatelství

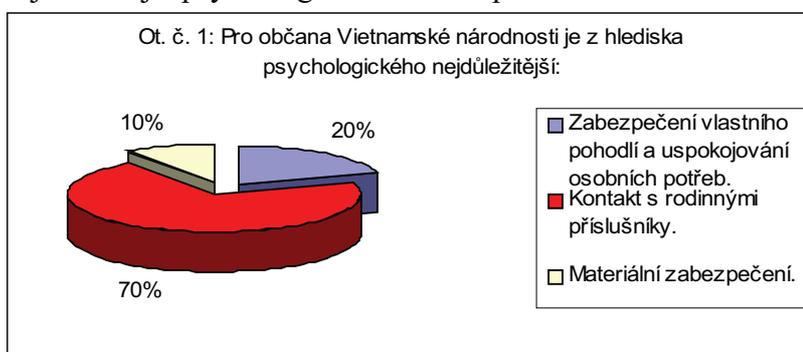
Správné odpovědi jsou označeny červeně.

1) Pro občana Vietnamské národnosti je z hlediska psychologického nejdůležitější.

Tabulka č. 12 – Nejdůležitější psychologické hledisko pro občana Vietnamské národnosti.

| | | |
|--|-----------|---------------|
| a) Zabezpečení vlastního pohodlí a uspokojování osobních potřeb. | 6 | 20,00% |
| b) Kontakt s rodinnými příslušníky. | 21 | 70,00% |
| c) Materiální zabezpečení. | 3 | 10,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 12 - Nejdůležitější psychologické hledisko pro občana Vietnamské národnosti.



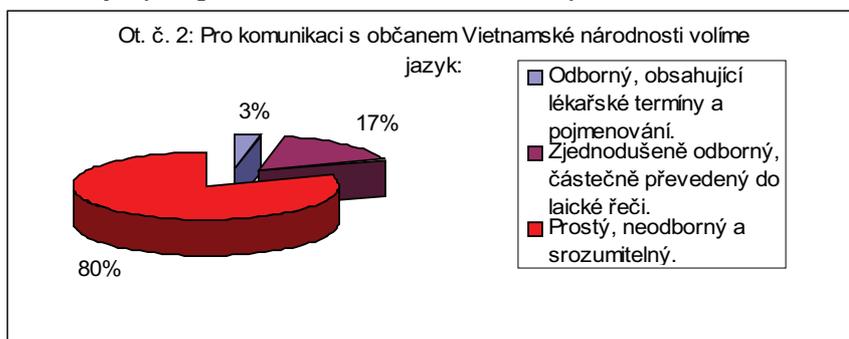
Graf č. 12 ukazuje, že většina respondentů (70%) odpověděla na otázku č. 1 správně. 30% respondentů uvedlo špatnou odpověď.

2) Pro komunikaci s občanem Vietnamské národnosti volíme jazyk.

Tabulka č. 13 – Volba jazyka pro komunikaci s Vietnamským občanem.

| | | |
|---|-----------|---------------|
| a) Odborný, obsahující lékařské termíny a pojmenování. | 1 | 3,33% |
| b) Zjednodušeně odborný, částečně převedený do laické řeči. | 5 | 16,67% |
| c) Prostý, neoborný a srozumitelný. | 24 | 80,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 12 - Volba jazyka pro komunikaci s Vietnamským občanem.



Na otázku který jazyk volíme při komunikaci s Vietnamským občanem respondenti odpověděli v drtivé většině správně. Pětina dotázaných uvedla chybnou odpověď.

3) Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projev nadřazenosti?

Tabulka č.14 - Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projevem nadřazenosti.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ano souhlasím | 13 | 43,33% |
| Ano částečně | 1 | 3,33% |
| Nevím | 11 | 36,67% |
| Částečně nesouhlasím | 0 | 0,00% |
| Ne | 5 | 16,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č.14 - Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projevem nadřazenosti.



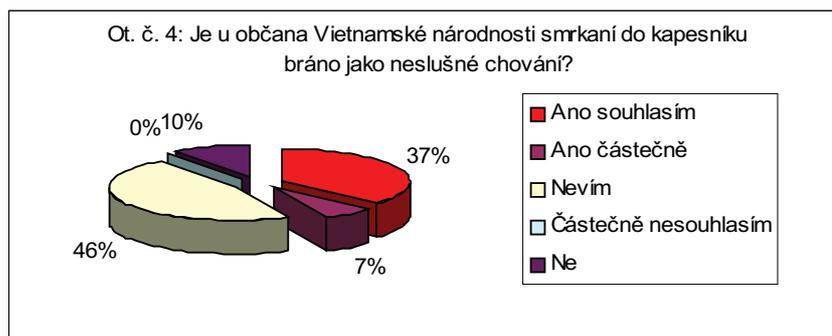
Otázku zodpovědělo správně 43% dotázaných, což lze považovat za dobrý výsledek. Dalších 17% odpovědí lze považovat též za správné. Dvě pětiny respondentů buď odpověděly špatně nebo nedokázaly odpovědět vůbec.

4) Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování?

Tabulka č. 15 - Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ano souhlasím | 11 | 36,67% |
| Ano částečně | 2 | 6,67% |
| Nevím | 14 | 46,67% |
| Částečně nesouhlasím | 0 | 0,00% |
| Ne | 3 | 10,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 15 - Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování.



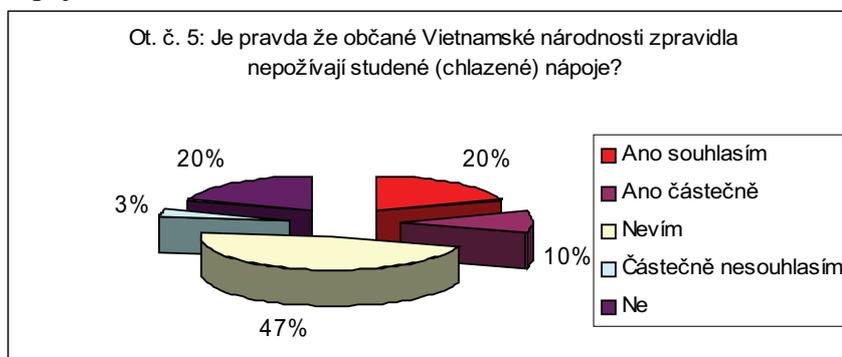
46% respondentů si s touto otázkou nevěděla rady. Zajímavý je však počet osob, které uvedly správnou odpověď.

5) **Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje?**

Tabulka č. 16 - Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ano souhlasím | 6 | 20,00% |
| Ano částečně | 3 | 10,00% |
| Nevím | 14 | 46,67% |
| Částečně nesouhlasím | 1 | 3,33% |
| Ne | 6 | 20,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 16 - Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje.



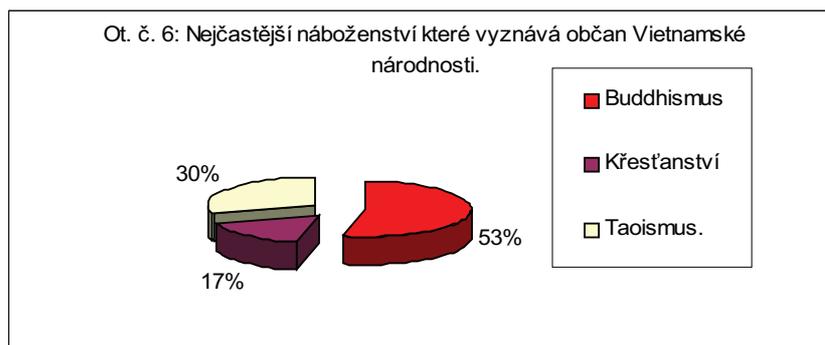
Pouze 20% odpovědělo na otázku č. 5 správně. Navzdory tomu, že se jedná o poměrně zásadní moment v péči o pacienta – o výživu, celých 80% respondentů neuvádlo správnou odpověď.

6) **Jaké nejčastější náboženství vyznávají občané Vietnamské národnosti?**

Tabulka č. 17 - Nejčastější náboženství které vyznává občan Vietnamské národnosti.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| a) Buddhismus | 16 | 53,33% |
| b) Křesťanství | 5 | 16,67% |
| c) Taoismus. | 9 | 30,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 17 - Nejčastější náboženství které vyznává občan Vietnamské národnosti.



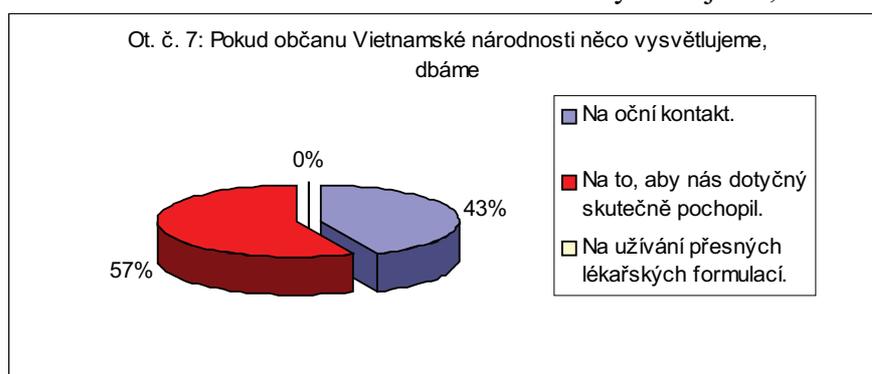
Na otázku č. 6 odpověděla více než polovina respondentů správně. I když jsou ve Vietnamu rozšířená všechna náboženství, Buddhismus vyznává nejvíce lidí.

7) **Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme.**

Tabulka č. 18 - Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme.

| | | |
|---|-----------|----------------|
| a) Na oční kontakt. | 13 | 43,33% |
| b) Na to, aby nás dotyčný skutečně pochopil. | 17 | 56,67% |
| c) Na užívání přesných lékařských formulací. | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 18 - Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme.



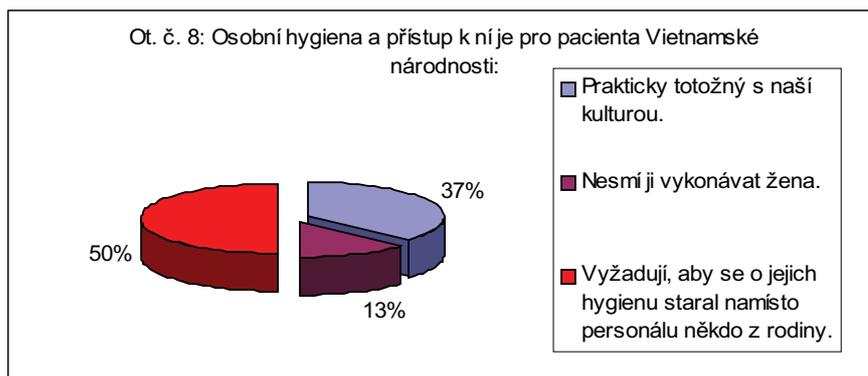
Nejvíce odpovědí na otázku č. 7 byla možnost b tzn. že je nutné dbát na korektní pochopení našeho sdělení, vědělo to 57% dotázaných. Zbýlých 43% odpovědělo chybně.

8) **Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti:**

Tabulka č. 19 - Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti.

| | | |
|--|-----------|----------------|
| a) Prakticky totožný s naší kulturou. | 11 | 36,67% |
| b) Nesmí ji vykonávat žena. | 4 | 13,33% |
| c) Vyžadují, aby se o jejich hygienu staral namísto personálu někdo z rodiny. | 15 | 50,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 19 - Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti.



