

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

**POVĚDOMÍ SESTER O MULTIKULTURNÍM
OŠETŘOVATELSTVÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA BROŽKOVÁ, DiS.

Praha 2015

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

**POVĚDOMÍ SESTER O MULTIKULTURNÍM
OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

Kateřina Brožková, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Bc. Lucie Lidická

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Brožková Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 9. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Podvědomí sester o multikulturním ošetřovatelství

Awareness of Nurses about Multicultural Nursing

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Et Ing. Lucie Lidická

Konzultant bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 15. 3. 2015

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Ing. Bc. Lucii Lidické za trpělivost, cenné rady a empatický přístup. Děkuji doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné konzultace, cenné rady a velkou trpělivost.

ABSTRAKT

BROŽKOVÁ, Kateřina. *Povědomí sester o multikulturním ošetřovatelství*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Ing. Bc. Lucie Lidická. Praha. 2015. 100 s.

Tématem bakalářské práce je povědomí sester o multikulturním ošetřovatelství. Práce má průzkumný charakter a je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem práce je zmapování míry informovanosti sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství v závislosti na stupni vzdělání, zmapování zkušeností s ošetřováním multikulturních pacientů a odhalení největší bariéry při realizaci péče.

V teoretické části jsou popsány základní pojmy multikultury, na které navazují poznatky a problémy multikulturního ošetřovatelství. Praktická část je věnována realizaci a analýze průzkumného šetření. Průzkumné šetření je realizováno u sester s různým stupněm vzdělání a kvalifikace, bez ohledu na věk či pracovní zařazení. Průzkumný vzorek tvoří 100 respondentů. Jako metoda k získání potřebných dat je zvolen dotazník. Z výsledků vyplývá, že většina sester má zkušenost s ošetřováním multikulturních pacientů a největším problémem je komunikační bariéra. Znalosti sester jsou v nadpočetné většině na dostačující úrovni, což můžeme vyjádřit procentuální hodnotou 73 %. Stejnou procentuální hodnotou je vyjádřen i poměr úspěšnosti sester s vyšším stupněm vzdělání oproti sestřím se středoškolským vzděláním. Závěrem je zhodnoceno celé průzkumné šetření, které sice poukazuje na dostatečné znalosti sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství, avšak významné nedostatky má právě zmíněná praktická aplikace a zájem o multikulturní ošetřovatelství.

Klíčová slova

Etnická menšina. Multikulturní ošetřovatelství. Náboženská skupina. Rasa.

Transkulturní ošetřovatelství.

ABSTRACT

BROŽKOVÁ, Kateřina. *Awareness of nurses about multicultural nursing*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Ing. Bc. Lucie Lidická. Prague. 2015. 100 pages.

The topic of the bachelor's thesis is awareness of nurses of multicultural nursing. The thesis has researched characteristic of this topic and it is divided into two parts - theoretical part and practical part. The aim is to chart the degree of awareness of nurses in multicultural nursing, depending on the level of education, to chart the experience with providing care for multicultural patients and to reveal the greatest barriers when implementing the care.

The theoretical part describes the basic concepts of multiculturalism, which is followed by findings and issues of multicultural nursing. The practical part is dedicated to implementation and analysis of the research investigation. The research is carried out by nurses with varying degrees of education and qualification, regardless of age or employment status. Research sample includes 100 respondents. As a method to obtain the necessary data a questionnaire was selected. The results show that the majority of nurses have experienced nursing the multicultural patients and the communication barrier seems to be the biggest problem. Awareness of nurses is supernumerary and of sufficient standards which can be expressed as a percentage value of 73 %. The same percentage value is expressed as the ratio of success of nurses with higher education compared to nurses with secondary education. Finally it assesses the whole of a research investigation which refers to sufficient awareness of nurses of multicultural nursing, but the practical applications and interests in multicultural nursing has significant imperfections.

Key words

Ethnic minority. Multicultural nursing. Religious group. Race. Transcultural nursing.

PŘEDMLUVA

Téma multikultury je v dnešním světě stále více aktuální. Nabízí se ovšem otázka, zda je dnešní společnost připravena na „svět bez hranic“. Neustále slýcháme zprávy o extremistických skupinách, náboženských konfliktech a rasových zločinech. Naproti tomu se dnes daleko více hovoří o multikultuře a o všem, co je s ní spojené. V závěru docházím ke zjištění, že informací máme čím dál víc, ale ochota a tolerance společnosti neustále klesá níž. Stejně jako se říká, že ve vztahu je potřeba kompromisu, pak i v multikultuře. Vždyť jde v podstatě také o vztah. Aktuálně bych mohla použít příklad zahalování žen muslimského vyznání na území ČR. Měli bychom tolerovat jejich víru, nebránit jejich osobnímu přesvědčení. Naproti tomu, ony by měly pochopit, že naše tradice jsou odlišné a pokud ženy například chtějí pracovat ve zdravotnictví, pak je nemyslitelné, aby ošetřovaly nemocné a byly zahalené v burce. Je to stejné, jako kdyby české ženy ošetřovaly pacienty na území, kde je islám zakotven již několik staletí, v krátkých šatech. Situace naprosto nemyslitelná. Veškeré boje, vzájemná netolerance a plno dalších negativních jevů se mě osobně natolik dotýkají, že se tématu multikultury věnuji již od maturity. Prvním impulsem pro mě byla zkušenost v porodnici, kam jsme jako žákyně povinně chodily na praxi. Z jednoho z boxů vyšla rozzlobená sestra se slovy: „*To mám tý šikmooký toho manžela jít shánět do Číny? Jestli bude císař, rozhodne doktor a ne žádnéj rejžovej magnát!*“

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	22
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ MULTIKULTURY	23
1.1 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ POHLED.....	23
1.2 ETNIKUM A ETNICITA.....	23
1.3 RASA.....	24
1.3.1 RASISMUS.....	24
1.4 NÁROD A NÁRODNOST.....	24
1.5 KULTURA.....	24
1.5.1 ENKULTURACE.....	25
1.5.2 AKULTURACE	25
1.5.3 KULTURNÍ ŠOK.....	25
2 ETICKÉ ASPEKTY V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	27
2.1 ETICKÝ KODEX SESTER A MULTIKULTURA	27
2.1.1 KULTURNÍ HODNOCENÍ.....	28
2.1.2 UJASŇOVÁNÍ HODNOT	29
3 KOMUNIKACE V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ	30
3.1 MULTIKULTURNÍ ODLIŠNOST.....	30
3.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	30
3.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	31
3.3.1 HAPTIKA.....	31
3.3.2 PROXEMIKA	31
3.3.3 POSTUROLOGIE	32
3.3.4 KINEZIKA.....	32

3.3.5	POHLEDY	32
3.3.6	PARALINGVISTIKA.....	33
3.3.7	ÚPRAVA ZE VNĚJŠKU	33
3.3.8	ZÁSADY KOMUNIKACE S CIZINCEM.....	33
4	MULTIKULTURA V OŠETŘOVATELSTVÍ	34
4.1	FAKTORY MULTIKULTURY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	34
4.2	MODEL GIGEROVÉ A DAVIDHIZAROVÉ	35
4.3	MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ.....	35
5	VÝŽIVA V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ	37
5.1	STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH KUCHYNÍ.....	37
5.1.1	EVROPSKÉ KUCHYNĚ.....	37
5.1.2	ASIJSKÁ KUCHYNĚ.....	38
5.2	ROZDÍLY VE STRAVOVÁNÍ	39
6	ETNICKÉ SKUPINY V ČR.....	40
6.1	ROMOVÉ	40
6.2	ŽIDÉ.....	42
6.3	UKRAJINCI	44
6.4	RUSOVÉ	45
6.5	VIETNAMCI	47
6.6	ČÍŇANÉ.....	48
7	NÁBOŽENSKÉ SKUPINY V ČR.....	50
7.1	KŘESŤANSTVÍ.....	50
7.1.1	ŘÍMSKOKATOLICKÁ CÍRKEV	50
7.1.2	PRAVOSLAVNÁ CÍRKEV (ORTODOXNÍ).....	51
7.1.3	PROTESTANTSKÁ CÍRKEV	52
7.2	JUDAISMUS.....	53
7.3	ISLÁM.....	56
7.4	HINDUISMUS	59
7.5	BUDDHISMUS	59

9 DISKUZE.....	93
9.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	94
ZÁVĚR	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	97
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AV ČR	Akademie věd České republiky
ČR	Česká republika
mil.	milion
mj.	mimo jiné
např.	například
obl.	oblast
př. n. l.	před naším letopočtem
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
sv.	svatý
tzv.	takzvaný
vč.	včetně
vs.	versus

(HOLUBOVÁ a kol., 2005).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antropologie - věda o člověku; o původu, vývoji a zákonitostech jeho fyzických změn

Asimilace - přizpůsobení se

Diabetes mellitus – úplavice cukrová, cukrovka

Diaspora - dlouhodobý pobyt náboženské nebo etnické skupiny v cizím prostředí

Etnologie - věda o člověku (v nejširším smyslu), zabývající se studiem kulturních jevů
a problémy teorie kultury

Holistický - celostní

Interakce - vzájemné působení dvou nebo více činitelů

Intolerance - nesnášenlivost

Konfucianismus - názory a souhrn učení Konfucia, posléze čínské oficiální
náboženství, konfucianství

Laktóza - mléčný cukr

Liturgie - křesťanský bohoslužebný řád, bohoslužba

Majoritní - většinový

Minoritní - menšinový

Semitský – a) vztahující se k národům specifické jazykové skupiny v Přední Asii;
b) židovský

Socializace - zespolečenštění, proces osvojení jazyka, lidských forem, norem chování,
hodnot a mezilidských vztahů

Sumarizace - shrnutí

Taoismus - staročínský filozofický a náboženský směr
(HOLUBOVÁ a kol., 2005).

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Kuturní šok.....	26
Obrázek 2 Sushi	38
Obrázek 3 Čajové posezení.....	38
Obrázek 4 Romové v krizové situaci	40
Obrázek 5 Matrjoška	45
Obrázek 6 Čínská restaurace.....	48
Obrázek 7 Vietnamský obchod.....	48
Obrázek 8 Kostel.....	51
Obrázek 9 Menora.....	54
Obrázek 10 Židovský hřbitov	54
Obrázek 11 Korán	57
Obrázek 12 Ganesha.....	58
Obrázek 13 Buddha.....	58
Tabulka 1 Stupeň vzdělání.....	63
Tabulka 2 Zkušenost	64
Tabulka 3a Pojem multikulturalismus.....	65
Tabulka 3b Sumarizace dotazníkové položky 3	65
Tabulka 4a Multikultura a transkultura	67
Tabulka 4b Sumarizace dotazníkové položky 4	68
Tabulka 5a Základní světová náboženství.....	69
Tabulka 5b Sumarizace dotazníkové položky 5	69
Tabulka 6 Pacientka - muslimka.....	71
Tabulka 7 Bariéry v multikultuře.....	72
Tabulka 8a Pacient - Vietnamec	73

Tabulka 8b Sumarizace dotazníkové položky 8	74
Tabulka 9a Oční kontakt v multikultuře.....	75
Tabulka 9b Sumarizace dotazníkové položky 9	76
Tabulka 10a Význam očního kontaktu.....	77
Tabulka 10b Sumarizace dotazníkové položky 10.....	78
Tabulka 11a Edukace o termínu prohlídky.....	79
Tabulka 11b Sumarizace dotazníkové položky 11.....	79
Tabulka 12a Autor ošetřovatelského modelu	81
Tabulka 12b Sumarizace dotazníkové položky 12.....	81
Tabulka 13a Název ošetřovatelského modelu	82
Tabulka 13b Sumarizace dotazníkové položky 13.....	83
Tabulka 14a Kulturní šok	84
Tabulka 14b Sumarizace dotazníkové položky 14.....	85
Tabulka 15a Význam slova gadžo	86
Tabulka 15b Sumarizace dotazníkové položky 15.....	87
Tabulka 16 Interakce zdravotník vs. pacient	88
Graf 1 Stupeň vzdělání	63
Graf 2 Zkušenost.....	64
Graf 3a Pojem multikulturalismus	65
Graf 3b Sumarizace dotazníkové položky 3	66
Graf 4a Multikultura a transkultura.....	67
Graf 4b Sumarizace dotazníkové položky 4	68
Graf 5a Základní světová náboženství	69
Graf 5b Sumarizace dotazníkové položky 5	70
Graf 6 Pacientka - muslimka	71

Graf 7 Bariéry v multikultuře	72
Graf 8a Pacient - Vietnavec	74
Graf 8b Sumarizace dotazníkové položky 8	74
Graf 9a Oční kontakt v multikultuře	76
Graf 9b Sumarizace dotazníkové položky 9	76
Graf 10a Význam očního kontaktu	77
Graf 10b Sumarizace dotazníkové položky 10	78
Graf 11a Edukace o termínu prohlídky	79
Graf 11b Sumarizace dotazníkové položky 11	80
Graf 12a Autor ošetřovatelského modelu	81
Graf 12b Sumarizace dotazníkové položky 12	82
Graf 13a Název ošetřovatelského modelu	83
Graf 13b Sumarizace dotazníkové položky 13	83
Graf 14a Kulturní šok	85
Graf 14b Sumarizace dotazníkové položky 14	85
Graf 15a Význam slova gadžo	86
Graf 15b Sumarizace dotazníkové položky 15	87
Graf 16 Interakce zdravotník vs. pacient	89

ÚVOD

„Mír mezi národy je závislí na míru v lidech samých.“

(Josef Čapek)

Multikultura, jedno z nejaktuálnějších témat naší doby. Problematika multikultury má nejenom celosvětový charakter, ale ovlivňuje člověka jako jedince v jeho každodenním životě. V mediích patří multikulturní problémy k jednom z nejvíce debatovaných témat současnosti a pro většinu populace je toto téma více než citlivé. My se pokusíme toto téma poodhalit v jeho nejcitlivější oblasti, kterou je ošetrovatelství.

Cílem bakalářské práce je zmapovat znalosti sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství a to v závislosti na dosaženém stupni vzdělání. Vzdělání by podle základních pravidel a zákonitostí mělo zvyšovat znalosti jednotlivce, což samozřejmě platí i v našem případě. V ošetrovatelství často bývá úroveň znalostí ovlivněna dalšími faktory, kterými se v práci budeme zabývat. Z mnoha možných faktorů jsme vybrali dva, praktickou zkušenost a osobní motivaci či postoj.

V teoretické části práce jsme se zaměřili na vymezení základních pojmů, problémů a stručnou charakteristiku vybraných etnických skupin. V praktické části jsme pomocí anonymního dotazníku oslovili sestry různé specializace. Přínos bakalářské práce spočívá v poodhalení nedostatků, které mohou být zohledněny v konceptu studia multikulturního ošetrovatelství.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ MULTIKULTURY

Pokud máme chápat odlišnosti jednotlivých etnických skupin, pak je nutné, abychom si vymezili základní pojmy multikultury. Každý obor má své základní pilíře, od kterých se odvíjí další poznání. V případě multikultury, je nezbytné pochopení několika základních složek, které si nyní vysvětlíme (KUTNOHORSKÁ, 2013).

1.1 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ POHLED

Multikulturalismem rozumíme jak myšlenkový, tak i politický směr, jehož hlavní ideou je soužití jednotlivců a skupin různých etnik či kultur. Hlavním přínosem multikulturalismu je kulturní rozmanitost. Politickým cílem je sjednocení všech občanů státu tak, aby si jednotlivá etnika zachovala své kulturní odlišnosti a tradice při vzájemném soužití. Některé státy uplatňují tuto politiku dodnes, ač bylo zjištěno, že koncept multikultury vede spíše k nerovnoprávnosti. Prakticky se tato nerovnoprávnost projevuje vytvářením ghett, s kterými jsou spojené různé sociální problémy. Na základě nové zkušenosti vznikl nový směr – transkulturalismus. V transkulturalismu je hlavní prioritou vzájemná interakce mezi minoritní a majoritní společností. Základním principem této interakce je vzájemné porozumění, tolerance, respekt a důvěra (PRŮCHA, 2010).

1.2 ETNIKUM A ETNICITA

Ethnos, řecké slovo, které můžeme volně přeložit několika způsoby. Nejčastěji uváděnými jsou kmen, národ, společenství. Etnická skupina se vyznačuje společným rasovým původem, společným jazykem, dějinami, kulturou, většinou i náboženským vyznáním. Tyto společné znaky označujeme jako tzv. etnicitu. Etnicita je jedinečná a typická pro každou jednotlivou skupinu. Obecně můžeme říci, že etnicita etnika se liší od etnicity ostatních etnik (PRŮCHA, 2010).

Naprosto výstižné je tvrzení, že pokud se jedná o etnickou hudbu, jsou všichni nadšení, ale běda pokud zmíníme etnickou skupinu, reakce je zcela opačná (TESAŘ, 2007).

1.3 RASA

Původ pojmu rasa nalezneme ve fyzické antropologii. Rasou chápeme velkou skupinu lidí s obdobnými tělesnými znaky, které se přenášejí na základě dědičnosti. Tvorba těchto znaků je také podmíněna vlivem prostředí a to v závislosti na geografických podmínkách (PRŮCHA, 2010).

1.3.1 RASISMUS

Rasismus, ideologie, která zmítá lidstvem od jeho prehistorických prvopočátků. Rasismus je projevem nenávisti na základě etnické selekce původu různých sociálních skupin. Často vychází z nenávisti k jedinci, která se posléze rozšíří na celou etnickou skupinu. Odlišný vývoj jednotlivých ras a etnik podmiňuje schopnosti a vlastnosti každého člena příslušného etnika. Výsledkem je diskriminace, která může vyústit až k extremismu (PRŮCHA, 2010).

Z historie můžeme jmenovat jednu z nejohavnějších rasistických teorií – „Teorie čisté árijské rasy“, která způsobila masivní vyhlazování a nenávist jednotlivých ras.

1.4 NÁROD A NÁRODNOST

Definovat národ je značně obtížné, už jenom proto, že žádná oficiální definice prakticky neexistuje. Můžeme ale říci, že národem rozumíme politicko-etnické společenství lidí, přičemž tyto dvě složky mohou být odděleny a pak rozeznáváme politický nebo etnický národ. Za národní znaky považujeme: kulturu (jazyk, náboženství, dějiny), politické aspekty (vlastní stát a jeho politické určení), sociální a psychologickou stránku (osobní vědomí o příslušnosti k národu), (PRŮCHA, 2010).

1.5 KULTURA

Kultura v širším pojetí označuje to, co vytváří civilizace: materiální výsledky lidských činností (obydlí, nástroje, oděvy, plodiny, průmysl, dopravní a telekomunikační systémy), duchovní výtvoř (umění, náboženství, morálka, zvyky, vzdělávací systémy, politika, právo). V užším smyslu je tento pojem vázán k projevům chování lidí – zvyklostí, symboly, komunikační a jazykové návyky, hodnotové systémy, zkušenosti a „tabu“. Z hlediska kultury se rodíme jako čistý, nepopsaný list. Kulturu přejímáme od starších, učíme se jí (PRŮCHA, 2010).

1. 5. 1 ENKULTURACE

Enkulturation je jednou z částí socializačního procesu, kterým se jedinec začleňuje do společnosti kultury, kterou přijímá. Enkulturation je celoživotní proces, probíhající na úrovni vědomé (výchova, vzdělání), nebo nevědomé (napodobováním, prostřednictvím sociálních skupin), (PRŮCHA, 2010).

1. 5. 2 AKULTURACE

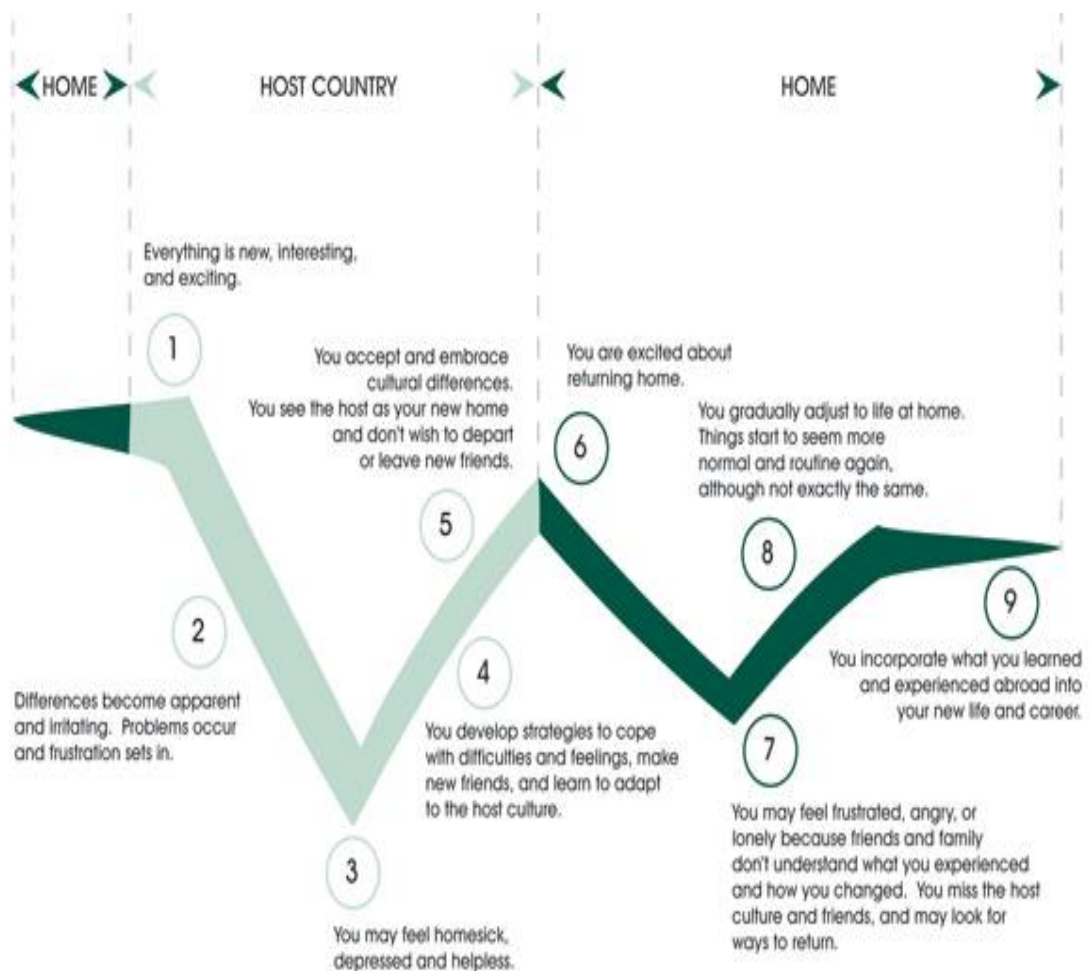
Akulturation se projevuje při interakci dvou a více rozdílných kulturních společností a to buď ve smyslu soužití majoritní a minoritní společnosti, nebo jako adaptační proces migrantů v nové zemi. Jedná se tedy o psychosocializační proces, přičemž si jedinec sociálním učením osvojuje charakteristické znaky jiné kultury. Nejlépe lze akulturation pochopit na příkladu asijských migrantů na území ČR. Některé z těchto národů se do naší kultury vmísily natolik, že některá jejich specifika se v našem prostředí úplně vytratila (PRŮCHA, 2010).

1. 5. 3 KULTURNÍ ŠOK

Kulturní šok se objevuje u každého jedince, který se ocitá v nové zemi, mimo svou vlastní kulturu. Označení „šok“ má svou příčinu. Náhlá změna kulturního systému je pro jedince obrovskou zátěží. Někteří jedinci jí dokonce nezvládnou a vrací se zpět, do „své“ země. Kulturní šok má charakteristiku psychosociálního otřesu. Kulturní šok má několik fází:

- Nadšení – fascinace místními zvyky a tradicemi na povrchní úrovni, idealizace prostředí, interakce prostřednictvím jedinců hovořících rodným jazykem jedince.
- Frustrace – uvědomění pravé odlišnosti nové kultury, komunikační bariéra nejenom ve smyslu jazyku, ale i ve formě neverbální komunikace. Může se objevit nepřátelský postoj vůči nové zemi.
- Obrat – jedinec začne pronikat do hloubi, k jádru kultury, začíná jí chápat, začíná si zvykat.

