

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

**ZKUŠENOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER  
S PÉČÍ O CIZINCE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Nguyễn Phương Thảo**

**Praha 2020**

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

**ZKUŠENOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER  
S PÉČÍ O CIZINCE**

Bakalářská práce

Nguyễnová Phương Thảo

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2020

SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE (BEZ NADPISU)

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 3. 2020

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za trpělivost, ochotu, cenné rady a nápaditost při tvorbě bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

NGUYỄNOVÁ, Phuong Tháo. Zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2020. 80 s.

Bakalářská práce byla vybrána z důvodu aktuálnosti tématu. Byly popsány a shrnuty informace multikulturního ošetrovatelství. Také různorodost kultur a její možná spojitost s kvalitou zdravotní péče.

Využitou metodou se stala kvantitativní forma průzkumu, která byla zhotovena pomocí dotazníků.

Cílem průzkumu bylo zjistit zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince.

### **Klíčová slova**

Cizinci. Jazyková bariéra. Komunikace. Multikulturalita. Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

NGUYỄNOVÁ, Phương Thảo. Zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Prague. 2020. 80 pages.

The bachelor thesis was chosen, because of the topicality of the topic. Multicultural nursing information has been described and reduced. Also the diversity of cultures and its possible link with available health care.

The use of the method has become a quantitative form of the survey, which was processed using questionnaires.

The aim of the survey was to gain the experience of nurses in the care of foreigners

### **Keywords**

Communication, Foreigners, General nurse, Language Barriere, Multicultural, Nursing care.

## Obsah

ÚVOD.....	11
1 Multikulturalismus v ošetrovatelství .....	14
1.1 Historie multikulturalismu .....	15
1.2 Multikulturní ošetrovatelství dle Madeleine Leinigerové.....	16
1.3 Multikulturní pojmy .....	17
1.3.1 Kulturní šok .....	18
2 Komunikace.....	20
2.1 Formy komunikace.....	21
2.2 Interpersonální vztahy .....	24
3 Vybrané národnostní menšiny .....	28
3.1 Arabové, arabská národnost .....	29
3.2 Ukrajinská národnost .....	32
3.3 Židovská národnost .....	34
3.4 Vietnamská národnost.....	35
4 Empirická část .....	38
5 Metodika průzkumu.....	39
6 Diskuze .....	62
7 Doporučení pro praxi.....	65
8 Závěr.....	67
Seznam použité literatury .....	68
Přílohy.....	71



## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Věk

Tabulka 2 Délka praxe

Tabulka 3 Dosažené vzdělání

Tabulka 4 Znalost cizího jazyka

Tabulka 5 Nejčastější ošetřovaná národnost na pracovišti

Tabulka 6 Nejhorší zkušenosti a problém v ošetřování

Tabulka 7 Zohlednění pacientovo zvyklostí

Tabulka 8 Zájem o zvyklosti cizích zemí

Tabulka 9 Nejčastější způsob dorozumívání

Tabulka 10 Největší problém s pacientem jiné národnosti

Tabulka 11 Schopnost se dorozumět non verbálně

Tabulka 12 Možnost využití tlumočnicka

Tabulka 13 Prospěšnost tlumočnicka

Tabulka 14 Směr světové strany modliteb muslimů

Tabulka 15 Specifika vietnamské populace

Tabulka 16 Co nesmí ortodoxní židé přijmout

Tabulka 17 Nejčastější nedochvilnost pacientů

Tabulka 18 Chování muslimského pacienta při odmítání podání ruky

Tabulka 19 Nejnižší práh bolesti

Tabulka 20 Význam úsměvu u Vietnamce

Graf 1 Věk

Graf 2 Délka praxe

Graf 3 Dosažené vzdělání

Graf 4 Znalost cizího jazyka

Graf 5 Nejčastější ošetřovaná národnost na pracovišti

Graf 6 Nejhorší zkušenosti a problém v ošetřování

Graf 7 Zohlednění pacientovo zvyklostí

Graf 8 Zájem o zvyklosti cizích zemí

Graf 9 Nejčastější způsob dorozumívání

Graf 10 Největší problém s pacientem jiné národnosti

- Graf 11 Schopnost se dorozumět non verbálně
- Graf 12 Možnost využití tlumočnicka
- Graf 13 Prospěšnost tlumočnicka
- Graf 14 Směr světové strany modliteb muslimů
- Graf 15 Specifika vietnamské populace
- Graf 16 Co nesmí ortodoxní židé přijmout
- Graf 17 Nejčastější nedochvilnost pacientů
- Graf 18 Chování muslimského pacienta při odmítání podání ruky
- Graf 19 Nejnižší práh bolesti
- Graf 20 Význam úsměvu u Vietnamce

# ÚVOD

K tomu, aby byla poskytnuta nejlepší péče, kterou jsme schopni dát, je důležité porozumět potřebám pacienta. To mnohdy není snadné, především když je mezi sestrou a pacientem jazyková bariéra. Dalším důležitým faktorem je znalost kulturních odlišností. Každá národnost má jiná specifika, jako je kultura, náboženství a forma komunikace. Všechny tyto informace jsou osvětleny v jedné z kapitol této práce. Je nutno dodat, že každý jedinec je jiný a záleží také na výchově každé rodiny a charakteru osobnosti. Tím pádem je nežádoucí všechny hodnotit dle jedné tabulky, která určuje chování každé kultury. Je to pouze předpoklad a není nutné se jím vždy řídit. Každého jedince je vhodné vnímat jinak.

Vzhledem ke stoupající migraci cizinců do Čech (viz příloha B) se stává toto téma aktuálnější. Proto bylo prozkoumáno a procentuálně zhodnoceno, jak velký vliv, ať už pozitivní či negativní, má jazyková bariéra a znalost či neznalost kultury cizinců na kvalitu péče v České republice, jakým stylem a způsobem je ošetrovatelská péče v českém zdravotnictví poskytována a jaký náhled na ni mají zdravotníci. Dalším pilířem průzkumu bylo zaměření na četnost a druh kultur navštěvující české zdravotnictví, které se zvláště v následujících kapitolách rozvádí do podrobností. (ÚZIS, 2019)

Bakalářská práce se zabývá nejčastějšími národnostními menšinami vyskytujícími se na území ČR. Lidmi, kteří pracují, žijí a vychovávají zde své potomky. Byly rozvedeny nejdůležitější pilíře jejich kultury, zvyků, náboženství a celkového způsobu jejich života, chování či přizpůsobení se v české zemi.

Práce je rozdělena na dvě části. V části teoretické, tedy první, je rozpracována komunikace v ošetrovatelství, historie, terminologie multikulturního ošetrovatelství a vysvětleny kulturní zvyklosti a tradice. Empirická část popisuje průzkum a na základě toho jsou vyhotoveny výsledky dotazníků od respondentů. Celý průzkum probíhal kvantitativní formou. Dotazník je složen z dvaceti otázek, které jsou zaměřeny na praxi sester a zdravotnického personálu v souvislosti s péčí o cizince. Vyskytují se zde i otázky, které jsou zaměřeny na znalost sester ohledně specifík kultur. Sestry také odpovědi na otázky poukazovaly na četnost nejčastějších populací, které jsou ošetřovány. Prozkoumány jsou i jazykové schopnosti sester se dorozumět. Zpracování nasbíraných dat bylo uskutečněno pomocí grafů a dodatečných poznámek.

Průzkum byl náhodně rozdán sestřám ve studijní skupině 3.CVS na Vysoké zdravotní škole a také prostřednictvím internetových stránek, kde byl dotazník vystaven a určen pouze pro skupinu zdravotníků. Součástí druhé části je závěr, kde se shrnuly výsledky provedeného průzkumu uvedené výše.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl:** Zjistit zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince.

**Dílčí cíl 1:** Zmapovat jazykovou vybavenost sester.

• Průzkumná otázka:

- ✓ Jaké znalosti mají sestry o vybraných populacích?

**Dílčí cíl 2:** Zmapovat zkušenosti sester v komunikaci s cizojazyčnými pacienty

• Průzkumné otázky:

- ✓ 2.1 Jakými cizími jazyky jsou sestry schopny komunikovat?
- ✓ 2.2 Jakým způsobem sestry komunikují s pacienty při neznalosti cizího jazyka? (jazykové bariéry)

### **Vstupní literatura**

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

MORGENSTERNOVÁ, M., ŠULCOVÁ, L. A LUCIE SCHOLL. 2011. *Bilingvismus a interkulturní komunikace*. První vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. ISBN 978-807357-678-3.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. Šesté, opravené vydání. Praha: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-598-0.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

### **Popis rešeršní strategie**

Na začátku tvorby práce byla definována klíčová slova v češtině na téma cizinci, jazyková bariéra, komunikace, multikulturalita, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra. Vyhledávání odborných publikací, které byly využity v bakalářské práci, bylo prováděno v časovém horizontu říjen–prosinec 2018. Seznam rešerše byl vytvořen ve spolupráci s

1. národní lékařskou knihovnou v Praze
2. databází CINHAL
3. knihovnou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze
4. PubMed
5. Medline
6. Bookport

Celý rešeršní rejstřík lze najít v přílohách ve formě CD. Rešerše byla vyhotovena 10. listopadu 2019. Tituly v rešerši nejsou starší 10 let.

# 1 Multikulturalismus v ošetrovatelství

Díky migraci z celého světa do České republiky (dle statistik ČSÚ, viz příloha B) je i v ošetrovatelství nutno změnit postup ošetrování u různých příchozích kultur na oddělení či zdravotnictví obecně. Je nutné si uvědomit, co každá kultura potřebuje a vyžaduje.

Každý jedinec je již od dětství ovlivňován kulturním prostředím včetně lidí kolem něj. V průběhu života se mění úroveň znalostí dané kultury. Člověk se s tím setkává téměř všude a záleží, jakým okolím se nechá obklopovat, ať už ve škole, v práci nebo na veřejnosti. Snaží se chápat a učit se tomu, co společnost vyžaduje a co považuje za „normální“. Každá kultura má své zvyklosti a normy, které pak vyžaduje po svých členech. Důležitým bodem, kterým je nutno se řídit, je chápání multikulturního ošetrovatelství nejen z hlediska morálního, kulturního, sociálního nebo politického, ale vnímat ho holisticky – jako celek. (Kutnohorská, 2013)

Multikulturalismus v ošetrovatelství je schopnost zdravotnického personálu chápat a respektovat etnicitu, kulturní odlišnosti a zvyky pacientů jiné národnosti. Můžeme tento pojem vnímat jako právo určitých kultur mít možnost se lišit od většinové společnosti. Z politického hlediska se multikultura zaměřuje zejména na zdůraznění lidských práv a svobod, do kterých nesmí zasahovat, anebo také přetvářet jiná etnická, rasová ani náboženská skupina.

Multikulturní perspektiva se rozděluje na tři základní rysy, kterými jsou: kulturní zakotvení lidské bytosti, nevyhnutelnosti a vhodnost kulturního pluralismu a multikulturního a pluralistického založení každé kultury. (HÁJEK, BAHBOUH, 2016)

V multikulturalismu je důležité, aby každá kultura, jak už menšinová, tak většinová respektovala přesvědčení všech kultur zdržující se na stejném území. Je zde důležitá forma „symbiózy“ na následnou koexistenci. Zjednodušeně se jedná o vzájemný respekt a klidné soužití na jednom území.

„Ošetrovatelství jako samostatná vědní disciplína je zaměřena na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (KUTNOHORSKÁ, 2013, s. 67-68)

Ošetrovatelství definuje ošetrovatelskou péči tak, aby byly zajištěny všechny potřeby pacienta. Okruhy jsou zaměřeny na podporu a navrácení zdraví, tak aby pacient byl, pokud co nejdéle, soběstačný, v započatém období nemoci co nejméně omezován ve svých denních aktivitách. Při bolestech a jiných obtížích je třeba pacientovi dokázat pomoci či poradit, a to formou edukace, jak problémy odstranit či zmírnit. Podpora ze strany zdravotníku by měla být nejen v oblasti fyziologické, ale je nutno pacienta brát jako biopsychosociální subjekt. Tedy podpořit i duchovní potřeby, pokud to pacient vyžaduje.

Ošetrovatelská meta-paradigmata:

- Osoba (V ošetrovatelství je to jedinec přijímající péči).
- Prostředí (Neboli místo, které má na jedince vnitřní a vnější vlivy. Ovlivňuje tak jeho psychický, či fyzický stav, neboli zdraví obecně).
- Zdraví (Jeden z hlavních pojmů ošetrovatelství).
- Ošetrovatelství (způsob pomoci sestry pacientovi ke zlepšení zdravotního stavu.). (OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA, 2011)

Ošetrovatelský proces je určitý postup k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče poskytované pro pacienta. K tomu je vázáno pět fází – posouzení/zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. K tomu je důležité znát cíle ošetrovatelství, které by měly uspokojovat potřeby pacienta. Ať už se jedná o navrácení ke zdraví úplnému, částečné zmírnění obtíží/bolesti nebo napomáhání kompenzace již vzniklého poškození. Při umírání je důležité zajistit klid a důstojnost. Dodržování etického kodexu je cílem pro každého zdravotnického pracovníka. (PLEVOVÁ, 2018, s. 61)

## 1.1 Historie multikulturismu

Migrace je neoddelitelnou součástí společenského rozvoje a dějin lidské společnosti. Probíhala v minulosti a je nutno s ní počítat i do budoucnosti. U České republiky jako vyspělého státu je migrace součástí každodenního života. Lidé sem migrují z blízkých, tak i z dálných zemí. Již za dob Československa to byl národ multikulturní. Skládal se z migrantů různých okolních států, jako jsou Německo, Polsko, Ukrajina, Maďarsko atp. Pro zjištění národnostní situace se od dob Československa využívalo sčítání lidu, které probíhá dodnes. Změna nastala pouze v metodě zjišťování a významu. (KLAUS, WEIGL, 2015)

Celá imigrační vlna se spustila s rozdělením světů do vícero částí, s tím se otevřely možnosti cestování a migrace. Termín „svět za železnou oponou“ se změnil na svobodný svět, který nabízel nové možnosti cestování a rozvrstvení ostatních kultur do dalších zemí. Avšak celé to byl jen idealistický směr, hlavním důvodem byly neduhy mezi komunismem a kapitalismem. (CAMPBELL, 2013)

Po 2. světové válce došlo k masivnímu přesunu obyvatel. V přepočtu přibližně 2,5 mil. Němců se vrátilo zpět do své země. Z jihu se přestěhovalo čím dál, tím více Řeků, Rumunů, Maďarska a také i ze zámoří. Po roce 1989 se sem začaly stěhovat takzvané národnosti z východního bloku, zejména Ukrajinci, obecně pak různé národy z tehdejšího Sovětského svazu a také z Asie, primárně za prací. Za všechny lze jmenovat Vietnamce, Mongoly, Číňany. Začali se zde též objevovat bohatí Arabové, kteří zde vyhledávali zdravotní, zejména pak lázeňskou péči. (PALÁT, 2014)

## 1.2 Multikulturní ošetřovatelství dle Madeleine Leinigerové

Neoddělitelnou součástí multikulturního ošetřovatelství je Madeleine Leinigerová (1925-2012), americká všeobecná sestra, autorka trans-kulturního ošetřovatelství narozena v Nebrasce. Jde o první sestru zabývající se problematikou multikulturního ošetřovatelství. Model trans-kulturního ošetřovatelství uvádí, že pacienti si mohou ideálně vést sami sestry k tomu, jaká péče je pro ně nejvhodnější v závislosti na jejich kultuře. Jedná se o tzv. **Model vycházejícího slunce** (viz příloha CH). K tomu, aby Madeleine došla k tvorbě modelu multikulturního ošetřovatelství, sbírala své zkušenosti v praxi. Při práci dětské sestry si začala všimnout dětí a jejich chování. U každé kultury upozorovala, že děti mají odlišné chování. Začala to více studovat a tímto se zasvětila do psaní disertační práce. Dalším důvodem byl nedostatek materiálů ohledně různých kultur. (DOBEŠOVÁ, 2010)

Model vycházejícího slunce má dva systémy péče. **Tradiční systém** je uskutečněn formou bylin, babských rad. V centru stojí člověk a opírá se o praktické zkušenosti kultury. **Profesionální metoda** je více formální. Jedná se o péči naučenou a v centru všeho stojí pacient. Avšak celá ošetřovatelská péče je podepřena vědeckými poznatky. Posouzení nebo způsob získávání informací je zaměřeno na oblast jazyka, komunikace, gest a holistického přístupu. Forma krátkodobá je pouze rychlé získání informací. (coby příklad si můžeme uvést: sestra/pacient nebo jednodenní zákrok)



Pro využití modelu v praxi je možné aplikovat osnovu ošetrovatelského procesu:

1. Posuzování, získávání informací, sesterské diagnózy
2. Plánování a realizace
  - a. Podpora a ochrana zdraví cizince
  - b. Adaptační, přizpůsobit se změnám, pomoc cizinci
  - c. Zaměření na změnu ve smyslu – př. stravování
3. Vyhodnocení výsledků (jak se změnilo chování jedince) (PLEVOVÁ, 2018)

### Multikulturní kompetence

Interkulturní kompetence u zdravotnického personálu znamená být tolerantní a trpělivý u pacienta cizí země, zčásti mít znalosti o jeho kultuře, akceptovat ji a snažit se hledat, co mají kultury společné.

Kompetence kognitivní znamená mít vědomost o své kultuře a také o multikulturním ošetrovatelství.

Při psychomotorických kompetencích nahlížíme na pacienta holisticky a používáme cizí jazyk dle schopností a znalostí. Při neznalosti jazyka můžeme improvizovat neverbální komunikací nebo formou využití např. obrázkových kartiček. Důležité je stále mít na paměti, že můžeme mít předsudky. Budeme-li obezřetní, najdeme způsob komunikace s každým pacientem. (SAGAR, 2012)

### 1.3 Multikulturní pojmy

Na dokonalé pochopení multikulturní ošetrovatelství je důležité znát pár následujících pojmů.

Kultura zahrnuje souhrn materiálních a nemateriálních (duchovních) hodnot tvořených v průběhu vývoje lidské společnosti. Kultura může být materiální (jedná se věci hmotné, hmatatelné), nemateriální kulturou je myšlen právní systém, dále pak manželské tradice, rodina, jazyky atd. Kulturně podmíněné potřeby, na které jsou brány ohledy, jsou rozděleny do několika oblastí: biologické, psychické a spirituální.

Migrací rozumíme stěhování, tj. přesun z jednoho kontinentu na druhý za prací, láskou nebo globalizací.

Národností se rozumí příslušnost k nějakému národu se společnou kulturou, původem, jazykem, náboženstvím, které je odlišné od ostatních (tzv. příslušnost k určitému společenství)

Etnikum je definováno jako společenství, jehož členové šíří unikátní kulturní dědictví, mají společný rasový původ, jazyk, případně náboženství. (KUTNOHORSKÁ, 2013)

Rasa je skupina lidí s typickými, stejnými fyzickými znaky, které jsou dědičné a vytvořené pod vlivem prostředí.

### **Existují tři rasy:**

- **Europoidní (bílá či kavkazoidní)**  
Patří sem lidé označovaní jako běloši, bílí či europoidní, lidé typově podobní původnímu obyvatelstvu Evropy. Vedle lidí evropského původu sem bývají zařazováni také lidé pocházející z blízkého východu, severní Afriky, střední Asie.
- **Mongoloidní (mongoloidní či asijsko-americká)**  
Jsou lidé označovaní jako Asiaté či žlutí (žlutá rasa) v asijské části světa a indiáni či rudí (rudá rasa) v americké části. Jde o lidi typově podobné původnímu obyvatelstvu Asie a Ameriky.
- **Negroidní (černé, tmavé či ekvatoriální)**  
Označováni jako černoši, černí či negroidi. Lidé typově podobní původnímu obyvatelstvu střední a jižní Afriky. (KUTNOHORSKÁ, 2013)

### **1.3.1 Kulturní šok**

Je fáze, kterou zažívá jedinec, jenž je přesunut do kultury, zcela odlišné od kultury, se kterou se do té doby potýkal. Můžeme ji označit jako psychickou reakci člověka, při které se mění celá jeho osobnost a chování ve společnosti a nejen v ní. Jedná se o dlouhodobý proces, záleží pouze na jedinci, jak je schopen přijmout změny, které ho v cizí zemi obklopují.