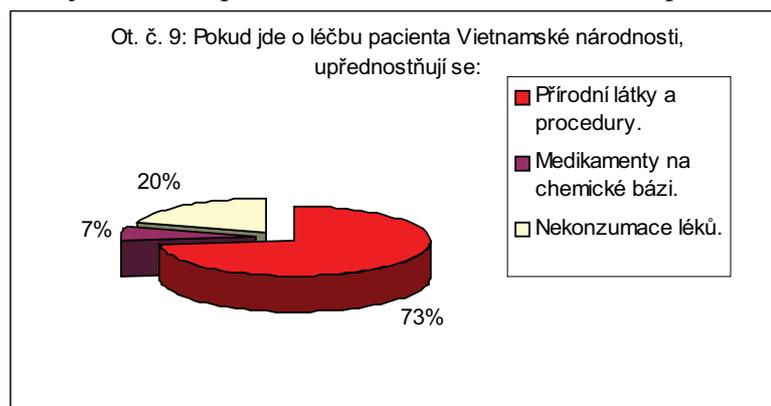
Přesná polovina dotazovaných odpověděla na tuto otázku správně. 50% respondentů uvedlo chybnou odpověď.

9) **Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se:**

Tabulka č. 20 - Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se.

| | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------|
| a) Přírodní látky a procedury. | 22 | 73,33% |
| b) Medikamenty na chemické bázi. | 2 | 6,67% |
| c) Nekonzumace léků. | 6 | 20,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 20 - Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se.



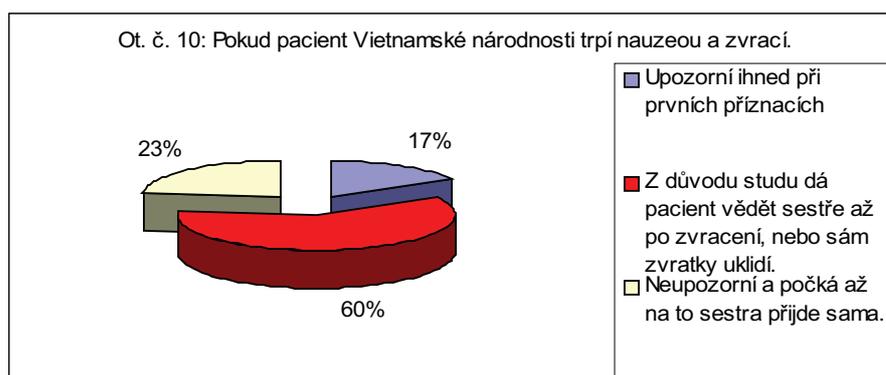
Téměř tři čtvrtiny respondentů odpověděly správně. Správná odpověď vychází ze samé podstaty asijských národů. 27% dotázaných si nevěděla s touto otázkou rady.

10) **Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.**

Tabulka č. 21 - Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.

| | | |
|---|-----------|---------------|
| a) Upozorní ihned při prvních příznacích | 5 | 16,67% |
| b) Z důvodu studu dá pacient vědět sestře až po zvracení, nebo sám zvratky uklidí. | 18 | 60,00% |
| c) Neupozorní a počká až na to sestra přijde sama. | 7 | 23,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 21 - Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.



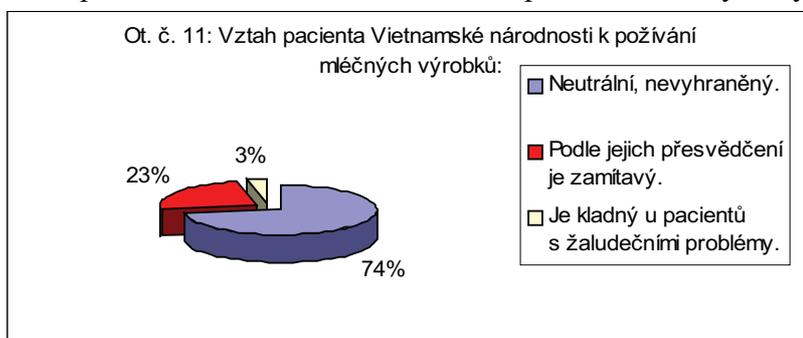
Nadpoloviční většina (60%) dotazovaných pracovníků odpověděla správně. Vyjádřili správný předpoklad stydlivosti osob Vietnamské národnosti.

11) Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků:

Tabulka č. 22 - Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků.

| | | |
|---|----------|---------------|
| a) Neutrální, nevyhraněný. | 22 | 73,33% |
| b) Podle jejich přesvědčení je zamítavý. | 7 | 23,33% |
| c) Je kladný u pacientů s žaludečními problémy. | 1 | 3,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 22 - Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků.



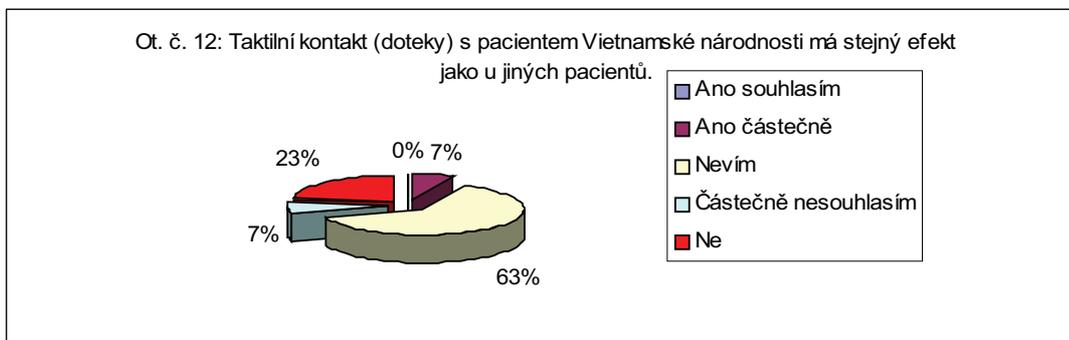
Pouze 23% odpovědí je správných, přičemž se jedná o významný prvek v ošetřovatelství – o výživu. 77% osob uvedlo špatnou odpověď.

12) Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.

Tabulka č. 23 - Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.

| | | |
|----------------------|----------|---------------|
| Ano souhlasím | 0 | 0,00% |
| Ano částečně | 2 | 6,67% |
| Nevím | 19 | 63,33% |
| Částečně nesouhlasím | 2 | 6,67% |
| Ne | 7 | 23,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 23 - Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.



Doteky hrají u Vietnamců jinou úlohu než u jiných národů. Dotek námi vnímaný jako povzbuzující a konejšivý může pro ně být urážející či ponižující. 63% dotazovaných si však nevědělo s touto otázkou rady.

9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ NA ORL. KLINICE

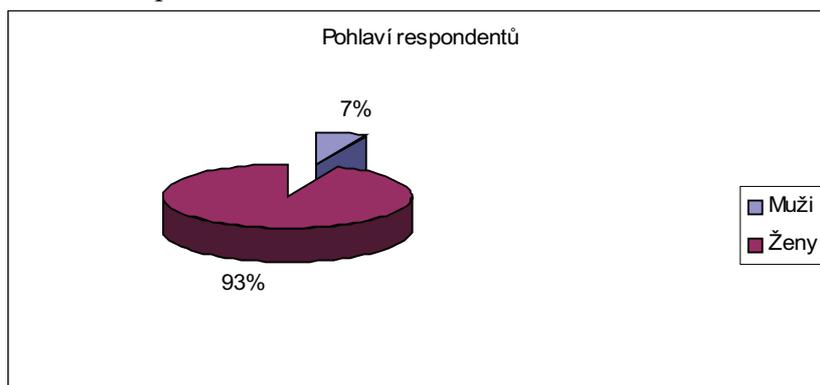
I. Část: všeobecné údaje o respondentovi.

Pohlaví respondentů

Tabulka č. 23 – Pohlaví

| | | |
|--------|----|---------|
| Muži | 2 | 6,67% |
| Ženy | 28 | 93,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 23 – Pohlaví respondentů



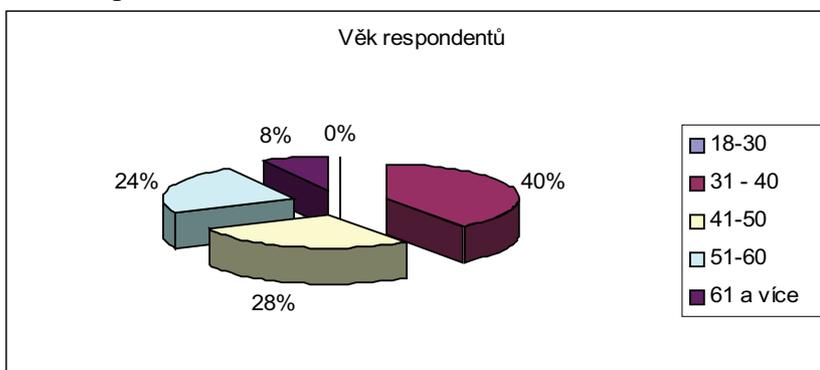
Z grafu je evidentní převaha žen v pracovním kolektivu (28 ku 2). Potvrzuje se tím fakt, že pozice zdravotních sester a ošetrujícího personálu všeobecně jsou silně feminizovány.

Věk respondentů

Tabulka č. 24 – Věk

| | | |
|-----------|----|---------|
| 18-30 | 0 | 0,00% |
| 31 - 40 | 10 | 33,33% |
| 41-50 | 7 | 23,33% |
| 51-60 | 11 | 36,67% |
| 61 a více | 2 | 6,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 24 - Věk respondentů



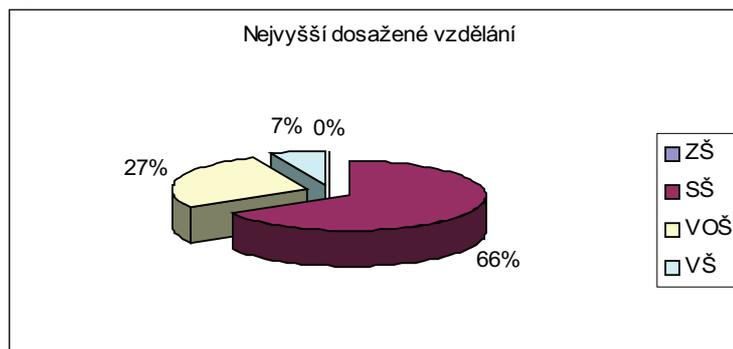
Většinu respondentů tvořily osoby produktivního věku a osoby mladší padesáti let. Žádná z osob není mladší třiceti let. Dvě osoby jsou téměř důchodového věku.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 25 – Dosažené vzdělání

| | | |
|--------|----|---------|
| ZŠ | 0 | 0,00% |
| SŠ | 20 | 66,67% |
| VOŠ | 8 | 26,67% |
| VŠ | 2 | 6,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 25 - Nejvyšší dosažené vzdělání



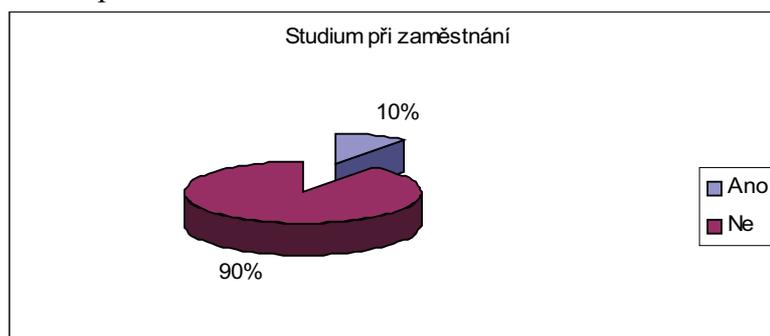
Dvě třetiny respondentů uvádějí střední školu jako nejvyšší dosažené vzdělání. 7% respondentů uvádí vysokoškolské a 27% vyšší odborné vzdělání.