- Přizpůsobení – jedinec se plně adaptoval a je schopen „normálně“ fungovat v nové zemi.
- Návrat – jedinec se vrací zpět domů. Může nastat tzv. obrácený kulturní šok, kdy jedinec není schopen normálně fungovat ve svém původním prostředí (KUTNOHORSKÁ, 2013).



Obrázek 1 Kulturní šok

Zdroj: <http://www.bu.edu/madrid/alumni-information/culture-shock/>

2 ETICKÉ ASPEKTY V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

Etika je při ošetřování „multikulturních“ pacientů asi největším problémem, pokud pomineme komunikační bariéru, která se ale nemusí vyskytovat u všech případů. Sestrám chybí schopnost porozumět odlišnosti jiné kultury. Výsledkem je neprofesionální přístup, volný únik emocí, které situaci zhoršují. Měli bychom vycházet z hlavní myšlenky, že sestra by svou péčí měla usilovat o obnovu zdraví v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny, která je zainteresována v Mezinárodním kodexu sester a v Právech pacientů (IVANOVÁ a kol., 2005).

2.1 ETICKÝ KODEX SESTER A MULTIKULTURA

Etika chování je v multikulturním ošetřovatelství důležitá asi jako skalpel pro chirurga. Cílem ošetřovatelské etiky je vhodně uspokojovat potřeby a to nejen terapeutické, psychické a sociální, ale také kulturní a duchovní. Etické aspekty jsou vázány na danou kulturu, a proto se všude liší. Etická stránka osobnosti pacienta je ovlivňována jeho vírou, vzděláním, kulturními hodnotami, profesními zkušenostmi i rodinnými vazbami. Pacienta bychom měli sledovat, pozorně naslouchat, zkrátka být všímaví – „kulturně hodnotit“. U zdravotníků je předpokladem základní etický princip, a sice úcta k životu. Pokud se naše hodnoty neslučují s pacientovými, neměli bychom mu vnucovat, co je samozřejmé nám. Každý má právo rozhodovat o svém životě podle vlastního přesvědčení. Mezi základní etické pojmy, které je důležité „přijmout za své“ patří:

- Obhajoba – ochrana základních lidských práv, zejména u „bezmocných“, vztah zdravotník vs. pacient
- Model ochrany práv – sestra chrání pacienta, informuje ho o právech, musí zjistit, zda pacient porozuměl těmto právům a snaží se předcházet jejich porušení.

- Model rozhodování založený na hodnotách – sestra je osoba, která napomáhá pacientovi hovořit o jeho potřebách a rozhodnutích, které vychází z jeho hodnotového žebříčku.
- Model respektu vůči lidem – způsoby, jak chránit pacienta jako lidskou bytost během nemoci vzhledem k hodnotám pro něj významným.
- Odpovědnost – plnění základní ošetrovatelské povinnosti, řadíme sem odpovědnost etickou a právní.
- Pečování – zachování základních principů - ochranu lidské důstojnosti, podporu a udržování zdraví (KUTNOHORSKÁ, 2013).

2.1.2 KULTURNÍ HODNOCENÍ

Kulturní hodnocení je součástí základní anamnézy při střetu s multikulturním pacientem a zahrnuje následující složky:

- Rodina a rodinné vztahy – zjišťujeme principy vzorů v rodině, postavení jednotlivých členů.
- Sociální oblast – zjišťujeme důležité události životního koloběhu (narození dítěte, smrt v rodině, sociální problémy a zázemí, výchovu, běžný denní rytmus).
- Jazyk a tradice – zjišťujeme, jakým jazykem jsme schopni vzájemně komunikovat a tradice, které ovlivňují vlastní ošetrovatelskou péči.
- Náboženství – zjišťujeme jeho zvláštnosti a principy, do jaké míry ovlivňuje možnosti léčení a ošetřování, rituály týkající se běžného dne a smrti.
- Politický systém – zjišťujeme, do jaké míry politický systém ovlivňuje běžný život, ekonomický systém (otázka bydlení, zdroje vody, práce)
- Světový pohled – zjišťujeme kulturní hodnoty většiny, vztahy mezi lidmi, normy, zásady chování, kulturní postoje např. k práci.
- Zdravotní praxe – biologické a mentální odlišnosti s ohledem na zdraví a nemoc (IVANOVÁ et al., 2005).

2. 1. 2 UJASŇOVÁNÍ HODNOT

Proces ujasňování hodnot je pro sestru velmi důležitý. Skládá se z několika částí, kde si sestra utváří nové odpovědi, hodnoty na nové situace. Hodnota se utváří tím, že myšlenka (postoj, přesvědčení) projde všemi následujícími kroky:

- ocenění přesvědčení a chování (jedinec chrání své postoje, trvá na nich),
- výběr přesvědčení a chování (výběr z několika možností),
- chování podle vlastního přesvědčení.

Hodnoty se mění v průběhu života a s ohledem na zdravotní stav.

Jako příklad se nejčastěji uvádí islámská zdravotnická etika, která klade důraz na posvátnost lidského života, který je třeba chránit. Naproti tomu lékař nesmí mít plnou moc nad životem, jelikož ho nedaroval, protože povinnosti vyplývající z péče o vlastní zdraví podléhají Alláhovi (KUTNOHORSKÁ, 2013).

3 KOMUNIKACE V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

Verbální komunikace je nejčastější překážkou a to nejen v multikulturním ošetrovatelství. Problémy se objevují i v neverbální komunikaci, kdy je hlavním problémem vlastní interpretace prezentace jiného jedince navenek (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.1 MULTIKULTURNÍ ODLIŠNOST

V multikultuře mluvíme o komunikaci monokulturní a interkulturní. Monokulturní komunikace probíhá mezi členy jednotlivé kultury navzájem, zatímco v interkulturní komunikaci spolu komunikují příslušníci různých národností či etnických skupin. K obecným rozdílům řadíme rozdílnou řeč, včetně nářečí a využití v sociálním kontaktu (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Ve verbální komunikaci je nejdůležitějším předpokladem znalost cizího jazyka a úroveň znalosti, do které patří: schopnost mluvit v cizím jazyce, pochopení významu slov, schopnost číst v cizím jazyce a schopnost písemně komunikovat v cizím jazyce.

I přes dobrou znalost cizího jazyka může dojít k problémům s dorozumíváním, zejména v oblasti porozumění. Ve verbální interkulturní komunikaci se soustředíme na stěžejní rozdíly, kterými jsou:

Způsob oslovení: V České republice se oslovujeme pouze příjmením, velký důraz klademe na oslovení s titulem. V severských zemích stačí pouze příjmení (někdy dokonce jenom jméno). Pacienta se při prvním kontaktu zeptáme, jak chce být oslovován, údaj zaznamenáme do zdravotnické dokumentace.

Tvorba jmen (rozpoznání příjmení): Na dálném východě je zvykem uvádět příjmení jako první, pak tzv. „střední jméno“ a nakonec křestní. Ženy po svatbě nepřebírají

mužovo příjmení. V Latinské Americe děti přebírají příjmení jak po otci, tak po matce, ale v úředním styku používají už jen otcovo jméno.

Zdvořilostní fráze: Angličané mají několik slovíček pro žádost, které se stupňují podle míry vyjadřované úcty, což do jisté míry nahrazuje fenomén tykání vs. vykání.

Český jazyk je velmi bohatý a pro cizince tudíž složitý. Mnoho slov má několik různých významů. K pacientům proto hovoříme co nejjednodušeji, nejjasněji a nejkonkrétněji. Plánované prohlídky zapisujeme pouze v číselné podobě, protože české pojmenování kalendářních měsíců je pro cizince také velmi složité (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

3.3.1 HAPTIKA

Haptika, komunikace pomocí doteku. Nezáleží pouze na charakteru doteku, ale i na jeho frekvenci. Jižanské národy se dotýkají často, naopak Angličané minimálně. V islámské kultuře se muž může dotknout jenom té ženy, která je z jeho rodiny.

Podání ruky: Asijské národy při podání pravé ruky často přitisknou ještě levou. V islámské kultuře platí jen podání pravé ruky, podávání předmětů se musí také uskutečnit výhradně pravou. Použití levé ruky je urážlivé, nevychované a opovrhující.

Polibek: V Rusku se na uvítanou líbají (typické tři polibky na tváře), Asiaté tento způsob vítání považují za nepřipustný (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.2 PROXEMIKA

Proxemika, vzdálenost udržovaná jedinci při vzájemném jednání, se skládá ze čtyř sfér. V multikulturním ošetrovatelství nás zajímá sféra osobní, jelikož je kulturně podmíněná. Lidé z přelidněných zemí, mají tuto zónu daleko menší (Vietnamci, Číňané), naopak Angličané, Kanadčané a Australané mají zónu větší. Obecně lidé ze severovýchodních států udržují v komunikaci větší vzdálenost. V arabských zemích je vzdálenost co možná nejbližší, partneři poznají zájem druhého podle očních zornic.

Roztažené zornice ukazují zájem partnera, pokud se stáhnou, projevuje nezájem. Albánci dávají postoji najevo společenské postavení žen a rodiny. Ženy v této zemi nikdy nechodí vedle muže, ale o krok za ním, stejně i o siestě ženy tráví čas odděleně od mužů (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.3 POSTUROLOGIE

Posturologií vnímáme postavení těla, jeho držení a „postavení částí těla“. Například postoj s rukama v kapsách je považován za neslušný, v severských zemích dokonce jako nezdvořilý a troufalý. Ve francouzské kultuře tento projev promíjí (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.4 KINEZIKA

Kinezika neboli řeč pohybů a gestika. Vietnamcům projevujeme tzv. neverbální vyjádření úcty – jednáme v klidu bez zbytečné gestikulace, nevhodné je přehození nohy přes nohu, nebo smrkání na veřejnosti do kapesníku. Chceme-li na někoho gesty ukázat, aby k nám přišel, pak není vhodné použít pohyb prstem, ale pokynout celou rukou. Angličané jsou v komunikaci rezervovaní a umírnění. Italové rozjaření, plní gest (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.5 POHLEDY

Důležitost očního kontaktu a jeho význam se v jednotlivých zemích liší. U většiny kultur se pohled přímo do očí v komunikaci udržuje, rozdíl je pouze v intenzitě pohledu. V Německu bychom se při rozhovoru měli stále a přímo dívat partnerovi do očí. Rozhlížení se po místnosti je pokládáno za neslušné a bez osobního zájmu. Naopak střídání pohledu do očí partnera a po místnosti je žádoucí při komunikaci s Australany. Naprosto jiné pochopení „oční komunikace“ nalezneme v islámských zemích. Pohled do očí není žádoucí, je chápán jako výzva k boji. Přímo do očí si mohou pohlédnout jen jedinci stejného pohlaví. Pokud žena pohlédne do očí jiného muže, vyjadřuje tím zájem o něj, ale ve smyslu promiskuity. Skromnost a zájem ukážeme tak, že se co nejvíce budeme vyhýbat očnímu kontaktu (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.6 PARALINGVISTIKA

Paralingvistika se zabývá mimojazykovými projevy, jako je barva hlasu, výška, melodie, síla a časová charakteristika hlasu. Albánci při rozhovoru působí, jako by se hádali, ale oni se jen v klidu baví. Naopak ve vietnamské kultuře není vhodná ostrá a hlasitá komunikace (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.7 ÚPRAVA ZE VNĚJŠKU

Kultura výrazně zasahuje i do stylu oblékání člověka. Lidé poukazují na svou příslušnost k určité skupině lidí, oblečení může také vypovídat o sociálním postavení jedince, či jako symbol vycházející z historických kořenů. Pro Skoty je typická kostkatá sukňe. V Indii je nevhodné odhalení ramen, považuje se za nemravné. Typickým ženským oděvem je sári. Muslimky nosí tzv. „čádor“, oděv, který zahaluje celé tělo kromě očí. Slušné a čisté oblečení vyžaduje vietnamská kultura (IVANOVÁ a kol., 2005).

3.3.8 ZÁSADY KOMUNIKACE S CIZINCEM

Mluvíme pomalu, jasně a zřetelně. Používáme jednoduché věty. Nespěcháme. Sledujeme neverbální projevy pacienta. Při nepochopení můžeme použít piktogramy a obrázky. Vcelku dobrým řešením je komunikace ve třetím jazyce, pokud je možná (angličtina). Vyhýbáme se slangovým a medicínsky odborným výrazům. Po podání informace zjistíme, zda pacient porozuměl. Naučíme se pozdrav v pacientově rodném jazyku, čímž se snažíme vzbudit důvěru a projevit zájem. Při komunikaci přes tlumočnicka otázky adresujeme přímo pacientovi a upozorníme tlumočnicka, aby obsah slov nepozměňoval (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

4 MULTIKULTURA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Transkulturní ošetřovatelství je teoreticko-praktický obor, zaměřující se na podobnosti a odlišnosti v péči o pacienty různých kultur, s ohledem na jim vlastní soubor hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, který si klade za cíl poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individuální podporu ve zdraví a nemoci (MASTILIAKOVÁ a kol., 2005).

4.1 FAKTORY MULTIKULTURY V OŠETŘOVATELSTVÍ

- Vzestup populační migrace – důvody mohou být pracovní, sociální ale také přírodní (katastrofy).
 - Kulturní fluktuace a míšení – fluktuace je snižování nebo vymizení určité kultury, její „neudržení“.
 - Nárůst kulturního vědomí klientů – lidé očekávají přizpůsobení se zdravotnických pracovníků jejich kultuře při ošetřování.
 - Nárůst moderní komunikační techniky a zdravotnické techniky – používání moderního vybavení může některým jedincům způsobit kulturní šok, protože se doposud s takovou technikou ještě nesetkali.
 - Vetší pohyb lékařů a sester – „Lékaři bez hranic“.
 - Právní problémy týkající se obhajoby své kultury – žaloby pro zanedbání kulturních ohledů a specifik
- (MASTILIAKOVÁ a kol., 2005).

4.2 MODEL GIGEROVÉ A DAVIDHIZAROVÉ

V tomto modelu je multikulturní ošetrovatelství chápáno jako oblast kulturně přiměřené praktické péče, která je zaměřená na pacienta a zároveň má i výzkumné úkoly. V péči musí sestra dbát na to, aby nepromítala své kulturní představy na pacienta. Pacient je kulturně svébytný jedinec, což znamená, že je pacient osobností, která má svůj kulturní profil, vlastní míru prožitků, zkušeností a kulturních norem. Aby byla péče „kulturně přiměřená“, musíme znát mnoho kulturních jevů. V multikulturním ošetrovatelství se věnuje pozornost šesti základním jevům.

- Komunikace – charakteristika hlasu, výslovnost a vyjadřování, mlčení, neverbální komunikace, reakce na dotek.
 - Prostor – pocit pohody, odstup při konverzaci, vymezení vlastního prostoru.
 - Sociální začlenění – zdravotní stav, rodinný stav, počet dětí, informace o rodičích.
 - Pojetí času – vnímání času, důraz (minulost, budoucnost), reakce na čas (spánek, denní rytmus).
 - Vliv prostředí a výchovy – kontrola nad sebou samým, hodnotová orientace.
 - Biologické odlišnosti
- (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

4.3 MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ

Model Vycházejícího slunce, jehož autorkou je Madeleine Leiningerová, popisuje ošetrovatelskou péči jako poskytování kulturně shodné a diferencované péče, praktikovanou pro zdravé i nemocné lidi, jejíž součástí je pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání a to kulturně vhodným způsobem. Pacient je popsán jako lidská bytost, holistická bytost, ovlivněná sociálním prostředím, které je významným faktorem poskytování péče. Leiningerová popisuje péči jako univerzální prvek, který je shodný v různých kulturách. Péče se stává „kulturní“ až v okamžiku vývoje lidí v odlišných kulturních podmínkách, podle kterých využívají různé a shodné rysy v péči o člověka. Jednotlivé složky tohoto modelu jsou:

1) Rozměr kulturní a sociální struktury – faktory, které jedince neustále ovlivňují a nelze je oddělit (náboženské, filosofické, technické, politické a právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné, životní styl a kulturní hodnoty).

2) Systém péče – Leiningerová rozlišuje dva systémy péče, tradiční a profesionální. Tradiční systém vychází z naučených poznatků, zkušeností, jedná se své podstatě o laickou péči, která je často opomíjena.

3) Typy péče – podle Leiningerové se kulturně shodná péče může realizovat několika možnými způsoby podle toho, v jakém stavu se pacient nachází a jaké jsou jeho hlavní potřeby nebo problémy.

a) Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví

b) Kulturní péče umožňující adaptaci – „multikulturní“ pacienti mohou mít problémy například s tím, že nemohou vykonávat své obvyklé náboženské rituály, nemocniční strava je nevhodná. Zde je důležitá dohoda s pacientem, která vyhoví jak jemu samému, tak i požadavkům zdravotnického zařízení.

c) Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu – tento typ péče se využívá v případě, že je nutné změnit způsob, jakým pacient pečuje o své zdraví. Například sestra by měla pacientovi pomoci s výběrem jídla tak, aby odpovídalo dané dietě, ale zároveň nebylo v rozporu s jeho kulturou, náboženským přesvědčením a i finančními možnostmi (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

5 VÝŽIVA V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

V multikulturním ošetřovatelství má výživa velký význam. Běžně stravu používáme jako podpůrný nebo léčebný prostředek, avšak v multikulturním ošetřovatelství je třeba brát zřetel na rozmanité odlišnosti ve stravování jednotlivých kultur. V nemocnicích bývá se stravováním těchto pacientů problém, protože nemocniční strava je nastavená vzhledem k národnímu stravování. (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Patrně bychom neočekávali, že lidé muslimského vyznání trpící Diabetem mellitem jsou v celosvětovém měřítku jedni z nejkompenzovanějších diabetiků ve světě, přes to, že v této víře nalézáme spoustu půstů a omezení. Odpověď je jednoduchá. Stravování muslimů se řídí výhradně zásadami zdravého stravování, aby podle příkázání chránili svůj život. V otázce půstů je odpověď opět velmi jednoduchá. Nemocní lidé jsou od těchto půstů osvobozeni (THAKER, BARTON, 2012).

5.1 STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH KUCHYNÍ

5.1.1 EVROPSKÉ KUCHYNĚ

Francouzská kuchyně – ve světě je často pokládána za nejlepší. Původní kuchařství do země přinesli Italové a francouzští kuchaři jej povznesli na úroveň labužnickou. Strava je bohatá na mořské plody, tedy ryby, měkkýše, korýše a hlemýždě. Francouzi používají k vaření převážně libová masa jako telecí, hovězí, skopové, drůbež a zvěřinu. Na denním jídelníčku v podobě předkrmu, můžeme vidět různě upravené druhy zeleniny. Jako přílohu nejčastěji volí brambory, opět v rozmanitých úpravách. Nepostradatelná pochutina je sýr. Nejpoužívanější úpravou potravy je flambování, zejména na víně, což vychází z oblíbeného národního nápoje, vína. Rozlišují zde až 200 druhů omáček, kde základem je bešamel. Francouzská kuchyně by pro svou pestrost mohla být příkladem v racionálním stravování – dostatek zeleniny, mouka a cukr jsou zastoupeny minimálně (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Italská kuchyně – je velmi podobná francouzské. Na rozdíl od francouzské kuchyně, Italové používají více koření, česneku a cibule. Využívají také výlučně olivového oleje.

Nejznámější a nejrozšířenější jsou italské těstoviny, o kterých se dá říci, že doslova z jídelníčku vytěsnily brambory, dokonce i chléb. Ovšem zajímavostí je, že makarony přivezl Marco Polo z Číny. V jídelníčku samozřejmě nesmíme opomenout pizzu. Mezi nejčastěji používaná masa řadíme telecí a kuřecí, dále též mořské plody a zvěřinu. Velké oblibě se těší polévky – zejména husté těstovinové a zeleninové. Úpravu vařením Italové takřka nepoužívají. Pokrmy často dochucují bylinkami. Strava je lehká, stravitelná, podávaná v malých porcích (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Ruská kuchyně – je označována jako kuchyně lovců a rybářů. Z toho vyplývá, že strava je bohatá na ryby a zvěřinu. Stolování začíná studeným předkrmem – kaviár či rybí konzervy. Nejoblíbenější jsou masité polévky – nejznámější boršč, ve kterém nalezneme některé typické suroviny používané v ruské kuchyni – červená řepa, cibule, ředkev, několik druhů masa. Typickou tradicí ve stolování je posezení u samovaru. Čaj je zde tradičním nápojem, i přes oblibenost kvasu a vodky (MASTILIAKOVÁ a kol., 2007).

5. 1. 2 ASIJSKÁ KUCHYNĚ

Arabská kuchyně – je velmi úzce spjatá s náboženstvím. Veškeré zásady stravování, včetně úpravy pokrmů či doporučených jídel nalezneme v Koránu. Platí zákaz jíst vepřové a požívání alkoholických nápojů. V arabské kuchyni se nejvíce uplatňuje skopové, zelenina, rýže, luštěniny a koření. Nejstarší arabské předpisy pocházejí z roku 703 z kuchařské knihy „Vusla il l'habida“ a některé recepty jsou používány dodnes. Za nejtypičtější arabské jídlo je považován kuskus. Pokrm je nejčastěji připravován v páře, v kombinaci s hovězím či skopovým masem, doplněné krupicí, rýží, rozinkami nebo datlemi, koření se rozmarýnem. Původně je však toto jídlo berberského původu a v arabských zemích zdomácnělo. Mezi nápoje zařadíme zejména mošt a jiné „voňavé nápoje“. Zvláštností je podávání moučnicku, který je přeslazený a hodně tučný, doplněný mandlemi, fíky a rozinkami (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Čínská kuchyně – vznikala několik tisíciletí a měla za úkol zpříjemňovat posezení u stolu těm nejmocnějším. Čínská jídla neslouží pouze jako prostředek k ukojení hladu, mají povznášet ducha. Dnes je již čínská kuchyně celosvětově proslulá, kuře Kung Pao,

či vepřové nudličky a bambusové výhonky ochutnal snad každý. Při přípravě téměř všech pokrmů Číňané používají sójovou omáčku. Pro Evropana je chuť čínských jídel opravdu exotická. Je to způsobeno zvláštními kombinacemi potravin a koření, z něhož nám některé druhy nemusí být ani známé. V čínské kuchyni nenajdeme mléko ani máslo. Mezi nejčastěji používaná masa řadíme ryby a mořské plody, vepřové, a drůbeží maso. Z koření se nejčastěji používá černý a bílý pepř, pálivé papričky, zázvor, česnek a nespočetně druhů cibule. Zelenina je nepostradatelná (TÓHTOVÁ, 2010).

5.2 ROZDÍLY VE STRAVOVÁNÍ

Nejčastějším rozdílem mezi českou a světovou kuchyní je využívání zeleniny a ovoce. Ve světě je často nepředstavitelné být den bez příslušné dávky ovoce a zeleniny, zatímco Čechům nevadí, že zrovna dnes neměli ani kousíček. V ČR je konzumace ovoce a zeleniny nedostačující. Dalším častým rozdílem je konzumace rybího masa. Samozřejmě je, že bychom nikdy nedosáhli tak vysoké konzumace jako přímořské státy, ale i přes to, rybí produkty konzumujeme jen velmi málo. V ČR je také zvýšená konzumace jatečního masa, jako je vepřové, stejně tak je tomu i s uzeninou - masa, ve kterých je vysoký obsah tuků, soli nebo karcinogenních látek. Ve spotřebě cukrů taktéž převyšujeme ostatní státy. Rozdíly jsou také v rozložení pokrmů během dne. Přizpůsobení jídelníčku pro pacienty s jinou kulturou je tak velmi složité, ne však nemožné (KUTNOHORSKÁ, 2013).