Můžeme ho taktéž definovat jako přerušování komunikace, ztrátu známých rolí, přerušování interpersonální komunikace a krizi identity.

## **Kulturní šok lze pozorovat v několika fázích:**

1. Okouzlení. Člověk pocítuje omámení až euforii z nových věcí, míst, kultury a rolí. Nazývá se také jako „honeymoon“ – fáze medových týdnů. Jedinec se soustředí pouze na pěkné a příjemné věci či události.
2. Krize. Fáze, kdy začíná vnímat rozdíly kultur, změny v životním stylu. Adaptace je zhoršena a začínají se objevovat prvotní problémy, které se prohlubují. Je těžké se začlenit, umět porozumět humoru, okolí. Na povrch začíná vylézat frustrace, nejistota, plačtivost i stýskání si po domově. Další varovné příznaky kulturního šoku mohou doprovázet psychosomatické problémy ve smyslu průjmů, zvracení, nechutenství či nespavosti. Z okolí jsou vyhledáváni lidé z rodné země.
3. Poznání. Doba, kdy se člověk snaží učit a porozumět nové kultuře. Pomalu se stává psychicky vyrovnanějším. Konečně začíná chápat cizí kulturu je ochoten se učit nové kultuře. Zlepšuje se v oblasti dorozumívání a učenlivosti cizího jazyka. Psychosomatické obtíže se vytrácejí. Při zvládnutí této fáze se jedinec úspěšně zabydluje ve svém novém domově.
4. Adaptace. Cizí kultura je přijata a schopnost seberealizace opět pokračuje. (MORGENSTERNOVÁ, ŠULCOVÁ, SCHOLL, 2011)

Faktor ovlivňující vznik kulturního šoku je závislý na osobnosti jedince (charakteristika osoby, míra tolerance, umění navázat nové kontakty). Jedním z faktorů může být také zdravotní stav (klíma, kondice, ruch). Pokud se člověk vydá do zahraničí dobrovolně, tj. na dovolenou, a účelem cesty není práce či jiný aspekt, který není dobrovolným, pak i toto může přispět k rozvoji kulturního šoku.

Šok, který může nastat i při návratu domů, je nazýván **šokem reverzním**. Je to proces přizpůsobení se, opětovná asimilace do vlastní kultury po návratu a pobytu z jiné země. Při návratu se osobnost jedince rozvinula a získala nový rozhled. Adaptovala se na venkovní kulturu a vším, čím se obklopuje po návratu, tj. okolím, lidmi, kulturou, zvyky a způsobem života či jejich myšlením se už neztotožňuje. Reverzní šok je definován podobně jako šok kulturní. Je rozdělen na 4 fáze.

- |                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| 1. Fáze odpoutání | 4. Fáze postupné adaptace |
| 2. Fáze nadšení   | (KUTNOHORSKÁ, 2013)       |
| 3. Fáze odcizení  |                           |

## 2 Komunikace

Komunikace je slovo odvozené z latinské terminologie *Communicare*, což má v latinském jazyce význam „činit něco společně, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo si povídat“. (ZACHAROVÁ, 2016, s. 8) (ANDRŠOVÁ, 2014)

Komunikace je důležitý jev pro lidskou bytost již od pravěku. Je to forma dorozumění se mezi jedinci. Využití řeči je pro lidstvo jedinečné a typické. Na komunikaci se váže celá osobnost jedince, jelikož bez komunikace není člověk schopen se zařadit do společnosti, a vytvořit tak sociální skupinu. Každá komunikace má svůj účel. Komunikační styl je výsledek dorozumívání, a to na základě účelu, způsobu a faktoru mezilidského komunikování.

Komunikace neboli spojení je vysvětlována jako přenos, sdělování či výměna informací. Úzce spjatý termín je sociální interakce. Při rozhovoru nebo obecně při sociální komunikaci ji můžeme pozorovat u jedince A, který ovlivňuje (komunikuje) jedince B. Komunikantů může být přirozeně i více. Proces, který mezi nimi probíhá, se nazývá sociální komunikace, verbální či neverbální, a celý tento jev označujeme jako sociální interakci.

Lidé spolu začínají mluvit na základě určitého podnětu či účelu. Ten mívá zpravidla důvody:

- Informativní, kdy se účastníci komunikace snaží vyměnit si určité informace (např. oznámení o svatbě).
- Instruktivní. Tento je podobný informativnímu, ale zároveň se stupňuje a doplňuje informacemi, které mají význam, jak něco dělat či jak postupovat (např. instruktor lyží).
- Přesvědčovací je způsob komunikace, jak někoho přesvědčit nebo záměrně poučit, změnit jeho názor, postoj nebo čin. (např. edukace pacienta)
- Posilovací a motivující (fyzioterapeut)
- Zábavný většinou slouží k pobavení mezi lidmi, pro urychlení dlouhých chvil, rekreačně.

- Socializační a společensky integrující (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2014)

## **Struktura sociální komunikace**

V komunikaci existuje tzv. komunikační kanál. Tento spoj v komunikaci pomáhá pochopit jedinci celý komunikační proces. Počátek je od komunikátora, který vysílá zprávu. Ta jde přes komuniké, což je sdělení a doléhá na komunikanta, který tuto informaci zpracovává. Výsledkem zpracování komuniké je zpětná vazba.

### **2.1 Formy komunikace**

Nejčastější rozdělení komunikace bývá na verbální a neverbální. Tyto dvě formy se mohou prolínat, ale také být v souvislosti a za použití obou forem špatně pochopeny komunikantem. Jedná se o neadekvátní interakce mezi verbálním a neverbálním projevem, jinak řečeno, podáno komunikátorem či pochopeno komunikantem. V takové situaci může komunikant dávat větší váhu neverbálnímu projevu nežli verbálnímu, čímž může dojít ke střetu či dvojné vazbě.

Ve zdravotnictví se objevuje také interpersonální komunikace, která představuje informace získané z ošetřovatelské dokumentace, lékařské zprávy, počítače, atd.

**Verbální komunikace** je forma dorozumívání se prostřednictvím slov. Je to nezbytná součást lidského života. Lidé používají mluvené slovo k tomu, aby se mezi sebou domluvili, popovídali si, svěřili se atd. Každý jedinec se vyjadřuje individuálně, jak už tónem hlasu, formou vyjadřování a volby slov.

Existuje 6 typologií osobnosti - introverti, extroverti, egoisti, autokrati, liberalisti a submisivní osobnost.

- Introvert je člověk, který je spíše málomluvný a uzavřený do sebe. Když se vyjadřuje, není výrazný, ale tichý a nepoutá na sebe pozornost. Emoce v mluvené řeči nejsou znát a mimika je minimální.
- Extrovert je naopak velice výřečný a mluví jasně, většinou řekne vše, co chce.
- Egoista je člověk, který je sebevědomý, mluví často o sobě, o tom co udělal, co si myslí.

- Autokrat je velice rázný, prosazuje svoje názory a chce, aby se mu ostatní podřídili
- Submisivní osobnost je oproti autokratu poddajná a bezkonfliktní.
- Liberál je netečný, nezajímají ho názory ostatních ani se do nich nevkládá. Nepotřebuje nikomu radit ani pomáhat. (ZACHAROVÁ, 2016)

Pro zdravotníky je důležité adaptovat tzv. jazykové prostředí. Při komunikaci s pacientem musí brát v úvahu individuální přístup. Coby příklad můžeme uvést komunikaci na geriatrici a pediatrii. Na geriatrici mluvíme stručně a většinou nahlas, aby nás pacienti slyšeli, nepoužíváme zdvořilé oslovení, ani s pacienty nezacházíme jako s dětmi. Mohlo by se jich to dotknout. Na pediatrii naopak mluvíme s dětmi na jejich věkové úrovni, snažíme se vyhnout profesní terminologii, mluvit občas zdvořile je vhodné. Při komunikaci je tedy důležité dodržet empatii, kladný vztah, individualitu a úctu. Musíme dbát na to, že každé slovo, které vyslovíme nelze vzít zpět. Proto jako zdravotník by měl jedinec volit taková slova, která budou mít pozitivní vliv na pacienta – slova pochvaly, slova odhodlání, slova pochopení, slova podpory.

**Neverbální komunikace** je způsob dorozumívání tělem, tj. ne za pomoci slov, ale těla. Zóna obličeje, která je nazývána mimika, je oblast, která vykazuje emoční stav jedince. Jakmile je s někým zahájena komunikace, lidé z velké části dávají při nesouladu slov a mimiky velkou váhu mimice. Ve zdravotnictví je tedy důležité si při komunikaci s pacientem dávat pozor na výraz v obličeji, postoj a akty neverbální. Příkladem může být například strach ze strany pacienta. Sestra z pediatrie se snaží pacienta informovat o stravě, ale zároveň má ruce křížem. Její postoj tedy je negativistický a dítě může vnímat sestru jako zlou či být až negativistické vůči ní. Mezi verbální a neverbální komunikací je jediný rozdíl, který lze rozlišovat – verbální komunikaci můžeme úmyslně ovládat, zatímco neverbální je ve velké většině spontánní. Tyto dvě oblasti komunikace se prolínají a navazují na sebe.

**Neverbální komunikace se dá členit do několika částí:**

- **Proxemika** je schopnost používání prostoru kolem sebe, způsob neverbální komunikace, kdy se různě vzdalujeme nebo přibližujeme jedinci, se kterým mluvíme. Existují 3 proxemické zóny:  
Zóna intimní – 50-60 cm (většinou partnerské vztahy, rodina, nejlepší přátelé)

Osobní – 50–120 cm (přátelská zóna)

Společenská, sociální – 120–350 cm (kontakt při formálních vztazích, společenských událostech, komunikaci na veřejnosti)

Veřejná více jak 350 cm

- **Haptika** neboli dotek, zaleží na druhu komunikace. Můžeme sem zařadit doteky od potřásání rukou až po doteky intimní, partnerské. Ve zdravotnictví se to bez doteku neobejde a nejčastěji je ruka využívána k pohlázení, doteku po rameni (gesto pro dodání kuráže, povzbuzení). Existuje také terapie dotekem, která se využívá nejčastěji u tělesně či mentálně postižených pro zlepšení jak psychického, tak fyzického stavu, mluvíme tedy o **bazální stimulaci**. Fyzický kontakt je zcela individuální a záleží na vztahu komunikátora a komunikanta.
- **Posturologie** je forma neverbální komunikace, zaměřená na držení těla a celkový postoj při hovoru. Sledujeme tedy, jak protějšek stojí – směr postoje, poloha končetin.
- **Kinezika** – je nauka o pohybech, popisuje chůzi, postoj, pohyby rukou, temperament
- **Mimika** - výraz obličeje, vyjadřuje emoce, pocity, nálady. Sledujeme zóny celého obličeje. **Obočí a čelo** nám vyjadřuje nejčastěji údiv, nespokojenost, naštvanost, pochyby, atd. **Oči** jsou při komunikaci velmi důležité a můžeme nazvat takzvanou bránou do duše, kdy pozorujeme emoce překvapení, strachu, hněvu, radosti, ale i smutku. **Nos** může při pokrčení nahoru znamenat agresi. To lze pozorovat například u zvířat, která svoji agresi podtrhují ukázáním zubů. V rámci nosu se ještě můžeme setkat s lidovým výrazem „neohrnij nad tím nos“. Rčení znamená, ať se nepovyšujeme a vážíme si daného jedince, věci. Jde o reakci, kdy jedinec neuvědoměle zvedne nos. Může se také ale jednat o reakci, když se zamyslí a tato mimika se u něj objeví. **Ústa a brada**. Mluvíme-li o spodní části obličeje, jedná se tedy o tyto dvě poslední mimické zóny. Ústa nám již od narození slouží jako největší způsob dorozumívání. V kojeneckém věku slouží jako pátrací a poznávací orgán, později ke komunikaci a také projevu emocí, kterými je úsměv, vyjadřující radost. Ústy můžeme také pozorovat smutek, hněv a případně i pláč. Pokud hovoříme o bradě, můžeme se zmínit o tzv. spadnutí brady. Jedná se o reakci

tak silnou, například ohromení, že jedinec není schopen reagovat jinak, nežli tak, že se mu uvolní brada a přitom má otevřená ústa. (EKMAN, 2015)

- **Gestika** je spojována s pohyby těla, které mohou být typickými pro určitého jedince. Nejčastěji pozorujeme horní končetiny nebo hlavu. Pohyby by měly být přirozené a sjednoceny s pohyby celého těla. (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2011)

## 2.2 Interpersonální vztahy

„Způsob, jakým lidé reagují na chování jiných lidí, záleží na tom, v jaké situaci se nacházejí, jaké jsou mezi nimi vztahy, a také na tom, zda spolu komunikují mezi čtyřma očima nebo za přítomnosti dalších lidí.“ (ZACHAROVÁ, 2016, s. 24)

Aby fungoval vztah, je důležité mít zájem z obou stran. Pro vytvoření interpersonálního vztahu existuje několik fází. Základním pilířem těchto fází je, za jakým účelem vytváříme tyto vztahy (osobní, pracovní, přátelský, intimní, formální či neformální). Každý vztah má fázi, kterou můžeme nazvat **začátkem** – bývá to fáze, kdy se jedinci poznávají. Důležitým faktorem je tzv. první dojem. Na počátku je to založeno na přitažlivosti, stylu oblékání, názorech a celkových postojích. Kdybychom si to převedli na zdravotnictví – hodnotíme pacientův vzhled, co se týče oblečení ve smyslu osobní hygieny, deformací, úrazů, stavu vědomí – orientace, atd. **Sondování** je fáze, kdy se jedinec snaží prosadit své názory a čeká na zpětnou reakci. Ve zdravotnictví je možno to zpozorovat ve fázi stanovení ošetřovatelské diagnózy – je to prvokontakt sestry – pacient. **Zintenzivnění vztahu** je fáze, když jedinci spolu stráví společný čas a navazují na konverzace předešlé a zároveň přidávají více informací o osobních věcech. Pro klinickou praxi je rozvoj důvěry zdravotnického personálu důležitá pro následující péči a spolupráci mezi zdravotníkem a pacientem. Poslední fází je **přizpůsobení se**, kdy se lidé ztotožňují, poznávají se blíže. V této fázi mají jedinci již intimní a vztah založený na důvěře jeden k druhému. Tento typ fáze můžeme zpozorovat například v zařízeních dlouhodobých (např. LDN, NIP) (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2014)

Fáze se prolínají, jejich průběh je ale postupný. Při přeskokování z fází může dojít k narušení procesu poznávání se u jedinců. Při velkém nátlaku a rychlém seznamování jednoho se druhý může cítit vytlačen z tzv. komfortní zóny. Odkrývání musí být postupné, nelze odkrýt vše co nejrychleji. Čím pomaleji se jedinci poznávají, o to bude



jejich vztah silnější a důvěra větší. Rizikem může být dopad na vztah a narušení vztahu nebo také jeho rozpad.

Sestra by při péči o pacienta neměla vytvářet tlak při poznávání se. Pacient by se mohl stáhnout a ztížit tím nebo odmítat následující péči a spolupráci. Můžeme se tedy v praxi setkat s pracovníkem, který tzv. devaluje pacienta. **Devalvací rozumíme** snižování, degradování až znehodnocování pacienta či jeho názorů.

Příkladem devalvace sestry:

- nepřátelské chování, ignorace
- komunikace s pacientem povýšeným tónem,
- obviňování, shazování viny
- zneužití důvěrných informací
- zesměšňování až šikana
- změna tématu při dotazech, anebo neukončeném rozhovoru. (ANDRŠOVÁ, 2012)

Devalvace může být použita i v opačném případě, a to od pacienta na sestru či zdravotnického pracovníka.

Pro správné zacházení s pacientem nebo využití komunikace je využíván způsob **evalvační**. Zdravotnický pracovník nebo pacient je uvolněný při komunikaci a naladěný pozitivním směrem. Je zde vytvořena ideální atmosféry mezi jedinci – důvěra, respekt a úcta. Pacient se neostýchá svěřit se se svými problémy, bolestmi či jinými zdravotními obtížemi. Zdravotnický pracovník má ulehčenou práci na základě správné spolupráce.

Příklady evalvace sestry

- umět pochválit, utěšit či plně podpořit pacienta
- zastat se ho při neoprávněném obvinění
- naslouchat a udělat si na něj čas
- jednat na rovinu bez zastírání
- umět vyjít vstříc, pokud je to možno
- mít opravdový zájem o jeho zdravotní stav a pacienta celkově
- projevy empatie, redukce negativních myšlenek (HEŘMANOVÁ, 2012)

Při správném evalvačním chování můžeme spatřit produktivní práci sestry.

**Chyby v komunikaci** nastanou, když je komunikace nedostatečná či pokud zkušenosti a dovednosti komunikujícího chybí. To ztěžuje dokonalou konverzaci, komunikační proces. Následně může dojít k nepochopení, nedorozumění nebo také ke konfliktu. Dovednostmi a zkušenostmi chápeme schopnosti naslouchání, sdělování, vhodné použití tónu, tempa a jazyka. V klinické praxi to lze uplatnit v následujícím příkladu.

Na dokreslení výše uvedeného lze navázat příkladem z praxe autorky:

*Na oddělení je přijímán pacient, který je rozrušený a má bolesti hlavy. Ke všemu je to cizinec a nerozumí dobře českému jazyku. Je uložen na pokoji, kam po chvíli vchází sestra. Rozsvítí světla. Začne okamžitě po pacientovi vyžadovat informace o zdravotním stavu za účelem vyplnění ošetrovatelské dokumentace a informuje o chodu oddělení. Mluví rychle a hlasitým tónem.*

V příkladu můžeme pozorovat, že sestra má velice devalvační chování a zřejmě není dostatečně informována o stavu pacienta či o znalosti jeho dorozumívajícího jazyka. Tím, že mluví hlasitým tónem, nejenže způsobuje zcela jistě zhoršení stavu pacienta, ale také její informování je bezvýznamné vzhledem k tomu, že ji pacient nerozumí. (PROROK, LISA, 2011)

Dbáme tedy na tempo řeči. Snažíme se mluvit pomalu a správně a výrazně artikulovat, abychom získali zpětnou vazbu. Při verbální a neverbální komunikaci si musíme dávat pozor a stát se co nejlepším pozorovatelem. Při nedostatku a problému komunikace i přes všechny možnosti výše uvedené si můžeme nechat zavolat tlumočníka, pokud je k dispozici.



### 3 Vybrané národnostní menšiny

Při ošetřování pacienta jiné národnosti je důležité přizpůsobit ošetření, léčbu či terapii, tak aby to bylo prospěšné pro obě strany a aby bylo dosaženo co možno nejlepších výsledků. Změny v multikulturním ošetřovatelství mohou nastat při různorodosti zvyků a kultury, kterou zrovna ošetřujeme. Různé změny se objevují ve stravě, kultuře i zvycích nebo také náboženství. Důležité tedy je, abychom péči přizpůsobili na základě domluvy s pacientem a zároveň tím neškodili zdravotnímu stavu. (Např. pacient po operaci dutiny břišní nemůže vyžadovat povolení od zdravotnického personálu, aby mohl 5x denně provádět modlitbu vkleče na zemi.)

Nastane-li situace, která by mohla skončit konfliktem, je dobré kontaktovat ošetřujícího lékaře. Ošetřující personál by měl postupovat dle etického kodexu. Důležitá je komunikace, flexibilita a adaptabilita. (ŠAMÁNKOVÁ, 2011)

Nikdy bychom neměli pacienta nutit k něčemu, co je **zakázané** v jeho kultuře nebo náboženství. Edukujeme pouze ve prospěch zdraví pacienta. Zdravotník by neměl degradovat víru, zvyky ani tradice pacienta.