Studium při zaměstnání

Tabulka č. 26 – Studium

| | | |
|--------|----|---------|
| Ano | 3 | 10,00% |
| Ne | 27 | 90,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 26 - Studium při zaměstnání



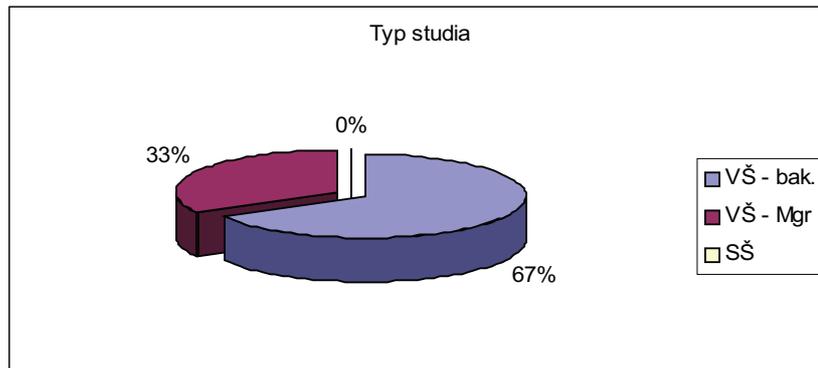
Zarážející informací je nízká míra vzdělávání se personálu na tomto oddělení, kdy pouhá desetina sester se věnuje profesnímu růstu, zbylých 90% buď již dostudovalo nebo studovat nechce.

Druhy studia

Tabulka č. 27 – Typ studia

| | | |
|-----------|---|---------|
| VŠ - bak. | 2 | 66,67% |
| VŠ – Mgr | 1 | 33,33% |
| SŠ | 0 | 0,00% |
| Celkem | 3 | 100,00% |

Graf č. 27 - Typ studia



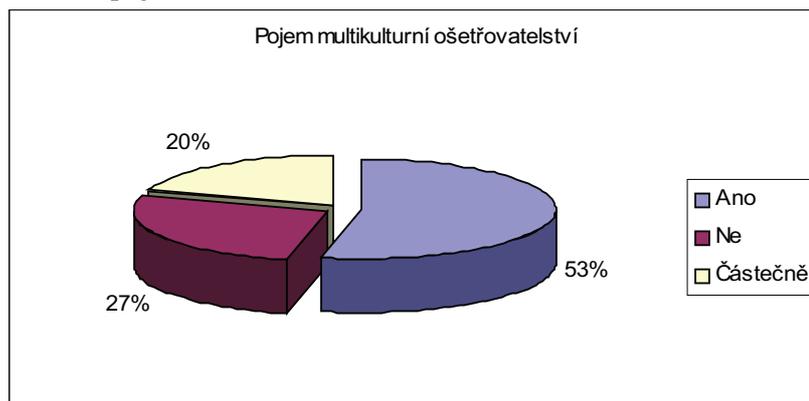
Všechny osoby, které se při zaměstnání věnují studiu, navštěvují vysokou školu. 67% navštěvuje bakalářský program a 33% magisterský.

Znáte pojem „multikulturální ošetřovatelství“?

Tabulka č. 28 – Pojem multikulturální ošetřovatelství

| | | |
|----------|----|---------|
| Ano | 16 | 53,33% |
| Ne | 8 | 26,67% |
| Částečně | 6 | 20,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 28 – Znalost pojmu multikulturální ošetřovatelství



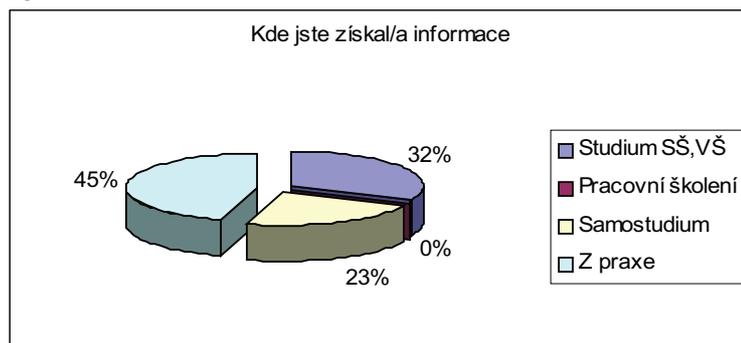
Zhruba polovina respondentů (53%) zná pojem multikulturální ošetřovatelství. Zbývá část buď pouze částečně nebo vůbec.

Pokud ano nebo částečně, kde jste získal/a informace?

Tabulka č. 29 – Kde jste získal/a informace

| | | |
|------------------|----|---------|
| Studium SŠ, VŠ | 7 | 31,82% |
| Pracovní školení | 0 | 0,00% |
| Samostudium | 5 | 22,73% |
| Z praxe | 10 | 45,45% |
| Celkem | 22 | 100,00% |

Graf č. 29 - Kde jste získal/a informace



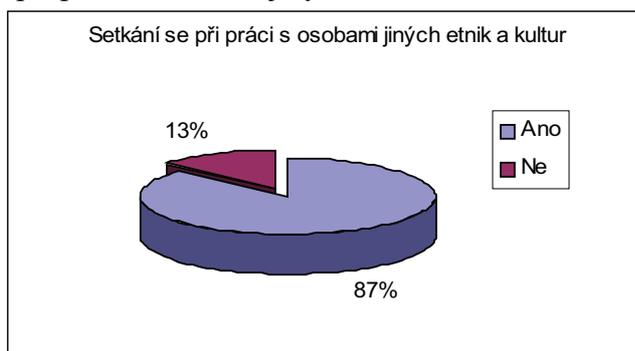
Velkou část informací získávají pracovníci z každodenní praxe (45%) nebo v rámci studia (32%). Je zajímavé, že nikdo neabsolvoval pracovní školení s tematikou multikulturního ošetrovatelství.

Setkáváte se při své práci s osobami jiných etnik a kultur?

Tabulka č. 30 – Setkání při práci s osobami jiných etnik a kultur

| | | |
|--------|----|---------|
| Ano | 26 | 86,67% |
| Ne | 4 | 13,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 30 - Setkání při práci s osobami jiných etnik a kultur



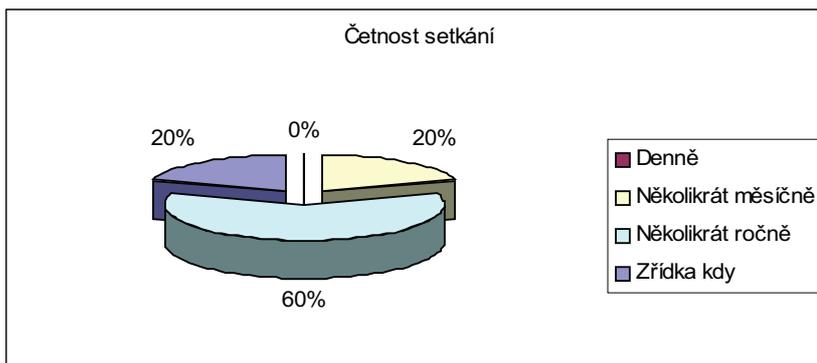
Graf zcela jasně znázorňuje, jak zásadní je otázka multikulturního přístupu v ošetrovatelské praxi, neboť míra setkávání se s osobami jiných kultur a etnik je značná. 87% respondentů uvedlo, že se s takovými osobami setkává.

Pokud ano, uveďte, s jakou četností se setkáváte s osobami jiného etnika či kultury.

Tabulka č. 31 – Četnost setkání.

| | | |
|--------------------|----|---------|
| Denně | 0 | 0,00% |
| Několikrát měsíčně | 6 | 20,00% |
| Několikrát ročně | 18 | 60,00% |
| Zřídka kdy | 6 | 20,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 31 - Četnost setkání.



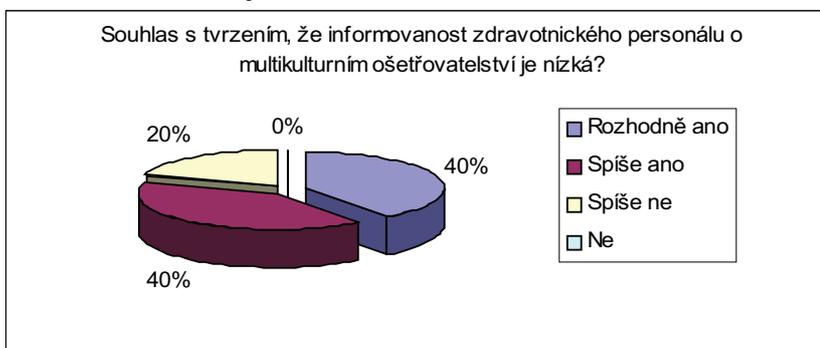
Graf ukazuje, že četnost setkávání se s osobami jiných národností a kultur není nezanedbatelná. Pětina respondentů se setkává s takovými pacienty i několikrát měsíčně. 60% několikrát ročně. 20% dotázaných se neseťkává s pacienty jiné národnosti.

Souhlasíte s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká?

Tabulka č. 32 – Souhlas s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká.

| | | |
|--------------|----|---------|
| Rozhodně ano | 12 | 40,00% |
| Spíše ano | 12 | 40,00% |
| Spíše ne | 6 | 20,00% |
| Ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 32 - Souhlas s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká.



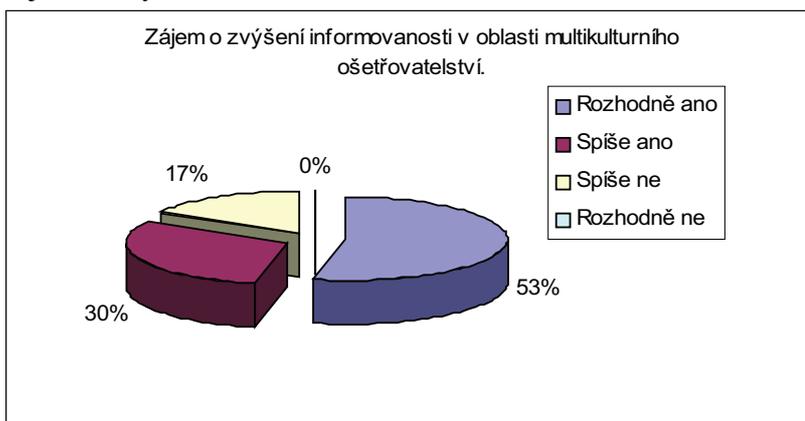
Většina respondentů souhlasí že informovanost zdravotnického personálu v oblasti multikulturní ošetřovatelství je nízká. 20% jí považuje za dostatečnou.

Měl/a byste zájem o zvýšení své informovanosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství?

Tabulka č. 33 – Zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

| | | |
|--------------|----|---------|
| Rozhodně ano | 16 | 53,33% |
| Spíše ano | 9 | 30,00% |
| Spíše ne | 5 | 16,67% |
| Rozhodně ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 33 - Zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství.



Více než tři čtvrtiny respondentů vyjádřily svůj zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství. 17% nemá zájem o zvýšení povědomí v dané oblasti.