Obrázek 2 Sushi

Zdroj: autor, 2013



Obrázek 3 Čajové posezení

Zdroj: autor, 2014

6 ETNICKÉ SKUPINY V ČR

Nejpočetnější etnickou skupinou v ČR jsou samozřejmě Slováci. Naše národy jsou si natolik blízké, že není třeba popisovat národnostní odlišnosti. Nakonec, dlouhá léta jsme byli jedním státem a ve světě jsme často stále označováni jako Československo.

6.1 ROMOVÉ

Romové mají kořeny až ve středověké Indii. Romská populace je nejpočetnější v Evropě. První zmínka o Romech v ČR pochází z 15. století. O asimilaci Romů se snažila už Marie Terezie s Josefem II. Označení Rom se ustálilo na sjezdu v Londýně v roce 1971. V ČR se běžně užívá hanlivé označení cikán (COHN, 2009).

Jakožto národ, mají Romové svou vlastní vlajku (modrý pruh v horní polovině, zelený pruh v dolní polovině a červená čakra, kruh vprostřed). Za romskou hymnu se považuje píseň „Gejľem, gejľem“. Romský jazyk řadíme mezi indoevropské jazyky. Jde o velmi rozmanitý jazyk, ve kterém se objevuje plno nářečí a dialektu. Obecně však romštinu dělíme na tři základní skupiny: Evropská romština, romština (oblast dnešního Iráku) a lomaverština (oblast Arménie), (MARÁDOVÁ, 2006).

Co se týká náboženství, Romové se přizpůsobili náboženství místního obyvatelstva. V ČR jsou většinou formální katolíci. Jejich patronkou je Černá Sára. Náboženské představy, zvyky a rituály se liší podle jednotlivých kmenů a podle krajin, ve kterých žijí. V ČR ve větších městech romské tradice mizí, nejdéle se uchovávají tradice spojené se smrtí a narozením. Romové mají velký respekt z duchů zemřelých tzv. mulů. Mnoho Romů má také obavy z „guny daj“ (polednice). Ta může uhranout jejich nově narozené dítě, pokud jej nechají o samotě a není pokřtěno (NOVÁKOVÁ, 2008).

Romové jsou zvyklí žít ve velké rodině. Mají mnoho příbuzných a i ten nejbližší je pro něj rodina. O rodinný krb pečuje žena, muž vystupuje jako ochránce a velitel klanu. Pro romskou rodinu není přípustné odložit dítě do kojeneckého ústavu, stejně tak i umístit staré členy rodiny do domovů pro seniory. Dělení Romů je velmi složité. Z vlastního dělení známe vnitřní (např. městské a venkovské, čisté a špinavé,

nebo podle druhu vykonávaného řemesla) a vnější (podle způsobu chování, pigmentace, odění), dále dělení odborné (etnicko – jazykové hledisko), (COHN, 2009).

Mezi nejčastější problémy při soužití Romů a občanů v ČR řadíme:

- Sociální problémy – nezaměstnanost, špatná bytová situace, příjem sociálních podpor jako jediného zdroje obživy, nechuť se zapojit do pracovního procesu.
- Problémy v občanském soužití – hlučnost a nepořádek v okolí bydliště.
- Trestná činnost Romů – často jde i o trestnou činnost dětí, trestnou činnost s rasovým podtextem, problémy s drogami, alkoholem a prostitucí.
- Ze znevýhodňujících problémů je nám znám problém v komunikaci – např. při jednání s úřady, dále rasismus, netolerance, předsudky až diskriminace (MOULISOVÁ, 2010).

V nemocnici se často setkáváme s nepochopením na „obou stranách“. Romové vše prožívají více citově, své pocity hned dávají najevo. Na návštěvu za nemocným přijde velmi početná rodina. Často svým spolu – pacientům narušují klid a jsou hluční. Pro ně je tento způsob vyjadřování i vystupování typický a považují ho za normální. Bez rodiny jsou nešťastní a nesamostatní, což může vyústit až v nespolupráci se zdravotníky. Rozhodování týkající se jejich zdraví konzultují s rodinou, mají nižší trpělivost a slabou vůli. Velmi důležité a zároveň hodně obtížné je získat si důvěru pacienta, Roma (MASTILIAKOVÁ a kol., 2005).



Obrázek 4 Romové v krizové situaci

Zdroj: autor, 2014

6.2 ŽIDÉ

Židé jsou semitským národem. Pocházejí z oblasti Blízkého východu. Můžeme je též nazývat Synové Izraele, Izraelité. V některých jazycích se pro Židy používá označení Hebrejci. Nejstarší záznamy o izraelském národu se objevují kolem 2. tisíciletí př. n. l. Během 3 000 let se Židé ze své vlasti rozšířili do celého světa. Současné židovské obyvatelstvo je možné rozdělit dle původu a oblastí, kde Židé žili nebo žijí: Aškenazim (střední a východní Evropa, cca 70 % dnešní světové židovské populace), Sfaradim (obl. Španělska a středomoří), Mizrachim (Irák, Írán, Sýrie, Libanon, vč. exotických skupin). Kromě těchto velkých skupin jsou ještě skupiny menší, jejichž příslušníci tvoří komunity v řádu stovek až tisíců členů. Jsou to např.: Falašové (tzv. Černí židé z Etiopie), Samaritáni (potomci severoizraelských kmenů a mezopotámského obyvatelstva), Tejmanim (obl. Jemenu), Bnej Menaše (Indie), Ibo Bnej Jisrael (tzv. Igbo, Nigérie), (BRENNER, 2014).

Pokud napíšeme „Žid“ (velké první písmeno), jedná se o etnické označení příslušníka židovského národa. Zatímco použitím slova „žid“ (malé první písmeno), rozumíme příslušníka židovského náboženství. Oba významy se do jisté míry překrývají, protože židovské náboženství bylo původně náboženstvím národním a spolu s hebrejským jazykem a územím státu Palestiny – Izraele tvořilo určující znaky etnické příslušnosti k židovskému národu. Zatímco „etnickým Židem“ je nutné se narodit, „židem“ podle židovského náboženského práva (halachy) je možné se jak narodit, tak i stát v průběhu života. Tzv. halachickým židem je každý, kdo se narodil židovské matce, která sama byla halachickou židovkou. Židovství se totiž dědí matrilineárně. Halachickým židem se může stát v podstatě každý, kdo podstoupil předepsaným způsobem gijur (tzn., že přestoupil k judaismu). Uvedeme si příklad, který nalezneme snad ve všech učebnicích. Ten nám říká, že člověk, který měl např. židovského dědečka, je považován za Žida státem Izrael, ale nikdy není považován za žida z náboženského hlediska, samozřejmě pokud nepodstoupil již zmiňovaný gijur (BITTNEROVÁ a kol., 2006).

V dobách starověku byla hlavním dorozumívacím jazykem Židů hebrejšтина, která později přešla do výhradně liturgického užívání. V běžné komunikaci ji nahradila aramejšтина, řečtina nebo latina. Od dob útrap v babylonském zajetí,

se Židé dorozumívali jazykem země, ve které žili. Židé dokonce vytvořili své vlastní jazyky – jidiš (směs hebrejštiny a středověké němčiny) a ladino (směs hebrejštiny a kastilštiny). Existuje mnoho různých jazykových variací jako např. judeo – arabština nebo judeo – perština. Na těchto příkladech názorně vidíme, že nový jazyk vznikl vzájemnou interakcí jazyků hostitelské země vs. hebrejštiny. Hebrejštiny se objevuje dodnes jako jazyk literární. Na přelomu 19. a 20. století se objevuje pojem „ivrit“, který představuje obnovení hebrejštiny jakožto živého jazyka Izraele. (BRENNER, 2014).

V oblasti zdravotnictví mají židé zákon o vyhledávání kvalitní péče. Mohou přijímat transfuzi, mohou si nechat amputovat část orgánu, mohou přijímat léky. Pouze ortodoxní židé odmítají transplantace od dárců, protože věří, že bohem dané tělo se musí do země vrátit tak, jak je. Při amputaci je třeba amputovanou část „schovat“, aby jí mohli vypravit pohřeb. Kremace je naprosto nepřípustná, některé méně přísné skupiny povolují pitvu, ovšem pod podmínkou, že orgány a všechny části těla budou vráceny na své původní místo. Těla před pohřbem rituálně omývají. Potrat je povolen pouze při ohrožení života ženy (IVANOVÁ a kol., 2005).

Ženy, které menstrují, musí provádět očistu v tzv. mikve (očistná koupel ve „velké vaně“). Používá se také před svatbou, po porodu a k dalším očistným procedurám. V období Šabatu může žid odmítnout hospitalizaci i operační zákroky. Běžným a nezbytným jevem je obřizka. Vykonává se přibližně kolem osmého dne života. Provádí jí tzv. mohel, což je židovský lékař, rituální „obřezávač“. Dítě je před výkonem položeno do „křesla Eliášova“ a na kolenu jej drží jeho kmotr. Před samotným výkonem lékař pronese modlitbu. Poté následuje hostina. Provádí se pouze u chlapců. Výživa židů se řídí tzv. kašrutem. Židé mají předepsáno, co mohou a nemohou jíst, jídlo musí být tzv. košer. Mezi košer zvířata řadíme ta, která mají rozdvojená kopyta a přežvykují. Zakázaná zvířata jsou vepři, koně, hlodavci, masožravci, tlustokožci a vodní savci. Ryby pouze ty, které nemají šupiny a ploutve. Důležité je oddělit mléčné výrobky od masitých. V dnešní době již plno židů tyto zákazy úplně nedodržuje, je však stále dosti ortodoxních židů, kteří je stále dodržují (LAU, 2012).

6.3 UKRAJINCI

Ukrajinci jsou slovanský národ tzv. slovanské východní větve. Počtem příslušníků (44 – 45 milionů) jsou 3. největším slovanským národem a 8. největším národem Evropy. Jejich jazykem je ukrajinština. Nejpočetnější ukrajinskou diasporu má Rusko, dále pak Kanada, Bělorusko, Moldavsko a Kazachstán. V České republice se v roce 2001 přihlásilo k ukrajinské národnosti 22 112 osob. Ve skutečnosti v ČR žije Ukrajinců několikanásobný počet. První známky formování Ukrajiny můžeme zaznamenat již v 5. století př. n. l. Důležitým historickým obdobím je 9. století, kdy na území Ukrajiny vznikl stát Kyjevská Rus. V podstatě již od svých prvopočátků se lidé z Ukrajiny setkávali a setkávají s útlakem. Roku 1684 došlo na Ukrajině k velkému kozáckému povstání, které vedl Bohdan Chmelnický. Povstání bylo po několika letech potlačeno a Ukrajina stále odolávala jiným nájezdníkům a i v moderní době útlaku za období světových válek a později vlivu SSSR. V současnosti probíhají na Ukrajině boje s Ruskou federací o autonomii Krymu. Média nám nabízejí nejrůznější pohledy na tuto problematiku, avšak dosud není jasné přesné stanovisko většiny ukrajinských občanů (YANA, 2006).

Ukrajinci jsou tradiční českou menšinou. Největší příliv Ukrajinců do Čech zaznamenáváme v období po 1. a 2. světové válce, dále po roce 1989. Ukrajinská kultura vyrůstá z křesťanských tradic, především z pravoslaví, ale také z řeckého katolictví. Mají společné kořeny z dob Kyjevské Rusi s běloruskou a ruskou kulturou. Ruský vliv je v ukrajinské kultuře stále silně přítomný. Významný je také přínos někdejší početné židovské menšiny (na Ukrajině se mj. zrodilo chasidské hnutí) a muslimů zejména na Krymu (YANA, 2006).

Zároveň dochází k oživení ukrajinského folklóru a bylo obnoveno mnoho venkovských slavností, existují soubory lidových písní a tanců. Oblíbená je tradiční ukrajinská kuchyně, která s oblibou užívá obilné či bramborové těsto, slunečnice, zelí, řepu, mleté maso či ryby. Typickými pokrmy jsou boršč, pelmeně, varenyky či plněné pirohy. Na Ukrajině je velmi špatná ekonomická i sociální situace, což je také důvodem masivní emigrace a pobytů „na černo“ (nejen v ČR).

Ukrajinci přitom vychází z tradice, že muž je živitel rodiny a je povinen ji zajistit. Z důvodu špatné situace klesá i naděje tamních lidí na vzdělání. Potraty jsou běžné i v pokročilých stádiích těhotenství, avšak prevence ve formě antikoncepce je finančně nedostupná, stejně jako celá zdravotní péče. Její úroveň snad nelze nazvat ani elementární. Před nástupem k hospitalizaci si pacient veškerý materiál musí obstarat sám, včetně prostěradla. Ukrajinci jsou proto nenároční, nic nepotřebují, minimálně projevují emoce. Velký problém ovšem nastává při komunikaci. Tito pacienti neumí totiž kromě svého jazyka žádný jiný, ani světový. Dalším problémem je pojištění, valná většina Ukrajinců není v ČR pojištěná, častokrát zde nejsou ani „oficiálními pacienty“, tak často volí tajný odchod z nemocničního zařízení (AUTORSKÝ KOLEKTIV, 2014).

6.4 RUSOVÉ

Rusové, zastarale též Velkorusové jsou východoslovanský národ, převážně žijící v Rusku a sousedních zemích. Rusko má asi 150 mil. příslušníků. Dorozumivacím jazykem je ruština. Tzv. staroruská národnost (zahrnující vedle předků dnešních Rusů i předky Bělorusů, Ukrajinců a Rusínů) se začala formovat v 9. – 10. století v souvislosti se sjednocením dosavadních kmenů v Kyjevské Rusi. V důsledku historického vývoje se staroruská národnost rozdělila na čtyři samostatné národy – Rusy, Bělorusy, Ukrajince a Rusíny. Zpočátku stejně jako u Ukrajiny, patřilo Rusko do Oblasti Kyjevské Rusi. V 11. – 12. století stejně jako Ukrajina podléhalo nájezdníkům, ale na rozdíl od Ukrajiny, se Rusku povedlo osvobodit a ve 13. století vzniklo Moskevské velkoknížectví. Rusko tak sílilo, ale pouze do dob Krymské války v 19. století a do 20. století, kde prohráli válku s Japonskem. Významným historickým okamžikem je vznik SSSR, který ovlivnil nejen Rusko, ale i celý svět (ŠVANKMAJER a kol., 2010).

Rusko je země několika tváří, na jednu stranu je hospodářsky zdatná, na druhou má plno odlehlých končin, kde znají jen vysoký stupeň chudoby. Při setkání s Rusem musíme dávat pozor již při oslovení. I mezi sebou Rusové upřednostňují vykání. Tykání je jen pro stejné sociální nebo věkové skupiny. Při představování jmenují nejprve příjmení, poté křestní jméno a pak druhé jméno, které mají po otci. Druhé jméno ve spojení s křestním jménem se používá jako zdvořilostní oslovení. Tituly před jmény

takřka vůbec nepoužívají, nejsou pro ně důležité stejně tak jako nutnost úsměvu při setkání. Rusové hodně gestikulují a svou náklonnost mohou vyjádřit dotekem na rameno. Nikdy neukazují prstem. Rusové nemají nejlepší vztah k dodržování časových termínů. Oni sami si časové údaje říkají např. někdy kolem sedmé, tak za nějaký ten den apod. Je tak problém přijít např. na kontrolu k lékaři v ten pravý den a čas. Své zvláštnosti mají Rusové i v pracovním procesu. Střídají totiž období naprostého pracovního přetížení a období relaxačního, kdy nedělají vůbec nic. Jejich zvykem je také slavit všechny „možné i nemožné“ události a obdarovávat se přitom dárky. Na jakoukoliv oslavu je takřka povinností, přinést nějaký dárek. Do ruského jídelníčku můžeme zařadit plno ryb, soboly, norky, lišky. V mnoha částech Ruska je lov těchto zvířat hlavní obživou. Národním nápojem je kumis, zkyšané kobyli mléko. Vzhledem k velmi chladnému podnebí řadíme do typického jídelníčku husté polévky (boršč). Stolování je pro Rusy vlastně posvátné. U stolu jsou dobří a zlí duchové a člověk by měl jíst způsobně proto, aby se neprojevil. Na stole musí být vždy chléb, boží dar. V Rusku je nejrozšířenější pravoslavné náboženství (MASTILIAKOVÁ a kol., 2007).



Obrázek 5 Matrjoška

Zdroj: autor, 2014

6.5 VIETNAMCI

Vietnamci, etnikum sídlící v Jihovýchodní Asii, které tvoří většinu obyvatelstva Vietnamské socialistické republiky (Kinh). Podle proslulé legendy jsou Vietnamci potomci nebeského draka „Lac Long Quan“ a víly moří „Au Co“, jímž se narodilo 100 vajec, tedy 100 dětí, z nichž 50 následovalo svoji matku (navrátilo se do moře) a 50 zůstalo se svým otcem na zemi, kde společnými silami vybudovali vietnamské království. Vietnamci jsou většinou buddhisté, konfucianisté a taoisté. Vietnam je „národ hrdých“. Původ Vietnamců je opředen nejrůznějšími legendami, avšak historické informace o původu tohoto etnika nejsou zcela jasné. Podle čínských historických pramenů a rozboru vietnamského jazyka existují 2 teorie:

1) Národ, sídlící na jihu Číny, u něhož jsou významné etnické a jazykové odlišnosti oproti Číňanům. Vlivem expanzí Čínské říše byli Vietnamci nuceni migrovat směrem na jih, kde se nakonec usadili v okolí Rudé řeky.

2) Kolem Rudé řeky žilo mnoho etnicky odlišných asijských skupin, a také obyvatel australo – melaneského původu, jejichž potomky se stali právě Vietnamci. Všichni obyvatelé povodí Rudé řeky se sem dostali z Číny. K této teorii se přiklání většina etnologů. Jedním z důkazů je vietnamský jazyk. Čínština má sice různé tóniny hlasového projevu jako vietnamština, ovšem Vietnamci mají těchto tónin podstatně více. Dalším důkazem jsou původní slova, která nemají žádné společné kořeny se slovy čínskými. Původní vietnamská slova jsou jednoslabičná. Teprve mnohem později dochází k přejímání slov čínských. (HLAVATÁ a kol., 2008).

Úředním jazykem je vietnamština s dialekty Nam, Hue a Bac, ale Vietnamci často umí hovořit více světovými jazyky jako např. anglicky, francouzsky a samozřejmě čínsky. V rodině má hlavní slovo muž nebo nejstarší syn, ženy se podřizují. Důležitý je prvorozený syn (dědic). Děti často nechválí, chtějí, aby byly samostatné a následně úspěšné. Děti musí poslouchat a uctívat rodiče, respektovat starší, musí být poctivé, slušné a vzdělané. Vietnamci používají často smích, když chtějí zmírnit nepříznivou situaci, nebo když nerozumí. Při podání ruky je důležité přitisknout ještě levou, stejně tak jako bychom měli podávat věci oběma rukama, pokud nechceme být nezdvorní.

Není vhodné dívat se Vietnamci přímo do očí, mohli bychom tím vyjádřit svou povýšenost. Vnímání zdraví je založeno na základech zákonitostí Jing a Jang, tedy rovnováhy. Nemoc vznikne jejím porušením. Nastolit rovnováhu se snaží hlavně pomocí lidového léčitelství (bylinky, baňkování, rituály). Vietnamci jsou také velmi stydliví, takže zde platí respektovat stud pacienta trojnásob. Hygiena je pro tyto pacienty velmi důležitá. Preferují denní ranní sprchu, pokud se nemohou umýt sami, pomůže jim člen rodiny stejného pohlaví. Smrkání do kapesníku je neslušné. Pokud možno, odmítají jakékoliv léky, protože se bojí možnosti vzniku návyku (při bolesti, při zvracení – a nejprve po sobě zvratky uklidí, než sestru upozorní), některé problémy často neřeknou vůbec, odpoví pouze na dotaz sestry. O dalších krocích týkajících se léčby nebo zdravotního stavu se pacient radí s rodinou, popřípadě žena s manželem a není vhodné sdělovat zdravotní stav pacientovi bez rodiny. Hlavní stravou je pro Vietnamce rýže, připravována několika různými způsoby. Masitá strava obsahuje hlavně ryby a drůbež. Dodržují tradiční rituály při jídle, jako je uctívání svých předků. Potrava musí být vyvážená, opět podle teorie Jing – Jang. Méně solí, nic studeného nepřijmou ústy. Odmítají mléčné výrobky, proto nemusí tolerovat laktózu. Jedí třikrát denně hlavní jídlo. (TÓHTOVÁ, 2010).

6.6 ČÍŇANÉ

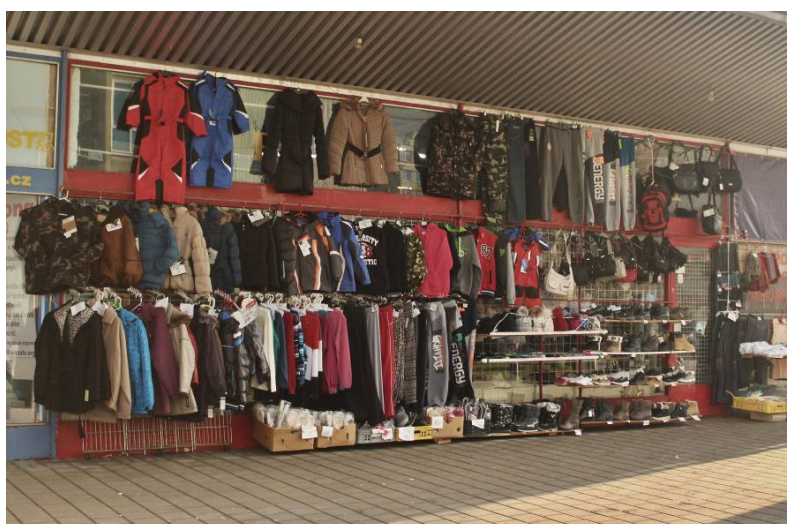
Čína je dominantním územním celkem východní Asie. V současné době existují na území Číny dva státy, Čínská lidová republika (ČLR) a Čínská republika na Tchaj – wanu. S počtem 1 337 mil. obyvatel je Čína nejlidnatější zemí světa. Mimo etnické Číňany, kteří se nazývají národem Chan, žije v Číně mnoho etnických menšin. Dějiny Číny jsou v moderním pojetí dějin, dějinami pravěké Číny, Číny za dob císařství a Číny za dob jednotné republiky až do roku 1949, kdy došlo k rozštěpení území Číny mezi Čínskou republiku a Čínskou lidovou republiku. Tento stav trvá dodnes. Stejně jako ve Vietnamu, tak i v Číně jsou hlavními náboženstvími buddhismus, taoismus a konfucianismus. Úředním jazykem je čínština, která se dělí do pěti základních skupin – pekingský, katonský, Wu, Min, Hakka (pekingským dialektem mluví dvě třetiny národa).

Čínská kuchyně patří k nejpestřejším na světě, ale v Česku ji nejčastěji zastupují podprůměrná bistra. Jmenovat můžeme například sójovou omáčku, sušené houby, zeleninu, bambusové výhonky, koření a samozřejmě národní nápoj – čaj. Rodina je upřednostněná před jedincem. Zdraví je stav harmonie mezi intelektem a přírodou. Při léčbě se opět uplatňuje tradiční léčitelství, rovnováha Jing – Jang. Teprve při neúspěchu této léčby se obrací na klasickou zdravotní péči (TÓHTOVÁ, 2010).



Obrázek 6 Čínská restaurace

Zdroj: autor, 2015



Obrázek 7 Vietnamský obchod

Zdroj: autor, 2015

7 NÁBOŽENSKÉ SKUPINY V ČR

Ve světovém měřítku se ČR řadí k „ateistickým zemím“. Nejpočetnější náboženskou skupinu v ČR tvoří Římskokatolická církev, ke které se při posledním sčítání lidu v roce 2001 přihlásilo 26, 8 % obyvatel (ČSÚ, 2001).