Důležitým mezníkem/faktorem je chápat jedince v tom, že se nachází v cizím prostředí. V neznámém prostoru, kdy mnohdy nerozumí jazyku. Ocitá se v situaci, kdy jsou jiné podmínky ve stravování, kultury i mentalita lidí okolo něj.

Při ošetřování pacienta by si každý zdravotník měl dát pozor na faktory, které jsou podmíněné jinou kulturou a životním stylem. Pro poskytnutí dobré péče je důležité umět odhadnout každou situaci u multikulturního ošetřovatelství. Kulturní vnímání může být rozdílné u ženy a jiné u muže, protože ne v každé kultuře je rovnoprávnost pohlaví. Různorodost kultur můžeme pozorovat při ošetřování pacientů jiných zemí, a to zejména v oblasti komunikace, rodiny, stravování a výživy, ale taktéž v osobním prostoru. (KUTNOHORSKÁ, 2015)

Následující skupiny byly náhodně vybrány a použity v průzkumu. V kapitole jsou rozvedeny zvyklosti, náboženství, kulturní zvyklosti a specifika každého národa při ošetřovatelství.

### 3.1 Arabové, arabská národnost

Arab je příslušník národnosti, muslim může být kdokoliv, kdo vyznává muslimské náboženství. Arabský svět je složen z Maroka, Alžiru, Saudské Arábie, Kataru, Omanu, Egypta, Súdánu, Jemenu, Indonésie a dalších zemí. V těchto zemích je vyznáváno náboženství, které se nazývá **islám**. Vyznavač této víry se tedy nazývá muslim. Muslim bere svou víru vážně. Stát se muslimem je vážný závazek, je to ireverzibilní rozhodnutí a v muslimském světě odstoupení znamená smrt. (ZAOŠTŘENO NA ISLÁM, 2011)

Celý rituál je postaven na přítomnosti dvou muslimských svědků a dotyčný musí vyslovit třikrát po sobě klauzule a stává se muslimem. Islám znamená podvolení se vůli Boží, bohem v této víře je **Alláh**. Celá víra je postavena na právním systému, ve kterém je nejhorším trestem smrt, jde o právní systém nazýván tzv. **Šaría**. Zakladatelem víry je prorok Mohamed, který čerpal z knihy **Korán**. Kniha má 14 kapitol ve verších a je chápána jako kodex víry. (KROPÁČEK, 2015)

#### **Každý muslim by měl znát pět pilířů muslimské víry:**

**Šaháda** jde o vyznání víry, kde neexistuje jiný bůh nežli Alláh. Muslimové shrnují své vyznání větou: „Není boha kromě Boha; Mohamed je Posel Boží.“ (KROPÁČEK, 2015, s. 26)

V této víře je striktní monoteismus, žádné jiné božství není akceptováno. Alláh je bůh jediný, který dovede muslima ke klidu a správného vztahu k Bohu.

**Salát** je modlitba, která se provádí 5x denně, a to v poledne, odpoledne, za soumraku, v noci a za úsvitu. Ženy a muži se modlí odděleně. Důležité je, aby si před každou modlitbou očistili ruce. Omytí rukou probíhá pod tekoucí vodou a začíná se od rukou po předloktí, pokračuje se u tváří až po nohy. Pokud nastane situace, že není k dispozici voda, tak se věřící může omýt pískem, kamenem či pohmatem o zed'. Smyslem umývání je očista od špinavých činů (i pohled na ženu). Směr modlitby je orientován k Mekce. Je zakázáno chodit při probíhající modlitbě před modlícím se – přerušuje se spojení s Mekkou. Modlitba je zahájena a ukončena slovy **Alláh akbar**, což znamená Alláh je největší. Ve městech svolává muslimské věřící tzv. Muezzin. Muezzin je služebník mešity, který svolává všechny věřící na modlitbu. Muslimové jsou svolávány amplionem a „zpěvem“ muezzina.

**Saum** neboli ramadán znamená půst od východu do západu slunce po dobu přibližně 29-30 dnů. Půst se týká stravy, nápojů, pochutin a také pohlavního styku. Jde o princip naučení se trpělivosti. Po ukončení se slaví tři dny a věřící se mohou odměnit koupí nového oblečení, které má význam duchovní očisty.

**Zakát** - darování almužny. Každý věřící je povinen platit určitý podíl ze svého majetku, který vlastní nebo získá. Muslim pak odvádí 2,5% z platu na dobročinné účely.

**Hedda** je cesta do Mekky. Podstupuje ji každý muslim, kterému to jeho zdravotní stav a ekonomická situace dovolí. Pout' začíná obléknutím poutnického roucha, které má symbol rovnosti všech muslimů před Bohem. Základy poutě jsou sedmero obejití svatyně Káby, odpolední prodlévání na planině Arafat a závěrečná slavnost, která je složena z modliteb a výměny darů mezi muslimy.

Politické a právní zákony Šaría jsou posvátné i ve vládě. V těchto zemích funguje tzv. náboženská policie, kdy si turista nebo kdokoliv nevěřící této víry musí dávat pozor na to, co řekne o bohu nebo proti víře. (HÁJEK, BAHBOUH, 2016)

Způsob života a kulturní faktory jsou rozličné od české kultury. Muži jsou nadřazeni nad ženou. Je povoleno mnohoženství. Ženy jsou nuceny být zahaleny, aby nedráždily muže. Bití žen je povoleno při neposlušnosti. Šťastný den je pátek. Odmítnutí kávy se považuje za urážku. Při neplacení účtů není dovoleno přejít hranice, dokud není dluh vyrovnán. Co se dopravy týče, ta je typická svou přesností a dodržováním zákonů a rychlosti.

Rodina je základ domova. Synové mohou zůstat doma a dcery odcházejí do přivdaných rodin. V celé rodině rozhoduje nejstarší žena. Manželství je chápáno coby posvátný akt. Muž se může se ženou rozvést, pokud vysloví třikrát slovo „rozvádím se“. Žena je nucena opustit domov pouze v tom, co má právě na sobě. Žena toto právo na rozvod nemá. Děti mají jméno po otci, ženy si nechávají rodná příjmení i jména.

Žena období šestinedělí tráví u rodičů. Sňatky jsou dohodnuté a často se svatebčané vidí až na svatbě. Svatby probíhají i v dětském věku, jelikož jakmile žena začíná menstruuovat, stává se ženou.

Mezi svatební zvyky patří vyzvídání o rodině druhého, zejména po finanční stránce, avšak věno je již stanovené při dohodě svatby. Na svatbě mají svědky jen muži, kteří si mimo jiné mohou vzít ne-muslimku. V opačném případě je to neuskutečnitelné.

Nevěsta je pokreslena henou rukou i nohou. Den před svatbou má různé posvátné koupele. Celková příprava na svatbu trvá přibližně 40 dní. Svatba probíhá tak, že ženich a nevěsta celou hostinu pouze sedí a hosté se baví zvlášť dle pohlaví. Hostina probíhá do půlnoci.

Při starobě a smrti muslimové nedávají své blízké do starobince, mají povinnost pečovat o rodiče doma. V muslimské víře neexistuje zmrtvýchvstání, nebe, peklo ani ráj.

Při úmrtí si mrtvého umyjí, dotýká se ho pouze rodinní příslušníci (muže- muži, ženy- žena). Oblékají své mrtvé do bílých šatů a je nutné zemřelého pochovat do 24 hodin od úmrtí. Nastává období smutku, které trvá 3 dny. Po třetím dnu se rozdávají sladkosti. Hroby bývají skromné, někdy i neoznačené. Každý muslim je povinen napsat závěť, žena ne-muslimka nemá právo dědit.

Muslimové se na ulici nedrží za ruce, ani s potomky. Děti mají k rodičům úctu a váží si jich.

### **Ošetrovatelská péče o muslimy a jejich zvyky**

V komunikaci s muslimy si musíme dávat pozor na gesta typu „pojď sem“, mohou to chápat jako jednání se psem. Muslimové komunikují velice hlasitě a stojí blízko u sebe. Ztrácí pojem o času. Při setkání se muži čtyřikrát políbí a podají si ruce. Je důležité mít na paměti, že nesmíme sahat muslimům na rameno a neukazovat na ně prstem. Děti nemají žádný denní režim (spánek)

Hygiena muslimů je složitá při aplikaci na české zdravotnictví. Muslim se znečišťuje už pouhým vyprazdňováním, kontaktem se sekrety, dotykem jiné osoby. Za těžké znečištění se považuje pohlavní styk, menstruace, šestinedělí a ejakulace. Pokud jsou muslimové znečištěni, nesmí vstoupit do mešity, sahat na Korán ani provádět modlitbu.

Při znečištění si musí umýt ruce a hlavu, pokud je znečištění velké, je nutné postoupit koupel. Koupají se 1x týdně a 1x týdně si mění prádlo.

Při ochlupení se depilují pro pocit čistoty. Zuby si čistí před každou modlitbou. Toaletní papír nevyužívají, po WC se umývají vodou. Proti zápachu používají parfémy.

Při stravování mají několik zásad, které je nutné dodržet. Nesmí se jíst levou rukou. Chleba se láme, nikoliv ukusuje. Voda se musí vypít všechna. Obezita je chápána jako dobrá finanční situace. Dle Koránu se nesmí jíst vepřové maso (posvátnost zvířete), mleté maso a alkohol. Pokud mají muslimové hosty, jsou velice pohostinní. Jídlo si berou rukama nebo pomocí placky. Není slušné odmítat jídlo od hostitele. Neumí stolovat, jsou nepořádní a plýtvají jídlem. Maso mohou jíst pouze od rituálně zabitého zvířete. Žena nesmí podat ruku jinému muži, překryje si ji látkou, aby nedošlo k přímému kontaktu s kůží. Žena se nemá smát kastování společnosti ani rasismu. Muslimové jsou pověřčiví, nesmí se například říkat „ty jsi pěkné dítě“, mohlo by to znamenat uřknutí. Rádi lenoší.

### **Názory na zdraví**

Nemoc postihuje celého člověka a důvodem může být nedostatek jídla nebo uhranutí. V období ramadánu odmítají muslimové infuze i léky. Obézní žena je symbol blahobytu, plodnosti a zdraví.

Interrupce není zakázaná, ale náhradní mateřství není dovoleno. Děti podstupují obřízku, opět je to symbol čistoty. Transplantace jsou povoleny jen od živého dárce. Kosmetické operace, pitvy, eutanazie jsou zakázané. Informace o zdravotním stavu se sdělují vysoce postavenému členu rodiny.

Ve zdravotnickém zařízení je důležité dbát na vyšetření pacienta stejným pohlavím. Pokud není jiná možnost, lze ženu vyšetřit za přítomnosti manžela. Lékař nebo zdravotnický personál mužského pohlaví by neměl navazovat se ženou přímý oční kontakt. Je to chápáno jako vyzývavost. Nepřípustná témata k rozhovoru či tvorbě anamnézy jsou otázky ohledně rodinných a intimních problémů, sexuálních obtíží, rodinného stavu nebo počtů dětí. Žena se může stydět mluvit o tématech močení, stolicí, výtoků a zvracení.

U muslimů je pozorován výskyt plísňových nemocí (důvodem bývají bosé nohy na kobercích v mešitách)

## **3.2 Ukrajinská národnost**

Občané Ukrajiny bývají vesměs všichni pobožní. To ovlivňuje jejich kulturu, zvyky a následně chování. Velká většina se hlásí k pravoslavné církvi Moskevského



a Kyjevského patriarchátu či k řeckokatolické církvi. Jejich víra čerpá ve velké míře z předkřesťanského období.

Existují dva typy obřadů: rodinné a kalendářní. Rodinné obřady byly založeny na oslavách momentů ze života člověka. Kalendářní obřady jsou vnímány jako oslava na základě přírody anebo práce. Každý svátek a obřad se spojoval s náboženstvím a pověr.

Styl života Ukrajinců je velice osobitý. Hlavní determinant jejich stylu je, že nikdy nikam nespěchají, což můžeme pozorovat např. v autobusových spojích nebo u návštěv lékaře. I když je pacient objednan na dvanáctou hodinu, přijde až ve dvě, ale ani se nad tím nepozastaví. Jejich mentalita je totiž založena na tom, že co se nestihne hned, se může udělat později.

Ukrajinci jsou velice pečliví a lpí na formalitách. Vše musí být evidováno a zapsáno či uděláno dle pravidel. Co se týče práce, jsou přehnaně pracovití, zejména ženy, ale na Ukrajině je veliká nezaměstnanost a nízké platy. To je důvodem, proč velká většina emigruje do jiných států Evropy.

Jejich povaha je velice pohostinná a vstřícná. Mezi sebou mívají dobré vztahy a respektují se. Jsou soucitní. Přijímají své okolí velmi snadno a téměř ihned ho berou a chovají se k němu jako ke členu rodiny.

Pokud se jedná o zdravotnictví na Ukrajině, tak je velice špatně šetřeno. Systém pojištění není funkční, tak jak by měl. Lidé chodí k lékaři a za ošetření a výkony platí často hotově přímo lékaři. Zdravotnická péče se odvíjí od sumy peněz, kterou je ochoten pacient či jeho rodina zaplatit. Rodina a jejich příbuzní jsou nuceni platit také zdravotnickému personálu za úkony, které jsou v české republice běžné a samozřejmé. Jedná se o krmení, přebalování a zajištění hygieny pacienta.

Pokud je pacient nemocný či umírá, dostává od nemocnice seznam léků a pomůcek, které musí rodina při nástupu do nemocnice nakoupit.

### **Ukrajinská populace v Českém zdravotnictví**

Při ošetřování je důležité zohlednit víru – křesťanství. Zejména ve stravování.

- Půst – velikonoční postní období – probíhá 40 dní od Popeleční středy do Velkého pátku.

- Velký pátek – nelze požívat mastná jídla.
- Svátek vánoční – do půlnoci je zákaz konzumace masa kromě ryb.
- Eucharistie – omezení stravy hodinu před podáním, nemocným je udělena výjimka – 15 minut. (SNYDER, 2018)

Při plánování kontroly či návštěvu lékaře je nutné zdůraznit datum a čas vzhledem k nedochvilné povaze. Je důležité se ptát pacienta př nedostatku znalostí této kultury, co je možné provést a co jeho víra neuznává. Dle možností by měl zdravotnický personál, pokud to koresponduje se zdravotním stavem pacienta, přizpůsobit ošetrovatelskou péči.

Pacienti ukrajinského původu jsou velice ukáznění a spíše uzavření. Dodržují režim zařízení a jsou ochotni se adaptovat daným podmínkám. Je to dáno situací na Ukrajině. Jsou vděční za každou péči, která je jim podána.

Ve valné většině jsou zde občané ukrajinské národnosti sami bez rodiny, za účelem práce, a když dojde k nemoci, nemá je kdo navštívit. Pokud je ale situace taková, že zde žije celá rodina, potom se snaží střídat v návštěvě nemocného či umírajícího, aby nebyl sám.

U procesu umírání je žádoucí, aby zdravotnický personál zajistil přítomnost rodiny. Pokud pacient zemře, tak musí být tělo odneseno na jednu noc domů. Rakev je umístěna doprostřed místnosti a nesmí se zde nacházet žádné zrcadlo, pokud ano, zakryjí se. V tento den nesmí rodinní příslušníci použít televizi. Druhý den je odnesena rakev na hřbitov a je pohřbena do země.

### 3.3 Židovská národnost

Je založena na víře. Judaismus je náboženství, které oslavuje jednoho Boha. Lidé vyznávající judaismus se nazývají židé. Judaismus je nejvíce rozšířen v Izraeli.

Židovské populace bylo ve světě přibližně 18 miliónů. Za dob diktatury a velkých světových válek bylo číslo sníženo na 13 miliónů Židů. (SVATOŠOVÁ, 2012)

Náboženství je založeno na praktický život a vyznačuje se mírumilovností. Věřící se modlí třikrát denně. Víra je formulována na základě rodinného života, domácnosti a slavení svátku **Šabat**, který se slaví mezi pátečním západem slunce a sobotním večerem každého týdne. V tomto období židé nesmějí používat žádné dopravní prostředky, manipulovat s penězi a nepracují. Co se týče stravy, tak musí být čistá

tzv. košer strava. Košer strava je forma podávání jídla masného a mléčného výrobku odděleně. Jinak se mléčná strava smí konzumovat půl hodiny po masitém jídle a v obráceném případě 3-6 hodin. Vepřové maso se v období Šabatu nesmí požívat, je zcela zakázané. Ostatní maso je povoleno pouze ze zvířat s rozpolcenými kopyty či z ryb s ploutvemi a šupinami.

**Den smíření** je období, kdy po celý den nesmí věřící konzumovat jídlo ani pítí.

### **Židé a zdravotnictví**

Židovský zákon přikazuje, že v případě nutnosti je možné vyhledat odbornou medicínskou péči. Zákon dovoluje amputaci, užívání léků a očkování. Každá část těla, která je amputována, je řádně omyta a pohřbena. Judaismus nedovoluje kremaci. Těla se pohřbívají pouze v rakvi. Pitva je umožněna pouze v případě, pokud se při ní neodejmou části těla.

V období šabatu a svátků mohou židé odmítnout lékařskou péči a také hospitalizaci. Svého zdraví si však váží. Právo na život předchází téměř všechny zákony, a to i u infaustních prognóz. U vizity lékařem by se mělo dbát o zachování ošetření stejným pohlavím. Pokud z určitých důvodů nelze, je nutné, aby při vyšetření byl jiný zdravotnický personál (sestra, ošetřovatel) anebo rodinný příslušník. Muž nepodává ženě ruku z důvodu možnosti znečištění, když žena menstruuje.

Při umírání by neměl být věřící sám. Smrt a umírání jsou vnímány jako velká událost. Příprava na toto období probíhá již v průběhu života. Je vhodné dovolit rodině připravit umírajícího na smrt ještě za plného vědomí, pokud to stav umožní. Zdravotnický personál se domluví s členy rodiny ohledně stravy u umírajícího. Dle tradic by měl pacient v průběhu umírání dostávat napít vody nebo čaje a měla by mu být podána polévka.

## **3.4 Vietnamská národnost**

Malý vzrůst, pracovitost, žlutá pleť, tykání – takto by charakterizovala široká veřejnost Vietnamce. Podle statistik ministerstva vnitra letos (rok 2009) ke konci září pobývalo v ČR legálně 57 762 Vietnamců. Z čehož lze vyvodit, že vietnamská

národnost je třetí nejpočetnější etnickou skupinou na území České republiky. (ÚZIS, 2009) (FREIDINGEROVÁ, 2014)

Komunikace s vietnamským občanem je velice neosobní. Jsou přátelští, rádi si povídají s lidmi okolo, ale jsou plaší, pokud se rozvine rozhovor v oblasti jejich soukromí. To, že neradi mluví o svém osobním životě, se může vnímat jako ochrana rodiny. Ve vietnamské populaci je rodina základ žití. Lze pozorovat, že pokud mají v rodinném okruhu spor, při problému, ať už zdravotním či finančním, si pomáhají.

Pokud jde o potomky, vždy je respektováno dítě, které je prvorozené, zejména pokud jde o mužské pohlaví. Ve většině směrů je mužský potomek upřednostňován a jsou od něj očekávány nejlepší výsledky. Ve vzdělání jsou kladeny velké nároky na všechny děti, nejen ty nejstarší. Důraz na vzdělání má ten význam, že rodiče chtějí svým potomkům zabezpečit budoucnost. V některých rodinách i přes ekonomickou nezaopatřenost jsou děti podporovány až nuceny k co nejvyššímu studiu.

V oblasti hlavy rodiny se jedná ve velké většině o patriarchát. Rozhoduje tedy otec, jako hlava rodiny, popřípadě nejstarší syn. Ženy jsou podřízené a často nemívá jejich názor takovou váhu.

Náboženství je zde v několika směrech. Setkat se můžeme s věřícími v buddhismu, což je nejrozsáhlejší náboženství, následuje konfucianismus a nejméně rozšířeným je taoismus.