II.ČÁST: údaje z oboru multikulturního ošetřovatelství

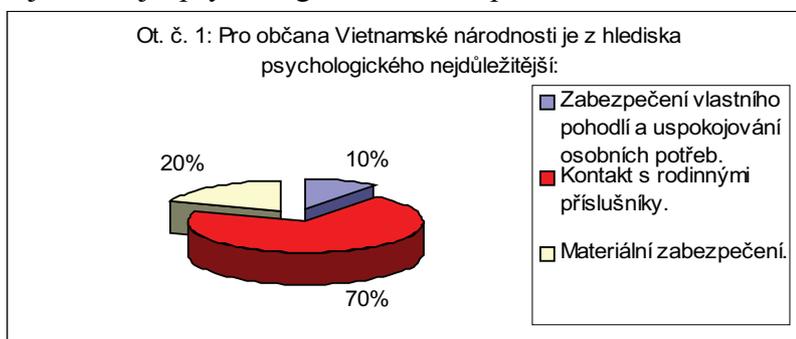
Správné odpovědi jsou označeny červeně.

1) **Pro občana Vietnamské národnosti je z hlediska psychologického nejdůležitější.**

Tabulka č. 34 – Nejdůležitější psychologické hledisko pro občana Vietnamské národnosti.

| | | |
|--|-----------|---------------|
| a) Zabezpečení vlastního pohodlí a uspokojování osobních potřeb. | 3 | 10,00% |
| b) Kontakt s rodinnými příslušníky. | 21 | 70,00% |
| c) Materiální zabezpečení. | 6 | 20,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 34 - Nejdůležitější psychologické hledisko pro občana Vietnamské národnosti.



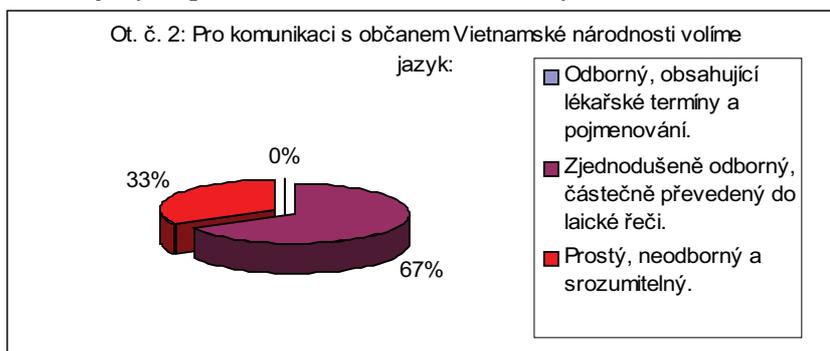
Graf č. 34 ukazuje, že většina dotazovaných odpověděla na otázku č. 1 správně. 30% odpovědí bylo chybných.

2) **Pro komunikaci s občanem Vietnamské národnosti volíme jazyk.**

Tabulka č. 35 – Volba jazyka pro komunikaci s Vietnamským občanem.

| | | |
|---|-----------|---------------|
| a) Odborný, obsahující lékařské termíny a pojmenování. | 0 | 0,00% |
| b) Zjednodušeně odborný, částečně převedený do laické řeči. | 20 | 66,67% |
| c) Prostý, neodborný a srozumitelný. | 10 | 33,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 35 - Volba jazyka pro komunikaci s Vietnamským občanem.



Třetina respondentů odpověděla na tuto otázku správně. Zbylé dvě třetiny označily špatnou odpověď.

3) Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projevem nadřazenosti?

Tabulka č.36 - Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projevem nadřazenosti.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ano souhlasím | 0 | 0,00% |
| Ano částečně | 5 | 16,67% |
| Nevím | 22 | 73,33% |
| Částečně nesouhlasím | 3 | 10,00% |
| Ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č.36 - Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projevem nadřazenosti.



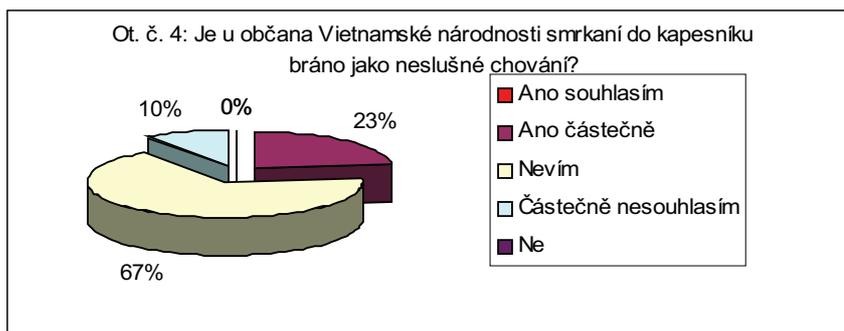
Na otázku č. 3 nedokázal nikdo správně odpovědět. Pouze domněnku 17% respondentů lze považovat za náznak správné odpovědi.

4) Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování?

Tabulka č. 37 - Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ano souhlasím | 0 | 0,00% |
| Ano částečně | 7 | 23,33% |
| Nevím | 20 | 66,67% |
| Částečně nesouhlasím | 3 | 10,00% |
| Ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 37 - Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování.



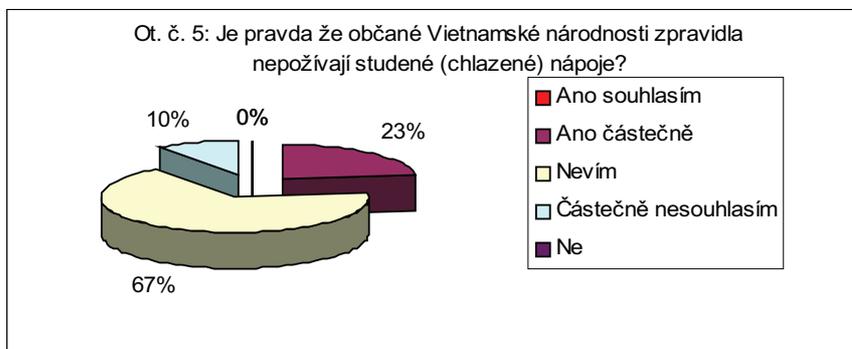
Na oddělení ORL nikdo nedopověděl správně na tuto otázku. Většina respondentů (67%) nedokázala odpovědět – uvedla, že neví.

5) **Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje?**

Tabulka č. 38 - Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ano souhlasím | 0 | 0,00% |
| Ano částečně | 7 | 23,33% |
| Nevím | 20 | 66,67% |
| Částečně nesouhlasím | 3 | 10,00% |
| Ne | 0 | 0,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 38 - Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje.



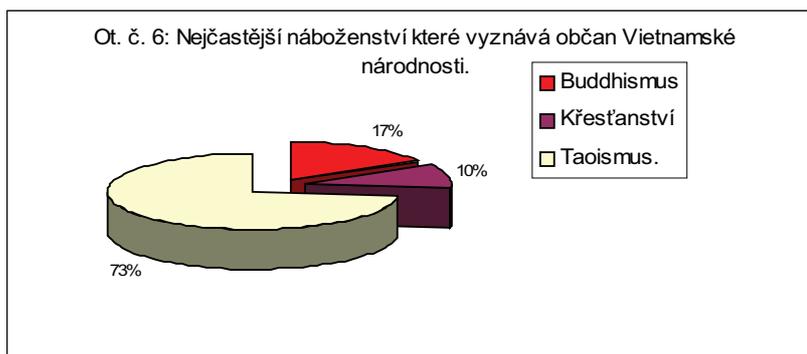
Otázka č. 5 byla zřejmě natolik specifická, že se vyskytlo velké procento (67%) respondentů, kteří neuměli odpovědět. 23% respondentů uvedlo částečně správnou odpověď. 10% odpovědělo špatně.

6) **Jaké nejčastější náboženství vyznávají občané Vietnamské národnosti?**

Tabulka č. 39 - Nejčastější náboženství které vyznává občan Vietnamské národnosti.

| | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| a) Buddhismus | 5 | 16,67% |
| b) Křesťanství | 3 | 10,00% |
| c) Taoismus. | 22 | 73,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 39 - Nejčastější náboženství které vyznává občan Vietnamské národnosti.



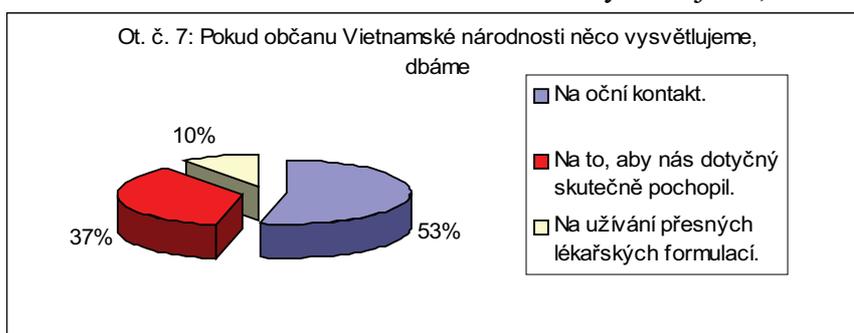
I když jsou ve Vietnamu rozšířená všechna náboženství, Buddhismus vyznává nejvíce lidí. Pouze malá část (17%) respondentů to věděla. 83% dotázaných uvedlo jiné náboženství.

7) **Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme.**

Tabulka č. 40 - Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme.

| | | |
|---|-----------|----------------|
| a) Na oční kontakt. | 16 | 53,33% |
| b) Na to, aby nás dotýčný skutečně pochopil. | 11 | 36,67% |
| c) Na užívání přesných lékařských formulací. | 3 | 10,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 40 - Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme.



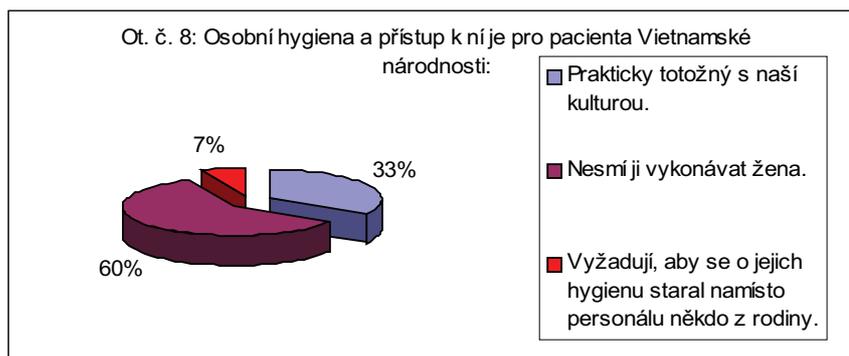
37% respondentů uvedlo správnou odpověď. Oční kontakt není v dané situaci tím nejdůležitějším prvkem komunikace, jak se domnívalo 53% dotázaných. Zbýlých 10% uvádělo nutnost užívání přesných lékařských formulací.

8) **Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti:**

Tabulka č. 41 - Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti.

| | | |
|--|-----------|----------------|
| a) Prakticky totožný s naší kulturou. | 10 | 33,33% |
| b) Nesmí ji vykonávat žena. | 18 | 60,00% |
| c) Vyžadují, aby se o jejich hygienu staral namísto personálu někdo z rodiny. | 2 | 6,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 41 - Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti.