7.1 KŘESŤANSTVÍ

Křesťanství je monoteistické náboženství, které se obrací na život a učení Ježíše z Nazaretu (Krista), kterého chápe jako mesiáše, spasitele světa, Božího syna a samotného Boha, který se v Kristu zjevil. Křesťanství vzniklo z Judaismu a to v Palestině. Tam Ježíš působil a jeho jednání je zachyceno v Novém zákoně v Bibli, o kterou se učení opírá. Její první částí je Starý zákon, převzatý od židů a je psán hebrejsky, část arménsky. Příslušnost ke křesťanství není určena původem, ale křtem a přijetím víry. Všichni křesťané věří v jednoho Boha, vyznávají Ježíše Krista jako Spasitele a Božího syna. Křesťanství existuje ve třech základních formách: římskokatolické, pravoslavné a protestantské (RE MANNING et al., 2012).

7.1.1 ŘÍMSKOKATOLICKÁ CÍRKEV

Tato církev je považována za přímou pokračovatelku prvotní církve, kterou založil Kristus. Římský biskup je považován za přímého následníka sv. Petra, kterého Kristus učinil hlavou církve, a ostatní své biskupy za přímé následníky dvanácti apoštolů. Základem víry je uznávání sedmi svátostí, na které má i v případě nemoci věřící i jeho bližní právo. Jsou to:

- Křest – očištění se od hříchů a přijetí víry. Jde o proces, kdy křtitel křtěnému polije hlavu obyčejnou studenou vodou, nikoliv svěcenou a ve jménu otce, syna i ducha svatého ho prohlásí za pokřtěného. Pokud člověk dojde k nutné potřebě pokřtít se v posledních chvílích svého života, jsme povinni mu tuto žádost zajistit.
- Biřmování – je přidělení a přijetí darů Ducha svatého jako svátek křesťanské dospělosti. Biřmovat by měl nejen biskup, ale i kněz.

- Eucharistie – je velmi významný obřad, jde o přijetí těla a krve páně. Svátost je určena všem, kdo jsou pokřtěni a zůstávají v katolické církvi. Před přijímáním je půst půl hodiny, u nemocného pak jen čtvrt.
- Smíření – jedná se o svátost pokání, kdy je důležitá víra ve velkorysost boha při odpuštění hříchů. Tato cesta je dlouhá, lidé mívají strach, že si nevzpomenou na všechny své prohřešky, důležité však není si vzpomenout, ale upřímně se kát.
- Svátost nemocných – se uděluje ve dvou krocích a to po úvodních modlitbách. Udělit jí může jen kněz nebo biskup. Tato svátost má být chápána jako pomoc ve stavu ohrožení či oslabení, aby nemocný dostal sílu, nikoliv jako poslední pomazání před smrtí, jak si lidé často mylně myslí.
- Svátost manželství – sňatek lze uzavřít i v nemocnici se svolením biskupa, nutná je přítomnost kněze a dvou svědků.
- Kněžství – přijímají jej muži, kteří jsou pověřeni udělovat svátosti a sloužit mši svatou (KEENE, 2008).

7. 1. 2 PRAVOSLAVNÁ CÍRKEV (ORTODOXNÍ)

Tato církev je křesťanská církev složená z více územních církví a ty dohromady tvoří pravoslavné církevní společenství. Počátky pravoslavného společenství nalezneme již v první křesťanské obci v Jeruzalému, dále pak ve východní části Římské říše, což je důvodem, proč bývá tato církev někdy označována jako východní. Pravoslavné církve sdílejí církevní nauku a praxi, proto se o nich někdy hovoří jako o jediné pravoslavné církvi. Přesto se v nuancích církevní praxe a obyčejů mezi jednotlivými místními církvemi objevují odlišnosti (různé místní tradice, zvyklosti). Pravoslavná církev má tzv. juliánský kalendář, který je na rozdíl od světského kalendáře posunutý o 13 dní. Stejně tak den nezačíná v půlnoci, ale od 18. hod. minulého dne. Bohoslužby probíhají třikrát denně – ranní a večerní mše a polední liturgie. Do kostela má věřící chodit skromně oblečený, ženy musí mít zahalená ramena a nohy, vdané ženy hlavu šátkem. Svátky se dělí na malé, střední a velké. Za nejdůležitější jsou považovány Vánoce, Nový rok, masopust s velkým půstem a Velikonoce. Velký půst trvá sedm týdnů před Velikonocemi. Věřící se modlí, čtou svaté knihy, snaží se pochopit vlastní chyby. V tomto období jsou zakázány veškeré veselice, včetně svatby. Omezení se týká i stravování. Je zákaz požívání masa, mléčných výrobků, jídlo je připravováno

z obilovin a podáváno pouze dvakrát denně. V den smrti Ježíše Krista musí být věřící celý den o hladu. Výjimka platí pouze pro staré, nemocné a těhotné ženy. Svátky začínají noční bohoslužbou, kde si věřící nechají posvětit připravené jídlo. Doma potom nejstarší muž v domě rozdělí posvěcené vejce tak, aby každý dostal část - přináší to štěstí po celý rok. V tomto období se zdraví pozdravem „Kristus vzkříšen“, odpovědí je „Opravdu vzkříšen“. Pozdrav je často doprovázen třemi polibky na tváře (KEENE, 2008).

7. 1. 3 PROTESTANTSKÁ CÍRKEV

Protestantské (nebo evangelické) církve je označení luterských a reformovaných křesťanských církví, tedy církví vzniklých po vystoupení Martina Luthera (1517). Církve čerpající primárně z Lutherova odkazu se nazývají luteráni (tzv. Augsburské vyznání). Protestantismus je označení pro skupinu křesťanských církví, sekt a menších náboženských skupin (směru křesťanství), který se odštěpil z katolické církve po vystoupení Martina Luthera (1517) a odvolává se na reformaci v 16. století.

Je pro něj typický důraz na Písmo jako zdroj zjevené Pravdy. Vůči katolictví se vymezuje mj. popřením církevní tradice jakožto dalšího zdroje zjevení rovnocenného Písmu. Patří sem Českobratrská církev evangelická, Církev československá husitská, Křesťanská společenství, Křesťanské sbory a Apoštolská církev (KEENE, 2008).



Obrázek 8 Kostel

Zdroj: autor, 2014

7.2 JUDAISMUS

Judaismus vznikl jako kmenové náboženství hebrejských kmenů přibližně ve 2. tisíciletí př. n. l. Jeho praotcové jsou Abrahám, Izák a Jákob, kteří věřili v jednoho boha. Judaismus je tedy monoteistické náboženství (RE MANNING et al., 2012).

Základním dokumentem je Tóra, což je prvních pět knih ze Starého zákona Bible, tzv. Pět knih Mojžišových (Genesis, Exodus, Leviticus, Numeri a Deuteronomium) a pak také Talmud, což jsou texty týkající se práva (halacha), nalezneme zde i legendy. Vznik Tóry (Božího zákona) je považován za moment založení židovského náboženství. (BRUMLÍK, 2012).

Nejsvětějším a nejduchovnějším obdobím židovského roku jsou Hrozná dny (Jom kipur), probíhající během a po novoročních svátcích, i během sedmi dní Svátku stanů. Jedná se o sebezpytování a pokání, o mravní a duchovní obrodu a snahu navrátit se k bohu. Deset dnů mezi Novým rokem a Jom kipur je známých jako "deset dní pokání." V Hrozných dnech jsou rozšířeny bohoslužby v synagogách. Znamenají také utužení a připomenutí rodinných a přátelských vazeb, pořádají se slavnostní hostiny pro příbuzné, navštěvují se hroby předků. Navzájem si židé přejí „dobrý a sladký rok“ a žehnají si slovy „kež jsi zapsán a zpečetěn pro dobrý rok.“ Bohoslužba svátku začíná před západem slunce a po noční přestávce pokračuje od rána do soumraku. Židé čtou společně svaté texty, potichu i nahlas meditují a vyznávají se (LAU, 2012).

Na konci Jom kipur, kdy už jsou věřící očištěni a duchovně znovuzrozeni, což připomínají i jejich nové šaty (většinou bílé roucho), se staví stánek (suka). Tehdy začíná Sukot, Svátek stanů, trvající pět dnů. Svátek, původně oslavující úrodu, doprovází kytice plodů a ovoce. Pro duchovně znovuzrozené židy je to první krok při budování nového světa. Roš ha-šana je židovský Nový rok, který se slaví 1. a 2. den měsíce tišri (zhruba období září až října). Tento den (Mišna) se počítá jako den, od kterého se počítají roky židovského kalendáře. Platí zákaz prací, které jsou zakázány i o šabatu, s výjimkou tzv. ochel nefeš - činnost související se základními potřebami člověka. Většinu času se židé věnují modlitbám.

Rysem svátku je troubení na beraní roh, zvaný šofar. Zvuk rohu má připomínat smlouvu uzavřenou mezi Hospodinem a Izraelem na hoře Sinaj a měl by rovněž všechny probudit z „mravní malátnosti“. Židé se zdraví pozdravem „Šana Tova“ („dobrý rok“). Důležitá je výzdoba bílou barvou, která symbolizuje čistotu a nevinnost (LAU, 2012).

Pesah (Velikonoce) jsou naproti Hrozným dnům svátky radosti. Probíhá slavnostní rodinné stolování (seder) po vzoru starých římských hostin, recitují se události z knihy Exodus, svátek je připomínkou vysvobození z egyptského zajetí. Recitace se jmenuje Hagada. Při svátku je kladen důraz na „generační kontinuitu“. Před recitací Hagady je středem pozornosti nejmladší z dětí, které má výsadu pokládat otázky ohledně vyprávění. Příběhy exodu samotného má potom svými slovy vyprávět každý žid u hostiny, aby si příběh připomněly všechny generace. Po jídle přichází bohoslužba, po které se otvírají dveře na znamení očekávaného příchodu proroka Elijáše, zvěstovatele mesiáše (DIVECKÝ, 2005).

Šabat (šábes) je v judaismu sedmý den v týdnu, věnovaný odpočinku a upuštění od pracovní a všední činnosti. Je nejdůležitějším svátkem v judaismu (spolu s Jom kipur), jeho dodržování je nařízeno Desaterem a v rabínské literatuře je brán jako pravzor všech svátečních dnů. V Šabatu platí několik pravidel, jedním z nich je i zákaz práce a to nejen ve smyslu „klasické“ práce, ale i ve smyslu vykonávání běžných všedních činností (např. vaření), proto je nutná příprava dopředu. O Šabat židé zapalují svíce, což vychází ze starověkého zvyku, kdy byl v domě zažehnut před začátkem šabatu zdroj ohně, který bylo možné nadále používat na šabat. V dnešní době se rituál provádí symbolicky zapálením minimálně dvou svící nebo světel. Svíce zapaluje většinou žena nebo paní domu a říká při tom požehnání. Pokud v domácnosti žije muž sám nebo více mužů, zapaluje svíce muž. Šabat začíná v pátek se západem slunce. V odpolední modlitbě jsou slova o přijetí Šabatu a na ní navazuje večerní modlitba určená pro Šabat. V sobotu ráno se v synagoze koná ranní bohoslužba (šacharit) a čtení z Tóry. Po šacharit následuje přídatná modlitba pro šabat a svátky (musaf). Šabat končí obřadem, zvaným havdala (rozdělení), kterým je šabat oddělen od šesti pracovních dnů a začíná nový pracovní týden. Během šabatu se říká zvláštní sedmé požehnání týkající se svatosti dne (LAU, 2012).

Chanuka je historický svátek, ve kterém se vzpomíná na porážku syrských sil, které se pokoušely zabránit Izraelcům v Judaismu. Juda Makabejský a jeho bratři zničili ohromné vojsko a znovu vysvětili Chrám v Jeruzalémě. Osmidenní svátek je symbolizován zapalováním světel – jedno pro první noc, druhé pro druhou... Používá se speciální svícen, který se jmenuje chanukíja nebo menorá. V Judaismu se nachází velmi mnoho svátků, které snad ani není možné detailně popsat. Každý je velmi rozsáhlý a má mnoho specifik. Svátky je obecně možno rozdělit do tří oblastí: biblické (Šabat), historické (Chanuka) a moderní, které souvisí se vznikem Izraelského státu (BECALEL, 2006).



Obrázek 9 Menora

Zdroj: autor, 2014



Obrázek 10 Židovský hřbitov

Zdroj: autor, 2013

7.3 ISLÁM

Islám je monoteistické (abrahámovské) náboženství založené na učení proroka Muhammada, což byl náboženský a politický vůdce ze 7. století. Překlad slova islám znamená „podrobení se“ nebo „odevzdání se“, myšleno Bohu, arabsky nazývaného Alláh. Vyznavačem islámu je muslim, což v překladu znamená „ten, kdo se podřizuje“. Islám je po křesťanství druhé největší náboženství světa (RE MANNING et al., 2012).

Základními prameny islámu jsou Korán, veršovaná sbírka božích sdělení, kterou Mohamedovi diktoval Bůh přes archanděla Gabriela, obsahuje 114 súr (skladeb) a ty se dělí na jednotlivé áje (verše), a Sunny (slova a činy Muhammada). Muhammad podle muslimů nezaložil nové náboženství, ale jenom očistil a obnovil to původní, které křesťané a židé zkreslili prostřednictvím proroků. Muslimové jsou povinni dodržovat „pět pilířů islámu“, které je spojují ve společenství. Jsou to:

- Šaháda (vyznání víry) – určuje pouze jednoho boha a to Alláha.
- Salát (rituální modlitba) – kromě osobních modliteb se muslim musí modlit pětkrát denně a to směrem k Mecce, před modlitbou je třeba očistit si ruce.
- Zakát (almužna) – jedná se o jakýsi desátek, daň, kterou je muslim povinen platit a slouží na dobročinné účely.
- Saum (půst v Ramadánu) znamená, že v měsíci ramadánu musí muslim dodržovat půst od stravy, nápojů a pohlavního styku od svítání do soumraku, vyjma těhotných žen, starých a nemocných. Trvá asi 28 až 30 dní.
- Hadždž (pout' do Mekky) musí být vykonána alespoň jednou za život.

(ABDALATI, 2010)

Ve zdravotní sféře kladou muslimové důraz na prevenci. Povšimnout si toho můžeme hned v několika opatřeních, jako např. omývání k modlitbám. Sprchovat se musí nejméně jednou týdně a to v pátek, dále po každém pohlavním styku, v šestinedělí a při menstruaci. Musí si holit podpažní chlupy třikrát týdně, v oblasti genitálu jednou za 14 dní. Čištění zubů je nutné před každou modlitbou, což ale dodržují jen ti nejortodoxnější muslimové, ostatní dodržují pravidlo čištění zubů více jak jednou denně (BITTNEROVÁ a kol., 2006).

V nemocnici muslimové vyhledávají možnost se modlit a jejich nároky na hygienu jsou daleko vyšší, než jsme zvyklí. Nejen, že projdou „klasickou“ hygienou, ale jsou zvyklí na rituální omývání. Muslimovi bychom měli vyhradit místnost, kde se může modlit, tato místnost nesmí sloužit k jiným účelům a musí být dostupná voda. Muslim se cítí nečistý, jestliže krvácí, byl v bezvědomí, byl na toaletě či na gynekologickém vyšetření. Jeho potřeba omývání tak neustále stoupá (IVANOVÁ et al., 2005).

Na muslimův koberec a korán nesmí sáhnout nikdo, kdo není rituálně očištěn, proto by měly být uloženy na zvláštním místě. Někteří muslimové nosí např. amulet, ten by se měl pacientovi nechat a neodebírat násilím, samozřejmě pokud to situace umožňuje (MASTILIAKOVÁ a kol., 2007).

Další kapitolou je stravování, které považují za společenskou událost, při které se setkává rodina, proto nechtějí jíst sami a rodina chce pacientovi nosit domácí stravu. Rodina je pro muslima velmi důležitá. Podle Koránu je zakázáno jíst vepřové maso a výrobky z něj, pokrmy připravované na sádle a alkoholu. Maso by obecně mělo být ze zvířat poražených speciálním způsobem (poražené zvíře se nechá vykrvácet). Jíst a pít člověk může jen tehdy, pokud má opravdovou potřebu najíst se a napít. Konzumace pro chuť se vylučuje, stejně jako požívání omamných látek, které ničí zdraví. Zde je nutné upozornit, že mezi tyto látky patří i léky tlumící bolest a samozřejmě opiáty (MASTILIAKOVÁ a kol., 2007).

Na záchranu života může lékař použít jakýkoliv prostředek, není zakázána ani transfuze. Velkým problémem při setkání s muslimem je komunikační bariéra. Často nerozumí zdravotnickým termínům, ale jejich hrdost jim nedovoluje se zeptat. Určitá témata komunikace jsou pro muslimy tabu, zejména rodinné a intimní problémy, vyprazdňování, výtoky, zvracení, dále těhotenství, rodinný stav a počet dětí. Nastává tak velký problém, neboť tyto informace patří mezi zásadní. Vizuální kontakt bychom měli co nejvíce omezit, delší pohled do očí je náznakem výzvy k souboji. Při komunikaci s muslimem bychom měli mít oči sklopené.

Podání ruky je možné pouze u osob stejného pohlaví, muž nepodá ruku lékařce. Stejně tak je nemyslitelné, aby muže vyšetřovala žena, lékařka a ženu muž, lékař. Pitva je zakázaná, protože muslimové věří ve znovuvzkříšení a tak musí tělo zůstat neporušené. Reakce příbuzných na smrt blízkého člověka je velmi emoční (KUTNOHORSKÁ, 2013).



Obrázek 11 Korán

Zdroj: autor, 2014

7.4 HINDUISMUS

Hinduismus je nejstarším aktivním náboženstvím. Je polyteistické, kde je mnoho bohů odrazem nejvyššího ducha Bráhma. Základem je víra v nekonečný cyklus narození, života, smrti a opětovného narození (reinkarnaci). Hinduistou se člověk musí narodit. Obřady se vztahují k duchu Bráhma. Nejsou určeny speciální místnosti k modlení, v pokoji musí být oltář, na kterém je podobizna bohů, olejová lampička, vonné tyčinky, květiny a jiné podobné předměty. Hinduisté vychovávají své děti k pěti každodenním povinnostem – provádět jógu nebo meditaci, jevit úctu k rodině a bohu, chovat úctu ke starším a předkům, být pohostinní. Z důležitých svátků můžeme jmenovat např. Rakša bandan (Svátek Ochranné šňůrky) a Diwali (Svátek Světla) (RE MANNING et al., 2012).

7.5 BUDDHISMUS

Zakladatelem buddhismu je Siddhárth Gautama Buddha. Ten ustanovil pro všechny své stoupence pět základních pravidel, pro mnichy pak další pravidla, která se počtem i zněním v jednotlivých školách liší. Tato pravidla zahrnují – nezabíjet, nekrást, zdržet se nesprávného sexuálního chování, nelhat, zdržet se zneužívání omamných prostředků. Víra v životní cyklus je stejná jako u hinduistů, ale zároveň věří, že se lze vymanit ze zrodů a dosáhnout tzv. nirvány. Buddhisté nepovažují svou víru za náboženství, ale spíše za filosofii. Svátky připadají vždy na úplňk. Každý týden má svůj sváteční den. Cestu, která vede k osvobození, Buddha formuloval v tzv. ušlechtilé osmidílné stezce a ta obsahuje tyto způsoby chování – pravé pochopení, pravé myšlení, pravou řeč, pravé jednání, pravý život, pravé úsilí, pravou bdělost a pravé soustředění. Později se buddhistické učení začalo dělit na Hínajánu, Mahájánu a Vadžrajánu. Původní školy ale dělení neznají (THURMAN, 2008).



Obrázek 12 Ganesha

Zdroj: autor, 2014



Obrázek 13 Buddha

Zdroj: autor, 2014

8 POPIS PRŮZKUMU

Téma: Povědomí sester o multikulturálním ošetřovatelství

PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Zjistit rozsah povědomí sester v oblasti multikulturálního ošetřovatelství, a to v závislosti na dosaženém stupni vzdělání, zmapování zkušeností s ošetřováním multikulturálních pacientů a odhalení největší bariéry při realizaci péče.

PRŮZKUMNÉ CÍLE

Cíl 1 Zjistit, zda mají sestry zkušenost s ošetřováním multikulturálních pacientů.

Cíl 2 Zjistit, do jaké míry jsou sestry informované v oblasti multikulturálního ošetřovatelství.

Cíl 3 Zjistit, zda má stupeň vzdělání vliv na míru informovanosti v oblasti multikulturálního ošetřovatelství.

Cíl 4 Zjistit, co považují sestry za největší problém při poskytování péče v rámci multikulturálního ošetřovatelství.

Cíl 5 Zjistit, zda mají sestry snahu pečovat o multikulturální pacienty dle zásad multikulturálního ošetřovatelství.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkumná otázka 1 Mají sestry zkušenost s ošetřováním multikulturálních pacientů?

Průzkumná otázka 2 Do jaké míry jsou sestry informované o problematice multikulturálního ošetřovatelství?

Průzkumná otázka 3 Má stupeň vzdělání vliv na míru informovanosti v této oblasti?

Průzkumná otázka 4 Co považují sestry za největší bariéru při realizaci péče v rámci multikulturního ošetřovatelství?

Průzkumná otázka 5 Mají sestry snahu pečovat o multikulturní pacienty dle zásad multikulturního ošetřovatelství?

METODIKA PRŮZKUMU

K získání potřebných dat jsme zvolili kvantitativní metodu průzkumu. Vytvořili jsme vlastní nestandardizovaný dotazník, který obsahuje 16 položek.

Dotazník byl zcela anonymní a čítal celkem 16 otázek. Většina otázek je uzavřených, jsou to otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. Dále několik polouzavřených otázek, jsou to otázky č. 6 a 7. A v neposlední řadě jednu otázku otevřenou, otázku č. 16. Dotazník byl distribuován elektronicky, pomocí Google Forms.

Průzkumnou otázku 1 ověřujeme pomocí dotazníkové položky č. 2.

Průzkumnou otázku 2 ověřujeme pomocí dotazníkových položek č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

Průzkumnou otázku 3 ověřujeme pomocí dotazníkových položek č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 po předcházející selekci vyplývající z dotazníkové položky č. 1.

Průzkumnou otázku 4 ověřujeme pomocí dotazníkové položky č. 7 a č. 16.

Průzkumnou otázku 5 ověřujeme pomocí dotazníkové položky č. 6.

ČASOVÝ HRAMONOGRAM

- 1) Přípravná fáze (listopad – prosinec 2014) – výběr tématu, sběr literatury, stanovení osnovy a cílů, vytyčení průzkumných cílů a otázek.
- 2) Realizace (prosinec 2014 – leden 2015) – tvorba dotazníku, distribuce dotazníku, sledování průběhu průzkumu.

- 3) Závěrečná fáze (leden – březen 2015) – analýza získaných dat, interpretace výsledků a zhodnocení průzkumu, vyvození závěrů a doporučení pro praxi.

PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Výběr průzkumného souboru byl cílený, tvořily ho sestry různé specializace. Ty jsme oslovili prostřednictvím internetových stránek a skupin, určených nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Předpokládaný průzkumný soubor byl stanoven na 100 respondentů, tohoto počtu jsme dosáhli.

8.1 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Položka 1 - Uveďte prosím, stupeň nejvyššího dokončeného vzdělání

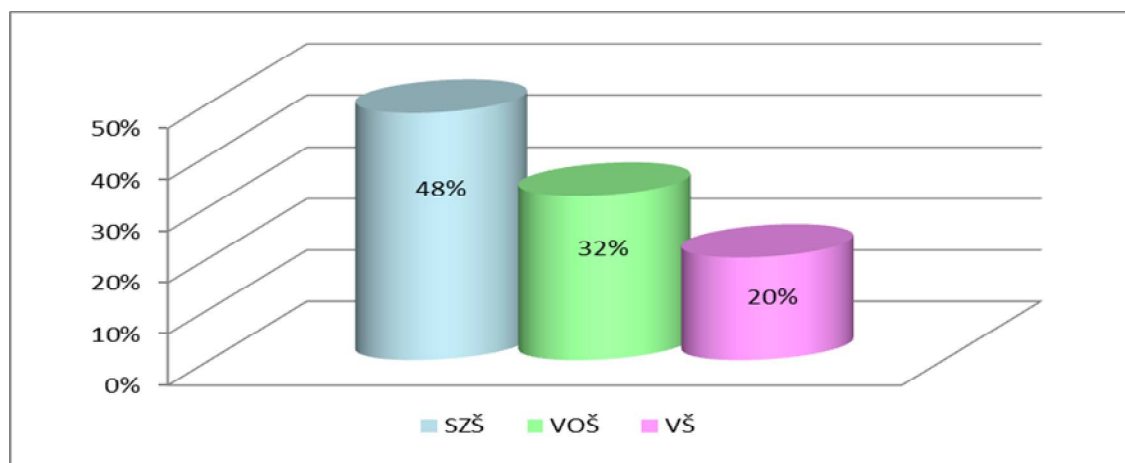
- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ

Tabulka 1 Stupeň vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) SZŠ	48	48 %
b) VOŠ	32	32 %
c) VŠ	20	20 %
Celkem	100	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 1 Stupeň vzdělání



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu 100, bylo nejvíce respondentů se středoškolským vzděláním, v počtu 48 (48 %), naopak nejméně s vysokoškolským vzděláním, v počtu 20 (20 %). Sester s vyšším odborným vzděláním bylo 32 (32 %). Tento výsledek nám umožní relevantně porovnat znalosti vzhledem ke stupni vzdělání, kde jednou skupinou jsou středoškolsky vzdělaní respondenti (48 %) a druhou skupinou jsou respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním (52 %).