Náboženství není pro Vietnamce tak důležité jako dodržování tradic a oslava svátků. Největší vietnamské svátky jsou: Dětský den, který se slaví koncem září a žen. Každý měsíc dle lunárního kalendáře je nutno zapálit svíčku a dát dary na oltář, který má doma vystavena téměř každá vietnamská domácnost. Oltář má být zejména v obývacím pokoji. Jsou na něm fotky zesnulých. Zapálení vonné svíčky má ten význam, že se na zemřelé nezapomnělo, tím pádem na rodinu dohlíží a nehněvá se. Jde o uctění zemřelých.

Nejdůležitějším jsou svátky nového lunárního roku. Oslava trvá týden až měsíc. Jde o svátky, kdy se sejde celá rodina a slaví při hostině a jí slavnostní jídla. U sešlosti jsou probírány nejdůležitější problémy domácnosti, byznysu a vzdělání potomků.

Základem slušného chování je rozvíjeno od dětství. Rodiče své děti učí, aby si nestěžovali svým blízkým a svému okolí ohledně svých problémů. Úsměv je

ve vietnamské komunitě aplikován téměř na každou situaci, zejména při nesnázích, zlehčení nepříjemné situace, při nedorozumění, anebo když si nejsou něčím jisti.

### **Vietnamci v českém zdravotnictví**

Při získávání ošetřovatelské anamnézy či kontaktu sestry s pacientem je nutné dbát na kulturní zvyklosti a národu vietnamských pacientů. Pro schopnost spolupráce a získání důvěry je nutné, aby sestra zbytečně nenavazovala s pacientem oční kontakt. Vietnamec může oční kontakt vnímat jako degradaci či pocit nadřazenosti od sestry. Noha přes nohu může znamenat povýšenost a smrkání na veřejnosti je nevhodné.

Při vysvětlování určitých zákroků a vyšetření je z důvodu komunikační bariéry důležité, aby bylo vysvětlováno stručně, jednoduše a pomalu. Vhodné je i opakování a zpětná vazba. Je možné, že pacient požádá zdravotnický personál, aby u jeho vyšetření či sdělování informací byl někdo z jeho rodiny. Není vhodné, aby se pacientovi sděloval závažný stav bez konzultace s rodinným příslušníkem, který je hlavou rodiny. Ten rozhodne, zdali je vhodné sdělit pacientovi informace o jeho zdravotním stavu. Důvodem je, že Vietnamci nechtějí, aby byl nemocný více ve stresu a měl více obav.

Ženy bývají stydlivé a zachovávají si své soukromí, proto by měl zdravotník zajistit privátní místnost při ošetřování.

Vzhledem k jejich výchově o nezatěžování svého okolí se svými problémy je pro zdravotníky žádoucí, aby pacienta sledovali objektivně. (Častá návštěva toalety, úlevové polohy při bolestech atd.).

Vietnamci jsou často nedůvěřiví vůči české medicíně. Preferují alternativní medicínu. Využívají bylinky, z nich odvary na obklady či popíjení. V těchto případech by měl zdravotník konzultovat tyto faktory s ošetřujícím lékařem a zamezit nežádoucím účinkům či kontraindikaci s podáváním léků od lékaře. Příchod k lékaři často indikuje, že je stav pacienta závažný a doma se již nedá zvládat.

## 4 Empirická část

Pro průzkumnou práci je nejdůležitější část praktická. Jedná se o získání poznání celého úmyslu práce. Na začátku práce byly vytvořeny cíle, v této části práce si je vymezíme a ověříme. Mezi prvními cíli bylo zjistit, zdali všeobecné sestry mají vůbec nějaké zkušenosti s péčí o cizince, což nám už prozrazuje název práce. Za tímto účelem byl sestaven dotazník s dvaceti otázkami. Dále bude zpracován pomocí grafů a na konci práce se dozvíme výsledky, které byly na základě toho vyhodnoceny.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl:** Zjistit zkušenosti všeobecných/praktických sester s péčí o cizince.

**Dílčí cíl 1:** Zmapovat zkušenosti sester u vybraných populací.

- Průzkumná otázka:
- ✓ Jaké znalosti mají sestry o vybraných populacích?
- ✓ Odkud nejčastěji pocházejí pacienti – cizinci, kterým respondenti poskytovali ošetrovatelskou péči?

**Dílčí cíl 2:** Zmapovat zkušenosti sester s komunikací s cizojazyčnými pacienty.

- Průzkumné otázky:
- ✓ 2.1 Jakými cizími jazyky jsou sestry schopny komunikovat?
- ✓ 2.2 Jakým způsobem sestry komunikují s pacienty při neznalosti cizího jazyka? (při jazykové bariéře)

## 5 Metodika průzkumu

Pro získání informací k vypracování bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního průzkumu. K získání sběru dat byl využit dotazník, který byl sestaven na základě stanovených cílů. Dotazník byl vyhotoven z dvaceti otázek, z čehož je čtrnáct položek uzavřených a šest polouzavřených. U položek 16, 20 je možnost vícera správných odpovědí.

Úvodní otázky jsou identifikačního charakteru (otázky č. 1, 2, 3 a 4), tím se zhodnotily základní údaje o respondentech (věk, vzdělání). Následující otázky jsou zaměřeny na zkušenosti sester (otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 a 13). V neposlední řadě byly sestaveny otázky, které zkoumaly znalosti sester ohledně kultury a tradic u vybraných populací (otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 20).

Konečné zhotovení dotazníku bylo dokončeno v říjnu 2018 po konzultaci s vedoucím bakalářské práce. V půlce listopadu pak byl dotazník finálně vypracován a distribuován respondentům. Respondenty tvořili výhradně studenti VŠZ třídy 3. CVS a internetový portál, jehož odkaz byl přístupný pouze zdravotníkům.

Bylo rozdáno 120 dotazníků a návratnost byla 80% (tzn. 95 dotazníků).

## 1. Tabulka 1 Věk Otázka:

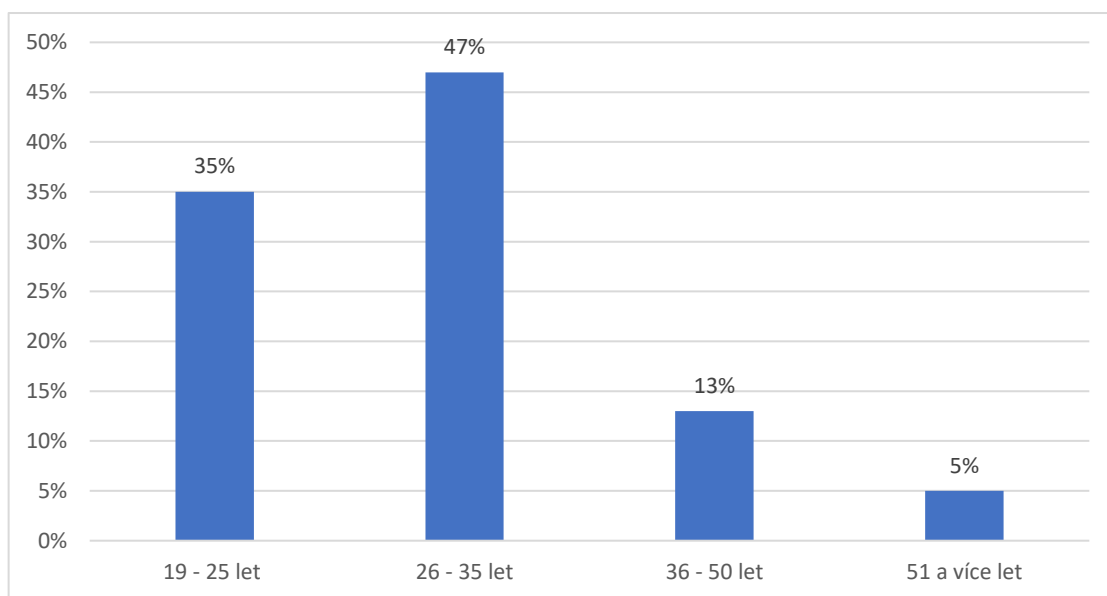
Vaše věková kategorie:

Tabulka 1

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
19-25 let	35 %	33
26-35 let	47 %	45
36-50 let	13 %	12
51 a více let	5 %	5

Zdroj: autor, 2019

Graf 1 Věk



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Z grafu jasně vyplývá, že 26-35 let byla nejčastější věková skupina respondentů, tedy v 47 % případů. Následuje skupina 19-25 let, která je procentuálně zastoupena 35 %. Většinou se tato skupina skládala z pracujících sester po nově dokončeném vzdělání. Respondentů okolo 36-50 let je 13 %. Ovšem nejmenší (5 %) je zastoupení sester starších 51 let, což je dáno výběrem populace a místem získání výzkumných vzorků.



## 2. Otázka:

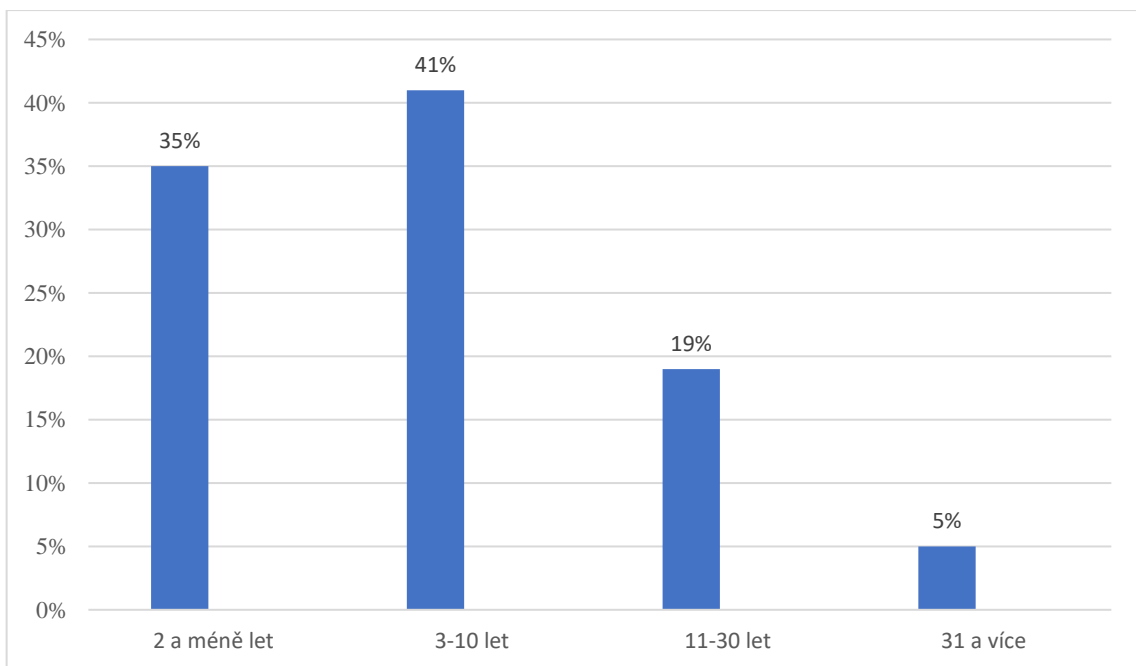
Délka Vaší praxe:

Tabulka 2 Délka praxe

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
2 a méně let	35 %	33
3-10 let	41 %	39
11-30 let	19 %	18
31 a více	5 %	5

Zdroj: autor, 2019

Graf 2 Délka praxe



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Od první otázky se odráží i tato. Respondenti ve věku 26–35 let popisují délku praxe 3-10 let a druhou nejčastější odpovědí také 2 a méně let. Procentuálně je 41 % sester s praxí 3-10 let, 35% respondentů má 2 a méně let praxe, 19% sester má 11-30 let praxe a 5% respondentů má 31 a více let praxe ve zdravotnictví

### 3. Otázka

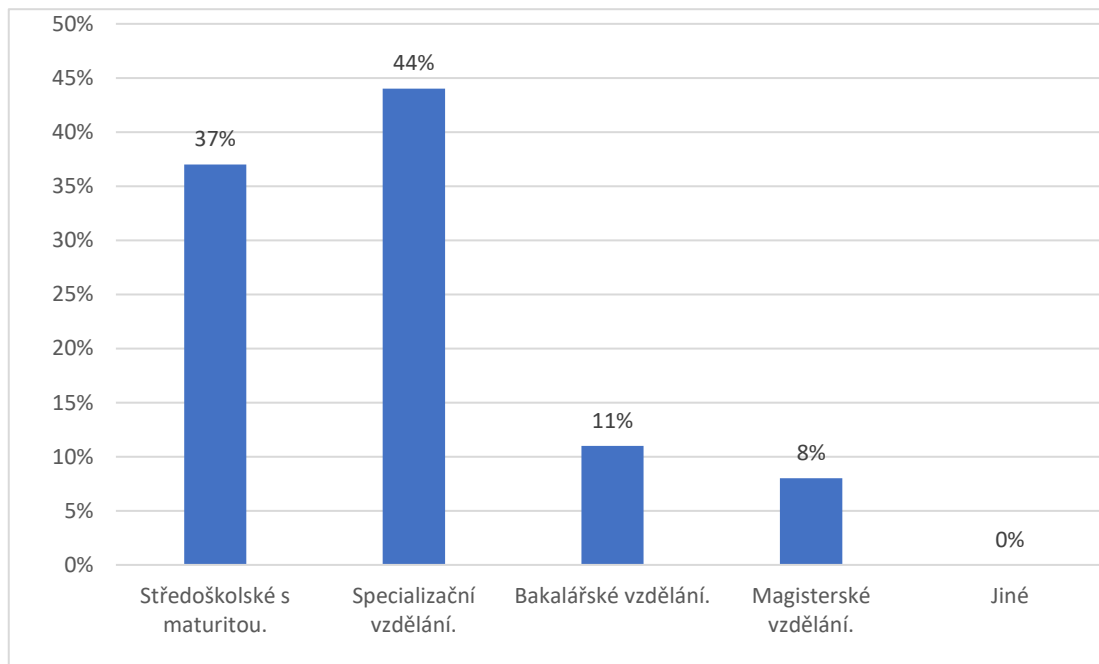
*Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

Tabulka 3 Dosažené vzdělání

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Středoškolské s maturitou	37 %	35
Specializační vzdělání	44 %	42
Bakalářské vzdělání	11 %	10
Magisterské vzdělání	8 %	8
Jiné	0 %	0

autor, 2019

Graf 3 Vzdělání



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Nejčastější skupina je se specializačním vzděláním (44 %). Sestry to zdůvodňují tím, že zaměstnavatel požadoval ke středoškolskému vzdělání s maturitou minimálně specializaci. Další početnou skupinou jsou sestry se středoškolským

vzděláním s maturitou (37 %). 11 % respondentů uvedlo, že má bakalářské vzdělání a magisterské vzdělání mělo pouze 8%.

#### 4. Otázka

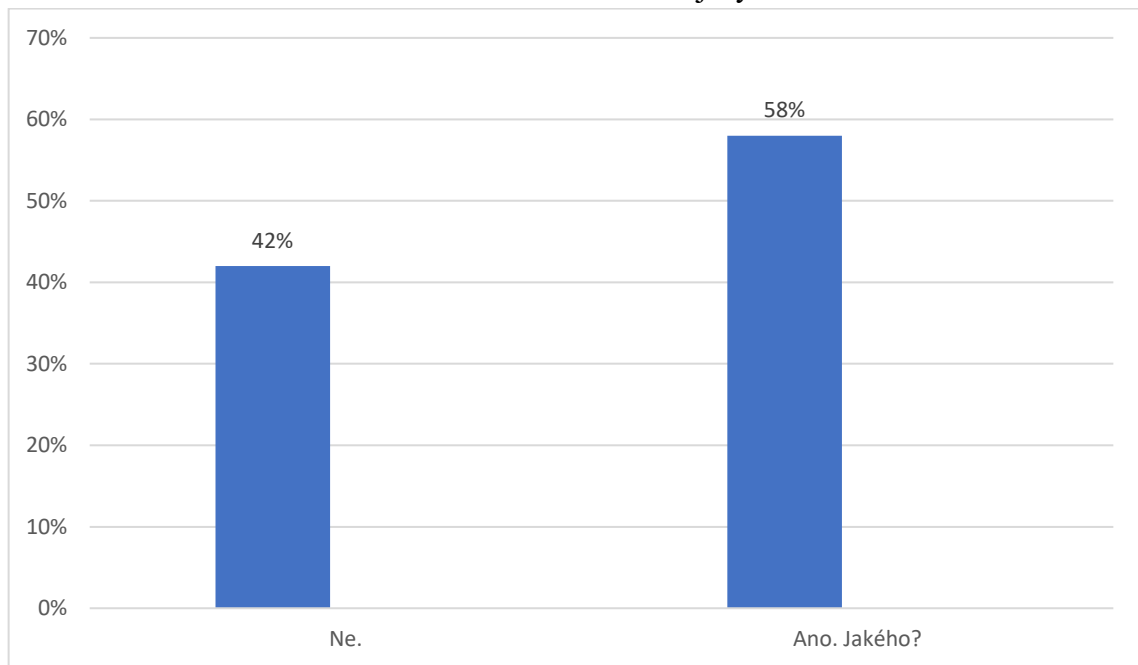
*Jste znalá cizího jazyka?*

Tabulka 4 Znalost cizího jazyka

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ne.	42 %	40
Ano. Jakého?	58 %	55

Zdroj: autor, 2019

Graf 3 Znalost cizího jazyka



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Větší část tj. 58 % respondentů, odpověděla, že jsou znalí cizího jazyka. Ve velké většině uvádí angličtinu (48 %), němčinu (35 %), ruštinu (12 %) a také španělštinu (5 %). Ve 42% respondenti uvádějí, že cizí jazyk neovládají.

## 5. Otázka

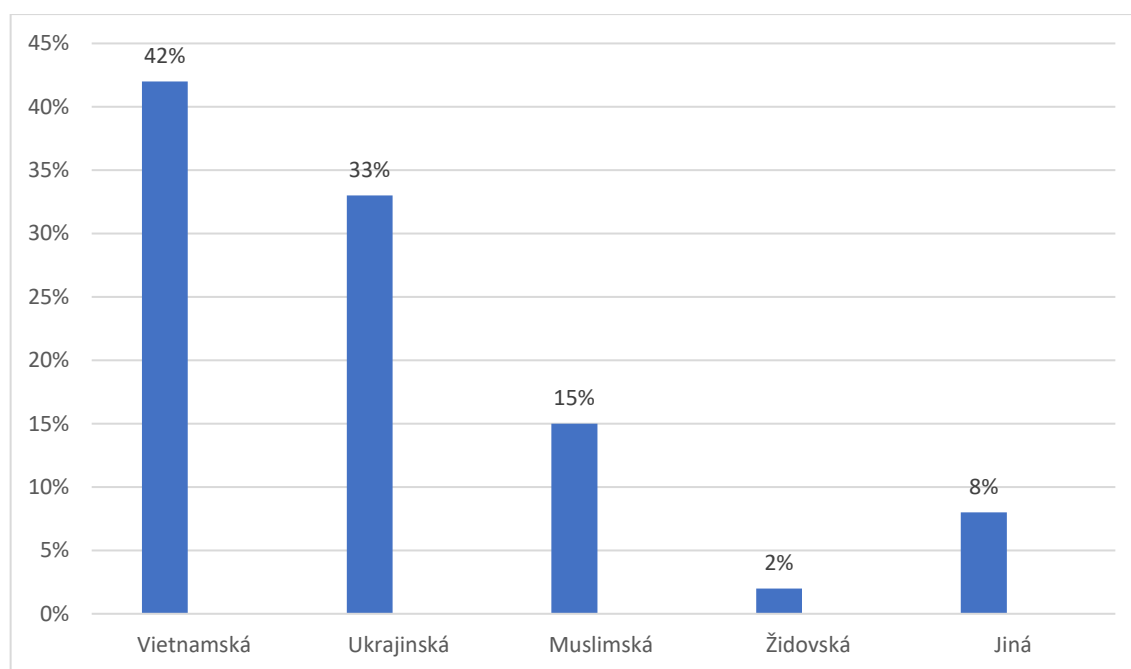
*S jakou národností se na svém pracovišti nejčastěji setkáváte?*

Tabulka 5 Nejčastější ošetřovaná národnost na pracovišti

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Vietnamská	42 %	40
Ukrajinská	33 %	32
Muslimská	15 %	14
Židovská	2 %	2
Jiná	8 %	8

Zdroj: autor, 2019

Graf 5 Nejčastější ošetřovaná národnost na pracovišti



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Dle průzkumu můžeme vidět, že nejčastější národností navštěvující zdravotnické zařízení je národnost vietnamská (42 %). Ve 33 % je často zdravotnictví navštěvované ukrajinskou populací. Muslimská populace je uvedena v 15 %. A zvolená odpověď jiná (8 %) je doplněna odpovědí, že častá populace je ruská.