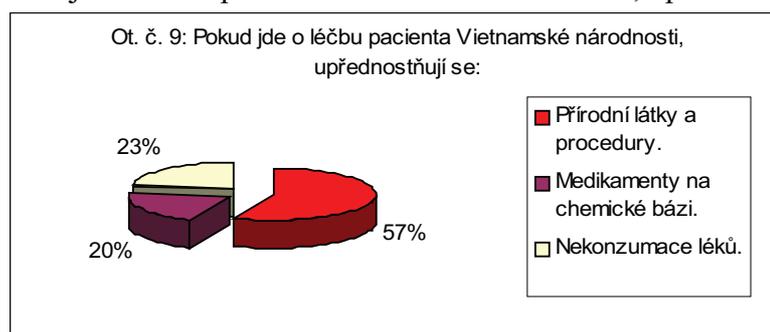
V péči o nemocného převládají u vietnamského etnika silné tradiční tendence, což bývá často opomíjeno. 7% osob odpovědělo správně. 93% uvedlo jinou odpověď.

9) **Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se:**

Tabulka č. 42 - Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se.

| | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------|
| a) Přírodní látky a procedury. | 17 | 56,67% |
| b) Medikamenty na chemické bázi. | 6 | 20,00% |
| c) Nekonzumace léků. | 7 | 23,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 42 - Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se.



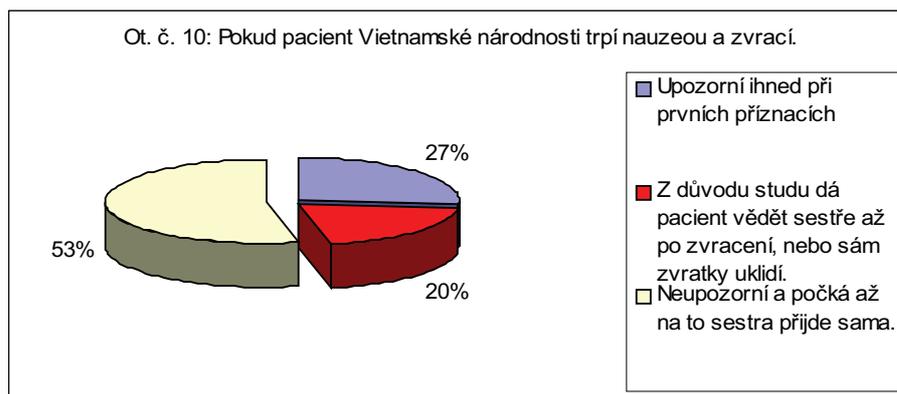
Správná odpověď vychází ze samé podstaty asijských národů Většina lidí uvedla správnou odpověď. 43% dotázaných neodpovědělo správně.

10) **Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.**

Tabulka č. 43 - Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.

| | | |
|---|----------|---------------|
| a) Upozorní ihned při prvních příznacích | 8 | 26,67% |
| b) Z důvodu studu dá pacient vědět sestře až po zvracení, nebo sám zvratky uklidí. | 6 | 20,00% |
| c) Neupozorní a počká až na to sestra přijde sama. | 16 | 53,33% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 43 - Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.



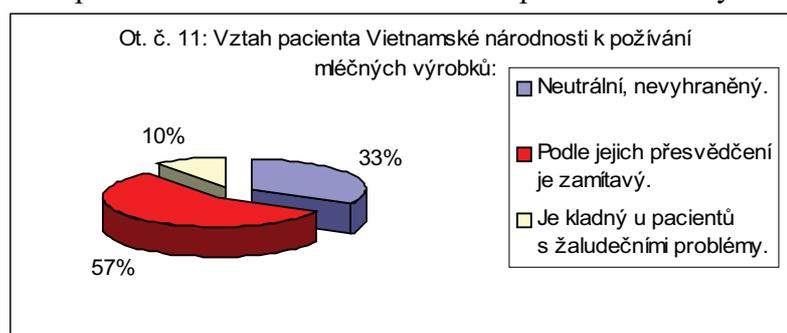
Osoby vietnamské národnosti jsou v základu velice bázlivé a stydlivé, proto mají ostych sdílet své fyziologické projevy s cizími osobami. Pětina respondentů odpověděla správně, zbylých 80% vybralo chybné odpovědi.

11) Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků:

Tabulka č. 44 - Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků.

| | | |
|---|-----------|----------------|
| a) Neutrální, nevyhraněný. | 10 | 33,33% |
| b) Podle jejich přesvědčení je zamítavý. | 17 | 56,67% |
| c) Je kladný u pacientů s žaludečními problémy. | 3 | 10,00% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 44 - Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků.



Více než polovina respondentů odpověděla správně. 43% odpovědělo na tuto otázku špatně.

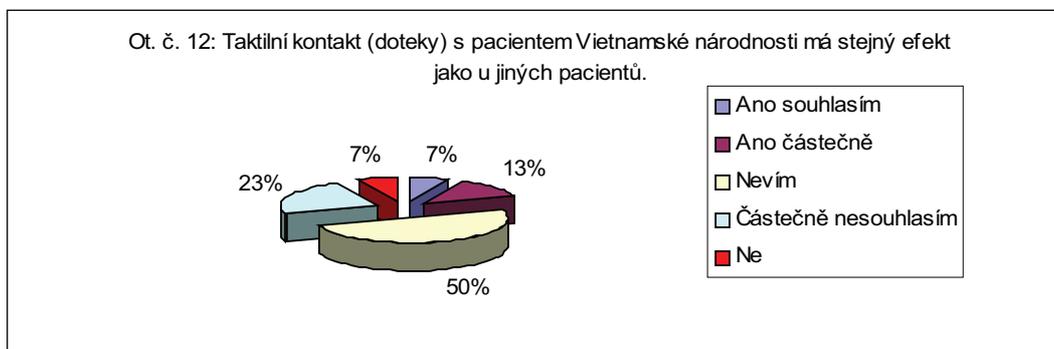
12) Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.

Tabulka č. 45 - Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.

| | | |
|----------------------|----|--------|
| Ano souhlasím | 2 | 6,67% |
| Ano částečně | 4 | 13,33% |
| Nevím | 15 | 50,00% |
| Částečně nesouhlasím | 7 | 23,33% |

| | | |
|-----------|----------|--------------|
| <i>Ne</i> | 2 | 6,67% |
| Celkem | 30 | 100,00% |

Graf č. 45 - Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.



Doteky hrají u Vietnamců jinou úlohu než u jiných národů. Dotek námi vnímaný jako povzbuzující a konejšivý může pro ně být urážející či ponižující. 7% uvedlo správnou odpověď. 13% odpověď blízko pravdě. Polovina dotázaných neuměla odpovědět a 30% uvedlo chybnou odpověď.

10 DISKUSE

Provedený průzkum je možné zasadit do kontextu teoretických poznatků uvedených v první části této bakalářské práce. Je patrné, že přímé srovnání s jinými autory je v dané době podstatně lépe realizovatelné než dříve, neboť se tématu multikultury věnuje stále větší počet odborníků. Je možné najít řadu článků ve vědeckých časopisech. Ve značné míře své poznatky prezentuje Doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D. Články s multikulturní tematikou jsou zveřejněny v periodikách jako je časopis Kontakt nebo slovenský časopis Zdravotníctvo a sociálna práca. Společně s kolektivem autorů se věnuje životnímu stylu a zdravotnické péči o osoby z Vietnamu a Číny. Informace jsou i v populárně-odborné formě prezentovány ve slovenské verzi časopisu Sestra.

Pohledy na multikulturní problematiku v ošetrovatelství se mohou lišit. Vzhledem k tomu, že se jedná o téma obrovského rozměru, je možné uchopit jeho jednotlivé komponenty zvlášť a věnovat jim konkrétní pozornost. Zatímco naše práce se zabývala multikulturním ošetrovatelstvím z pohledu erudovanosti zdravotnického personálu a znalosti specifik přístupu k pacientům jiného etnika, jiné práce se zabývají přímo praxí sester ošetrojících osoby jiné národnosti. Zobrazují parametry náročnosti a specifčnosti takové práce. Za zmínku stojí bakalářská práce zpracovaná absolventkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v roce 2009 Bc. Danou Šebkovou. Ta se ve své práci zabývala obecnými prvky práce s pacienty jiné národnosti. Jako metodu využila kvantitativní výzkum, kdy technikou sběru dat k výzkumnému šetření byl anonymní dotazník určen všeobecným sestřím v nemocnici Blansko. Bylo rozdáno 140 dotazníků, každý obsahoval 25 otázek a některé otázky mohly mít více než jednu odpověď. Vrácených dotazníků bylo 115, zcela správně vyplněných bylo 101 a ty byly použity pro tento kvantitativní výzkum

Ve výzkumu se výrazně zaměřila na komunikaci s cizinci a na komplikace, které mohou být způsobeny při dostatečném neporozumění.

Podle autorky by výsledky její bakalářské práce měly vést k zamyšlení nad tím, zda zajištění uspokojování potřeb cizinců v nemocnici Blansko je dostatečné, účelné a kvalitní. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zásadním a největším problémem při péči

o cizince je jazyková bariéra a s ní úzce spojená vážnoucí komunikace jak ze stran sester, tak ze strany pacientů cizinců.

Z předchozí kapitoly, která osahovala zjištěné údaje ve formě tabulek a grafů jsem vyvodila závěry, které budou podrobněji popsány v této kapitole. Prvním zásadním poznatkem je to, že výsledky jednotlivých částí dotazníku jsou často odlišné v závislosti na pracovišti, na kterém byly zpracovány.

V první, obecné, části dotazníku byly zkoumány nejenom základní znalosti z oblasti multikulturního ošetrovatelství, ale i jisté demografické údaje mající eventuální vliv na výsledek průzkumu.

Zajímavým prvem bylo například věkové složení respondentů, kdy na interní klinice zásadně převládla skupina osob ve věku 18-30 let tvořící celých 50%. Oproti tomu na ORL klinice bylo věkové složení zcela odlišné. Největší procento zde tvořily osoby mezi 31-40 let.

Významným ukazatelem determinujícím celkový výsledek je i nejvyšší dosažené vzdělání. Na ORL klinice převládá středoškolské spolu s vyšším odborným, na interní klinice je to vzdělání vysokoškolské a vyšší odborné. Lze tedy konstatovat, že obecná vzdělanost pracovníků je vyšší na interní klinice. Znalost pojmu multikulturní ošetrovatelství je vyšší na interní klinice (83% ku 53%), což lze podložit jiným ukazatelem, kterým je míra četnosti setkávání se s osobami jiné kultury či národnosti. Na otázku, zda se personál setkává s takovými osobami, odpověděli respondenti na interní klinice ve 100% kladně, na klinice ORL to bylo 87%.

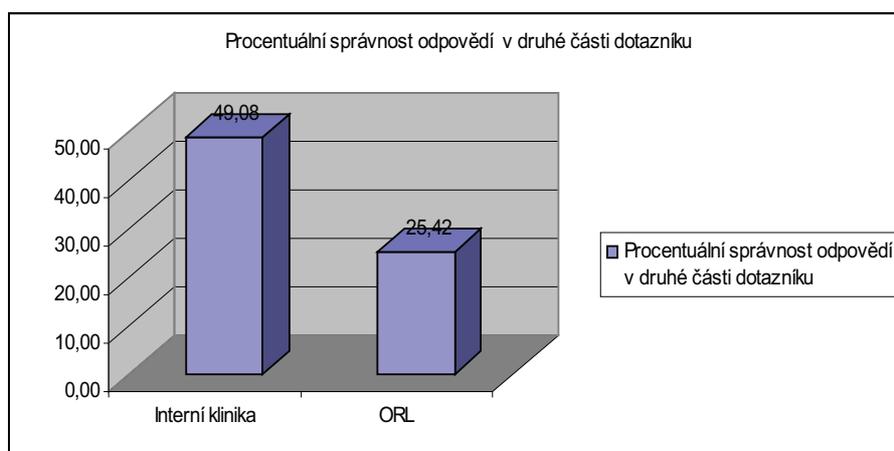
Podrobnějším ukazatelem byla otázka, jak často přichází zdravotnický personál do kontaktu s osobami jiné národnosti. Zde překvapivě zavládla shoda. Nejčastěji uváděným údajem byla položka několikrát ročně, která v obou odděleních přesáhla 50%. Na otázku, zda lze považovat informovanost sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství za nízkou, odpovědělo kladně na obou pracovištích 80% dotázaných, shodný počet respondentů se vyjádřil kladně ve vztahu k dalšímu vzdělávání zdravotnického personálu v dané oblasti.