Položka 2 - Máte zkušenosti s ošetřováním pacienta jiné národnosti, kultury či vyznání?

a) ano

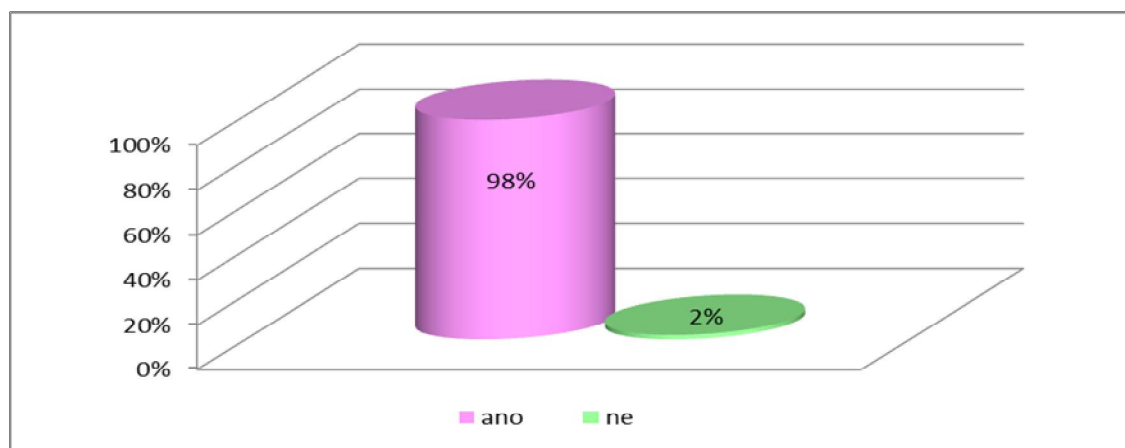
b) ne

Tabulka 2 Zkušenost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano	98	98 %
b) ne	2	2 %
Celkem	100	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 2 Zkušenost



Zdroj: autor, 2015

Většina dotazovaných respondentů má zkušenost s ošetřováním multikulturního pacienta a to ve velkém počtu 98 (98 %), pouze 2 respondenti tuto zkušenost nemají (2 %).

Položka 3 - Pojem multikulturalismus můžeme také vyjádřit jako

a) přítomnost mnoha etnik na relativně malém území

b) hledání a chápání principů koexistence socioetnických skupin

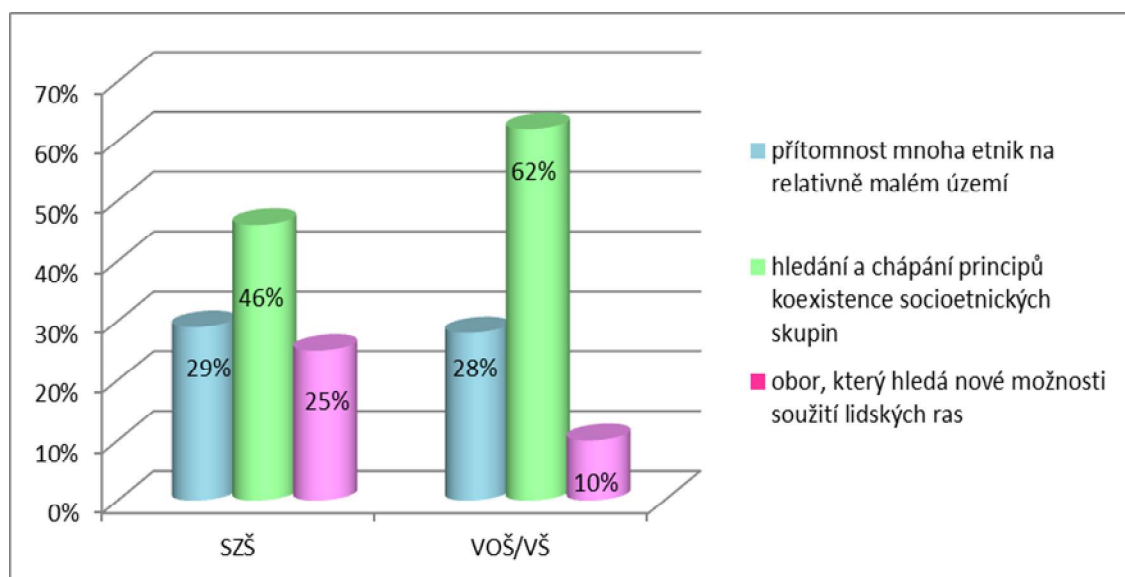
c) obor, který hledá nové možnosti soužití lidských ras

Tabulka 3a Pojem multikulturalismus

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) přítomnost mnoha etnik na relativně malém území	14	15	29 %	28 %
b) hledání a chápání principů koexistence socioetnických skupin	22	32	46 %	62 %
c) obor, který hledá nové možnosti soužití lidských ras	12	5	25 %	10 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 3a Pojem multikulturalismus



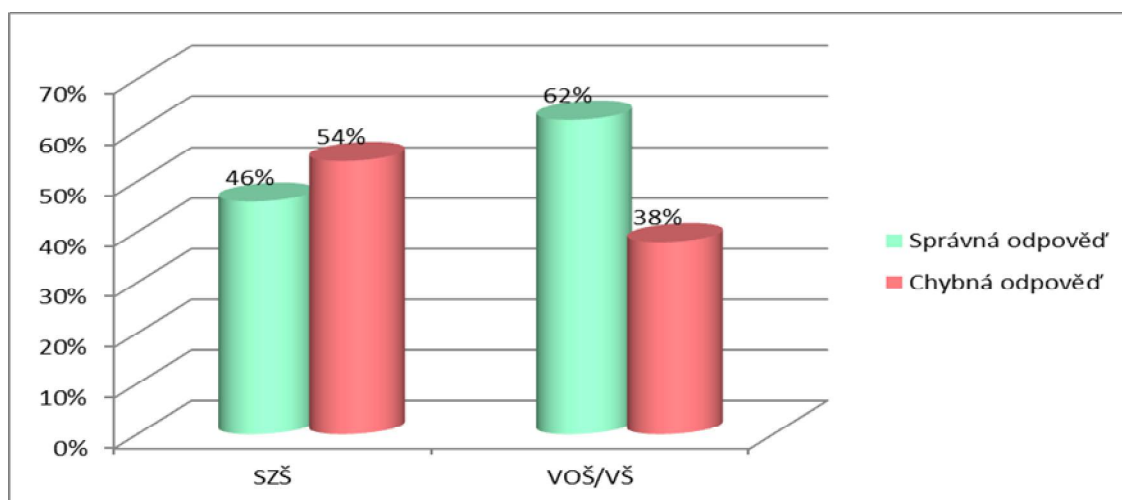
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 3b Sumarizace dotazníkové položky 3

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	22	32	46 %	62 %
Chybná odpověď	26	20	54 %	38 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 3b Sumarizace dotazníkové položky 3



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 22 dotazovaných (46 %), u skupiny VŠ/VOŠ 32 dotazovaných (62 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 26 dotazovaných (54 %), ve skupině VOŠ/VŠ 20 dotazovaných (38 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ dosáhla lepších výsledků. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 54 %.

Položka 4 - Liší se ve své podstatě pojem multikulturalismus a transkulturalismus?

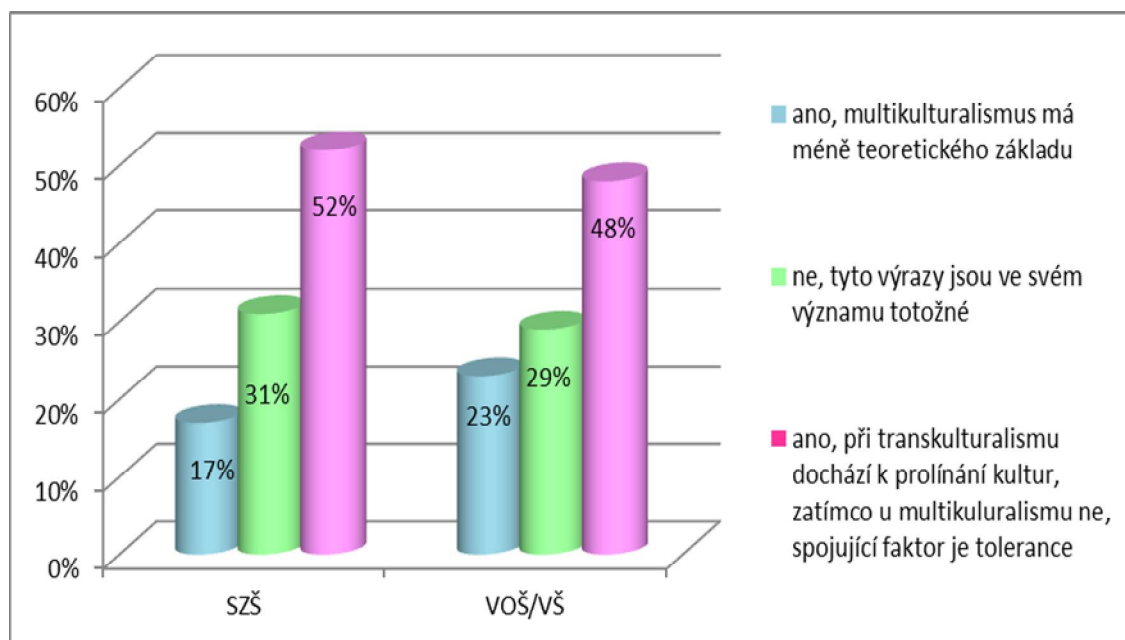
- a) ano, multikulturalismus má méně teoretického základu
- b) ne, tyto výrazy jsou ve svém významu totožné
- c) **ano, v transkulturalismu dochází k prolínání kultur, zatímco v multikulturalismu ne, spojující faktor je tolerance**

Tabulka 4a Multikultura a transkultura

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) ano, multikulturalismus má méně teoretického základu	8	12	17 %	23 %
b) ne, tyto výrazy jsou ve svém významu totožné	15	15	31 %	29 %
c) ano, v transkulturalismu dochází k prolínání kultur, zatímco v multikulturalismu ne, spojující faktor je tolerance	25	25	52 %	48 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 4a Multikultura a transkultura



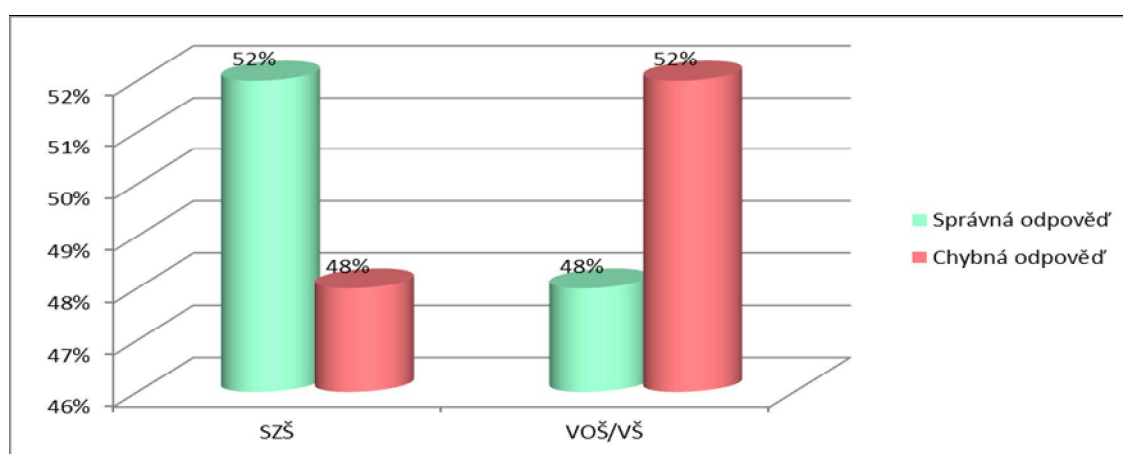
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 4b Sumarizace dotazníkové položky 4

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	25	25	52 %	48 %
Chybná odpověď	23	27	48 %	52 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 4b Sumarizace dotazníkové položky 4



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 25 dotazovaných (52 %), u skupiny VŠ/VOŠ 25 dotazovaných (48 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 23 dotazovaných (48 %), ve skupině VOŠ/VŠ 27 dotazovaných (52 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina SZŠ dosáhla lepších výsledků. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 50 %.

Položka 5 - Mezi základní světová náboženství patří

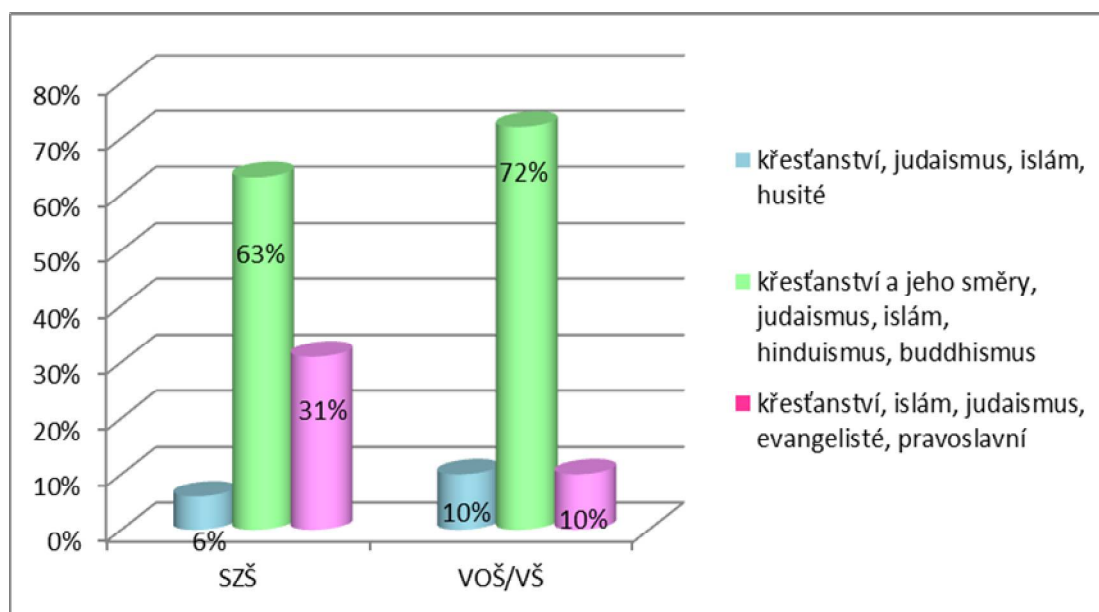
- a) křesťanství, judaismus, islám, husité
- b) křesťanství a jeho směry, judaismus, islám, hinduismus, buddhismus**
- c) křesťanství, islám, judaismus, evangelisté, pravoslavní

Tabulka 5a Základní světová náboženství

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) křesťanství, judaismus, islám, husité	3	6	6 %	10 %
b) křesťanství a jeho směry, judaismus, islám, hinduismus, buddhismus	30	38	63 %	72 %
c) křesťanství, islám, judaismus, evangelisté, pravoslavní	15	10	31 %	18 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 5a Základní světová náboženství



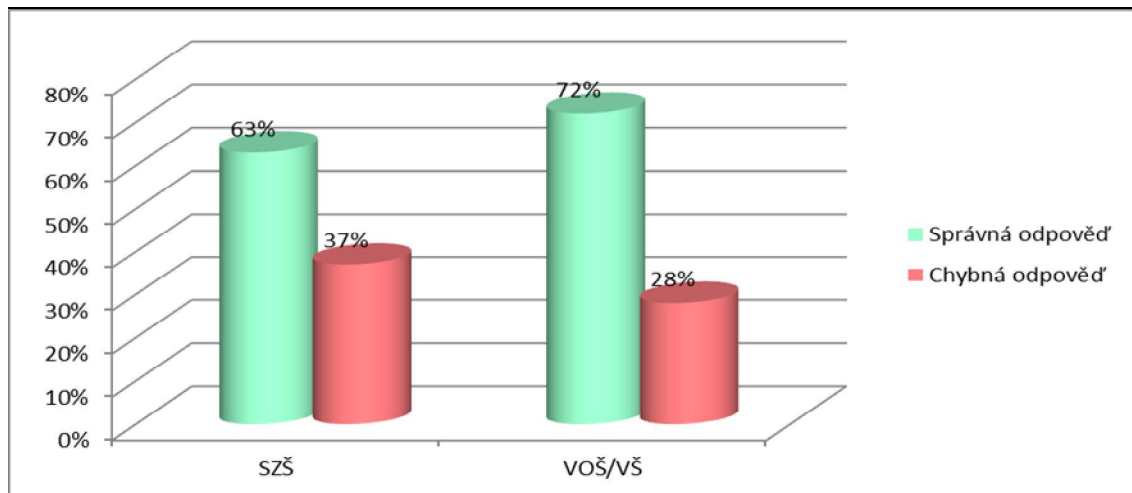
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 5b Sumarizace dotazníkové položky 5

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	30	38	63 %	72 %
Chybná odpověď	18	16	37 %	28 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 5b Sumarizace dotazníkové položky 5



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 30 dotazovaných (63 %), u skupiny VŠ/VOŠ 38 dotazovaných (72 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 18 dotazovaných (37 %), ve skupině VOŠ/VŠ 16 dotazovaných (28 %). Můžeme tedy konstatovat úspěšnost obou skupin, avšak skupina VOŠ/VŠ byla úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 68 %.

Položka 6 - Nyní si představte, že na oddělení přijímáte ženu muslimského vyznání. Byli byste schopni dostatečně uspokojit potřeby pacientky?

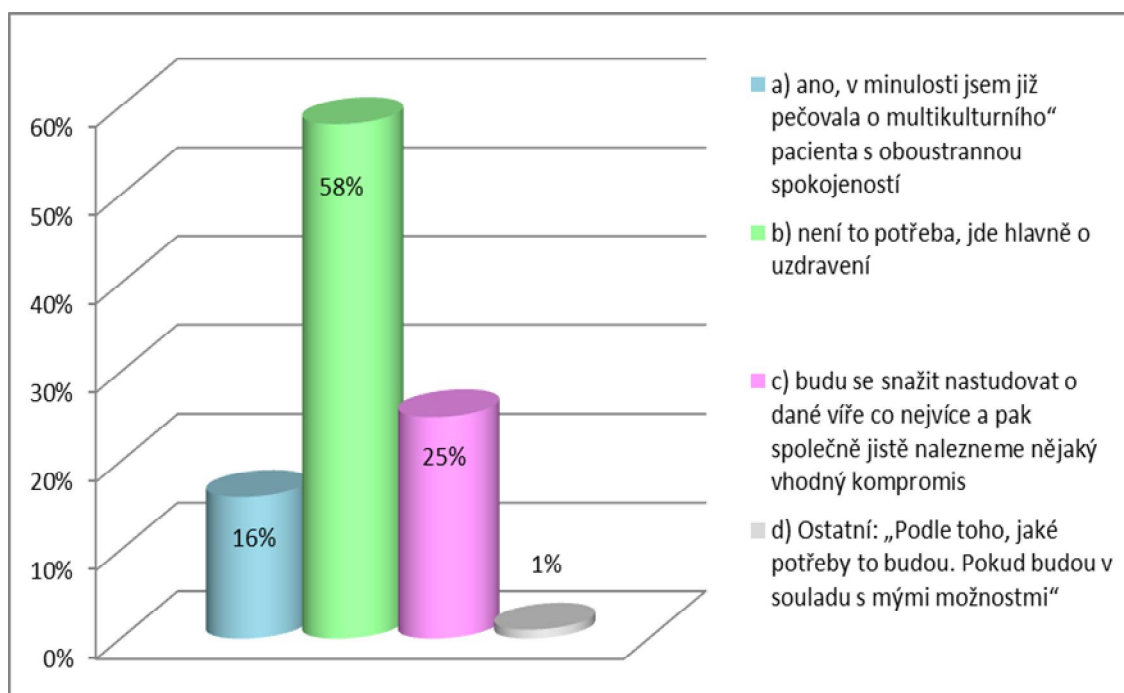
- a) ano, v minulosti jsem již pečovala o multikulturního“ pacienta s oboustrannou spokojeností
- b) není to potřeba, jde hlavně o uzdravení
- c) budu se snažit nastudovat o dané víře co nejvíce a pak společně jistě nalezneme nějaký vhodný kompromis
- d) Ostatní: „Podle toho, jaké potřeby to budou. Pokud budou v souladu s mými možnostmi“

Tabulka 6 Pacientka - muslimka

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) ano, v minulosti jsem již pečovala o „multikulturního“ pacienta s oboustrannou spokojeností	16	16 %
b) není to potřeba, jde hlavně o uzdravení	58	58 %
c) budu se snažit nastudovat o dané víře co nejvíce a pak společně jistě nalezneme nějaký vhodný kompromis	25	25 %
d) Ostatní: „Podle toho, jaké potřeby to budou. Pokud budou v souladu s mými možnostmi“	1	1 %
Celkem	100	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 6 Pacientka - muslimka



Zdroj: autor, 2015

Většina dotazovaných, přesně 58 (58 %) respondentů se domnívá, že není nutné dostatečně saturovat potřeby muslimské pacientky, protože důležitou složkou je pouze fyzické uzdravení. Celkem 25 (25 %) respondentů je nakloněno saturaci potřeb muslimské pacientky prostřednictvím multikulturního ošetřovatelství (nastudování informací, hledání společného řešení). Někteří respondenti, 16 (16 %), již zaznamenali

pozitivní výsledky péče při ošetřování „multikulturních“ pacientů. Jeden respondent se vyjádřil, že by záleželo na druhu potřeb v závislosti na vlastních možnostech (1 %).

Položka 7 - Co považujete za největší bariéru při ošetřování multikulturních pacientů?