## 6. Otázka

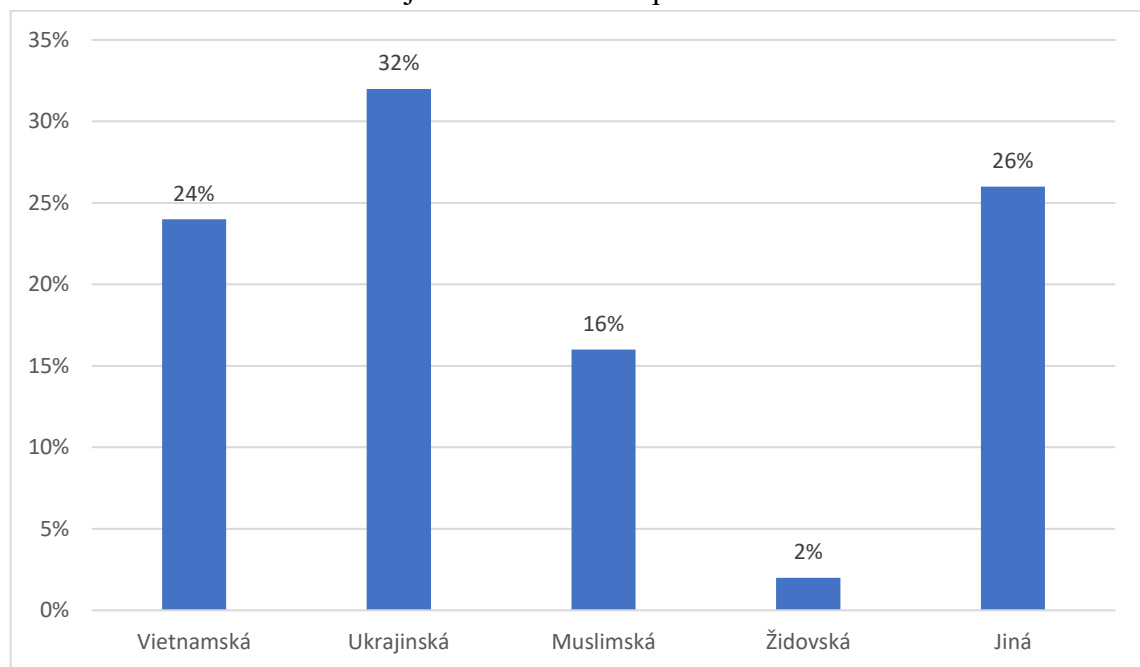
*S jakou populací máte nejhorší zkušenosti a problém v ošetřování?*

Tabulka 6 Nejhorší zkušenosti a problém v ošetřování

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Vietnamská	24 %	23
Ukrajinská	32 %	30
Muslimská	16 %	15
Židovská	2 %	2
Jiná	26 %	25

Zdroj: autorZdroj: autor, 2019

Graf 6 Nejhorší zkušenosti a problém v ošetřování



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Nejčastější odpovědí s problémem v ošetřování byla sice ukrajinská populace 32 %, ale nemůžeme zde nezaznamenat odpověď „jiná“ (26 %), kde respondenti udávají ruskou populaci a také romskou. Vietnamská populace byla uvedena ve 24 %. Problém v ošetřování v muslimské populaci se vyskytovala v 16 % a ve 2% zastoupení byla uvedena židovská populace.

## 7. Otázka

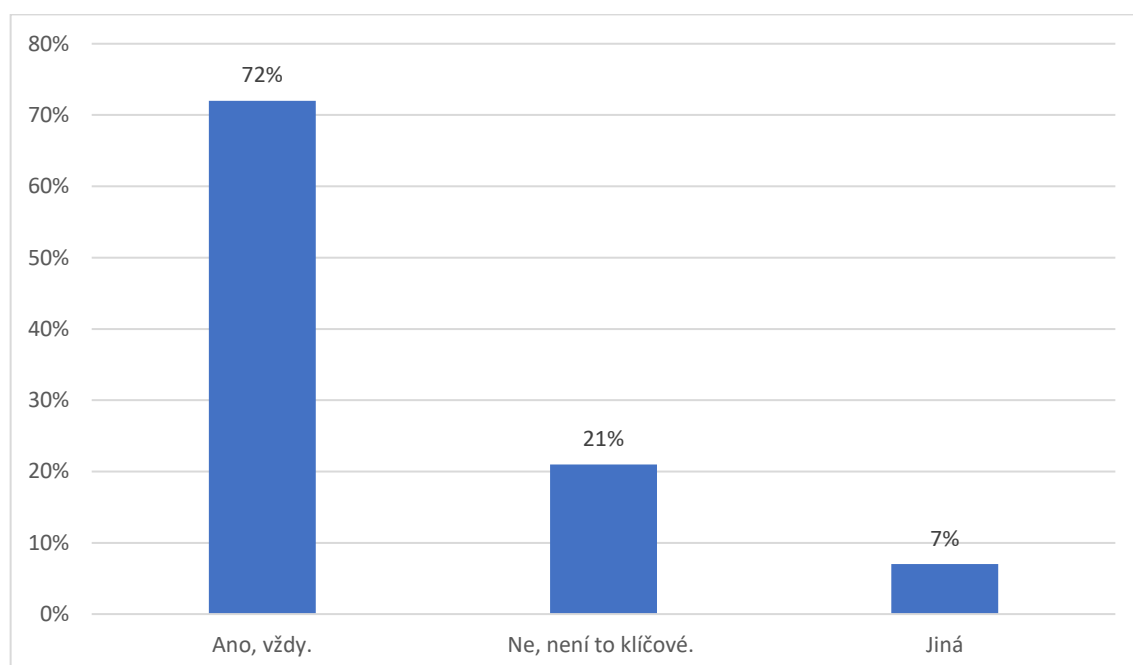
*Je potřeba zohledňovat pacientovy kulturní zvyklosti?*

Tabulka 7 Zohlednění pacientových zvyklostí

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano, vždy.	72 %	68
Ne, není to klíčové.	21 %	20
Jiná	7 %	7

Zdroj: autor, 2019

Graf 7 Zohlednění pacientových zvyklostí



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Z 72 % byla uvedena odpověď, že je potřeba zohledňovat pacientovy zvyklosti. 21 % respondentů si myslí, že není nutné zohledňovat pacientovy zvyklosti. 7 % respondentů uvedlo jinou odpověď, kterou následně slovně doplnili. V odpovědích „jiná“ byly uvedeny věty typu: „Pouze, pokud to neohrožuje zdravotní stav pacienta.“, „Ano, v případě možnosti oddělení.“

## 8. Otázka

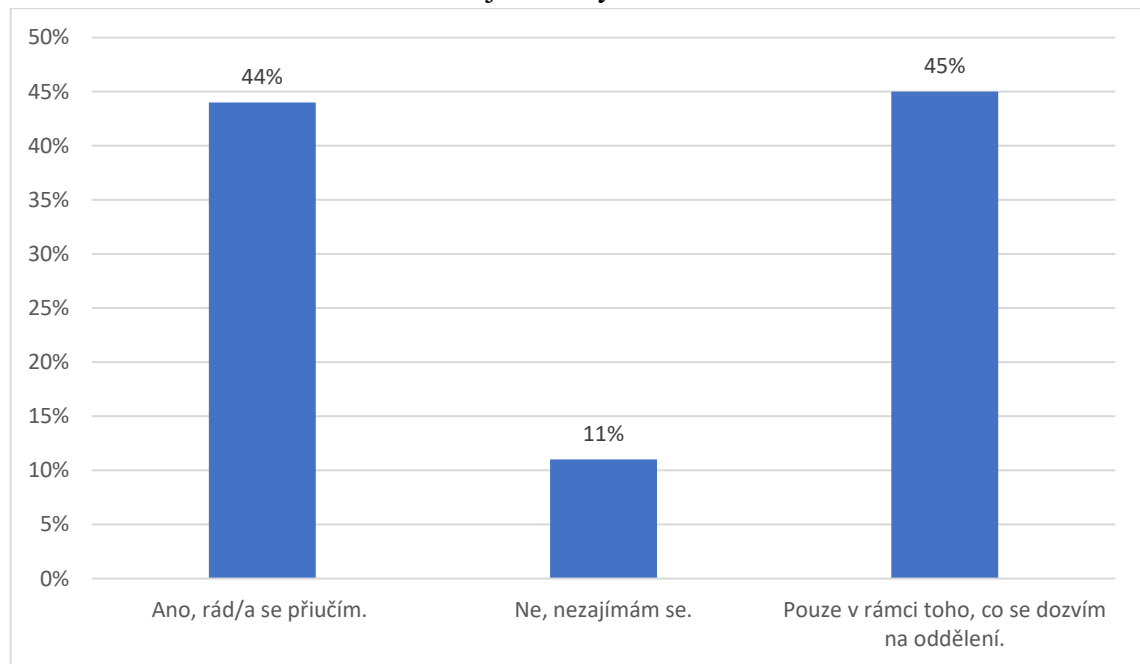
*Zajímají Vás zvyklosti cizích zemí?*

Tabulka 8 Zájem o zvyklosti cizích zemí

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano, rád/a se přiučím.	44 %	42
Ne, nezajímám se.	11 %	10
Pouze v rámci toho, co se dozvím na oddělení.	45 %	43

Zdroj: autor, 2019

Graf 8 Zájem o zvyklosti cizích zemí



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Graf ukazuje, že respondenti aktivně vyhledávají zvyklosti jiných zemí nebo alespoň se zajímají o ně v rámci oddělení. 45 % uvedlo, že se zajímá o zvyklosti zemí, ale pouze pasivní cestou, tj. v rámci toho, co se dozví na oddělení/ v práci. 44 % sester se rádo přiučí aktivní cestou i mimo práci. 11 % respondentů uvedlo absolutní nezájem o tuto problematiku.



## 9. Otázka

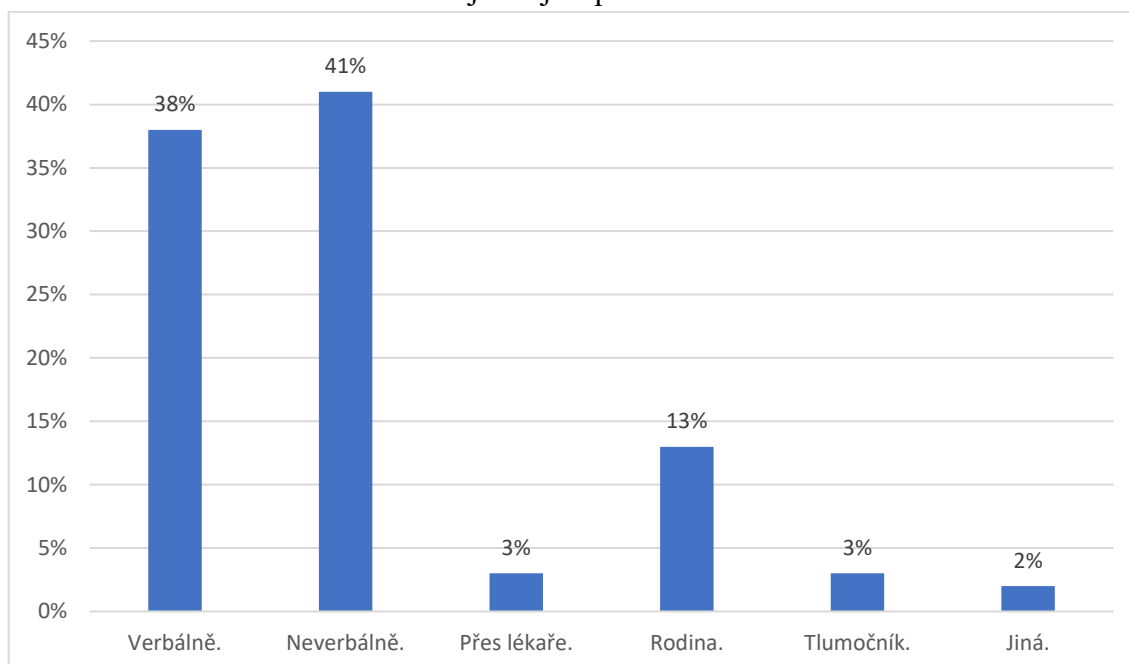
*Váš nejčastější způsob dorozumívání s cizinci je:*

Tabulka 9 Nejčastější způsob dorozumívání

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Verbálně.	38 %	36
Neverbálně.	41 %	39
Přes lékaře.	3 %	3
Rodina.	13 %	12
Tlumočnick.	3 %	3
Jiná.	2 %	2

Zdroj: autor, 2019

Graf 9 Nejčastější způsob dorozumívání



Zdroj: autor, 2019

Komentář: 41 % respondentů komunikuje neverbálně. Vzhledem k předchozí otázce ohledně toho, jsou-li respondenti znalí cizího jazyka, odpovídali spíše kladně. Je zřejmé, že v této otázce je výsledkem verbální komunikace jako druhá nejčastější. Důležitou součástí bývá i zainteresování rodinných příslušníků (13 %). Ve 3 % je využit tlumočnick, anebo je komunikace zprostředkována přes lékaře. V sekci jiná (2 %) bylo doplňováno dorozumívání pomocí tabulek a slovníkových frází.

## 10. Otázka

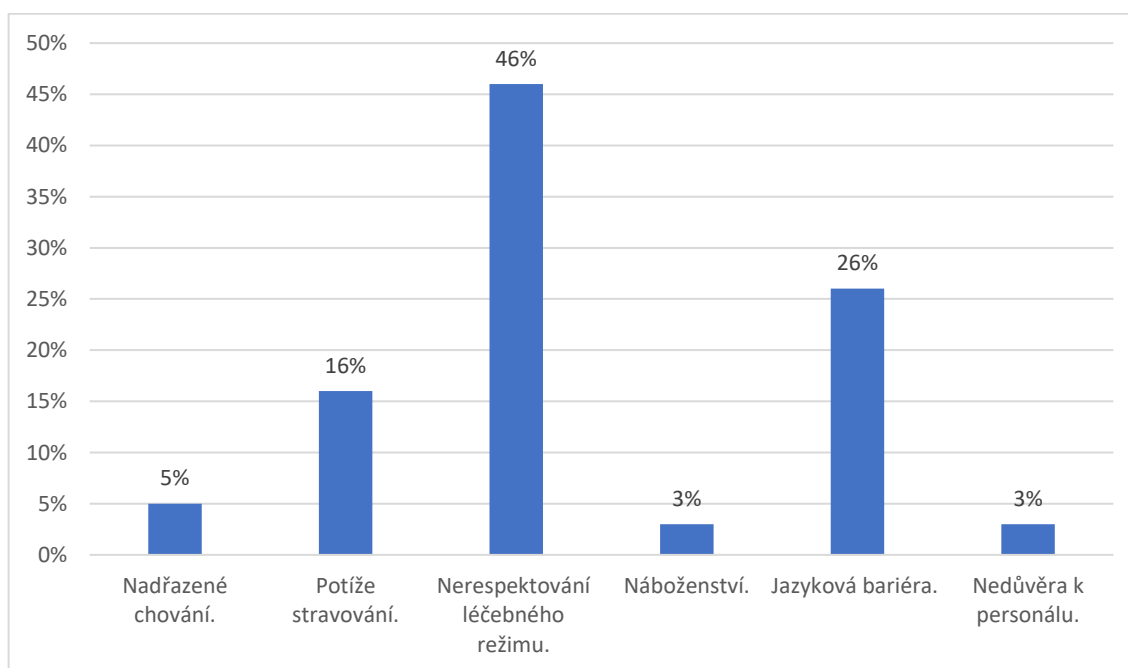
*Největším problémem s pacientem jiné národnosti je dle Vaší zkušenosti:*

Tabulka 10 Největší problém s pacientem jiné národnosti

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Nadřazené chování.	5 %	5
Potíže stravování.	16 %	15
Nerespektování léčebného režimu.	46 %	44
Náboženství.	3 %	3
Jazyková bariéra.	27 %	25
Nedůvěra k personálu.	3 %	3

Zdroj: autor, 2019

Graf 10 Největší problém s pacientem jiné národnosti



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Stejně tak jako u českých pacientů, tak i u cizinců většina (46 %) nedodrží léčebný režim, ale v tomto směru je to i z důvodu jazykové bariéry (26 %), která je v průzkumu druhým nejčastějším problémem. Posledním zmiňovaným problémem jsou potíže se stravováním (16 %) a váže se to na problém dodržení diety nastavené ke zdravotnímu stavu. Potíže stravování vyplývají z odlišné kuchyně různých kultur.

5 % respondentů uvedlo jako problém nadřazené chování. Ve 3 % je uvedeno náboženství a nedůvěra k personálu

## 11. Otázka

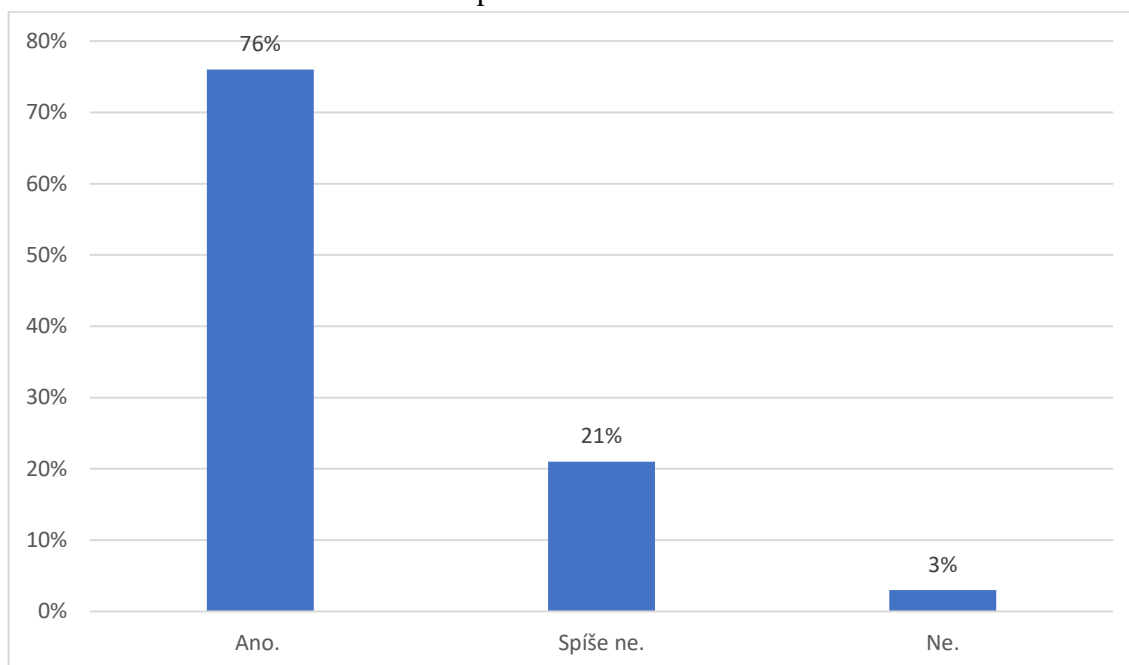
*Pokud jde o jazykovou bariéru, dokážete se neverbálně domluvit?*

Tabulka 11 Schopnost se dorozumět non verbálně

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano.	76 %	72
Spíše ne.	21 %	20
Ne.	3 %	3

Zdroj: autor, 2019

Graf 11 Schopnost dorozumět se nonverbálně



Zdroj: autor, 2019

Komentář: V nonverbální komunikaci je důležité umět improvizovat, a to mi většina zkoumaných zdravotníků potvrdila (76 %). Je nutné umět komunikovat tzv. „rukama, nohama“, tak jako je důležitá mimika obličeje. 21 % respondentů uvedlo, že není nutné se dorozumět neverbálně. 3 % si nemyslí, že je nutné dorozumět se neverbálně.