Vyhodnocení údajů z druhé části dotazníku proběhlo formou statistického vyjádření počtu správných odpovědí v procentech. Pro přehlednost jsou údaje zaneseny do tabulky a vykresleny v grafu.

Tabulka č. 46 – Procentuální správnost odpovědí v druhé části dotazníku

| č.ot. | Interní kl. | ORL | průměr |
|---------------|--------------|--------------|-------------|
| 1. | 70 | 70 | 70,0 |
| 2. | 80 | 33 | 56,5 |
| 3. | 43 | 0 | 21,5 |
| 4. | 37 | 0 | 18,5 |
| 5. | 20 | 0 | 10,0 |
| 6. | 53 | 17 | 35,0 |
| 7. | 57 | 37 | 47,0 |
| 8. | 50 | 7 | 28,5 |
| 9. | 73 | 57 | 65,0 |
| 10. | 60 | 20 | 40,0 |
| 11. | 23 | 57 | 40,0 |
| 12. | 23 | 7 | 15,0 |
| průměr | 49,08 | 25,42 | 37,3 |

Graf č. 46 - Procentuální správnost odpovědí v druhé části dotazníku.



Z tabulky vyplývá značná rozdílnost získaných údajů. Procentuální správnost odpovědí se u jednotlivých otázek téměř vždy diametrálně liší. Obecným, snadno pozorovatelným jevem, je vyšší úspěšnost v oddělení interní kliniky, která je v celkovém součtu téměř dvojnásobná oproti oddělení ORL. Lze uvažovat, zda je to důsledkem nižší erudovanosti personálu nebo menší příležitostí k poznávání osob jiné národnosti. Pravdou však je, že existuje velká vůle k rozšíření vědomostí v dané oblasti.

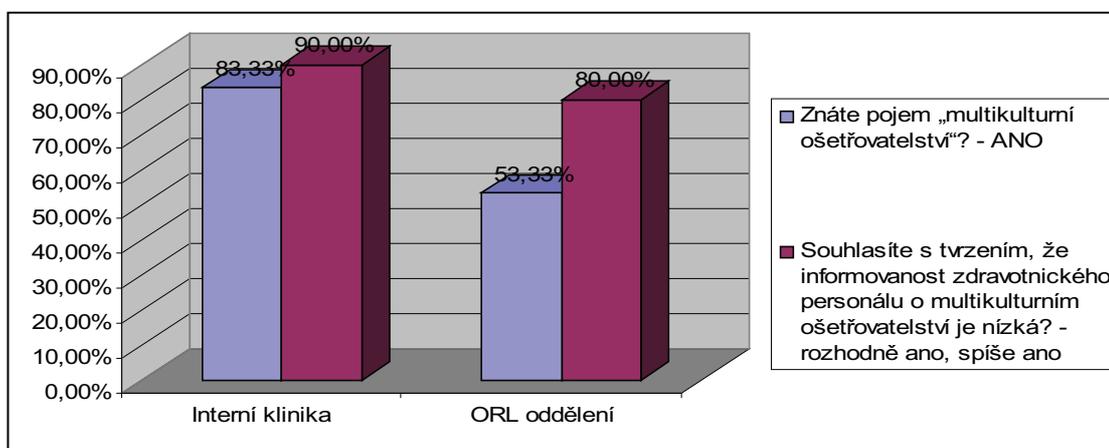
Celkový údaj v tabulce č.46 označený tučným písmem vyjadřuje procentuální správnost odpovědí na otázky z druhé části dotazníku vypočtený jako aritmetický průměr úspěšnosti obou oddělení (37,3% je tedy, zjednodušeně řečeno, údaj udávající obecné povědomí o multikulturních aspektech péče o osoby Vietnamské národnosti).

Vrátíme-li se na počátek průzkumu, uvědomíme si stanovené hypotézy spolu s úvahou, zda byly nebo nebyly potvrzeny.

K hypotéze 1 se vztahovala první část dotazníku, kde byly přímé otázky zadány o znalosti multikulturní problematiky a míry informovanosti v této oblasti.

| <i>Tabulka č . 47 – Hypotéza 1</i> | Interní kl. | ORL |
|---|-------------|--------|
| Znáte pojem „multikulturní ošetřovatelství“? - ANO | 83,33% | 53,33% |
| Souhlasíte s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká? - rozhodně ano, spíše ano | 90,00% | 80,00% |

Graf č. 47 – Hypotéza 1



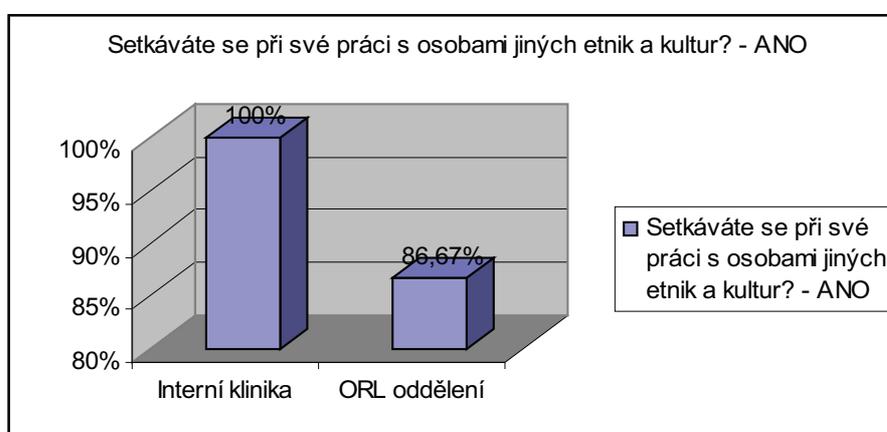
První hypotéza stanovovala předpoklad obecně nízké informovanosti sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Průzkumem byla tato hypotéza **částečně potvrzena**, neboť obecná informovanost sester v dané oblasti dosáhla v průměru necelých 70%, což lze vzhledem k závažnosti tématu považovat za nedostačující. Je nutné dodat, že pouhá znalost terminologie není základem kvalitní erudovanosti v dané oblasti. 85% všech

respondentů se domnívá, že je informovanost v oblasti multikulturního ošetrovatelství nízká.

Druhá hypotéza předpokládala, že se zdravotnický personál ve své praxi setkává s osobami jiného etnika nebo národnosti.

| <i>Tabulka č. 48 – Hypotéza 2</i> | Interní kl. | ORL |
|---|-------------|--------|
| Setkáváte se při své práci s osobami jiných etnik a kultur? - ANO | 100% | 86,67% |

Graf č. 48 – Hypotéza 2



Tato hypotéza **byla potvrzena**. Více než 93% všech respondentů uvedlo, že se setkává s výše uvedenými osobami. Výsledek lze považovat za dostatečně důrazný ve vztahu k závažnosti zkoumaného tématu.

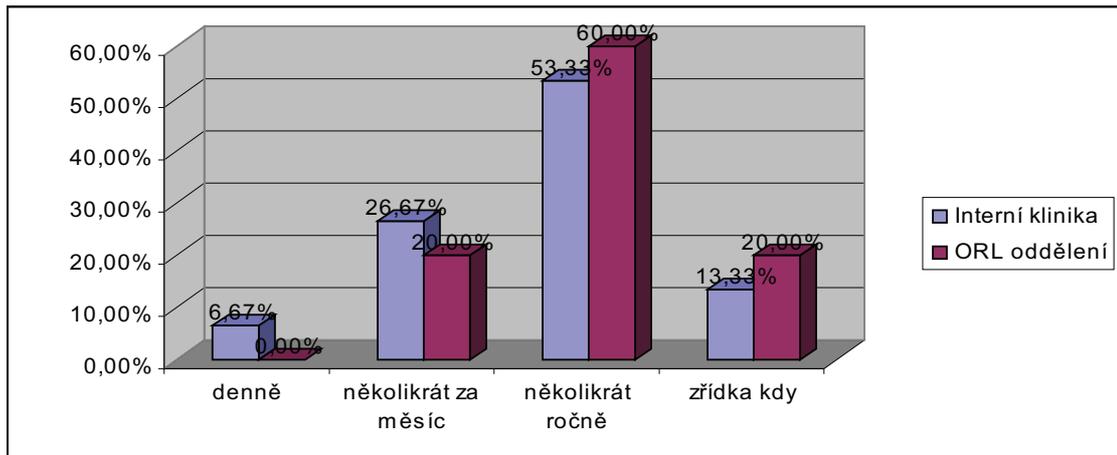
Třetí hypotéza postihující míru četnosti setkávání se s osobami jiných národností a etnik byla též **potvrzena**.

Tabulka č. 49 – Hypotéza 3

Míra četnosti setkávání se s osobami jiné národnosti či etnika

| | Interní klinika | ORL |
|---------------------|-----------------|--------|
| denně | 6,67% | 0,00% |
| několikrát za měsíc | 26,67% | 20,00% |
| několikrát ročně | 53,33% | 60,00% |
| zřídka kdy | 13,33% | 20,00% |

Graf č. 49 – Hypotéza 3



56,5% všech respondentů se setkává uvedenými osobami několikrát ročně a 23,5% dotázaných několikrát měsíčně. Lze tedy konstatovat, že míra četnosti setkávání se s osobami jiné národnosti či etnika, je podstatná.

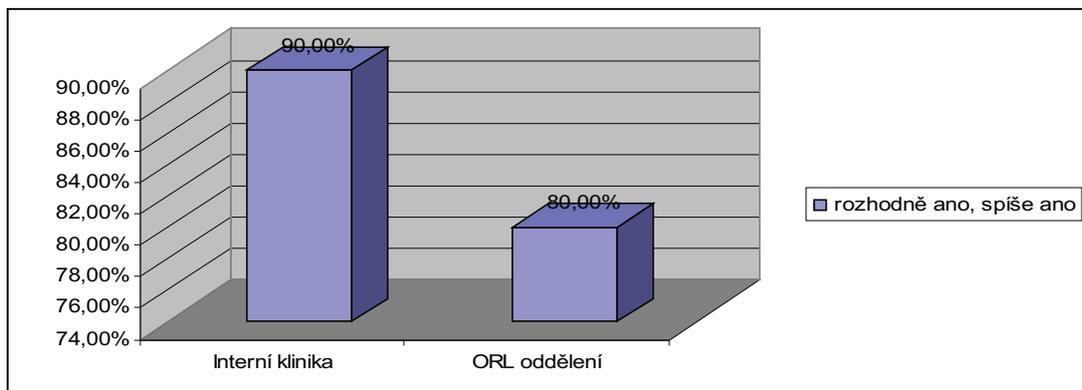
Předpoklad obecně vysoké vůle sester ke zvýšení kvalifikovanosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství stanovený **hypotézou 4** byl **potvrzen**.