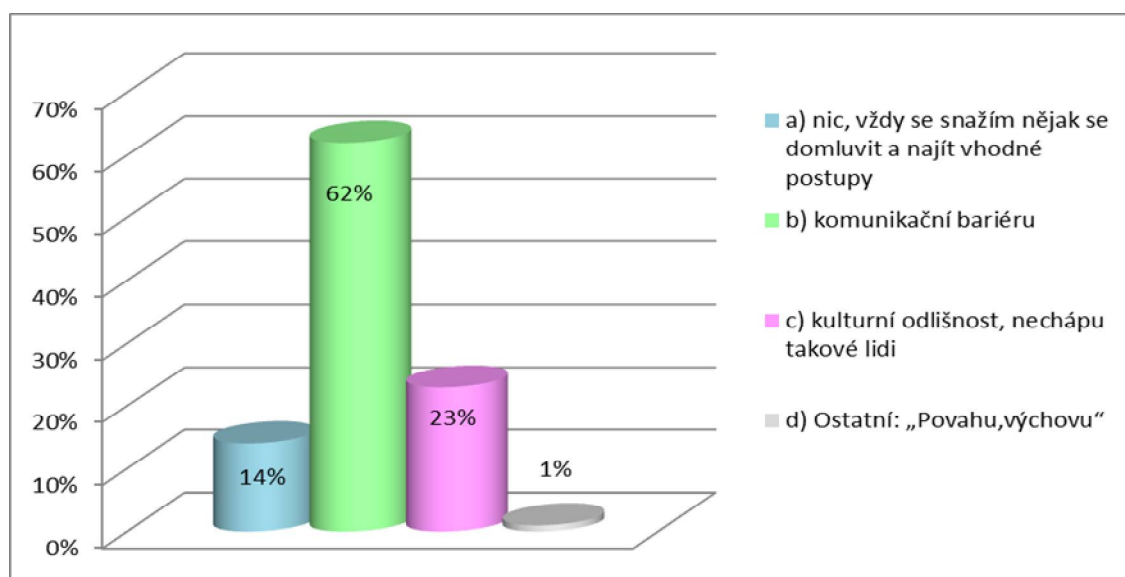
- a) nic, vždy se snažím nějak se domluvit a najít vhodné postupy
- b) komunikační bariéru
- c) kulturní odlišnost, nechápu takové lidi
- d) Ostatní: „Povahu, výchovu“

Tabulka 7 Bariéry v multikultuře

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) nic, vždy se snažím nějak se domluvit a najít vhodné postupy	14	14 %
b) komunikační bariéru	62	62 %
c) kulturní odlišnost, nechápu takové lidi	23	23 %
d) Ostatní: „Povahu, výchovu“	1	1 %
Celkem	100	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 7 Bariéry v multikultuře



Zdroj: autor, 2015

Za největší bariéru multikulturního ošetřovatelství pokládá 62 (62 %) respondentů komunikaci. Pro dalších 23 (23 %) respondentů je častým problémem vlastní nepochopení dané kultury. Pouze 14 (14 %) respondentů neshledává problém žádný. Jedna respondentka uvedla nepochopení v oblasti výchovy a povahové rysy (1 %).

Položka 8 - Pacientovi vietnamské národnosti vysvětlíte, že musí podstoupit nějaké vyšetření. Na otázku zda rozuměl, se na Vás pouze usmívá, co tím naznačuje?

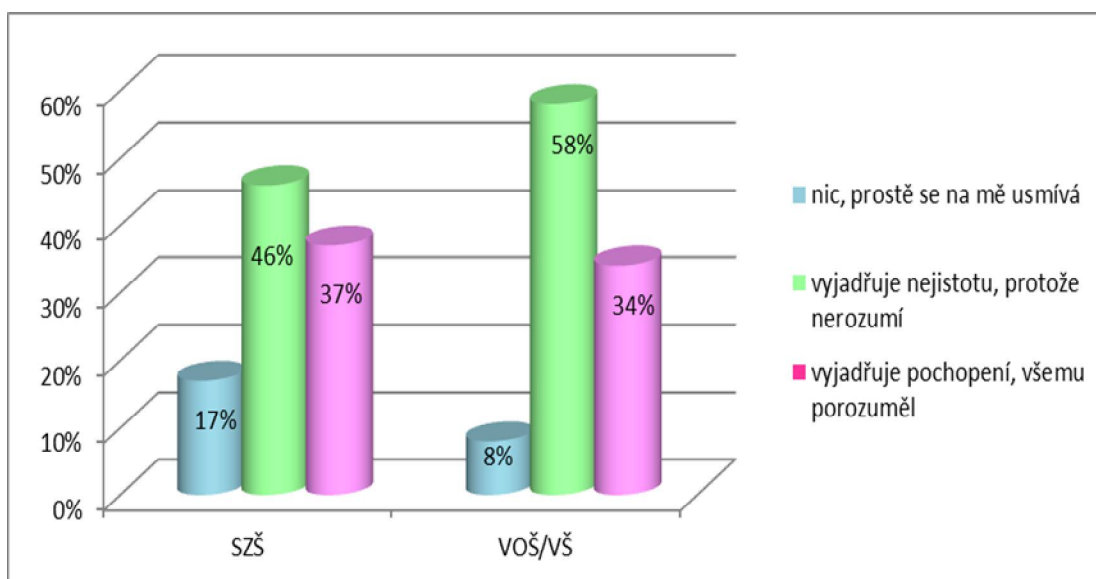
- a) nic, prostě se na mě usmívá
- b) vyjadřuje nejistotu, protože nerozumí**
- c) vyjadřuje pochopení, všemu porozuměl

Tabulka 8a Pacient - Vietnamec

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) nic, prostě se na mě usmívá	8	4	17 %	8 %
b) vyjadřuje nejistotu, protože nerozumí	22	30	46 %	58 %
c) vyjadřuje pochopení, všemu porozuměl	18	18	37 %	34 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 8a Pacient - Vietnamec



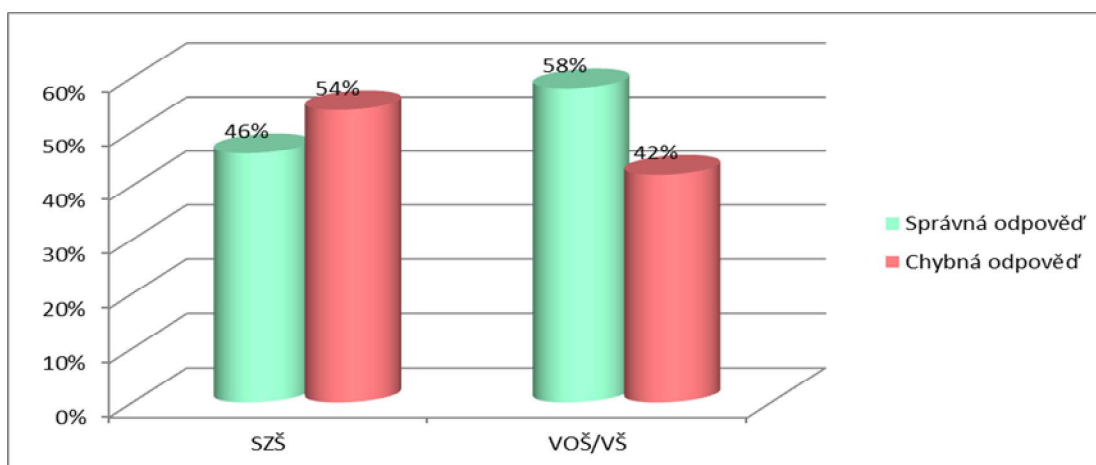
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 8b Sumarizace dotazníkové položky 8

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	22	30	46 %	58 %
Chybná odpověď	26	22	54 %	42 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 8b Sumarizace dotazníkové položky 8



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 22 dotazovaných (46 %), u skupiny VŠ/VOŠ 30 dotazovaných (58 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 26 dotazovaných (46 %), ve skupině VOŠ/VŠ 22 dotazovaných (42 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ byla úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 52 %.

Položka 9 - Přímému pohledu do očí bychom se měli vyvarovat u pacienta, které národnosti?

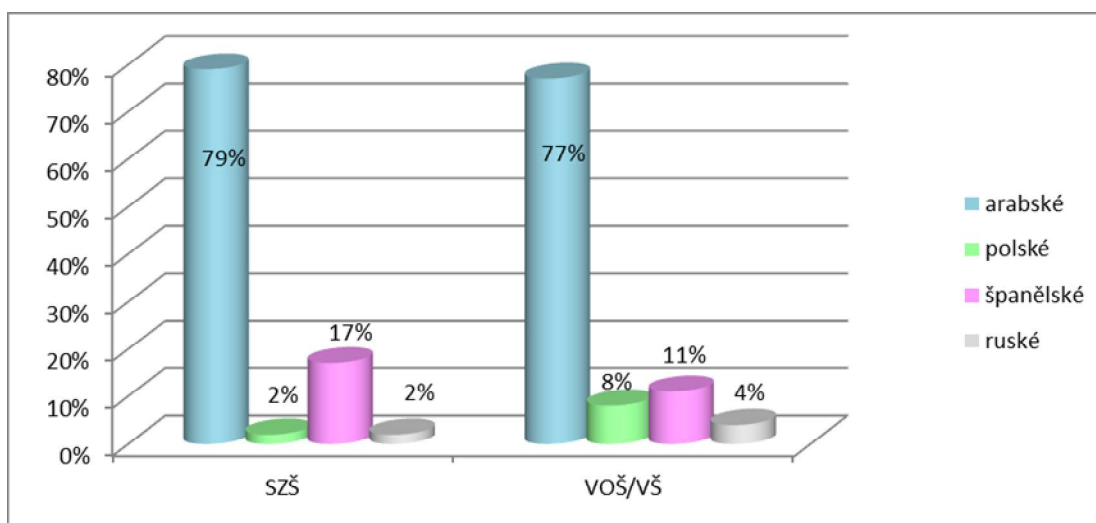
- a) arabské
- b) polské
- c) španělské
- d) ruské

Tabulka 9a Oční kontakt v multikultuře

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) arabské	38	40	79 %	77 %
b) polské	1	4	2 %	8 %
c) španělské	8	6	17 %	11 %
d) ruské	1	2	2 %	4 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 9a Oční kontakt v multikultuře



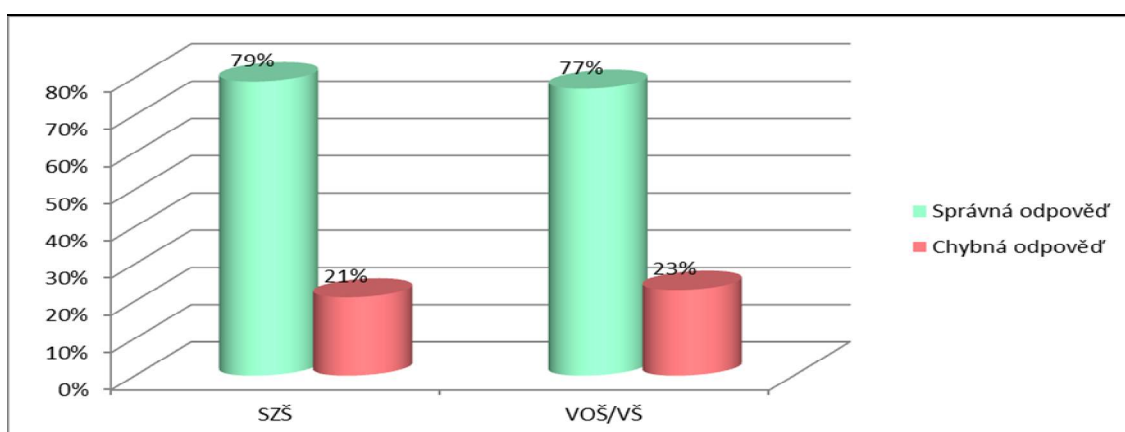
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 9b Sumarizace dotazníkové položky 9

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	38	40	79 %	77 %
Chybná odpověď	10	12	21 %	23 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 9b Sumarizace dotazníkové položky 9



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 38 dotazovaných (79 %), u skupiny VŠ/VOŠ 40 dotazovaných (77 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 10 dotazovaných (21 %), ve skupině VOŠ/VŠ 12 dotazovaných (23 %). Můžeme tedy konstatovat úspěšnost obou skupin, avšak skupina SZŠ byla úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 78 %.

Položka 10 - Z jakého důvodu bychom mu neměli hledět do očí?

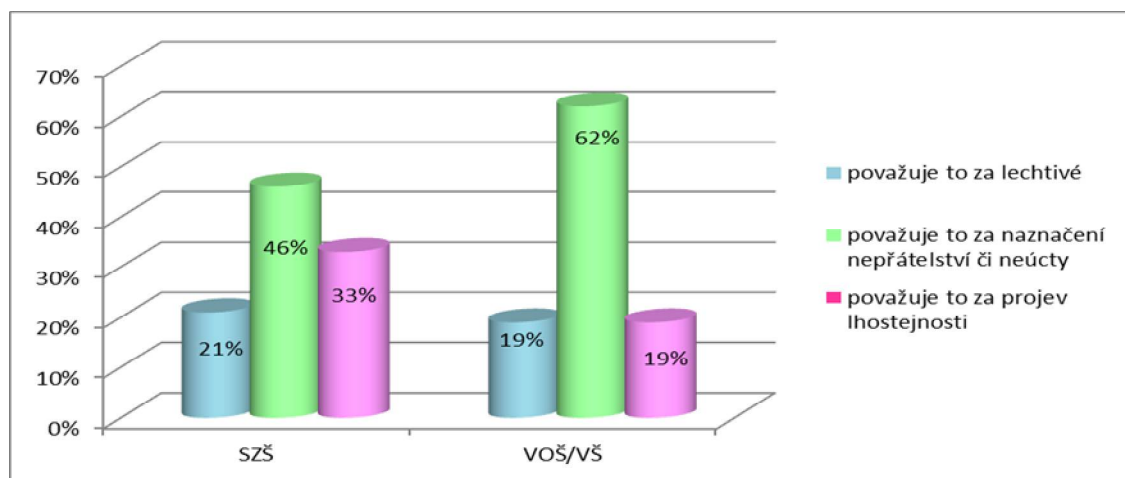
- a) považuje to za lechtivé
- b) považuje to za naznačení nepřátelství či neúcty**
- c) považuje to za projev lhostejnosti

Tabulka 10a Význam očního kontaktu

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) považuje to za lechtivé	10	10	21 %	19 %
b) považuje to za naznačení nepřátelství či neúcty	22	32	46 %	62 %
c) považuje to za projev lhostejnosti	16	10	33 %	19 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 10a Význam očního kontaktu



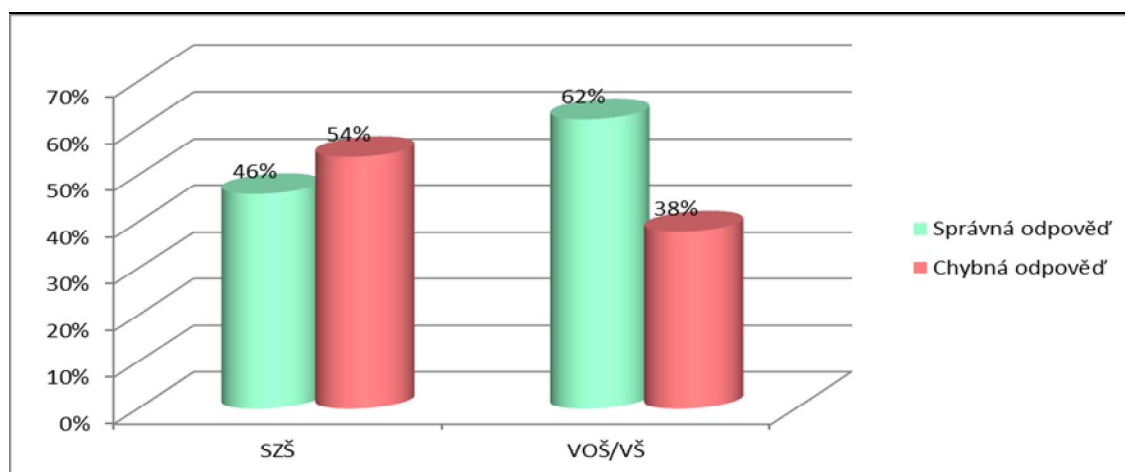
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 10b Sumarizace dotazníkové položky 10

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	22	32	46 %	62 %
Chybná odpověď	26	20	54 %	38 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 10b Sumarizace dotazníkové položky 10



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 22 dotazovaných (46 %), u skupiny VŠ/VOŠ 32 dotazovaných (62 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 26 dotazovaných (54 %), ve skupině VOŠ/VŠ 20 dotazovaných (38 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ byla úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 54 %.

Položka 11 - Které pacienty musíte několikrát důrazně upozornit, kdy se mají dostavit na prohlídku? (nedodržují časové zákonitosti, např. nepřijdou přesně 26. 1., ale někdy kolem data 26. 1.).

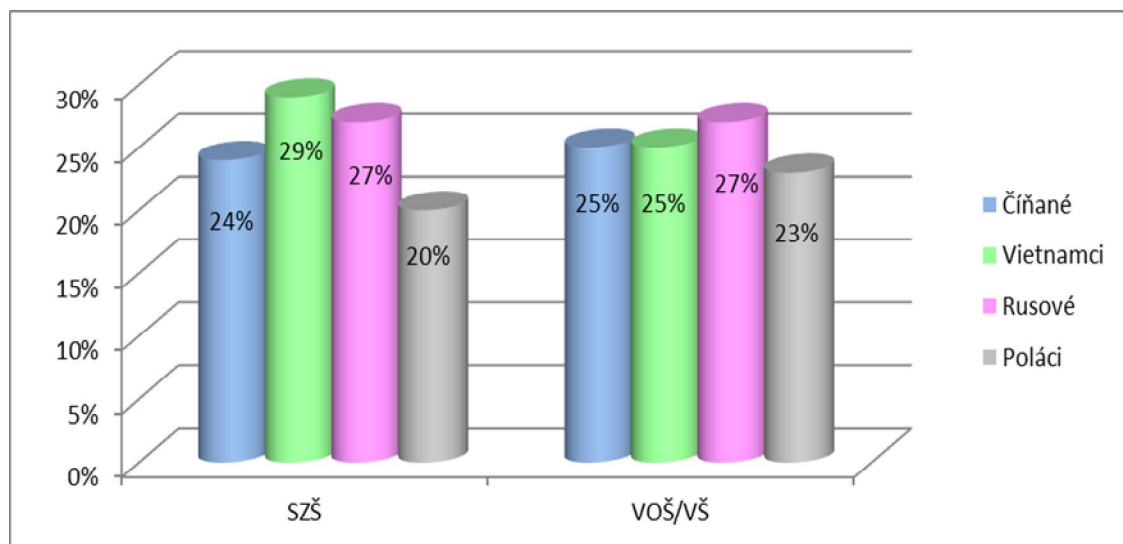
- a) Číňané
- b) Vietnamci
- c) Rusové**
- d) Poláci

Tabulka 11a Edukace o termínu prohlídky

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) Číňané	11	13	24 %	25 %
b) Vietnamci	14	13	29 %	25 %
c) Rusové	13	14	27 %	27 %
d) Poláci	10	12	20 %	23 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 11a Edukace o termínu prohlídky



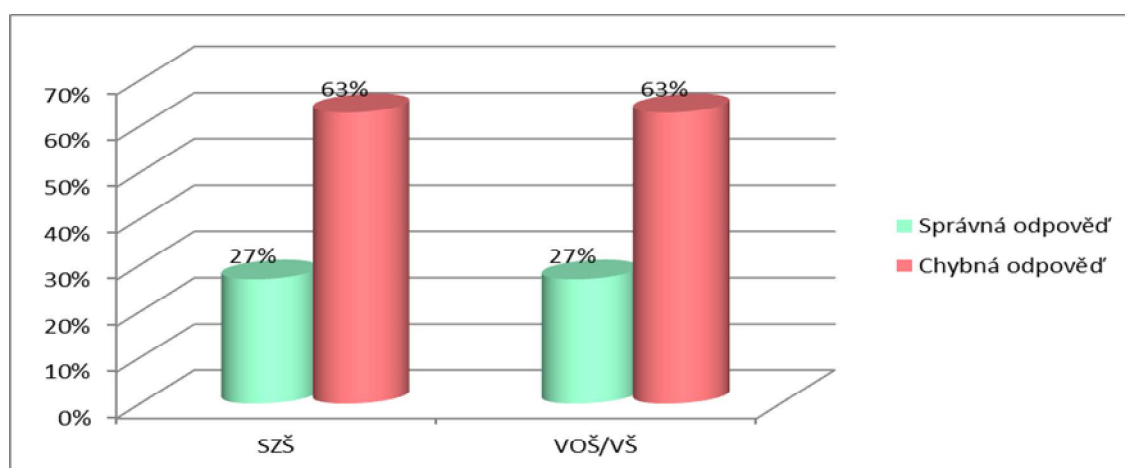
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 11b Sumarizace dotazníkové položky 11

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	13	14	27 %	27 %
Chybná odpověď	35	38	63 %	63 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 11b Sumarizace dotazníkové položky 11



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 13 dotazovaných (27 %), u skupiny VŠ/VOŠ 14 dotazovaných (27 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 35 dotazovaných (63 %), ve skupině VOŠ/VŠ 38 dotazovaných (63 %). Můžeme tedy konstatovat, že u obou skupin došlo ke shodě, kde nebyla úspěšná ani jedna skupina. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 27 %.

Položka 12 - Kdo je autorkou jednoho z modelů, který se používá při poskytování péče multikulturním pacientům?

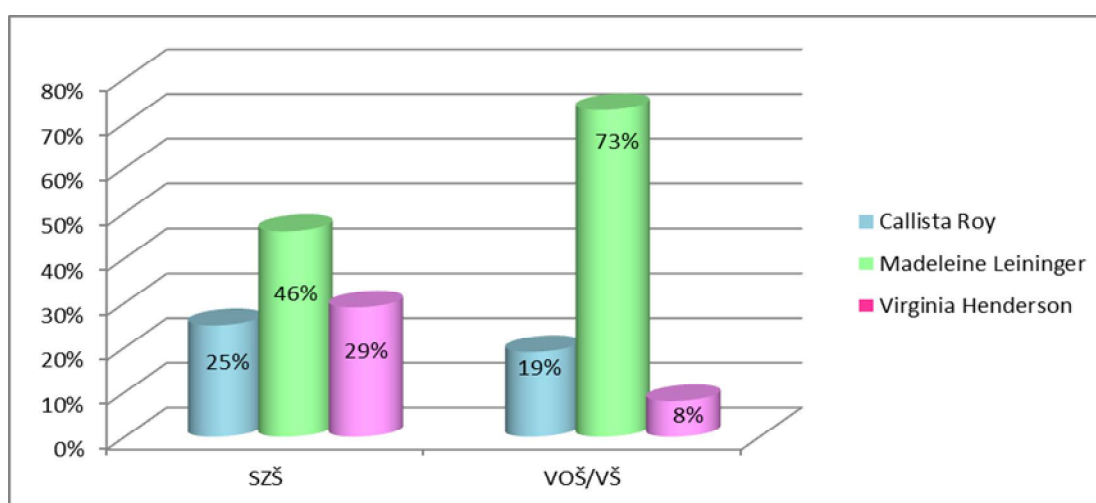
- a) Callista Roy
- b) Madeleine Leininger**
- c) Virginia Henderson

Tabulka 12a Autor ošetrovateľského modelu

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) Callista Roy	12	10	25 %	19 %
b) Madeleine Leininger	22	38	46 %	73 %
c) Virginia Henderson	14	4	29 %	8 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 12a Autor ošetrovateľského modelu



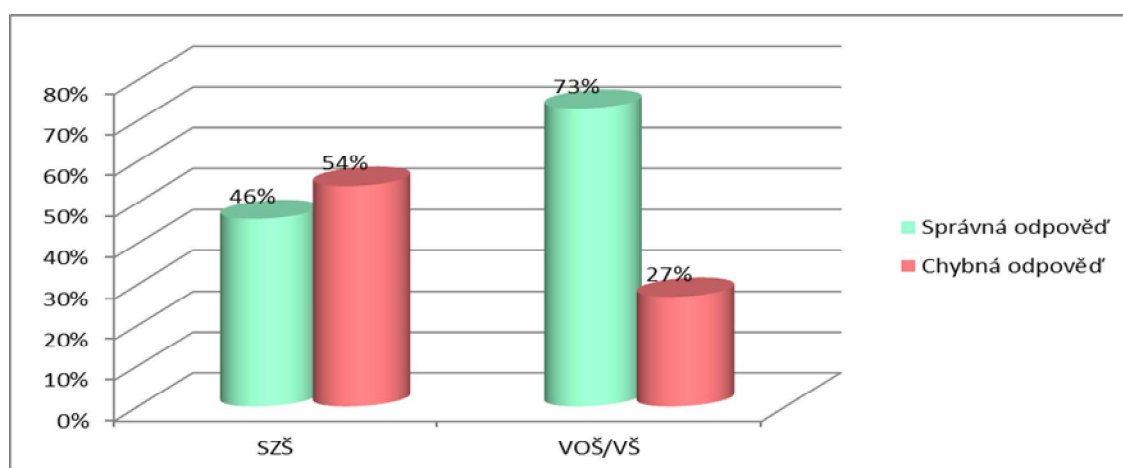
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 12b Sumarizace dotazníkové položky 12

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	22	38	46 %	73 %
Chybná odpověď	26	14	54 %	27 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 12b Sumarizace dotazníkové položky 12



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 22 dotazovaných (46 %), u skupiny VŠ/VOŠ 38 dotazovaných (73 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 26 dotazovaných (46 %), ve skupině VOŠ/VŠ 14 dotazovaných (27 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ byla úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 60 %.