## 12. Otázka

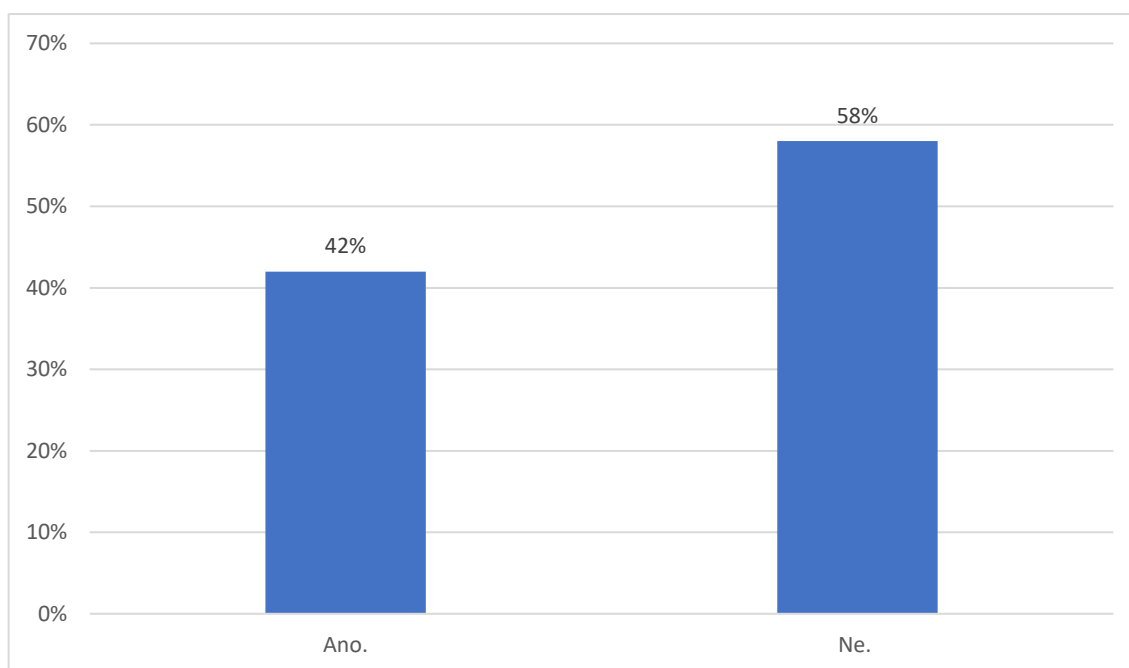
*Máte možnosti kontaktu s tlumočnickem?*

Tabulka 12 Možnost využití tlumočníka

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano.	42 %	40
Ne.	58 %	55

Zdroj: autor, 2019

Graf 12 Možnost využití tlumočníka



Zdroj: autor, 2019

Komentář: 58 % tázaných odpovědělo, že nemají možnost tlumočníka a zbylá část (42 %) odpověděla, že možnost využití tlumočníka na svém pracovišti má.

### 13. Otázka

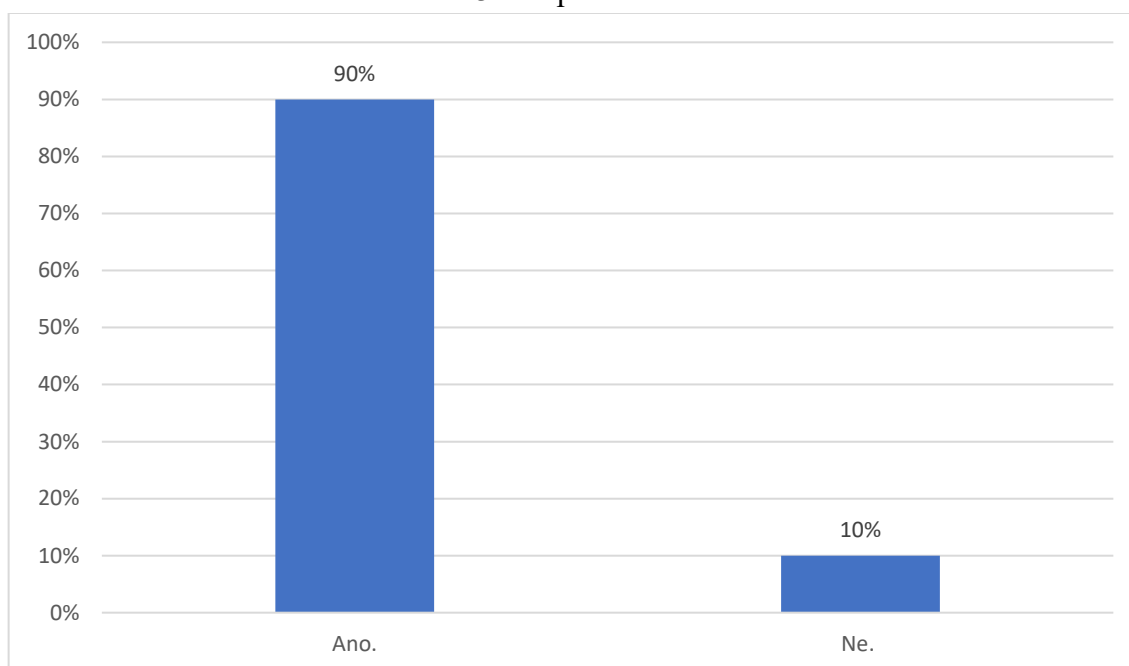
*Pokud ano, je Vám tlumočnick prospěšný?*

Tabulka 13 Prospěšnost tlumočnicka

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano.	90 %	36
Ne.	10 %	4

Zdroj: autor, 2019

Graf 13 Prospěšnost tlumočnicka



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Zbytku respondentů (z 90 %), kteří mají možnost využití tlumočnicka, přijde velice prospěšný, a lépe se dorozumí s pacientem. 10 % uvádí, že i přes tlumočnicka není efekt dorozumění dostatečný.

## 14. Otázka

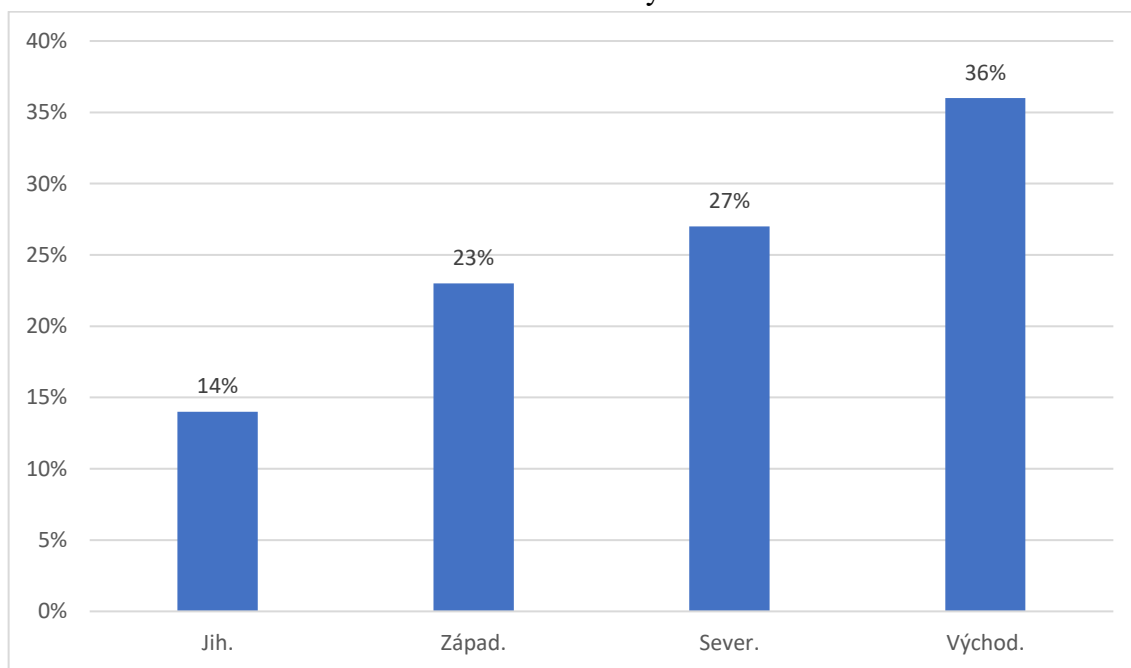
*Víte, na jakou světovou stranu se modlí muslimský pacient?*

Tabulka 14 Směr světové strany modliteb muslimů

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Jih.	14 %	13
Západ.	23 %	22
Sever.	27 %	26
Východ	36 %	34

Zdroj: autor, 2019

Graf 14 Směr světové strany modliteb muslimů



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Správnou odpovědí na tuto otázku je východ, tedy poslední možnost. Po vyplnění dotazníku se zdravotníci ptali na správnou odpověď. Vyhodnocení otázky je následující: nejčastější volenou odpovědí je poslední, tedy správná odpověď, a to v 36 %, 27 % respondentů volilo sever, 23 % respondentů západ a v neposlední řadě 14 % jih.

## 15. Otázka

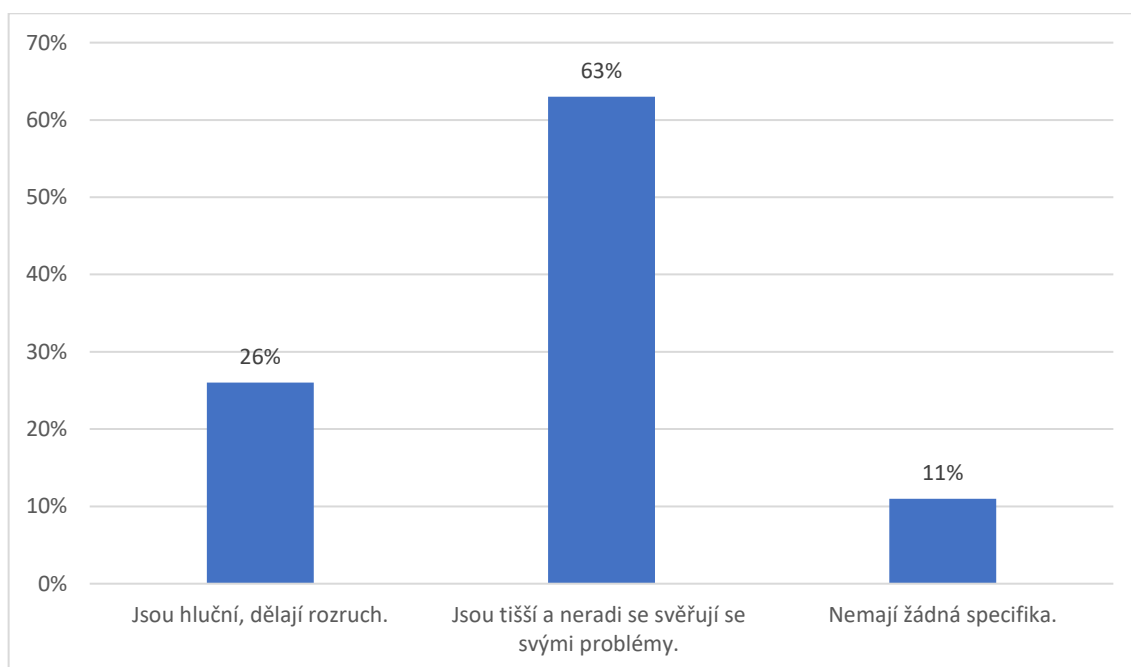
*Jaké bývají specifika pro vietnamské pacienty?*

Tabulka 15 Specifika vietnamské populace

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Jsou hluční, dělají rozruch.	26 %	25
Jsou tišší a neradi se svěřují se svými problémy.	63 %	60
Nemají žádná specifika.	11 %	10

Zdroj: autor, 2019

Graf 15 Specifika vietnamské populace



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Správná odpověď byla druhá možnost, kde valná většina odpověděla správně (63 %). 26 % sester uvedlo, že vietnamská populace je hlučná a dělá rozruch. 11 % uvedlo, že tato populace je bez specifíků.



## 16. Otázka

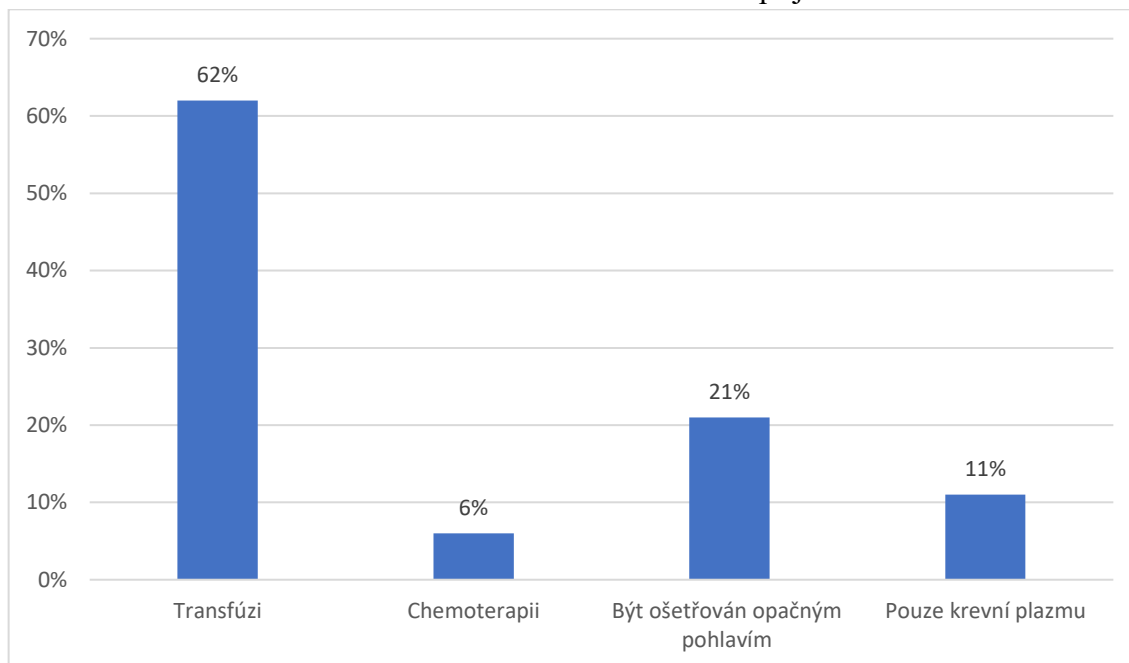
*Co nesmí ortodoxní židé přijmout?*

Tabulka 16 Co nesmí ortodoxní židé přijmout

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Transfúzi	62 %	59
Chemoterapii	6 %	6
Být ošetřován opačným pohlavím	21 %	20
Pouze krevní plazmu	11 %	10

Zdroj: autor, 2019

Graf 16 Co nesmí ortodoxní židé přijmout



Zdroj: autor, 2019

Komentář: U této otázky je nejpřesnější odpověď první. Také můžeme na grafu vidět, že tázaní odpovídali správně (62 %). Druhou nejčastější odpověď, kterou zvolili, je taktéž správně (21 %). 11 % uvedlo, že židé nesmí přijmout pouze krevní a 6 % uvedlo chybou odpověď, tedy chemoterapii.

## 17. Otázka

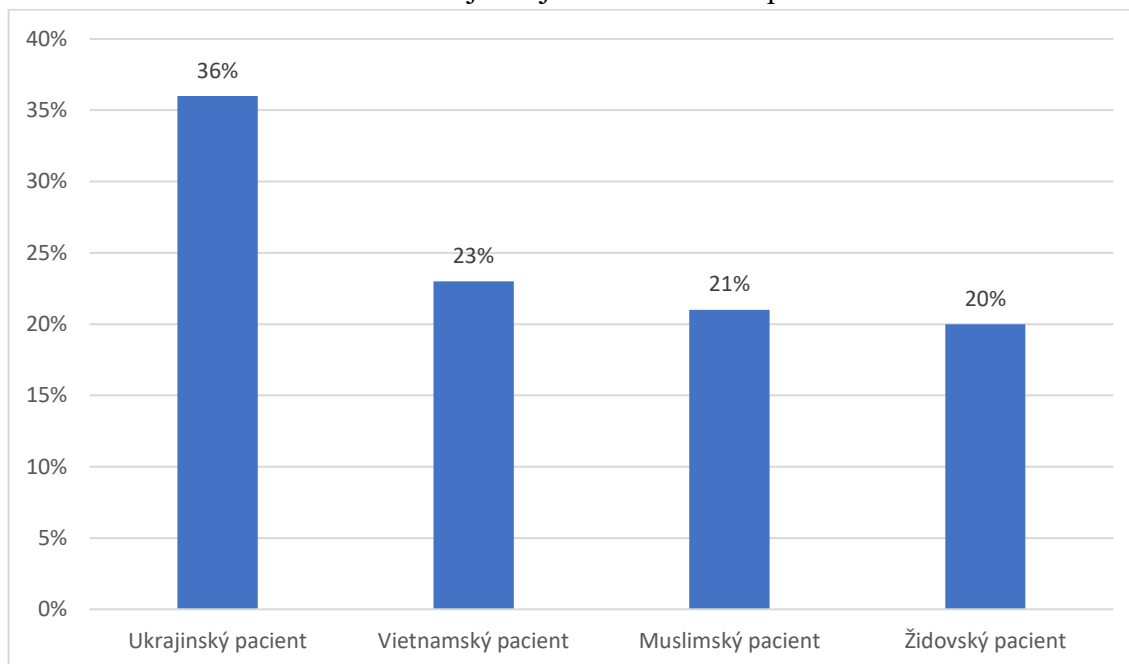
*Který z pacientů by přišel pozdě?*

Tabulka 17 Nejčastější nedochvilnost pacienta

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ukrajinský pacient	36 %	34
Vietnamský pacient	23 %	22
Muslimský pacient	21 %	20
Židovský pacient	20 %	19

Zdroj: autor, 2019

Graf 17 Nejčastější nedochvilnost pacienta



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Správnou odpovědí na nedochvilného pacienta je první (36 %), pozdě by přišel pacient ukrajinské národnosti. Vzhledem k plošné zemi je tolerováno opoždění 30- 60 min. 23 % respondentů odpovědělo, že přijde pozdě vietnamský pacient, 21 % zkoumaných odpovědělo, že muslimský pacient. A z 20 % respondentů odpovědělo židovského pacienta jako nedochvilného.