Tabulka č. 50 – Hypotéza 4

Zájem o zvýšení informovanosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství

| | Interní kl. | ORL |
|-------------------------|-------------|--------|
| rozhodně ano, spíše ano | 90,00% | 80,00% |

Graf č. 50 – Hypotéza 4



85% všech respondentů se kladně vyjádřilo ve smyslu potvrzení zájmu o studium v dané oblasti.

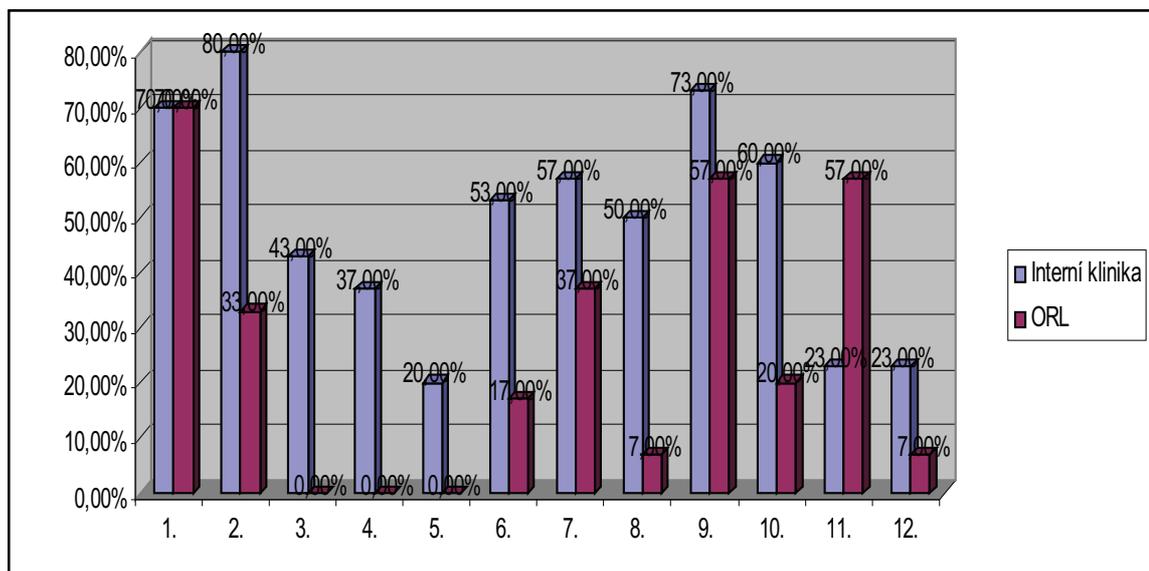
Hypotéza 5 tématicky související s hypotézou 1 byla též **potvrzena**.

Tabulka č. 51 – Hypotéza 5

Procentuální správnost odpovědí v druhé části dotazníku

| č.ot. | Interní klinika | ORL |
|-------|-----------------|--------|
| 1. | 70,00% | 70,00% |
| 2. | 80,00% | 33,00% |
| 3. | 43,00% | 0,00% |
| 4. | 37,00% | 0,00% |
| 5. | 20,00% | 0,00% |
| 6. | 53,00% | 17,00% |
| 7. | 57,00% | 37,00% |
| 8. | 50,00% | 7,00% |
| 9. | 73,00% | 57,00% |
| 10. | 60,00% | 20,00% |
| 11. | 23,00% | 57,00% |
| 12. | 23,00% | 7,00% |

Graf č. 51 – Hypotéza 5



Vycházíme-li z procentuální úspěšnosti v testu zaměřeného na specifika ošetřování osob vietnamské národnosti, musíme konstatovat, že povědomí o správném přístupu k ošetřování těchto osob je nízké. Míra správných odpovědí se v průměrné hodnotě dostala na 37,3%. Při podrobném zkoumání úspěšnosti u jednotlivých otázek jsou však zaznamenány i hodnoty blížíící se nule. Takové zjištění je znepokojivé.

Hypotéza 6, která předpokládala vyšší informovanost sester na oddělení, které bude vykazovat vyšší úroveň vzdělání, byla potvrzena. Pracoviště Interní kliniky VFN Praha vykazuje informovanost značně větší než oddělení ORL (49% ku 25,5%). Z dotazníku vyplynulo, že obecná míra vzdělání na Interní klinice je vyšší. Například poměr vysokoškolského vzdělání je 47% ku 7% ve prospěch Interní kliniky.

Ze získaných poznatků bude možno vyvodit několik vhodných opatření pro praxi, která by ve svém důsledku mohla vést ke zlepšení počáteční situace.

Přínosné by bylo provést přesné průzkumy zaměřující se na etnika a národnosti navštěvující zdravotnická zařízení v ČR ve smyslu vyčíslení základních skupin s největším zastoupením. Na základě toho by bylo možné ve spolupráci s etnology sestavit odborný manuál, který by postihoval zásadní otázky péče o osoby nejčastěji se vyskytujícími národnosti. Další možností by bylo pořádat školení a workshopy zaměřené na problematiku multikulturního ošetřovatelství, zabývat se příklady dobré praxe z pracovišť, která lze v dané oblasti považovat za pilotní. V rámci studií na středních, vyšších a vysokých školách by bylo vhodné pořádat semináře zaměřené na specifika léčebné péče, kam by byli zváni též zástupci minorit.

Osobní zájem podporovaný vhodnou legislativou a vstřícným přístupem zdravotnického managementu může zlepšit situaci v péči o osoby s jinou kulturou nebo národností. Jako členská země EU bychom neměli zapomínat, že jsme se stali platným členem velké kosmopolitní celosvětové společnosti a tomu bychom měli podřizovat své pracovní úsilí, neboť již nejsme osamostatněným elementem žijícím v izolovaném světě, jsme součástí celosvětového systému, do něhož bezvýhradně patří i zdravotnická péče.

11 ZÁVĚR

Naše společnost je svým založením kosmopolitně zaměřená a díky stále se otvírajícímu světu i přístupná pro zástupce všech etnik a kultur. Dnes a denně je možné se setkat se zástupci různých národů i etnik. Často ani sami netušíme, kam toho kterého člověka zařadit, popř. i to, jak se k němu chovat. Celý tento fenomén je akcelerován v oblasti lékařské péče, neboť tato se velice často dotýká intimních a kulturních specifík příslušníků různých národů. Při neznalosti a neinformovanosti personálu v tomto oboru může docházet nejen k nedorozuměním, ale i k možné újmě.

Bakalářská práce byla zaměřena právě na zmíněný problém, poukazuje na nedostatky a ve svém závěru se snaží navrhnout možná zlepšení pro praxi.

Všech cílů, které byly pro tuto bakalářskou práci stanoveny, bylo dosaženo. Prvním z nich bylo zjistit informovanost sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Míra informovanosti vyplynula z dotazníkového šetření, které zobrazilo nejen povědomí sester o daném tématu v obecné šíři, ale i v konkretizované formě. Dotazník byl rozdělán na dvou pracovištích VFN v Praze, tímto byl splněn druhý z definovaných cílů – provést dotazníkové šetření. Po nashromáždění vrácených dotazníků bylo formou statistických výpočtů stanoveno číslo (čísla) udávající zásadní informace o poměrech panujících v dané oblasti. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se sestry setkávají ve své praxi s osobami jiné národnosti nebo etnika ve značné míře, čímž byly splněny třetí a čtvrtý cíl, kterými bylo odhalit, zdali se sestry setkávají s pacienty jiné národnosti, popř. s jakou četností. Pátým cílem bylo zjistit míru informovanosti sester v oblasti péče o osoby Vietnamské národnosti, čehož bylo díky provedenému průzkumu též dosaženo.

K teoretické části práce je třeba doplnit, že až poslední dobou se množí publikace s tématem multikulturního ošetrovatelství, dříve tomu tak nebylo. Nyní je možno čerpat ze zdrojů odborných a populárních. Bylo zapotřebí si vybírat prameny s ohledem na jejich použitelnost v naší práci. Samotná koncepce její teoretické části je podřízena snaze o seznámení a informování čtenáře o výše zmíněné problematice. Je pojednáváno o specifikách a odlišnostech v ošetrování osob jiných národností, stejně tak o příslušných modelech péče o nemocné.

Prvotní činností v rámci vypracování praktické části byla tvorba dotazníku, který obsahuje otázky všeobecné i odborné. Dotazníky byly rozdány na dvou odděleních VFN Praha v celkovém počtu 60 kusů. Z každého pracoviště se vrátilo 30 kopií, což činí 100%. Určité problémy byly při zpracování dotazníkových údajů. Často bylo zaznamenáno, že respondent buď plně nepochopil nebo nepozorně přečetl zadání otázky a odpověděl způsobem, který byl nepoužitelný z hlediska statistického zpracování. Takové odpovědi byly klasifikovány jako nesprávné. Jako pozitivum lze vnímat stoprocentní návratnost dotazníků.

Zpracování získaných dat proběhlo formou statistických metod tzn. zanesením do grafů a tabulek. Po převedení dat do grafické podoby bylo možno porovnat zjištěné a vyvodit závěry. Bylo zjištěno, že informovanost sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství se pohybuje zhruba na úrovni 38%. Tento výsledek je průměrem dílčích výsledků ze dvou pracovišť, přičemž pracoviště Interní kliniky VFN Praha vykazuje informovanost značně větší než oddělení ORL (49% ku 25,5%). Tento rozdíl je způsoben zřejmě vyšším počtem pracovníků s vyšším vzděláním a vyšším poměrem mladších osob, v rámci jejichž studia již byla do školních kurikul začleňována témata multikultury.

Z provedeného průzkumu vyplívá, že informovanost sester a zdravotnického personálu obecně je na nižší úrovni, než by bylo vhodné. Platí fakt, že vyšší informovanost přispívá ke zlepšení ošetřovatelské péče a v oblasti multikulturního ošetřovatelství to platí dvojnásob.

Pokud jde o vyvození závěrů pro praxi, je možno navrhnout několik dílčích opatření, která by při správné aplikaci mohla vést ke zlepšení situace. První věcí by mohla být spolupráce zdravotnických škol se statistickými úřady, ve smyslu poskytování informací o počtu a procentuálním zastoupení osob jiné kultury. Školy by posléze mohly aplikovat tyto údaje do svých vyučovacích předmětů s ohledem na specifika místně se vyskytujících kultur. Sestry by tak byly informovány o problémech, se kterými se mohou aktuálně setkat. Hovoříme-li o školách, existuje i další návrh, a to je integrování předmětu multikulturní ošetřovatelství přímo do předmětu ošetřovatelství, čímž by sestry získaly ucelený přehled nejen o ošetřovatelských metodách, ale i o jejich odlišnostech v rámci různých etnických skupin či kultur.

Dalším doporučením pro praxi je vyšší motivace sester k doplňujícímu vzdělávání. Často se stává, že sestry nevnímají význam prohlubování svých vědomostí. Toto by bylo možné odstranit například pestřejší stratifikací platových tříd, kde by sestra, která se vzdělává, byla lépe finančně ohodnocena než sestra, které své vzdělání neprohlubuje.

Úplným závěrem lze říci, že je neustále nutné sledovat vývoj v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Je zapotřebí vzdělávat pracovníky ve zdravotnictví a pozitivně je motivovat k sebezdokonalování, neboť je neustále platný výrok, že dobře znát znamená dobře pečovat.