Položka 13 - Jak se tento model jmenuje?

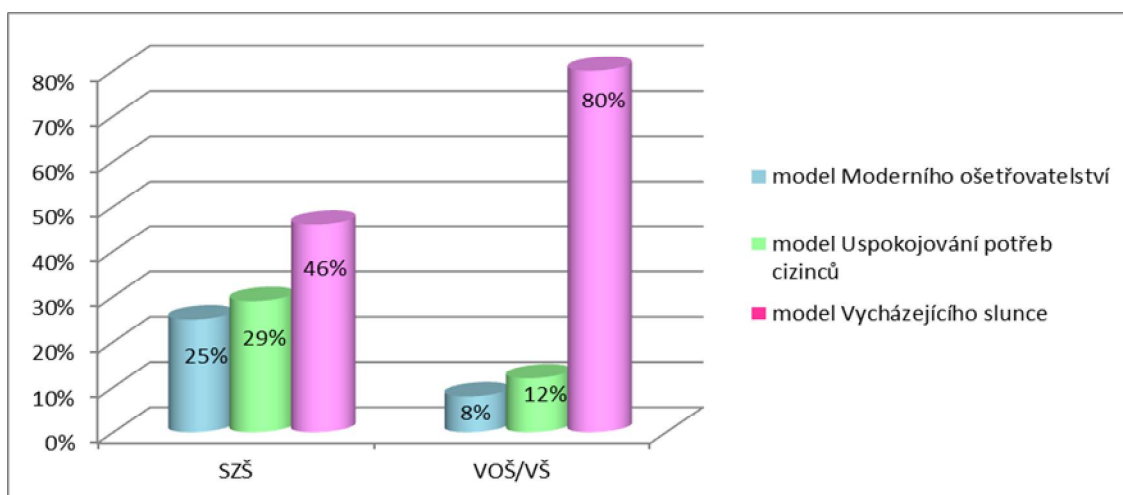
- a) model Moderního ošetřovatelství
- b) model Uspokojování potřeb cizinců
- c) model Vycházejícího slunce**

Tabulka 13a Název ošetřovatelského modelu

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) model Moderního ošetřovatelství	12	4	25 %	8 %
b) model Uspokojování potřeb cizinců	14	6	29 %	12 %
c) model Vycházejícího slunce	22	42	46 %	80 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 13a Název ošetrovatelského modelu



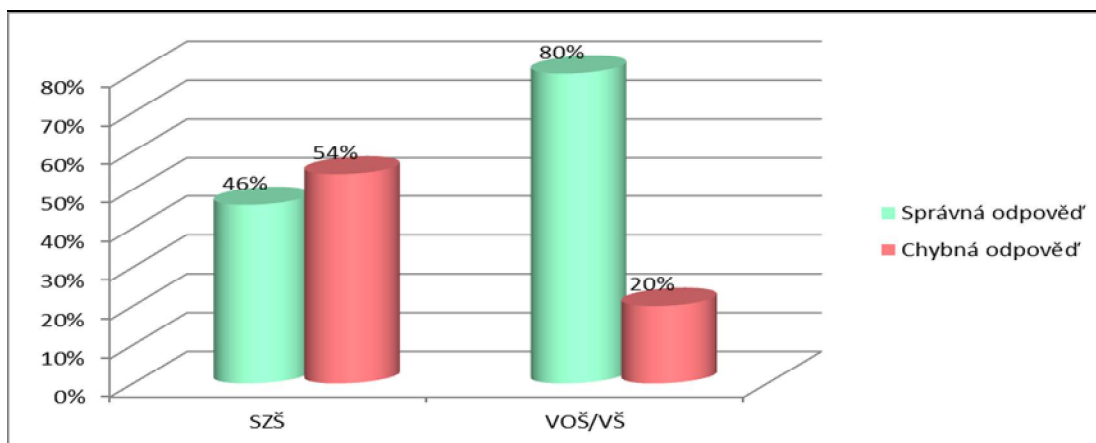
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 13b Sumarizace dotazníkové položky 13

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	22	42	46 %	80 %
Chybná odpověď	26	10	54 %	20 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 13b Sumarizace dotazníkové položky 13



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 22 dotazovaných (46 %), u skupiny VŠ/VOŠ 42 dotazovaných (80 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 26 dotazovaných (46 %), ve skupině VOŠ/VŠ 10 dotazovaných (20 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ byla výrazně úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 64 %.

Položka 14 - Co znamená pojem kulturní šok?

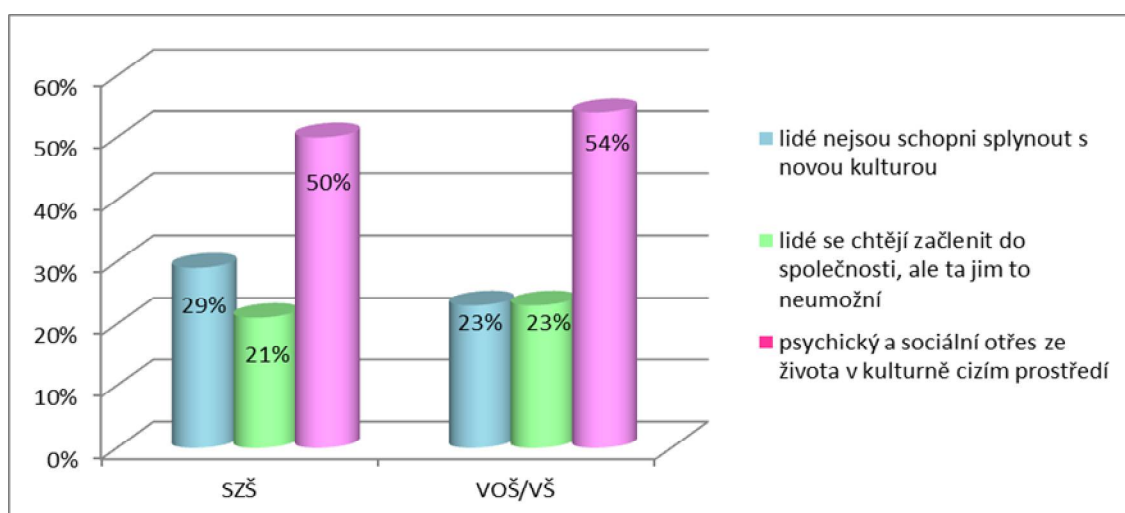
- a) lidé nejsou schopni splynout s novou kulturou
- b) lidé se chtějí začlenit do společnosti, ale ta jim to neumožní
- c) psychický a sociální otřes ze života v kulturně cizím prostředí**

Tabulka 14a Kulturní šok

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) lidé nejsou schopni splynout s novou kulturou	14	12	29 %	23 %
b) lidé se chtějí začlenit do společnosti, ale ta jim to neumožní	10	12	21 %	23 %
c) psychický a sociální otřes ze života v kulturně cizím prostředí	24	28	50 %	54 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 14a Kulturní šok



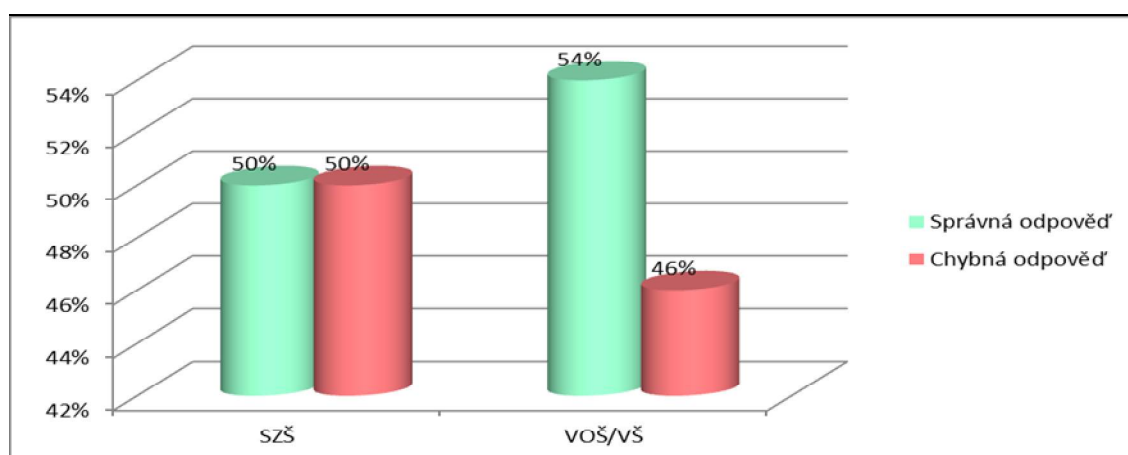
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 14b Sumarizace dotazníkové položky 14

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	24	28	50 %	54 %
Chybná odpověď	24	24	50 %	46 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 14b Sumarizace dotazníkové položky 14



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 24 dotazovaných (50 %), u skupiny VŠ/VOŠ 28 dotazovaných (54 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 24 dotazovaných (50 %), ve skupině VOŠ/VŠ 24 dotazovaných (46 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ byla o velmi málo úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 52 %.

Položka 15 - Romské slovo „gadžo“ vyjadřuje?

a) člena jiné národnosti než romské

b) člena stejné národnosti, tedy romské

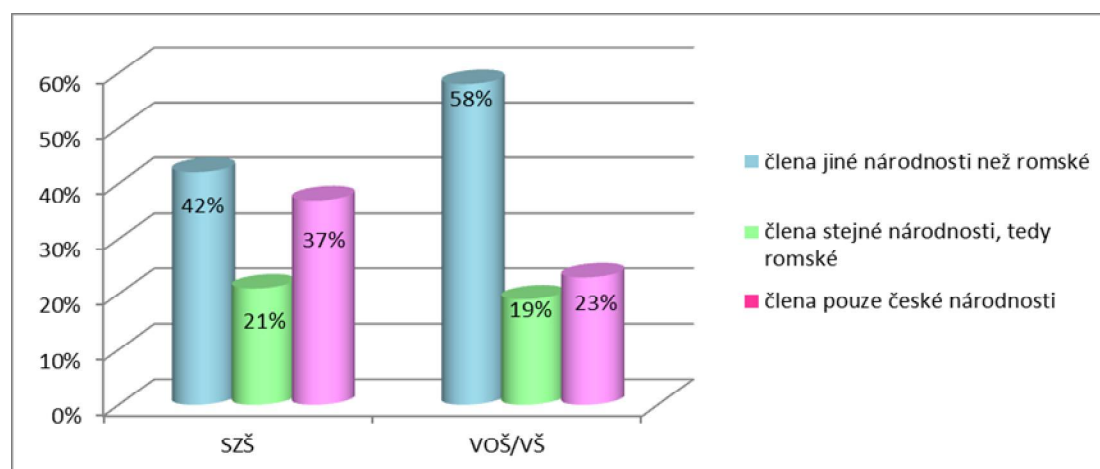
c) člena pouze české národnosti

Tabulka 15a Význam slova gadžo

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
a) člena jiné národnosti než romské	20	30	42 %	58 %
b) člena stejné národnosti, tedy romské	10	10	21 %	19 %
c) člena pouze české národnosti	18	12	37 %	23 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 15a Význam slova gadžo



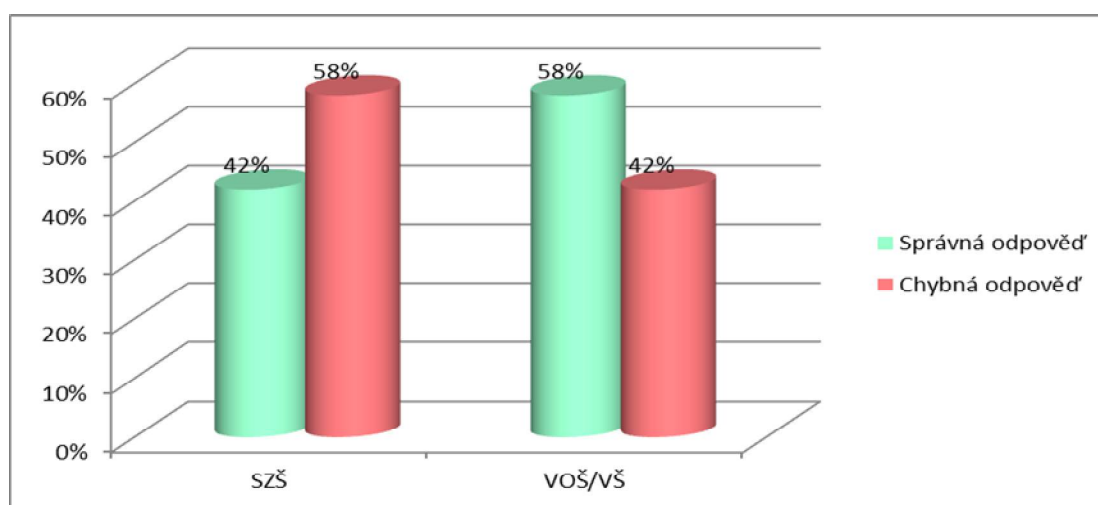
Zdroj: autor, 2015

Tabulka 15b Sumarizace dotazníkové položky 15

	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	SZŠ	VOŠ/VŠ	SZŠ	VOŠ/VŠ
Správná odpověď	20	30	42 %	58 %
Chybná odpověď	28	22	58 %	42 %
Celkem	48	52	100 %	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 15b Sumarizace dotazníkové položky 15



Zdroj: autor, 2015

Z celkového počtu respondentů skupiny SZŠ odpovědělo správně 20 dotazovaných (42 %), u skupiny VŠ/VOŠ 30 dotazovaných (58 %). Chybné odpovědi ve skupině SZŠ označilo celkem 28 dotazovaných (58 %), ve skupině VOŠ/VŠ 22 dotazovaných (42 %). Můžeme tedy konstatovat, že skupina VOŠ/VŠ byla úspěšnější. Celková správnost odpovědí, tedy sumarizace správných odpovědí obou skupin, činila 50 %.

Položka 16 - Zde prosím stručně vyjádřete svůj názor na problematiku multikulturního ošetrovatelství (sumarizace jednotlivých odpovědí)

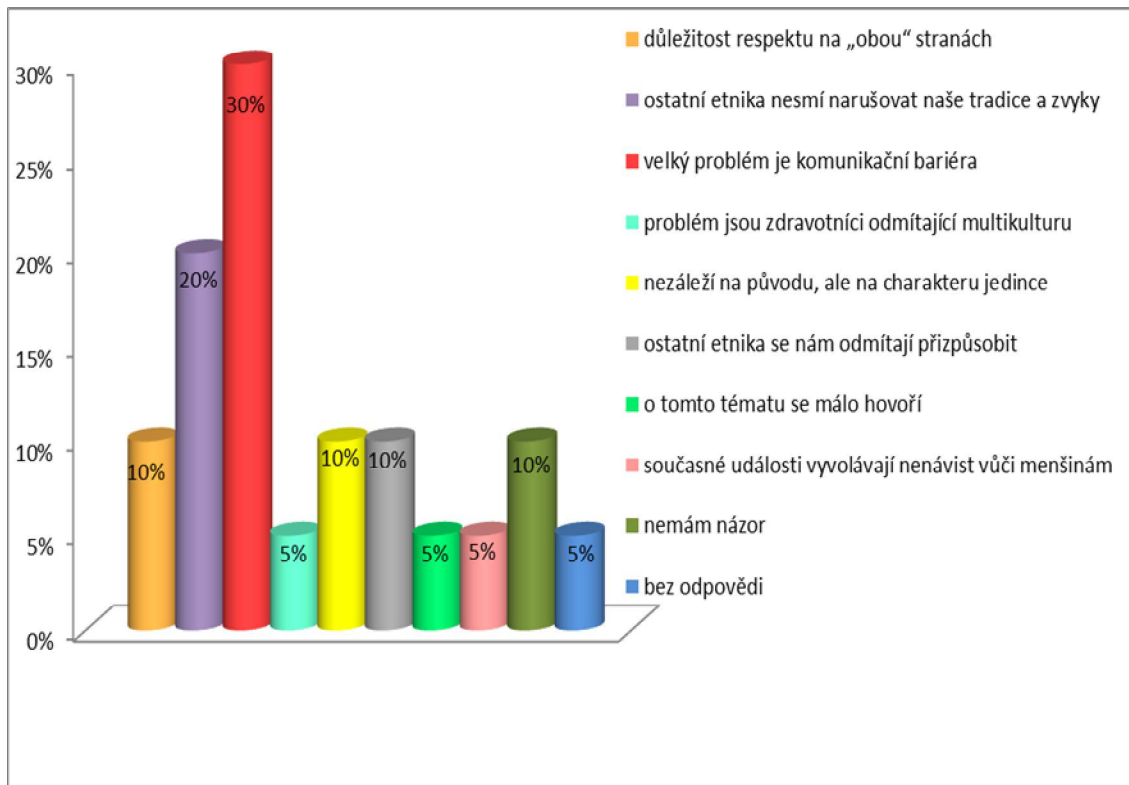
- a) důležitost respektu na „obou“ stranách
- b) ostatní etnika nesmí narušovat naše tradice a zvyky
- c) největším problémem je komunikační bariéra
- d) velkým problémem jsou zdravotníci odmítající multikulturní ošetřovatelství
- e) nezáleží na původu, ale na charakteru jedince
- f) ostatní etnika se nám odmítají přizpůsobit
- g) o tomto tématu se málo hovoří
- h) současné události vyvolávají nenávisť vůči ostatním menšinám
- i) nemám názor
- j) bez odpovědi

Tabulka 16 Interakce zdravotník vs. pacient

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
a) důležitost respektu na „obou“ stranách	10	10 %
b) ostatní etnika nesmí narušovat naše tradice a zvyky	20	20 %
c) největším problémem je komunikační bariéra	30	30 %
d) velkým problémem jsou zdravotníci odmítající multikulturní ošetřovatelství	5	5 %
e) nezáleží na původu, ale na charakteru jedince	10	10 %
f) ostatní etnika se nám odmítají přizpůsobit	10	10 %
g) o tomto tématu se málo hovoří	5	5 %
h) současné události vyvolávají nenávisť vůči ostatním menšinám	5	5 %
i) nemám názor	10	10 %
j) bez odpovědi	5	5 %
Celkem	100	100 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 16 Interakce zdravotník vs. pacient



Zdroj: autor, 2015

Nejčastěji udávaným problémem multikulturního ošetřovatelství byla komunikační bariéra, kterou uvedlo 30 (30 %) respondentů. Druhým nejčastěji udávaným problémem byl názor, že jiná etnika nesmí narušovat naše tradice a zvyky, kterou uvedlo 20 (20 %) respondentů.

Shodně, v počtu 10 (10 %) respondentů byly uváděny následující problémy:

důležitost vzájemného respektu, zdůraznění charakteru a ne původu jedince, odmítavost etnik přizpůsobit se v naší zemi.

Shodně, v počtu 5 (5 %) respondentů byly uváděny následující problémy:

zdravotníci odmítající multikulturu, o tématu se málo hovoří, současné nepokoje vyvolávají nenávisť.

Celkem 10 (10 %) respondentů nemělo na problematiku žádný názor. Na otázku neodpovědělo 5 (5 %) respondentů.

8.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Velmi nás překvapil fakt, že počet sester s vyšším a vysokoškolským vzděláním byl v rovnocenném poměru se středoškolsky vzdělanými sestrami. Při distribuci dotazníků jsme přitom jednotlivé skupiny nijak neupozornili na důležitost selekce, což nyní vidíme jako chybu, kterou jsme si neuvědomili. Ovšem pokud bychom po sběru dat zjistili, že poměr není vhodný do našeho průzkumu, museli bychom dotazníkové šetření zopakovat tak, kdy bychom stejný dotazník distribuovali dvakrát, jednou ve formě pro skupinu SZŠ a v druhé formě pro sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Můžeme se opět domnívat, že ochota sester by mohla poklesnout z důvodu opětovného vyplňování stejného dotazníku, naštěstí k této konfrontaci nedošlo. Tato zkušenost je pro nás velkým poučením pro příští průzkumná šetření. Nyní se již budeme zabývat průzkumnými otázkami a cíli.

CÍL 1

Zjistit, zda mají sestry zkušenost s ošetřováním multikulturních pacientů.

Průzkumná otázka 1 Mají sestry zkušenost s ošetřováním multikulturních pacientů?

Průzkumná otázka 1 byla ověřena pomocí dotazníkové položky č. 2. Dotazníková položka č. 2 nám udává, že 98 % sester má zkušenost s ošetřováním multikulturních pacientů, pouhé 2 % sester tuto zkušenost nemá. Cíle jsme dosáhli.

CÍL 2

Zjistit, do jaké míry jsou sestry informované v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Průzkumná otázka 2 Do jaké míry jsou sestry informované v problematice multikulturního ošetřovatelství?

Průzkumná otázka 2 byla ověřena pomocí dotazníkových položek č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15. Dotazníková položka č. 3 byla správně zodpovězená v 54 %, dotazníková položka č. 4 byla správně zodpovězená v 50 %, dotazníková položka č. 5 byla správně zodpovězená v 68 %, dotazníková položka č. 8 byla správně zodpovězená

v 52 %, dotazníková položka č. 9 byla správně zodpovězená v 78 %, dotazníková položka č. 10 byla správně zodpovězená v 54 %, dotazníková položka č. 11 byla správně zodpovězená v 27 %, dotazníková položka č. 12 byla správně zodpovězená v 60 %, dotazníková položka č. 13 byla správně zodpovězená v 64 %, dotazníková položka č. 14 byla správně zodpovězená v 52 %, dotazníková položka č. 15 byla správně zodpovězená v 50 %. V konečné celkové sumarizaci je úspěšnost správných odpovědí vyjádřena 73 %. Zjistili jsme tak míru informovanosti sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství, kterou vyjadřujeme procentuálním činitelem 73 %. Cíle jsme dosáhli.

CÍL 3

Zjistit, zda má stupeň vzdělání vliv na míru informovanosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Průzkumná otázka 3 Má stupeň vzdělání vliv na míru informovanosti i v této oblasti?

Průzkumná otázka 3 byla ověřena pomocí dotazníkových položek č. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 po předcházející selekci vyplývající z dotazníkové položky č. 1. Dotazníková položka č. 1 rozdělila respondenty na dvě skupiny. První skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním - SZŠ (48 %) a skupinu druhou respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním VOŠ/VŠ (52 %). Při porovnávání správnosti odpovědí již zmíněných položek, dosáhla lepších výsledků skupina respondentů VOŠ/VŠ, a to v 8 položkách, v celkové sumarizaci 73 %. Skupina respondentů SZŠ byla úspěšnější pouze ve 2 položkách, v celkové sumarizaci 18 %. Rovnocenného výsledku ve správnosti odpovědí dosáhly obě skupiny v 1 položce, v celkové sumarizaci 9 %. Zjistili jsme, že na míru informovanosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství má vliv stupeň vzdělání. Cíle jsme dosáhli.

CÍL 4

Zjistit, co považují sestry za největší problém při poskytování péče v rámci multikulturního ošetrovatelství.

Průzkumná otázka 4 Co považují sestry za největší bariéru při realizaci péče v rámci multikulturního ošetřovatelství?