## 18. Otázka

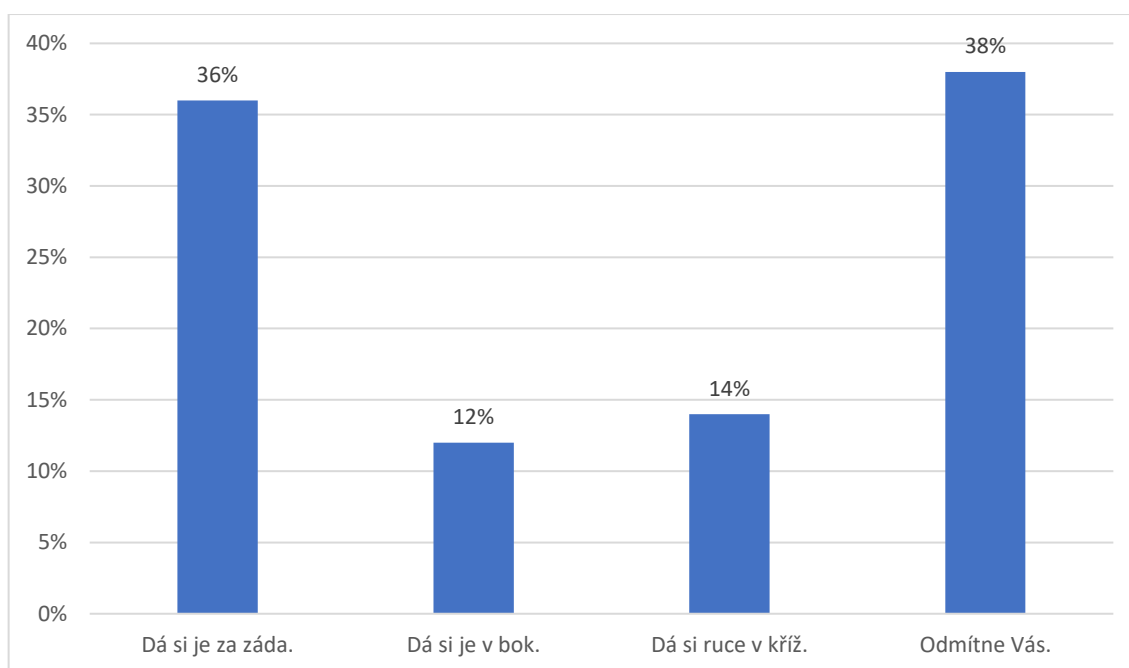
*Jak se chová muslimský pacient, když Vám nechce podat ruku?*

Tabulka 18 Chování muslimského pacienta při odmítání podání ruky

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Dá si jí za záda.	36 %	34
Dá si je v bok.	12 %	11
Dá si ruce v kříž.	14 %	14
Odmítne Vás.	38 %	36

Zdroj: autor, 2019

Graf 18 Chování muslimského pacienta při odmítání podání ruky



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Když Vám nechce podat ruku muslimský pacient, dá si jí za záda. Je to jejich způsob odmítnutí. Z čehož vyplývá, že první odpověď je správná. Značná část respondentů odpovědělo: odmítnutí (38 %). Hned za odmítnutím je hodnocení správné odpovědi tedy první (36 %). 14 % respondentů uvedlo, že si dá pacient muslimské národnosti ruce křížem. A 12 % sester uvedlo, že si dá ruce v bok.

## 19. Otázka

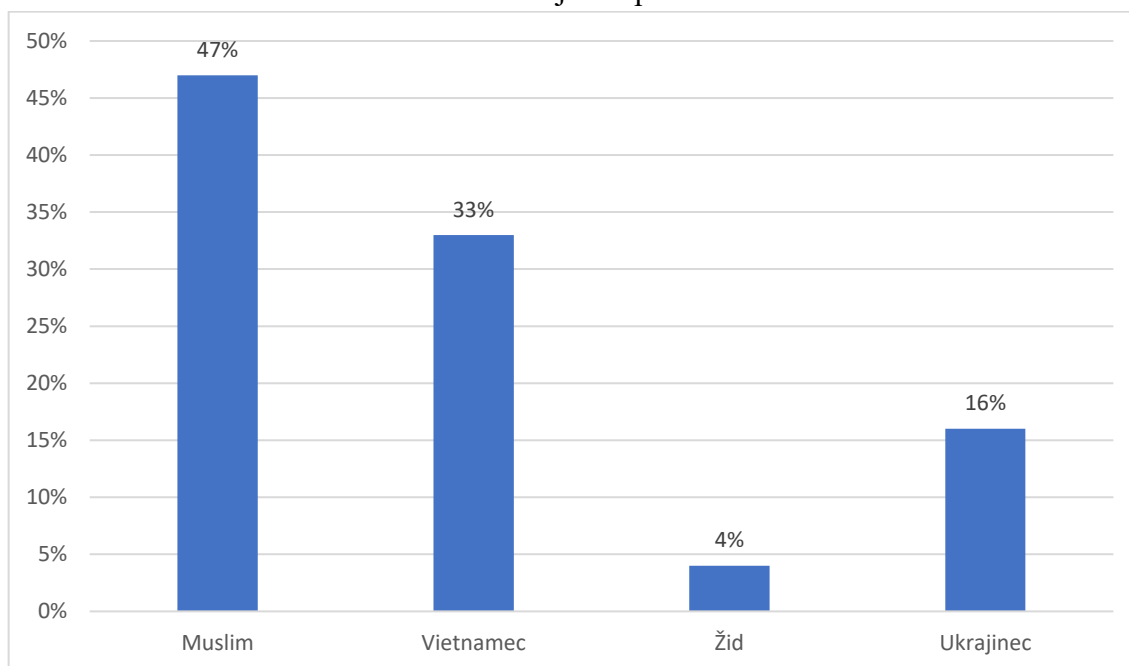
*Který z těchto pacientů bude mít nejnižší práh bolesti?*

Tabulka 19 Nejnižší práh bolesti

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Muslim	47 %	45
Vietnamec	33 %	31
Žid	4 %	4
Ukrajinec	16 %	15

Zdroj: autor, 2019

Graf 19 Nejnižší práh bolesti



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Tato otázka byla zodpovězena nejčastěji první odpovědí – muslim. Není tomu tak, nejnižší práh bolesti mívají Asiaté. To znamená, že správnou odpovědí je odpověď druhá a odpovědělo na ni správně 33 % respondentů. Nejčastěji se dotazovaní mýlili a volili odpověď první (47 %), tedy muslimy.

## 20. Otázka

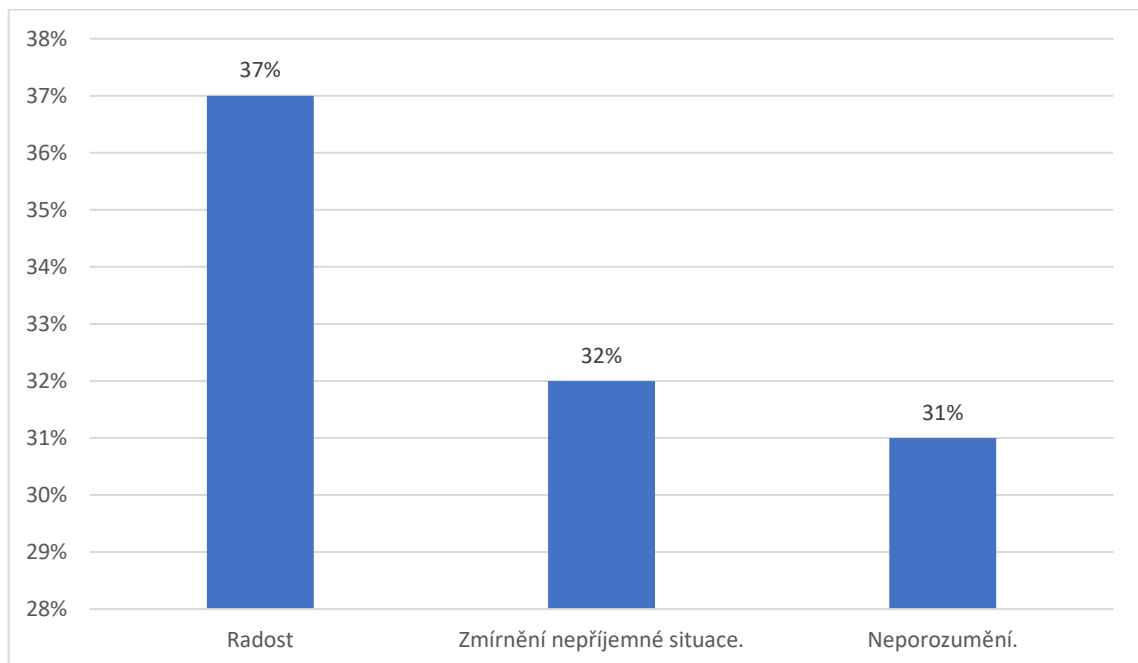
*Co vyjadřuje vietnamský pacient úsměvem? (více možných odpovědí)*

Tabulka 20 Význam úsměvu u Vietnamce

Odpovědi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Radost.	37 %	35
Zmírnění nepříjemné situace.	32 %	31
Neporozumění.	31 %	30

Zdroj: autor, 2019

Graf 20 Význam úsměvu u Vietnamce



Zdroj: autor, 2019

Komentář: Asiaté, přesněji Vietnamci, vyjadřují nejčastěji své pocity úsměvem. Proto u této otázky byly všechny odpovědi správné. 37 % respondentů volilo první odpověď, 32 % druhou odpověď a poslední skupina 31% třetí odpověď.

## 6 Diskuze

Část výzkumná zjišťovala, jaké zkušenosti mají všeobecné sestry s péčí o cizince. Pro tvorbu a sběr dat byl zvolen kvantitativní průzkum formou dotazníků. Tento způsob průzkumu byl zvolen pro zjištění a doložení všeobecného vědomí o zkušenostech sester.

V bakalářské práci byl zadán hlavní cíl, ke kterému patří dílčí cíle, na něž se vázaly průzkumné otázky. Zpracované výsledky jsou v diskuzi postupně probírány a podrobně jsou zodpovězeny všechny otázky. Hlavním cílem bylo **zjistit zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince**. K tomuto cíli patří podcíle, přičemž jedním z nich je **zmapovat zkušenosti sester u vybraných populací**, tento cíl se odkazuje na průzkumné otázky 1. 1.- 1. 2. Druhým cílem bakalářské práce bylo **zmapovat zkušenosti sester s komunikací s cizojazyčnými pacienty hovořícími cizím jazykem**. Druhý cíl zkoumají průzkumné otázky 2. 1.- 2. 2.

V první průzkumné otázce prvního cíle jsme zjišťovali, **jaké znalosti mají sestry o vybraných populacích (VO 1.1)** Tato otázka pomáhala objasnit povědomí a zkušenosti s vybranými populacemi v praxi. Byly zjišťovány pomocí otázek č. 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 20, jejichž souhrnný výsledek byl odpovědí na výzkumnou otázku. U otázky č. 14 uvedlo 36% respondentů správnou odpověď, procentuálně je to nejvyšší počet odpovědí. Myslíme si, že to není uspokojivý výsledek a tato otázka tudíž nedopadla dle mých představ. Poukazuje taktéž okrajovou vědomost sester o muslimských pacientech. Na otázku č. 15 vybrala velká většina správnou odpověď (v procentech 63 %). Otázka č. 16 byla zodpovězena z 62 % také správně. Otázka č. 17 byla diskutabilní, protože pouze 36 % respondentů odpovědělo správně. O tom, že ukrajinští pacienti mají ve zvyku chodit pozdě, neměly sestry vůbec tušení. Nikdy to nezpozorovaly. Otázku č. 18 hodnotím jako neúspěšnou, protože zde byla správná odpověď méně častá (v procentech 36 %). Jak bylo již u otázky č. 14, týkající se znalosti, respektive neznalosti muslimské kultury uvedeno, i zde se utvrzuje předpoklad, že sestry jsou této problematice spíše neznalé. Na otázku č. 19 odpovědělo pouze 33 % respondentů správně, jelikož velký počet respondentů byly sestry z dětského oddělení, nemohly hodnotit nejvíce citlivého pacienta na bolest. Poslední otázka č. 20 byla hodnocena kladně z důvodu možnosti volby všech odpovědí tj. 37 %, 32 %, 31 %.

Druhá průzkumná otázka prvního cíle zkoumala, **odkud nejčastěji pocházejí pacienti – cizinci, kterým respondenti poskytovali ošetrovatelskou péči (VO 1.2)**. Všeobecné sestry uváděly, že nejčastější péči poskytovali cizincům v následujícím procentuálním

rozložení: Vietnamci (42 %), Ukrajinci (33 %), Muslimové (15 %), Židé (2 %), jiná - Rusové (8 %). Avšak procentuální rozložení Malé (2018) je odlišné, protože uvádí v její výzkumné práci, že se její respondenti setkávají s národnostmi Ukrajiny (50%), Vietnamu (20 %), Německa (50 %), Španělska (20 %), Slovenska (20 %) a tak podobně. Populace, které uvádějí respondenti této práce, zaujímají počet zanedbatelný či vůbec žádný. Práce malé je založena na podobný průzkum jako moje práce, avšak je sestavena pro sestry pracující na jednotkách intenzivní péče.

Při zkoumání diplomové práce Renaty Kousalové (2011) ukazuje zkoumaný vzorek, že nejčastější ošetřovanou národností je vietnamská populace (102 odpovědí) následovaná slovenskou národností (100). Pokračující německou (88 odpovědí), ukrajinskou (82 odpovědí) a také uvádí odpověď, že dosud dotazovaný zdravotník neošetřoval jinou národnost nežli českou.

### **Souhrnné zhodnocení 1. cíle – Zmapovat zkušenosti sester u vybraných populací.**

Zkušenosti sester jsou spjaty nejen národnostně, průzkum prozkoumal, že je důležité být empatickým a velmi vnímavým jedincem, jelikož se podání informace a začlenění rodiny do péče o pacienta tolik neliší jako od českého pacienta. Odlišnost můžeme najít v chodu rodiny, a to je samozřejmě dáno kulturními vlohami. Odchylku můžeme také často zpozorovat u způsobu stravování a náboženských zvyků. Znalosti sester nelze určit z tak malého průzkumu, který nám ukazuje, že správně zodpověděly 4/6 otázek na kulturní zvyklosti.

První průzkumná otázka druhého cíle se zabývala, **jakými jazyky jsou sestry schopné komunikovat (VO 2.1)**. To jsme zjišťovali v dotazníkové otázce č. 4, kde sestry odpovídaly na otázku, jestli jsou znalé cizího jazyka, popřípadě jakého. 47 % sester uvedlo, že nejsou znalé jiného jazyka kromě rodného. 58 % odpovědělo, že ano, přičemž doplňující odpovědí byl jazyk anglický. Další procento uvádělo německý jazyk. V malém procentu se vyskytly jazyky jako španělština, ruština a vietnamština. To znamená, že z velké části jsou zkoumané sestry schopné komunikovat cizím jazykem.

Druhá průzkumná otázka druhého cíle se snažila expedovat, **jakým způsobem sestry komunikují s pacienty při neznalosti cizího jazyka (VO 2.2)**. Jinými slovy, jaký je charakter komunikace, když se objeví mezi sestrou a pacientem jazyková bariéra. Tuto průzkumnou otázku objasnila dotazníková otázka č. 9. Všeobecné sestry uvádějí jako nejčastější způsob dorozumívání nonverbální. (41 %). Dále 13 % přes rodinu, přes lékaře

(3 %), tlumočnick (3 %), jiná (2 %). Na tuto otázku navazovala dotazníková otázka č. 12, zdali je možnost využít tlumočnicka. 42 % uvedlo ano a 58 % ne. Pro ty, kteří odpověděli ano, byla další navazující otázka č. 13, kde jsem se tázala na prospěšnost tlumočnicka. Z 90 % je dispoziční tlumočnick velmi prospěšný a 10 % připadá neprospěšný.

### **Souhrnné zhodnocení 2. cíle – Zmapovat zkušenosti sester s komunikací s cizojazyčnými pacienty hovořícími cizím jazykem.**

Dle průzkumu se prokázalo, že respondenti, kteří byli tázáni, si v praxi poradí i bez znalosti cizího jazyka. I když neznalost jazyka je omezovala v plnohodnotném ošetrování pacienta, si sestry poradily formou nonverbální komunikace a společnými silami se domluvily a dosáhly plnohodnotné ošetrovatelské péče. Také se zjistilo, že většina sester neumí cizí jazyk. To vede ke špatné komunikaci a následně k jazykovým bariérám.



## **7 Doporučení pro praxi**

Na základě průzkumu jsou níže sepsána doporučení pro praxi pro různé skupiny zdravotníků a také pro pacienty a jejich okolí. V budoucnu by bylo dobré tento průzkum aplikovat nejen na nelékařský zdravotnický personál, ale také na lékaře.

### **Pro management**

Vzhledem k výsledkům z průzkumu lze doporučit pro lepší komunikaci, z právní stránky zajistit pacientům souhlasy ve více mutacích. To znamená vytvoření minimálně nejčastějších souhlasů ve vícero jazycích – práva pacientů hospitalizovaných v nemocnici XY, vstupní prohlášení pacienta, souhlas s poskytnutím informací, souhlas s léčebných postupem elektrokonvulzivní terapie, informovaný souhlas pacienta s podáním celkové anestezie, anebo například také souhlas rodičů dítěte atp.

Je vhodné informovat pacienty anebo personál o možnostech edukačních brožur zařízení či internetových portálů, které jsou volně přístupné. Pokud je zjištěn nedostatek znalostí zdravotnického personálu v multikulturním ošetrovatelství, je vhodné navrhnout anebo vytvořit kurzy pro zdravotníky a aktivně jim navrhovat účast. Pro větší účast by bylo vhodné zkusit metodu odměn (zvýšení osobního ohodnocení, personální výhody atd.).

### **Pro zdravotnický personál**

Více se zajímat o multikulturní vložku, jelikož v dnešním světě a stále frekventovanější migraci budou cizí jazyky, hlavně ty světové, nezbytným nástrojem pro podání nejkvalitnější ošetrovatelské péče.

Zájmem je myšleno aktivně se podílet na seminářích, přednáškách a různých kurzech s tématem multikultury.

Pro zdokonalení komunikace a omezení neverbální komunikace je dobré v rámci rozšíření znalostí zdokonalit vybraný světový jazyk. Je zde taky jiná alternativa komunikace, neverbální komunikace, kde je možno komunikovat například prostřednictvím komunikačních karet nebo zajistit tlumočnicka. Zdravotník by měl vědět, kde tyto karty najít v zařízení, popřípadě na internetovém portálu ministerstva zahraničí České republiky. (příloha 1)

## **Pro pacienty**

Pacienti pocházející z cizích zemí by měli mít trpělivost s personálem, pokud se jeho kultura odlišuje.

Bylo by dobré si při příchodu na oddělení, pokud je to v silách pacienta, zařídit tlumočnicka. Nezáleží pak na tom, zdali je profesionální tlumočnick nebo rodinný příslušník, který je znalý českého jazyka.

## 8 Závěr

Bakalářská práce se zabývala zkušenostmi sester s péčí o cizince, znalostmi jiných kultur a průzkumem teoretické vybavenosti sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Důvodem psaní tohoto tématu je čím dále tím více zvyšující se počet cizinců v České republice. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části teoretickou a empirickou.

V části teoretické jsou podrobně rozepsány termíny, které jsou spojeny s multikulturismem. Pro celkové pochopení je nutné porozumět termínům, které jsou osvětleny v části teoretické. V první části jsou rozebrány odborné výrazy vztahující se ke komunikaci. V další části je popsána historie multikulturismu, kde se dozvídáme, jak vzniklo multikulturní ošetrovatelství. V poslední části teoretické části jsou popsána specifika vybraných populací. Jsou zde zmíněny všechny kulturní zvyklosti, náboženství a také specifické chování určité národnosti.

Část empirická je zhotovena formou kvantitativního průzkumu, kde se rozdaly dotazníky, aby se zjistily odpovědi na dané cíle. Dotazníků bylo rozdáno 120 ks, ale návratnost byla pouze 95 ks. Průzkum probíhal ve třídě 3CVS Vysoké školy zdravotnické a také na webu, kde byl odkaz poslán pouze zdravotnickému personálu.

Ve výsledku se ukázalo, že všeobecné/praktické sestry mají v určitých oblastech multikultury nedostatky. Hlavně ve znalosti cizího jazyka. Avšak i přes negativní výsledky mě mile překvapilo, že sestry dokáží v době jazykové bariéry improvizovat a domluvit se nonverbálně. Nicméně nedostatky nejsou takové, aby zasahovaly do kvality péče.

Tímto byly všechny cíle bakalářské práce splněny.