SEZNAM LITERATURY

1. ANASTASSIADOU, H. 2002. *Transkulturní péče – podmínky z praxe: Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2002. ISBN 80 – 247 – 0536 – 2.
2. ARCHALOUSUVÁ, A. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání, Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. ISBN 80 – 86225 – 33 – X.
3. BROUČEK, S. *Historie imigrace z Vietnamu do českých zemí*. Klub Hanoi [online]. [cit. 2009-12-18]. Dostupný z WWW:<<http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocclanku=2005040901>>.
4. CÍLKOVÁ, E., SCHÖNEROVÁ, P. 2007. *Náměty pro multikulturní výchovu*. 1. vydání, Praha: Portál, 2007. ISBN 9788 – 07367 – 2386.
5. ČERNÍK, J. aj. 2007. *S Vietnamskými dětmi na českých školách*. 1. vydání, Praha: Poznání, 2007. ISBN 8073190559.
6. DODD, J. 2008. *Vietnam*. 1. vydání, Brno: JOTA, 2008. ISBN 978–80–7217–540–6.
7. HAISOVÁ, J. aj. 2005. *Ošetrovatelská péče u osob narozených mimo Českou republiku*. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 2, st. 14. ISSN 1210 – 0404.
8. HLAVATÁ, L. 2008. *Dějiny Vietnamu*. 1. vydání, Lidové noviny, 2008. ISBN 978 – 80 – 7106 – 965 – 2.
9. IVANKOVÁ, K. *Multikulturní ošetrovatelství I. díl*. 1. vydání, Havlíčkův Brod: Praha: Grada, 2005, st. 248 ISBN 80 – 247 – 1212 – 1.
10. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150.

11. JAROŠOVÁ, D. 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80 – 85866 – 55 – 2.
12. KEENE, M. 2003. *Světová náboženství*. 1. vydání, Praha: Knižní klub, 2003. ISBN 80 – 242 – 0983 – 7.
13. KOCOUREK, J. *Vietnamci v České republice. ASI-milování* [online]. [cit. 2010-01-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.asimilovani.estranky.cz/clanky/asi-narodnosti-v-cr/vietnamci>>.
14. KOLÍNOVÁ, D. 2003. Léčebná výživa v multikulturní ošetrovatelské péči. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 12, st. 12. ISBN 1210 – 0404.
15. KULTURNÍ SPECIFIKA. *Varianty* [online]. [cit. 2010-01-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.varianty.cz/cdrom/podkapitoly/b05cizinci/01/10.pdf>>.
16. KUTNOHORSKÁ, J. 2004. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. *Ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č. 9, st. 98-101. ISSN 1212 – 723X.
17. KUTNOHORSKÁ, J., ŠPIRUDOVÁ, L. 2004. Multikulturní výchova je nutná i u nás. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 4, st. 53. ISSN 1210 – 0404.
18. KUTNOHORSKÁ, J. 2003. Etnické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 5, st. 10-11. ISSN 1210 – 0404.
19. LAJKEP, T. 1998. buddhismus, hinduismus a lékařská etika. *Praktický lékař*, 1998, roč. 78, č. 2, st. 85-87. ISSN 0032 – 6739.
20. MCLOUGHLIN, S. aj. 2005. *Světová náboženství v kostce*. 1. vydání, Rebo, 2005. ISBN 80 – 7234.
21. MLÝNKOVÁ, J. 2009. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. *Florenc*, 2009, roč. 9, č. 10, st. 33-34. ISSN 1801 – 464X.

22. MÜLLEROVÁ, P. 2004. *Vietnam-Stručná historie státu*. 1. vydání, Libri, 2004. ISBN 80 – 7277 – 255 – 4.
23. NEUGEBAUER, P. 2004. Péče o cizince po vstupu do EU. *Pediatric*, 2004, roč. 4, č. 9, st. 14-16. ISSN 1213 – 2241.
24. NĚMCOVÁ, J., MATURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k úpravě písemných prací*. 1. vydání, Maurea, 2009 ISBN 978 – 80 – 902 – 876 – 0 – 0.
25. PAVELKOVÁ, L., LIŠKOVÁ, I. 2005. Výživa a multikulturní ošetřovatelství. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 3, st. 28-30. ISSN 1210 – 0404.
26. PICKA, J. 2007. *Vietnam: Země pod obratníkem Raka*. 1. vydání, Poznání, 2007 ISBN 978 – 80 – 86606 – 65 – 1.
27. PRŮCHA, J. 2003. Interkulturní psychologie. *Psychologie*, 2003, roč. 47, č. 6, st. 573-586. ISSN 0009 – 062X.
28. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova. Teorie, praxe, výzkum*. 1. vydání, Praha, ISV nakladatelství, 2001. ISBN 80 – 85866 – 72 – 2.
29. RÖSSLEROVÁ, I. *Národnostní menšiny a jak s nimi lépe komunikovat*. Ikaros [online]. [cit. 2010-01-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.ikaros.cz/node/1209>>.
30. RUTSH, J. 2001. Někteří odjinud stůňou jinak. *Zdravotní Noviny*, 2001, roč. 50, č. 28, st. 13. ISSN 0044 – 1996.
31. SEDLÁKOVÁ, G., PILEČKOVÁ, R. 2009. Některé výživové zvyky a tradice ve vybraných kulturách. *Florenc*, 2009, roč. 5, č. 11, st. 36-37. ISSN 1801 – 464X.
32. SEMÍNOVÁ, J. aj. 2004. Zvláštnosti poskytování ošetřovatelské péče osobám narozený mimo Českou republiku. *Ošetřovatelství*, 2004, roč. 6, č. 3, st. 102-103. ISSN 1212 – 723X.

33. SOUKUP, V. 2000. *Přehled antropologických teorií kultury*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. ISBN 80 – 7178 – 328 – 5.
34. ŠPIRUDOVÁ, L. 2000. *Ošetrovatelství na LF UP V Olomouci. Sborník příspěvků 2*, 1. vydání, Velká Bystřice: Ošetrovatelství s mezinárodní účastí, 6.-7. září 2000. ISSN 1218 – 2404.
35. ŠPIRUDOVÁ, L. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II. díl*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006. ISBN 80 – 247 – 1213 – X.
36. ŠIŠKOVÁ, T. 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 2. vydání, Portál, 2008. ISBN 80 – 7367 – 182 – 4.
37. ŠIŠKOVÁ, T. 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vydání, Praha: Portál, 2001. ISBN 80 – 7013 – 182 – 4.
38. ZÁKLADNÍ POJMY. *Transkulturní ošetrovatelství*. [online]. [cit. 2009-12-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.culturediversity.org>>.
39. TRČKOVÁ, M. 2001. *Realizace multikulturního přístupu v případě sester*. Sborník přednášek, 7. Královohradecké ošetrovatelské dny. Hradec králové, 2001. ISSN 1210 – 0405.
40. TRACHTOVÁ, E. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.
41. VIETNAM. *Wikipedia* [online]. [cit. 2009-12-13]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Vietnam>>.
42. WOLF, J. 2000. *Lidské rasy a rasismus v dějinách a v současnosti*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80 – 246 – 0099 – 4.
43. ZIMOVÁ, L. 2005. *O jazycích a kultuře našich spolužáků*. Ediční středisko PF UJEP v Ústí nad Labem, 2005. ISBN 80 – 7044 – 718 – 4.

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|---|
| PŘÍLOHA A – Dotazník použitý v rámci průzkumu..... | I |
|--|---|

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A - Dotazník použitý v rámci průzkumu

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, vážený kolego,

předkládám Vám dotazník, který se zabývá multikulturálním ošetrovatelství ve zdravotnictví. Jsem studentkou závěrečného ročníku vysoké školy zdravotnické, kde právě zpracovávám závěrečnou práci, její nedílnou součástí budou vaše odpovědi.

Dotazník je anonymní, odpovědi, prosím, zaškrtněte či jinak označte.

I. ČÁST: všeobecné úvodní údaje

Pohlaví: muž žena

Pracoviště/oddělení:

Věk: 18-30 31 - 40 41-50 51-60 61 a více

Nejvyšší dosažené vzdělání (kvalifikace):

Středoškolské

Vyšší odborná škola

Vysokoškolské bakalářské

Magisterské

Jiné Jaké:.....

Studium při zaměstnání? ano ne Jaké:.....

Znáte pojem „multikulturální ošetrovatelství“? ano ne částečně

Pokud ano nebo částečně, kde jste získal/a informace?

V rámci studia na SŠ, VOŠ nebo VŠ

V rámci pracovního školení

Díky samostudiu (např. četbou odborných periodik)

Z přímé praxe

Jinde, uveďte kde:.....

Setkáváte se při své práci s osobami jiných etnik a kultur?

ano ne

Pokud ano, uveďte, s jakou četností se setkáváte s osobami jiného etnika či kultury.

- denně
- několikrát za měsíc
- několikrát ročně
- zřídka kdy

Souhlasíte s tvrzením, že informovanost zdravotnického personálu o multikulturním ošetřovatelství je nízká?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

Měl/a byste zájem o zvýšení své informovanosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

II.ČÁST: údaje z oboru multikulturního ošetřovatelství

1) Pro občana Vietnamské národnosti je z hlediska psychologického nejdůležitější:

- a) Zabezpečení vlastního pohodlí a uspokojování osobních potřeb.
- b) Kontakt s rodinnými příslušníky.
- c) Materiální zabezpečení.

2) Pro komunikaci s občanem Vietnamské národnosti volíme jazyk:

- a) Odborný, obsahující lékařské termíny a pojmenování.
- b) Zjednodušeně odborný, částečně převedený do laické řeči.
- c) Prostý, neoborný a srozumitelný.

3) Znamená u občana Vietnamské národnosti noha přes nohu projevem nadřazenosti?

- Ano souhlasím
- Ano částečně
- Nevím
- Částečně nesouhlasím
- Ne souhlasím

4) Je u občana Vietnamské národnosti smrkání do kapesníku bráno jako neslušné chování?

- Ano souhlasím
- Ano částečně
- Nevím
- Částečně nesouhlasím
- Ne souhlasím

5) Je pravda že občané Vietnamské národnosti zpravidla nepožívají studené (chlazené) nápoje?

- Ano souhlasím Ano částečně Nevím Částečně nesouhlasím
 Ne souhlasím

6) Jaké nejčastější náboženství vyznávají občané Vietnamské národnosti?

- a) Buddhismus.
b) Křesťanství.
c) Taoismus.

7) Pokud občanu Vietnamské národnosti něco vysvětlujeme, dbáme:

- a) Na oční kontakt.
b) Na to, aby nás dotyčný skutečně pochopil.
c) Na užívání přesných lékařských formulací.

8) Osobní hygiena a přístup k ní je pro pacienta Vietnamské národnosti:

- a) Prakticky totožný s naší kulturou.
b) Nesmí ji vykonávat žena.
c) Vyžadují, aby se o jejich hygienu staral namísto personálu někdo z rodiny.

9) Pokud jde o léčbu pacienta Vietnamské národnosti, upřednostňují se:

- a) Přírodní látky a procedury.
b) Medikamenty na chemické bázi.
c) Nekonzumace léků.

10) Pokud pacient Vietnamské národnosti trpí nauzeou a zvrací.

- a) Upozorní ihned při prvních příznacích
b) Z důvodu studu dá pacient vědět sestře až po zvracení, nebo sám zvratky uklidí.
c) Neupozorní a počká až na to sestra přijde sama.

11) Vztah pacienta Vietnamské národnosti k požívání mléčných výrobků:

- a) Neutrální, nevyhraněný.
b) Podle jejich přesvědčení je zamítavý.
c) Je kladný u pacientů s žaludečními problémy.

12) **Taktilní kontakt (doteky) s pacientem Vietnamské národnosti má stejný efekt jako u jiných pacientů.**

- Ano souhlasím Ano částečně Nevím Částečně nesouhlasím
 Ne souhlasím