Průzkumná otázka 4 byla ověřena pomocí dotazníkové položky č. 7 a č. 16. Dotazníková položka č. 7 nám dala jasný výsledek, a sice že největším problémem je komunikační bariéra, kterou uvedlo 62 (62 %) respondentů. Dotazníková položka č. 16 nám tento výsledek potvrzuje. Zde byla respondentům dána možnost vyjádřit svými slovy svůj osobní názor na problémy, vznikající při interakci sestry vs. multikulturní pacient. Nejčastěji udávaným problémem multikulturního ošetřovatelství byla komunikační bariéra, kterou uvedlo 30 (30 %) respondentů. Druhým nejčastěji udávaným problémem byl názor, že jiná etnika nesmí narušovat naše tradice a zvyky, kterou uvedlo 20 (20 %) respondentů. Objevují se i další názory jako jsou: důležitost vzájemného respektu, zdůraznění charakteru a ne původu jedince, odmítavost etnik přizpůsobit se v naší zemi, zdravotníci odmítající multikulturu, o tématu se málo hovoří, současné nepokoje vyvolávají nenávisť, což celkově tvoří 25 %. Celkem 10 (10 %) respondentů nemělo na problematiku žádný názor. Na otázku neodpovědělo 5 (5 %) respondentů. Zjistili jsme tak, že největší bariérou v poskytování multikulturní péče je komunikační bariéra. Cíle jsme dosáhli.

CÍL 5

Zjistit, zda mají sestry snahu pečovat o multikulturní pacienty dle zásad multikulturního ošetřovatelství.

Průzkumná otázka 5 Mají sestry snahu pečovat o multikulturní pacienty dle zásad multikulturního ošetřovatelství?

Průzkumná otázka 5 byla ověřena pomocí dotazníkové položky č. 6. Výsledek odhalil většinový názor, zastoupený v 58 %, že není nutné dostatečně saturovat potřeby multikulturních pacientů, protože důležitou složkou je pouze fyzické uzdravení. Z tohoto výsledku jsme zhodnotili, že sestry nemají snahu pečovat o multikulturní pacienty dle zásad multikulturního ošetřovatelství. Cíle jsme dosáhli.

9 DISKUZE

Nyní bychom měli porovnat naše výsledky s jinými průzkumy či výzkumy, což rozhodně není snadný úkol. Téma multikultury v současné době vzbuzuje, díky extremistům, doslova negativní vlny multikulturního smýšlení. Navzdory tomuto faktu mají sestry vcelku dostatečné znalosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Obecný fakt, že vzdělávání má vliv na množství našich znalostí se ukázal i zde jako velmi podstatný. Sestry středoškolsky vzdělané daleko více chybovali a rozdíl v počtu správných a špatných odpovědí nebyl tak zřejmý, zatímco u sester s vyšším stupněm vzdělání bylo na první pohled patrné, která odpověď je správná. Výzkum na téma multikulturní ošetrovatelství v závislosti na stupni vzdělání provedla PhDr. Andrea Pohlová R. S. v roce 2009. Výzkumu se účastnilo 264 respondentů. Naše závěry jsou prakticky totožné. Ač by se některým zdravotníkům tento názor nemusel líbit, platí zde imperativ „Sestro, vzdělávej se!“

Záhadou nám ovšem zůstává, proč stále převažují negativa v názoru na multikulturní ošetrovatelství, přes to, že znalosti v této oblasti jsou uspokojivé. Je snad na vině nedostatek informačních zdrojů nebo nezájem sester o tento druh problematiky? Průzkum na téma dostupnosti informačních zdrojů multikulturního ošetrovatelství popisuje v roce 2013 ve své bakalářské práci studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Anna Shivalanka. Srovnává zde rozdíl dostupnosti těchto zdrojů v ČR a Velké Británii. Není pro nás velkým překvapením, že ve Velké Británii jsou informační zdroje daleko dostupnější a mnohem početnější. V závislosti na tomto faktu britské sestry projevují větší zájem o danou problematiku a jsou daleko otevřenější novým přístupům v praxi.

Některá z dalších možných průzkumných šetření by se mohla zabývat problematikou přístupu a pohledu sester na multikulturní ošetrovatelství.

9.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Průzkumné šetření nám ukázalo, že na středních zdravotnických školách není věnováno dostatečné množství času problematice multikulturního ošetřovatelství. Na vyšších odborných školách zdravotnických a vysokých školách se studijními obory pro vysokoškolské vzdělávání sester se tento problém již nevyskytuje, avšak absolventi neumí získané vědomosti aplikovat v praxi. Pomineme-li fakt, že by největším problémem nebyla komunikační bariéra, ale problémy následně uváděné respondenty, zjistíme, že největším problémem je jednak nepochopení ostatních etnik a také názor, že o tématu multikultury se málo hovoří. V závislosti na výsledcích našeho průzkumu a možnosti porovnání s jinými výzkumy bychom doporučili následující postup.

Doporučení pro střední zdravotnické školy:

- začlenit do výuky samostatný předmět multikulturní ošetřovatelství
- umožnit studentům poznat jednotlivá specifika etnik s návazností praktické aplikace v předmětu odborná praxe

Doporučení pro vyšší odborné školy zdravotnické a vysoké školy se studijními obory pro vysokoškolské vzdělávání sester:

- začlenit do praktické výuky odborné stáže ve spolupráci se zahraničními státy
- začlenit do praktické výuky stáže v uprchlických centrech

Doporučení pro oba druhy škol:

- začlenit do výuky autentické přednášky příslušníků různých etnik
- začlenit do výuky promítání interaktivních, autentických videí s následným praktickým cvičením
- propagace informačních zdrojů a materiálů

Doporučení pro postgraduální vzdělávání:

- začlenit do systému vzdělávání více odborných přednášek a konferencí na téma multikulturního ošetřovatelství
- více rozvíjet debaty na toto téma
- začlenit do odborných časopisů více článků na toto téma

Doporučení pro základní školy:

- monitorace a odstraňování bariér v interakci mezi českými dětmi a dětmi odlišného etnického původu či vyznání
- zintenzivnění výuky cizího jazyka

Doporučení pro média:

- informovat veřejnost o rozdílu mezi vírou náboženského vyznání a extremismem

Doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví:

- zrealizovat celorepublikový, odborný projekt pro zdravotníky zabývající se problematikou multikulturního ošetřovatelství
- aktivněji se zapojit do celosvětového vzdělávání zdravotníků v projektech zabývajících se multikulturou

Doporučení postupů pro praxi není snadné, natož pak jejich samotná realizace. I tak se ale domníváme, že některé doporučené postupy jsou snadno realizovatelné. Domníváme se, že výsledky našeho šetření a z nich vyplývající fakta by mohly napomoci k realizaci většího výzkumu a následně věnování větší pozornosti této problematice.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství v závislosti na dosaženém stupni vzdělání, dále pak zjistit, zda mají sestry zkušenost s ošetřováním multikulturních pacientů a co považují za největší bariéru při realizaci ošetrovatelské péče u těchto pacientů. Stanovených cílů bylo dosaženo. Čtenářům naší bakalářské práce jsme nabídli stručný exkurz napříč multikulturním ošetrovatelstvím.

Výsledky ukazují, že sestry se středoškolským vzděláním dosahují výrazně horších výsledků, než sestry s vyšším stupněm vzdělání. Naproti tomu se valná většina sester setkala s ošetřováním multikulturního pacienta. Za největší problém považují sestry komunikační bariéru.

Téma naší bakalářské práce jsme si zvolili pro jeho významnou aktuálnost a citlivost. Žijeme ve světě plném migrací, ale také ve světě plném bojů, které jsou často spojovány s náboženstvím a to je také jeden z důvodů, proč je v dnešním světě téma multikultury tak citlivé. Veškeré tyto útrapy se významně odráží i v multikulturním ošetrovatelství a proto je nezbytné tomuto tématu věnovat větší pozornost. Je nutné poukázat na fakt, že bychom měli oddělit zrno od plev. V praktickém pojetí to znamená, že extremisté nemají nic společného s vírou, ale maximálně s třemi řádky Koránu. Výkřiky skupin Romů s bohatou trestnou činností, kteří mají na všechno jedinou odpověď, že jsme rasisté, není možné tolerovat. Bohužel média a světová politika nám nikdy skutečnou pravdu neukáže, naopak podávají naprosto zkreslené a alarmující informace, podle kterých jsou všichni muslimové teroristé a všichni Romové diskriminovaní chudáci. Dva problémy, dvě různé situace, dva různé následky, ale jeden stejný princip. Je na každém z nás, jaké zaujmeme stanovisko, ale nezapomínejme na citát Josefa Čapka, který je mottem této bakalářské práce: „Mír mezi národy je závislý na míru v lidech samých.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABDALATI, Hammuda, 2010. *Zaostřeno na islám*. Nové, přeprac. a opr. vyd. Z orig. přel. Karel Klusák. Praha: Ústředí muslimských obcí. ISBN 978-80-904373-6-4.

AUTORSKÝ KOLEKTIV, 2014. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi, aneb, Jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur: Uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR (výstup dvouleté práce na projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR) [online]. [cit.2014-12-15]. Dostupné z: http://www.metaops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnyech_etik_a_kultur.pdf*

BECALEL, Jehuda Leva ben, 2006. *Ner micva: o svátku Chanuka*. 1. vyd. Z hebrej. orig. přel. Jan Divecký. Praha: P3K. ISBN 80-903587-5-6.

BRENNER, Michael, 2014. *Malé dějiny Židů*. 1. vyd. Z angl. orig. přel. Zlata Kufnerová. Praha: Paseka. ISBN 978-807-4324-437.

BRUMLÍK, Michal, 2012. *Judaismus*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-144.

COHN, Werner, 2009. *Cikáni*. 1. vyd. Z angl. orig. přel. Marek Jakoubek. Praha: SLON. ISBN 978-807-4190-087.

DIVECKÝ, Jan, 2005. *Židovské svátky*. 1. vyd. Praha: P3K. ISBN 978-809-0358-737.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.

HLAVATÁ Lucie, Ján IČO, Petra KARLOVÁ a Mária STRAŠÁKOVÁ, 2008. *Dějiny Vietnamu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-807-1069-652.

HOLUBOVÁ, Václava a KOLEKTIV, 2005. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1351-2.

KEENE, Michael, 2008. *Světová náboženství*. 2.vyd. Z angl. orig. přel. Dušan Zbavitel. Praha: Knižní klub. ISBN 978-802-4221-373.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4744-131.

LAU, Jisrael Meir, 2012. *Praktický judaismus*. 1. vyd. Z hebrej. orig. přel. Jiří Blažek. Praha: P3K. ISBN 978-808-7343-098.

MARÁDOVÁ, Eva, 2006. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-869-9182-2.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2007. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: Podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-7248-406-5.

MASTILIAKOVÁ, Dana a KOLEKTIV, 2005. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN 80-704-2349-8.

MOULISOVÁ, Marcela, 2010. *Kriminalita etnických menšin a cizinců: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze. ISBN 978-80-7251-335-2.

NĚMCOVÁ, Jitka a KOLEKTIV, 2014. *Vysokoškolská skripta - text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3

NOVÁKOVÁ, Iva, 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-404-7.

Obyvatelstvo hlásící se k jednotlivým církvím a náboženským společnostem [online]. Český statistický úřad. Poslední aktualizace 31. 1. 2012 [cit. 2014 12-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/o/4110-03-obyvatelstvo_hlasici_se_k_jednotlivym_cirkvim_a_nabozenskym_spolecnostem

PRŮCHA, Jan, 2010. *Interkulturní psychologie: Sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3677-091.

RE MANNING, Russell a Richard BARTHOLOMEW, 2012. *30 vteřin na náboženství: 50 významných náboženství, o nichž získáte přehled za 30 vteřin*. 1 vyd. Z angl. orig. přel. Dušan Zbavitel. Praha: Fortuna Libri. ISBN 978-80-7321-639-9.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.

ŠVANKMAJER, Milan, Libor DVOŘÁK, Zdeněk SLÁDEK a Václav VEBER, 2010. *Dějiny Ruska*. 6. dopl. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny. ISBN 978-807-4220-265.

TESAŘ, Filip, 2007. *Etnické konflikty: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3670-979.

THAKER, Aruna and Arlene BARTON, 2012. *Multicultural handbook of food, nutrition and dietetics*. 1. vyd. Chichester: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-7358-2.

THURMAN, Robert A., 2008. *Tibetský strom klenotů: motor osvětlení v tibetském buddhismu*. 1. vyd. Z angl. orig. přel. Pavel Toman. Praha: Triton, CEDR - Cesty duchovního rozvoje. ISBN 978-807-3870-805.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-148.

YANA, Leontiyeva a KOLEKTIV, 2006. *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 80-733-0098-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Počet cizinců s pobyty nad 90 dní v ČR

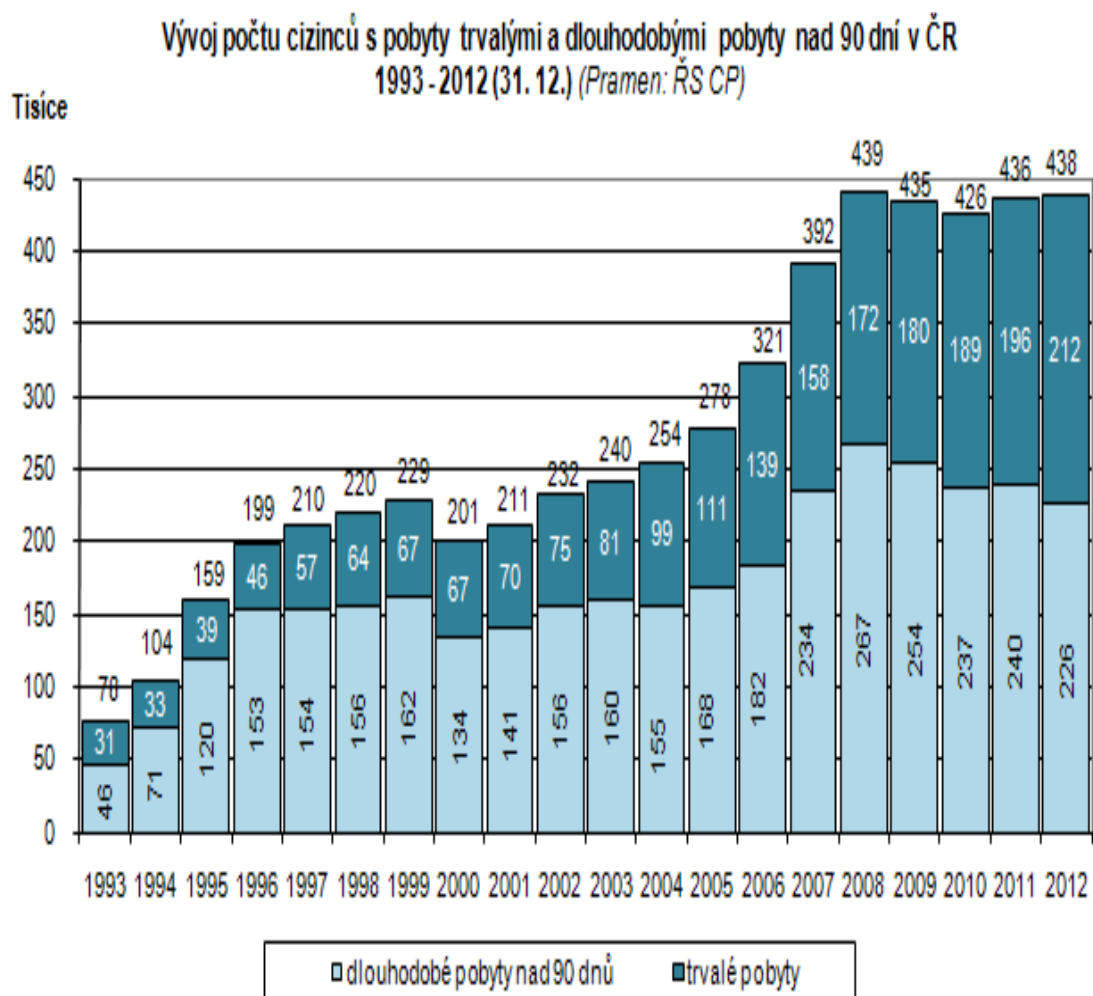
Příloha B – Věková struktura TOP 3 cizinců v ČR

Příloha C – Schéma modelu vycházejícího slunce

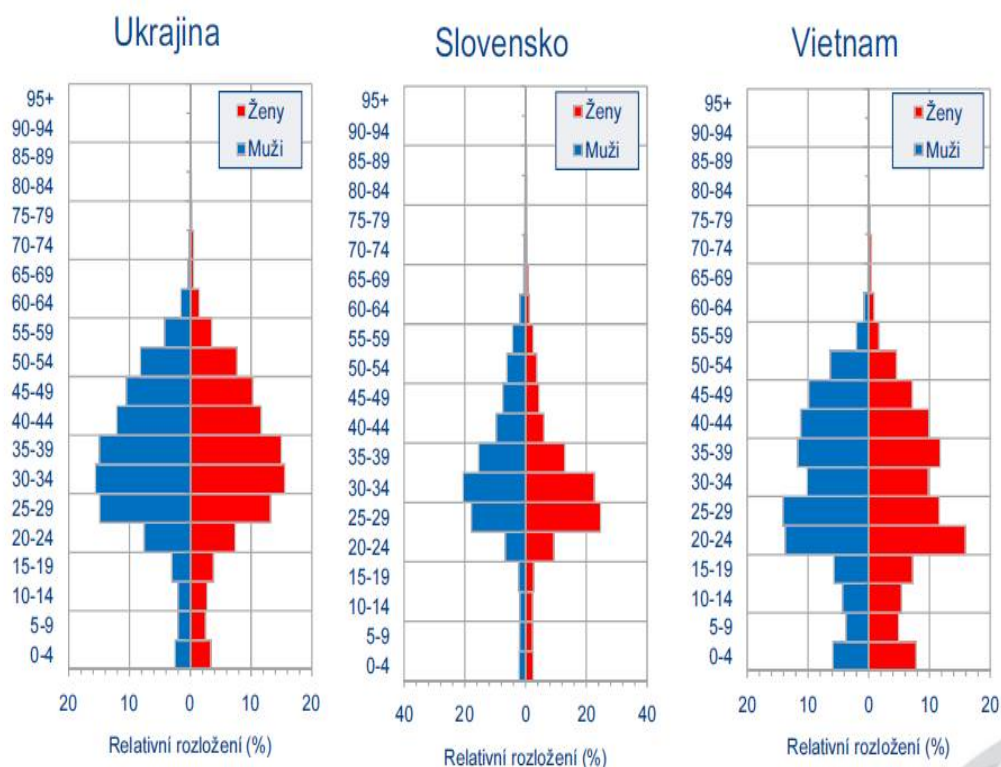
Příloha D – Hebrejská abeceda

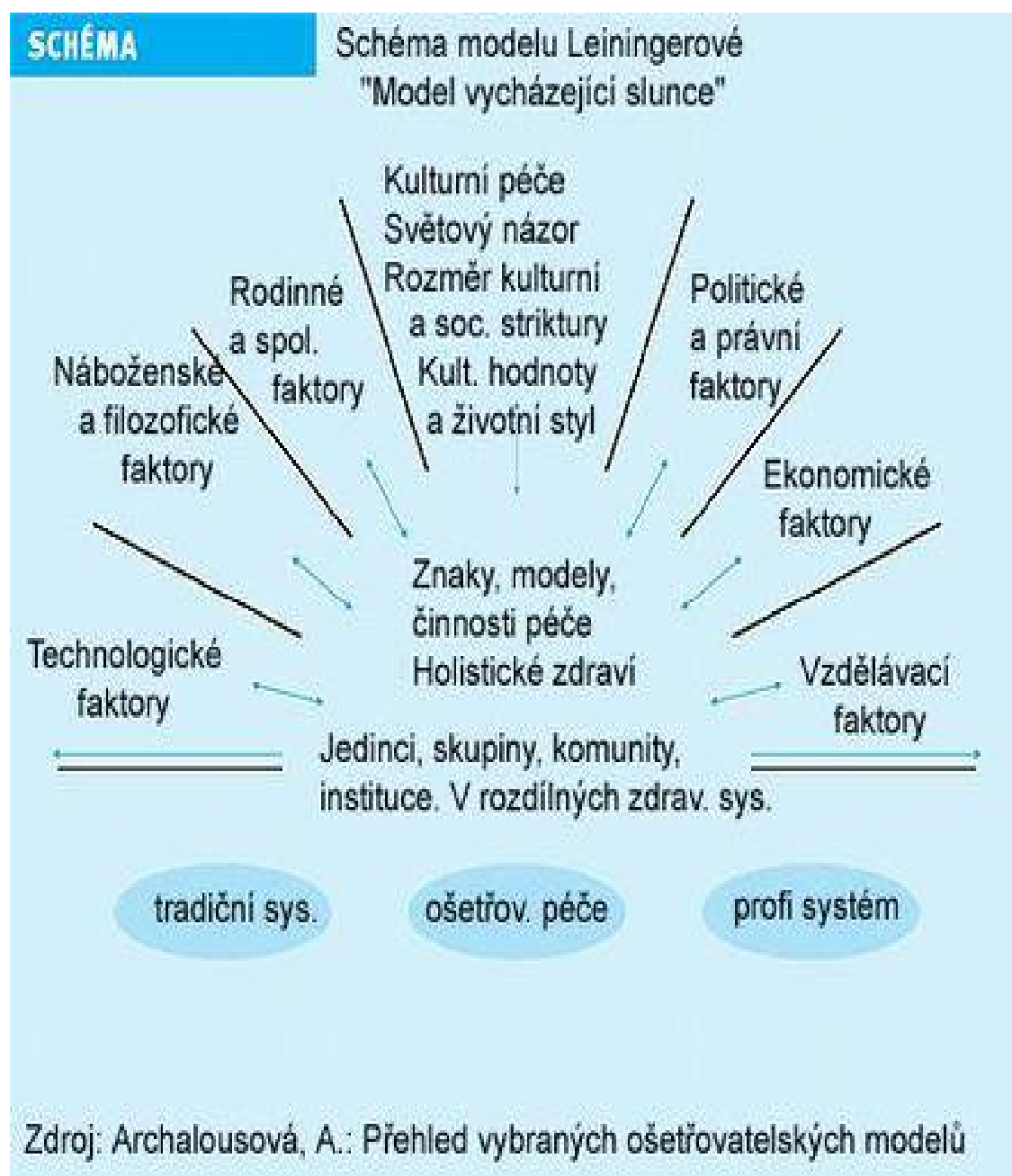
Příloha E - Rešerše

Příloha A – Počet cizinců s pobyty nad 90 dní v ČR



Věková struktura TOP 3 cizinců v ČR





האקפיות העברי

M	mem				
M	mem sofit				
N	nun				
N	nun sofit				
S	samech				
A	ajin				
P	pe				
F	fe				
F	fe sofit				
C	cadi				
C	cadi sofit				
K	kof				
R	rejs				
Š	šin				
S	sin				
T	tev				

A	alef				
B	bet				
V	vet				
G	gimel				
D	dalet				
H	he				
V	vav				
Z	zajin				
CH	chet				
T	tet				
J	jod				
K	kaf				
CH	chaf				
CH	chaf sofit				
L	lamed				

Zdroj: Židovská obec v Praze



Příjmení a jméno (titul): Brožková Kateřina, DiS.

Název pracoviště (u studentů školy): Vysoká škola zdravotnická, o. p. s, Praha 5

Rešerše pro účely: Bakalářská práce

Termín vyhotovení: 1. měsíc (5. 12. 2014)

Druh výstupu: CD-ROM

Jazykové vymezení: český jazyk, anglický jazyk

Časové vymezení (retrospektiva): 2005 - 2014

Typ rešerše: vícezdrojová

Typ dokumentů: knihy, články, sborníky, elektronické zdroje, vysokoškolské práce

Podrobné tematické vymezení: Povědomí sester o multikulturním ošetřovatelství

Klíčová slova a jejich kombinace: Etnická menšina. Multikulturní ošetřovatelství. Náboženská skupina. Rasa. Transkulturní ošetřovatelství. Ethnic minority. Multicultural nursing. Religious group. Race. Transcultural nursing.

Rešerše zpracovaná v databázích:

CINAHL with Fulltext

MEDLINE

EMBASE

Web of Science (včetně citovanosti)

Scopus

Dynamed

Cochrane Library

EBM Reviews

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ)

Česká národní bibliografie

Celkový počet záznamů: 281