## Seznam použité literatury

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

DOBEŠOVÁ, Pavla. Multikulturní ošetrovatelství. *WikiKnihy* [online]. 1. červenec 2010 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=393>

EKMAN, Paul. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Přeložil Eva NEVRLÁ. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2015. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.

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

HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KLAUS, Václav a Jiří WEIGL. *Stěhování národů s.r.o.: stručný manuál k pochopení současné migrační krize*. Ilustroval Jiří SLÍVA. Velké Přílepy: Olympia, 2015. ISBN 978-80-7376-422-7.

KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. Šesté, opravené vydání. Praha: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-598-0.

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

KUTNOHORSKÁ, Jana. Zvláštnosti komunikace s cizinci. *Senior Zone* [online]. 15. 2. 2015 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/zvlastnosti-komunikace-s-cizinci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EicobvF1WiMyWh5CTKyYaSk/>

MORGENSTERNOVÁ, M., ŠULCOVÁ, L. A LUCIE SCHOLL. 2011. *Bilingvismus a interkulturní komunikace*. První vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. ISBN 978-807357-678-3

Ošetrovatelská anamnéza. *Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče* [online]. 2011 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelska-anamneza.aspx?id=2>

PALÁT, Milan. *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing, 2014. Monografie (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-228-0.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

PROROK, Vladimír a Aleš LISA. *Teorie a praxe řešení politických konfliktů*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3027-1.

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

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

SAGAR, Priscilla Limbo. *Transcultural Nursing Theory and Models:: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. New York: Springer publishing Company, 2012. ISBN 978-0-8261-0748-0.

SNYDER, Timothy. *Obnova národů: Polsko, Ukrajina, Litva, Bělorusko 1569-1999*. Přeložil Petruška ŠUSTROVÁ. Polanka nad Odrou: Past production, 2018. Moderní dějiny (Občanské sdružení Pant). ISBN 978-80-906778-4-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

CAMPBELL, James W. P. *The library: a world history*. London: Thames & Hudson, 2013.  
ISBN 978-0-500-34288-6.

Zaostřeno na Islám. IslamWeb [online]. 2011 Praha [cit. 2019-11-15]. Dostupné  
z: <http://www.islamweb.cz>

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016.  
Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

## **Přílohy**

**Příloha A – Dotazník I**

**Příloha B – Statistika dle ČSÚ – stav cizinců na území ČR v období 2004 - 2017 II**

**Příloha C – Model vycházejícího slunce III**

**Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů IV**

**Příloha E – Doklad o převzetí bakalářské práce V**

**Příloha F – Žádost o umožnění sběru dat VI**

**Příloha G – Vzdálenostní zóny VII**

**Příloha H – Potvrzení o profesioalnálním překladu abstraktu VIII**

**Internetové odkazy:**

**Příloha 1** [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta\\_11625\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta_11625_3.html)

## Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Nguyenová Phuong Thao a jsem studentkou Vysoké zdravotnické školy – oboru všeobecná sestra. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění níže uvedených otázek. Dotazník je anonymní a bude použit k vypracování bakalářské práce na téma „Zkušenosti všeobecných sester s péčí cizince“.

1. Vaše věková kategorie:
  - a. 19 -25let
  - b. 26 -35 let
  - c. 36 -50 let
  - d. 51 a více
2. Délka Vaší praxe:
  - a. 2 a méně let
  - b. 3-10 let
  - c. 11-30 let
  - d. 31 a více
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
  - a. Středoškolské s maturitou
  - b. Specializační vzdělání
  - c. Magisterské vzdělání
  - d. Bakalářské vzdělání
4. Jste znalá cizího jazyka?
  - a. Ano. Jakého? \_\_\_\_\_
  - b. Ne.
5. S jakou národností se na svém pracovišti nejčastěji setkáváte?
  - a. Vietnamská
  - b. Ukrajinská
  - c. Muslimové
  - d. Židovská
  - e. Jiné \_\_\_\_\_
6. S jakou populací máte nejhorší zkušenosti a problém v ošetřování?
  - a. Vietnamská
  - b. Ukrajinská
  - c. Židé
  - d. Muslimové
  - e. Jiné \_\_\_\_\_
7. Je potřeba zohledňovat pacientovy kulturní zvyklosti?
  - a. Ano, vždy.
  - b. Ne, není to klíčové.
  - c. Jiné. \_\_\_\_\_
8. Zajímají Vás kulturní zvyklosti cizích zemí?
  - a. Ano, rád/a se přiučím.



- b. Ne, nezajímám se.
  - c. Pouze v rámci toho, co se dozvím na oddělení.
9. Váš nejčastější způsob dorozumívání s cizinci je:
- a. Verbální
  - b. Neverbálně
  - c. Přes lékaře
  - d. Rodina
  - e. Tlumočnick
  - f. Jiné
- \_\_\_\_\_
10. Největším problémem s pacientem jiné národnosti je dle Vaší zkušenosti:
- a. Nadřazené chování
  - b. Potíže stravování
  - c. Nerespektování léčebného režimu
  - d. Nedůvěra k personálu
  - e. Náboženství
  - f. Jazyková bariera
  - g. Jiné
- \_\_\_\_\_
11. Pokud jde o jazykovou bariéru, dokážete se neverbálně domluvit?
- a. Ano.
  - b. Spíše ne.
  - c. Ne.
12. Máte možnost kontaktu s tlumočnickem?
- a. Ano
  - b. Ne
13. Pokud ano, je vám tlumočnick prospěšný?
- a. Ano
  - b. Ne.

**Další otázky se budou týkat vašich znalostí různých kultur.**

14. Víte, na jakou světovou stranu se modlí muslimský pacient?
- a. Jih
  - b. Západ
  - c. Východ
  - d. Sever
15. Jaká bývají specifika pro vietnamské pacienty?
- a. Jsou hluční, dělají rozruch.
  - b. Jsou tišší a neradí se svěřují se svými problémy.
  - c. Nemají žádná specifika.
16. Co nesmí ortodoxní židi přijmout?
- a. Transfúzi
  - b. Chemoterapii

- c. Být ošetřován opačným pohlavím
- d. Pouze krevní plazmu.

17. Který z pacientů by přišel pozdě?

- a. Ukrajinský pacient
- b. Vietnamský pacient
- c. Muslimský pacient
- d. Židovský pacient

18. Jak se chová muslimský pacient, když vám nechce podat ruku?

- a. Dá si jí za záda.
- b. Dá si je v bok.
- c. Dá si ruce v kříž.
- d. Odmítne Vás.

19. Který z těchto pacientů bude mít nejnižší práh bolesti?

- a. Muslim
- b. Vietnamec
- c. Žid

20. Co vyjadřuje vietnamský pacient úsměvem? (více možných odpovědí)

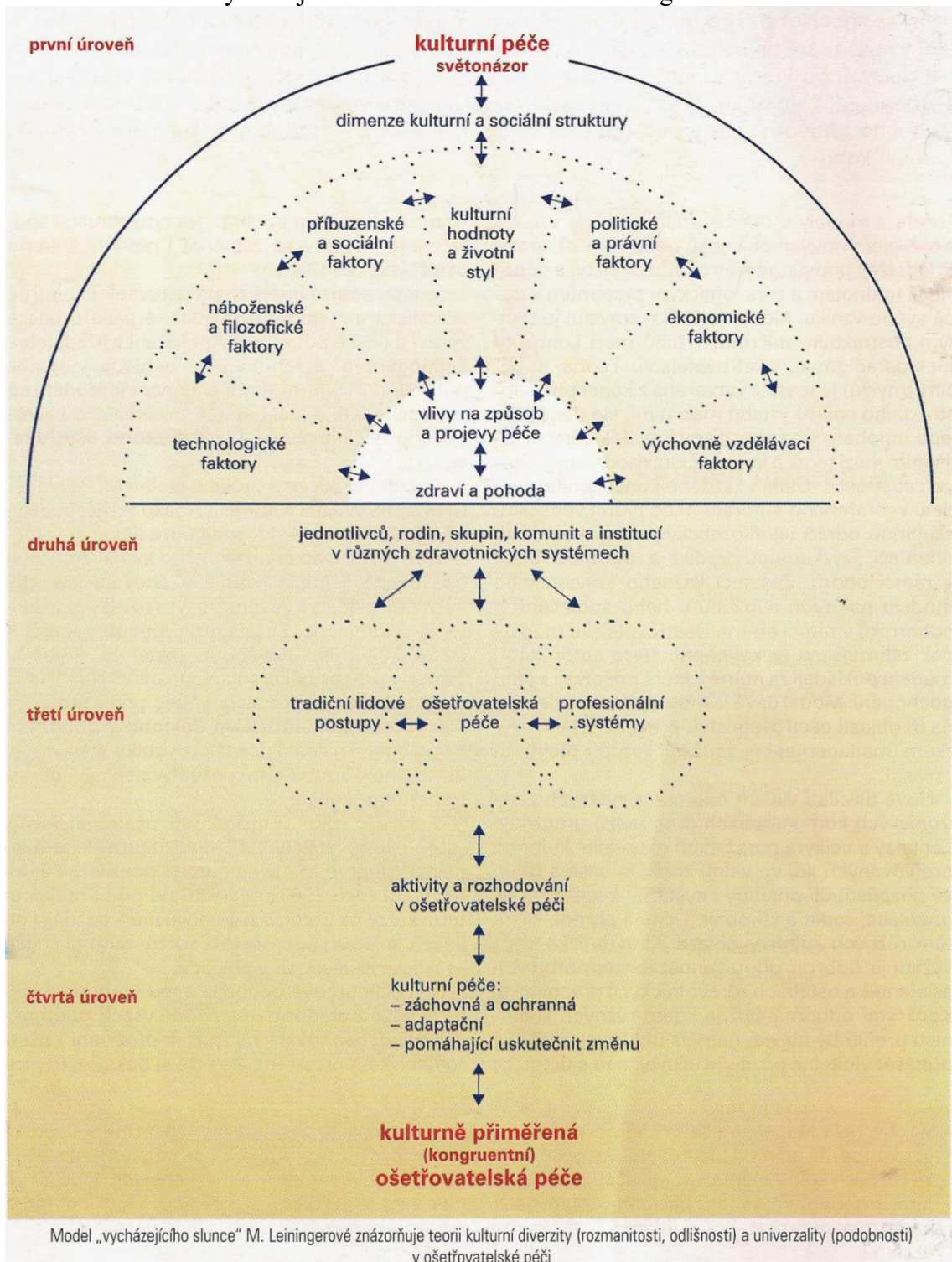
- a. Radost.
- b. Zmírnění nepříjemné situace.
- c. Nepochopení.

Příloha B - Statistika dle ČSÚ – stav cizinců na území ČR v období 2004 – 2017

R01 Cizinci v ČR v letech 2004 - 2017 (stav k 31. 12.) Foreigners in the CR in the years 2004–2017 (as at 31 December)															
Pramen: Český statistický úřad, Rodišťovní služby cizinecké policie															
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
<b>Cizinci bez azylantů</b>	<b>264 284</b>	<b>278 312</b>	<b>321 468</b>	<b>382 316</b>	<b>437 666</b>	<b>432 603</b>	<b>424 291</b>	<b>434 163</b>	<b>436 848</b>	<b>438 188</b>	<b>448 887</b>	<b>484 870</b>	<b>488 441</b>	<b>524 142</b>	Foreigners excl. foreigners with valid asylum on the territory of the CR
Tvalý pobyt	99 467	110 598	139 185	157 512	172 191	180 359	188 952	196 408	212 455	236 557	249 856	260 040	271 957	281 489	Permanent residence
Přechodný pobyt občanství EU	27 479	44 941	57 877	78 310	92 272	82 117	77 947	91 629	98 443	105 490	113 252	120 772	129 110	136 589	Temporary residence of EU nationals
Dlouhodobý pobyt	64 911	101 022	97 287	109 797	141 168	161 185	148 856	134 177	115 126	88 953	79 863	77 850	79 227	90 251	Long-term residence
Dlouhodobé vízum	62 437	21 751	27 107	46 696	31 934	8 842	8 536	11 939	9 922	8 189	6 396	6 008	13 147	15 813	Long-term visa
Tvalý pobyt (%)	39,1	39,7	43,3	49,1	39,4	41,7	44,8	46,2	49,7	63,9	66,0	66,0	66,1	63,7	Permanent residence (%)
Přechodný pobyt občanství EU (%)	10,0	16,1	18,0	20,0	21,1	19,0	18,4	21,1	22,0	24,0	26,2	26,0	26,2	26,1	Temporary residence of EU nationals (%)
Dlouhodobý pobyt (%)	26,6	36,3	30,3	28,0	32,3	37,3	36,1	30,9	26,4	20,3	17,0	16,0	16,1	17,2	Long-term residence (%)
Dlouhodobé vízum (%)	24,0	7,0	8,4	11,9	7,3	2,0	2,0	2,7	2,3	1,9	1,4	1,3	2,7	3,0	Long-term visa (%)
<b>Cizinci včetně azylantů</b>	<b>266 817</b>	<b>280 111</b>	<b>323 343</b>	<b>384 346</b>	<b>439 488</b>	<b>434 800</b>	<b>428 423</b>	<b>438 319</b>	<b>438 078</b>	<b>441 638</b>	<b>451 823</b>	<b>487 682</b>	<b>498 413</b>	<b>528 811</b>	Foreigners incl. foreigners with valid asylum on the territory of the CR
Tvalý pobyt	99 467	110 598	139 185	157 512	172 191	180 359	188 952	196 408	212 455	236 557	249 856	260 040	271 957	281 489	Permanent residence
Azyl	1 623	1 799	1 887	2 030	1 933	2 097	2 132	2 166	2 130	2 347	2 556	2 892	2 972	2 669	Asylum status
Přechodný EU/Dlouhodobý pobyt	92 350	145 963	155 164	188 107	233 440	243 302	226 803	225 806	213 569	194 443	193 115	198 622	208 337	226 840	Temporary EU/Long-term residence
Dlouhodobé vízum	62 437	21 751	27 107	46 696	31 934	8 842	8 536	11 939	9 922	8 189	6 396	6 008	13 147	15 813	Long-term visa
<b>Cizinci s pobytem nad 12 měsíců*</b>	<b>189 480</b>	<b>268 380</b>	<b>288 238</b>	<b>347 848</b>	<b>406 831</b>	<b>423 881</b>	<b>416 766</b>	<b>422 214</b>	<b>428 024</b>	<b>431 000</b>	<b>442 871</b>	<b>468 882</b>	<b>480 284</b>	<b>508 828</b>	Foreigners with residence for 12+ months*
Tvalý pobyt	99 467	110 598	139 185	157 512	172 191	180 359	188 952	196 408	212 455	236 557	249 856	260 040	271 957	281 489	Permanent residence
Přechodný EU/Dlouhodobý pobyt	92 350	145 963	155 164	188 107	233 440	243 302	226 803	225 806	213 569	194 443	193 115	198 622	208 337	226 840	Temporary EU/Long-term residence
<b>Obyvatelstvo ČR</b>	<b>10 220 677</b>	<b>10 261 078</b>	<b>10 287 188</b>	<b>10 381 130</b>	<b>10 487 642</b>	<b>10 608 813</b>	<b>10 632 770</b>	<b>10 606 446</b>	<b>10 618 125</b>	<b>10 612 419</b>	<b>10 638 276</b>	<b>10 663 843</b>	<b>10 678 820</b>	<b>10 810 066</b>	Population of the CR
<b>Podíl cizinců s pobytem nad 12 měsíců na obyvatelstvu ČR (%)</b>	<b>1,9</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>3,3</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>4,2</b>	<b>4,3</b>	<b>4,5</b>	<b>4,6</b>	Share of foreigners with residence for 12+ months in the population of the CR (%)

\* Do roku 2007 byli do cizinců s pobytem nad 12 měsíci řazeni rovněž cizinci s aktuálně platným azylem na území ČR.

Příloha C – Model vycházejícího slunce dle Madeleine Leinigerové



Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem .....

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno

Příloha E – Doklad o převzetí bakalářské práce

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S.  
PRAHA 5, DUŠKOVA 7**



**DOKLAD O PŘEVZETÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

*STUDENTKA: NGUYEN PHUONG THAO*

*SVÁZÁNO VE TVRDÉ VAZBĚ – 2x*

*SVÁZÁNO V KROUŽKOVÉ VAZBĚ – 1x*

*CD S PRACÍ V PDF VERZI VLEPENÉ NA OBALU PRÁCE - 1x*

*DOCHÁZKOVÝ LIST NA KONZULTACE – 1x*

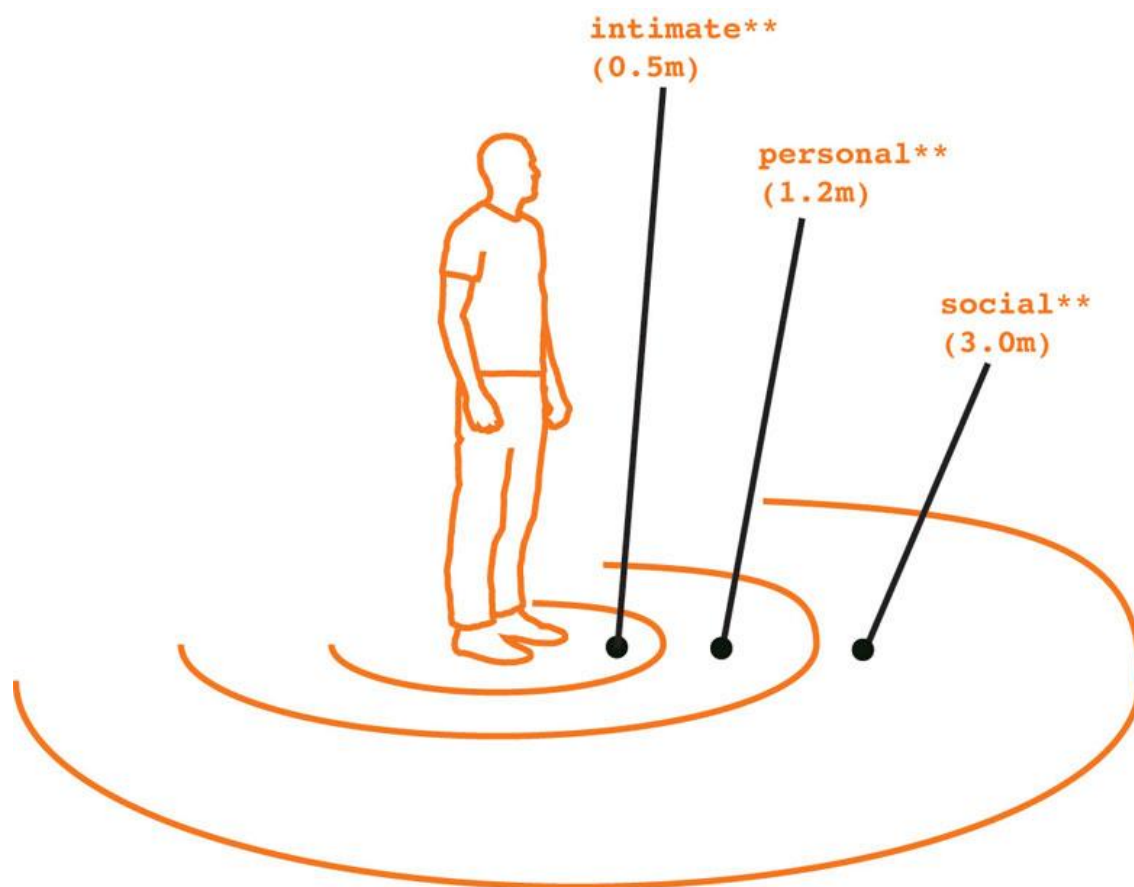
*PROTOKOL O KONTROLE ORIGINALITY – 3x*

*PROHLAŠUJI, ŽE VERZE V PDF SE SHODUJE S TIŠTĚNÝMI VERZEMI*

**DATUM A PODPIS STUDENTA:**

**STUDIJNÍ ODDĚLENÍ:**

## Příloha FVzdálenostní zóny



## **Příloha G -Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu**